BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

TRẦN THỊ HỒNG THƠM

THỰC TRẠNG CÁC THỂ LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN NGƯỜI BỆNH SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2025

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2026

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

TRẦN THỊ HỒNG THƠM

THỰC TRẠNG CÁC THỂ LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN NGƯỜI BỆNH SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2025

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

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 Cao học tôi đã nhận được sự giúp đỡ quý báu của các quý thầy cô, bạn bè, gia đình.

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 tôi trong quá trình học tập tại trường và hoàn thành luận văn.

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

Tôi 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 Cao học Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Xin gửi tới Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, khoa Ngoại Tiết Niệu bệnh viện đa khoa Xanh Pôn lời cảm tạ sâu sắc vì đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Cuối cùng tôi xin gửi những tình cảm tốt đẹp nhất, lòng biết ơn chân thành tới bố mẹ tôi, 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 tôi yên tâm học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Hà Nội, ngày tháng năm 2026

Học viên

Trần Thị Hồng Thơm

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Trần Thị Hồng Thơm**, học viên lớp Cao học 16 – 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

Trần Thị Hồng Thơm

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3
1.1. Đại cương về bệnh sỏi thận 3
1.1.1. Khái niệm và phân loại sỏi thận theo y học hiện đại 3
1.1.2. Dịch tễ học sỏi thận 7
1.1.3. Các yếu tố nguy cơ của sỏi thận 7
1.1.4. Cơ chế bệnh sinh sỏi thận 11
1.1.5. Triệu chứng và chẩn đoán của sỏi thận 12
1.1.6. Điều trị sỏi thận theo y học hiện đại 15
1.2. Sỏi thận theo y học cổ truyền 17
1.2.1. Bệnh danh 17
1.2.2. Bệnh nguyên Lâm chứng 18
1.2.3. Bệnh cơ Lâm chứng 18
1.2.4. Các thể lâm sàng sỏi thận theo YHCT 20
1.3. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước 23
1.3.1. Nghiên cứu quốc tế 23
1.3.2. Nghiên cứu tại Việt Nam 23
CHƯƠNG 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 25
2.1. Đối tượng nghiên cứu 25
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: 25
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: 26
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu 27
2.3. Thiết kế nghiên cứu, chọn mẫu và cỡ mẫu 27
2.4. Quy trình nghiên cứu 28
2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu: 29
2.5.1. Biến số YHHĐ 29

2.5.2. Biến số YHCT: 30
2.6. Cách thu thập thông tin 39
2.7. Phương pháp phân tích số liệu 40
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu 41
2.9. Sai số và khống chế sai số. 41
CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 42
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu 42
3.1.1. Phân bố về nhân trắc học của người bệnh sỏi thận 42
3.1.2. Đặc điểm về lâm sàng 46
3.1.3. Đặc điểm về cận lâm sàng 47
3.2. Thực trạng các thể lâm sàng theo YHCT người bệnh sỏi thận 51
3.2.1. Đặc điểm về phân bố người bệnh theo thể bệnh y học cổ truyền 51
3.2.2. Triệu chứng lâm sàng của các thể bệnh theo y học cổ truyền trên người bệnh sỏi thận 52
3.2.3. Các mối liên quan giữa chỉ số bạch cầu, BMI, MLCT với các thể bệnh YHCT người bệnh sỏi thận 58
Chương 4. BÀN LUẬN 61
4.1. Đặc điểm chung của người bệnh sỏi thận theo y học hiện đại 61
4.1.1 Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới 61
4.1.2. Đặc điểm về lâm sàng của người bệnh sỏi thận 63
4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh sỏi thận 64
4.2. Đặc điểm lâm sàng các thể bệnh y học cổ truyền trên người bệnh sỏi thân 66
4.2.1. Đặc điểm phân bố người bệnh theo thể bệnh YHCT 66
4.2.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng theo YHCT trên người bệnh sỏi thận 69
4.2.3. Một số yếu tố liên quan đến thể y học cổ truyền người bệnh sỏi thận. 72
KẾT LUẬN 76
KIẾN NGHỊ 77
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT – THUẬT NGỮ ANH VIỆT

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
AUA	American Urological Association	Hội Tiết niệu Hoa Kỳ
B	Beta Coefficient	Hê số hồi quy trong phương trình logit
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
BN		Bệnh nhân
CaOx	Canxi oxalat	
CaP	Canxi phosphat	
CT – scan	Computed Tomography scan	Chụp cắt lớp vi tính
E.coli	Escherichia coli	Trực khuẩn đại tràng
eGFR	Estimated Glomerular Filtration Rate	Mức lọc cầu thận ước tính
ESWL	Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy	Tán sỏi ngoài cơ thể
HATT		Huyết áp tâm thu
HATTr		Huyết áp tâm trương
HCCH		Hội chứng chuyển hóa
HDL – C	High density lipoprotein cholesterol	Lipoprotein cholesterol tỷ trọng cao
HIV	Human Immumodeficiency virus	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người
LDL - C	Low density lipoprotein cholesterol	Lipoprotein cholesterol tỷ trọng thấp
MLCT		Mức lọc cầu thận
MRI	Magnetic resonance imaging	Chụp cộng hưởng từ
NSAIDs	Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Thuốc kháng viêm không steroid

NST		Nhiễm sắc thể
NXB		Nhà xuất bản
OR	Odds Ratio	Tỷ số chênh
p	p-value	Kiểm tra ý nghĩa thống kia
PCNL	Percutaneous Nephrolithotomy	Tán sỏi qua da
UIV	Intravenous Urography	Chụp hệ tiết niệu tĩnh mạch
WHO	World Health Organization	Tổ chức y tế thế giới
YHCT		Y học cổ truyền
YHHĐ		Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Định nghĩa các triệu chứng YHCT trên BN sỏi thận.....31
Bảng 2.2. Phân loại thể trạng theo chỉ số BMI áp dụng cho người Châu Á – Thái Bình Dương (IDI & WPRO năm 2000).....39
Bảng 2.3. Phân độ huyết áp theo ESH/ESC năm 2018.....40
Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu.....43
Bảng 3.2. Đặc điểm về huyết áp của đối tượng nghiên cứu 43
Bảng 3.3. Bảng phân loại huyết áp của nhóm nghiên cứu.....44
Bảng 3.4. Đặc điểm về BMI của đối tượng nghiên cứu.....44
Bảng 3.5. Đặc điểm về tiền sử bản thân và tiền sử gia đình của đối tượng nghiên cứu 45
Bảng 3.6. Đặc điểm về MLCT và creatinin ở đối tượng nghiên cứu.....47
Bảng 3.7. Đặc điểm về sinh hóa nước tiểu ở đối tượng nghiên cứu.....48
Bảng 3.8. Đặc điểm về công thức máu ở đối tượng nghiên cứu.....48
Bảng 3.9. Bảng phân bố về đặc điểm sinh hóa máu ở đối tượng nghiên cứu.....49
Bảng 3.10. Giá trị ROC của các chỉ dấu viêm dự báo nhiễm khuẩn 49
Bảng 3.11. Bảng phân bố về đặc điểm hình ảnh học của sỏi thận ở người bệnh.....50
Bảng 3.12. Đặc điểm về vị trí sỏi thận của đối tượng nghiên cứu.....50
Bảng 3.13. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh thấp nhiệt hạ trú trên người bệnh sỏi thận52
Bảng 3.14. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh khí trệ huyết ứ trên người bệnh sỏi thận53
Bảng 3.15. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh tỳ thận khí hư trên người bệnh sỏi thận54
Bảng 3.16. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh thận âm hư trên người bệnh sỏi thận....55
Bảng 3.17. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh thận hư kèm thấp nhiệt trên người bệnh sỏi thận.....56
Bảng 3.18. Phân tích hồi quy logistic mối liên quan giữa WBC và thể bệnh theo

YHCT trên người bệnh sỏi thận 58
Bảng 3.19 . Phân tích hồi quy logistic mối liên quan giữa BMI và thể bệnh theo YHCT trên người bệnh sỏi thận 59
Bảng 3.20. Phân tích hồi quy logistic mối liên quan giữa MLCT và các thể lâm sàng theo YHCT ở đối tượng nghiên cứu 60

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới 42
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm các triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu 46
Biểu đồ 3.3. Triệu chứng lâm sàng về đường tiểu dưới của đối tượng nghiên cứu..47
Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh sỏi thận theo thể bệnh YHCT.....51

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Các vị trí của sỏi.....6
Hình 1.2. Cơ chế lý hóa của sự hình thành sỏi thận.....12
Hình 1.3. Mô hình hình thành các mảng bám Randall 12
Hình 1.4. Các vị trí đau của sỏi thận.....13

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý thường gặp của hệ tiết niệu và có thể gây rối loạn chức năng của thận, làm giảm đáng kể chất lượng sống của người bệnh. Theo thống kê của Hội Tiết niệu Hoa Kỳ (American Urological Association –AUA), năm 2021, tỉ lệ người trưởng thành bị sỏi thận chiếm khoảng 8,8% dân số [1]. Sỏi thận là bệnh có xu hướng tái phát cao. Tỉ lệ tái phát sau can thiệp được ước tính khoảng 10-23% mỗi năm, 50% trong vòng 5-10 năm và có thể lên tới 75% sau 20 năm kể từ lần xuất hiện sỏi đầu tiên [2]. Tại Việt Nam, tỉ lệ tái phát sỏi thận sau phẫu thuật khoảng 50% sau 5 năm, cho thấy đây là một thách thức lớn trong quản lý và điều trị lâu dài bệnh lý này [3].

Theo y học hiện đại (YHHĐ), sỏi thận được phân loại dựa trên hình thái, thành phần hóa học và mức độ ảnh hưởng đến chức năng thận, kích thước, vị trí, cản quang,.. hoặc biến chứng. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) và X-quang hệ tiết niệu cho phép xác định chính xác vị trí, kích thước sỏi cũng như các tổn thương liên quan, từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, bao gồm điều trị nội khoa và các biện pháp can thiệp ngoại khoa.

Theo quan điểm y học cổ truyền (YHCT), sỏi thận không chỉ được xem là tổn thương khu trú tại hệ tiết niệu mà là hậu quả của rối loạn toàn thân, liên quan đến sự mất cân bằng chức năng tạng phủ, khí huyết và âm dương. Bệnh được xếp vào các chứng như *thạch lâm, sa lâm, nhiệt lâm*…, mỗi thể bệnh có biểu hiện lâm sàng và nguyên tắc điều trị khác nhau. Trong bối cảnh hiện nay, định hướng điều trị sỏi thận bằng YHCT không chỉ dừng lại ở việc sử dụng các bài thuốc thanh nhiệt, lợi thấp, thông lâm, bài thạch đơn thuần mà ngày càng chú trọng tới các liệu pháp điều hòa tổng thể. Mục tiêu điều trị hướng tới giảm triệu chứng, điều chỉnh chức năng của các

tạng liên quan như thận, bàng quang, can, tỳ; phục hồi cân bằng âm dương, cải thiện thể trạng chung, từ đó góp phần hạn chế tái phát sỏi và nâng cao chất lượng sống của người bệnh.

Trên thực hành lâm sàng, xu hướng kết hợp giữa YHHĐ và YHCT trong điều trị sỏi thận đang ngày càng được quan tâm tại Việt Nam. Một số tài liệu và khuyến cáo của Trung Quốc đã đề xuất sự đồng thuận trong phân thể YHCT đối với sỏi thận [13], mức độ phù hợp của các phân thể này với đặc điểm thể chất và biểu hiện lâm sàng của người Việt Nam vẫn cần được đánh giá thêm. Do đó, việc làm rõ đặc điểm lâm sàng của các thể bệnh sỏi thận theo YHCT trong thực tiễn điều trị có ý nghĩa quan trọng nhằm chuẩn hóa chẩn đoán, nâng cao hiệu quả điều trị và góp phần khẳng định vai trò của YHCT trong bối cảnh y học tích hợp hiện nay. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"**Thực trạng các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh sỏi thận tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025**", v*ới các mục tiêu sau:

1. ***Mô tả đặc điểm người bệnh sỏi thận tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025.***
2. ***Mô tả các thể lâm sàng theo y học cổ truyền người bệnh sỏi thận tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2025.***

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về bệnh sỏi thận

1.1.1. Khái niệm và phân loại sỏi thận theo y học hiện đại

- Định nghĩa: Sỏi thận (*nephrolithiasis*) là một bệnh thường gặp và hay tái phát do các tinh thể rắn, cứng (thường là canxi oxalat) được hình thành do sự lắng đọng khoáng chất hoặc muối acid trong nước tiểu bị cô đặc, tích tụ ở đường tiết niệu trên trong điều kiện lý hóa nhất định [11].

- Phân loại sỏi thận được phân loại theo kích thước, vị trí, đặc tính cản tia X, thành phần hóa học, căn nguyên tạo sỏi, biến chứng do sỏi [10],[12]:

+ Phân loại theo kích thước: mỗi viên sỏi được đo kích thước theo 1 hoặc 2 chiều không gian, được phân thành các nhóm: <5mm, 5-10mm, 10-20mm, >20mm [12].

+ Phân loại theo thành phần sỏi: Nhóm sỏi canxi chiếm khoảng 75–90%, sỏi acid uric 3–10%, sỏi struvite 10–15%, sỏi cystin 0,5–1%...[4],[10],[11],[12].

a) *Sỏi canxi*

Các loại sỏi canxi gồm sỏi canxi oxalat, canxi phosphat và dạng phối hợp giữa hai loại này, chiếm khoảng 75–85% tổng số. Sỏi canxi oxalat tồn tại dưới hai dạng monohydrat và dihydrat; sỏi canxi phosphat thường gặp nhất là apatit và brushit. Nhiều trường hợp có tính chất gia đình. Loại sỏi này thường có màu vàng nâu hoặc nâu đen, rất cứng và cản quang mạnh trên phim chụp [10], [11].

Các nguyên nhân chính gây sỏi canxi gồm:

+ *Tăng canxi niệu:* Cường cận giáp, gãy xương lớn, nằm bất động lâu ngày, lạm dụng vitamin D, corticoid, di căn xương do ung thư, một tỷ lệ lớn (40–60%) không tìm được nguyên nhân cụ thể [10],[11].

+ *Tăng oxalat niệu:* Oxalat được hấp thu chủ yếu từ ruột, có nhiều trong một số loại rau (ví dụ: rau chùm ngây, đại hoàng…). Rối loạn hấp thu do các bệnh lý gan mật, tiêu hóa hoặc dùng quá liều vitamin C có thể làm tăng lượng oxalat bài tiết (>40 mg/24 giờ). Trong bệnh lý kém hấp thu mỡ, canxi bị gắn với acid béo thừa, làm oxalat được hấp thu nhiều hơn và đào thải qua thận, dẫn đến lắng đọng tạo sỏi [10], [11].

+ *Tăng acid uric niệu:* Khoảng 20% bệnh nhân sỏi canxi oxalat có kèm tăng acid uric niệu. Acid uric và oxalat có cấu trúc tương đồng, dễ kết tụ [10],[11].

+ *Giảm citrate niệu:* Citrate có vai trò gắn kết canxi để hạn chế kết tinh. Ở 15–60% người bệnh sỏi thận, citrate niệu giảm rõ rệt [10].

b) Sỏi acid uric

Sỏi acid uric có màu nâu, không cản quang và thường xuất hiện khi chuyển hóa purine tăng cao. Một số nguyên nhân thường gặp: ăn nhiều thực phẩm giàu purine (phủ tạng, thịt khô, cá khô, nấm...), bệnh gút, các rối loạn tăng acid uric niệu: bệnh lý tủy xương, hội chứng Lesch–Nyhan, dị tật ống thận gây giảm tái hấp thu acid uric, mất nước kéo dài, tiêu chảy mạn, nhiễm toan. Acid uric tan trong môi trường kiềm và dễ kết tinh khi nước tiểu có pH thấp [10],[12].

c) Sỏi struvit

Sỏi struvit thường là sỏi magnesi–amoni–phosphat, có thể phát triển thành dạng san hô với kích thước lớn và cản quang mạnh. Loại sỏi này hình thành trong môi trường nước tiểu nhiễm khuẩn bởi vi khuẩn có men urease (chẳng hạn proteus). Urease phân giải ure tạo amoniac, khiến pH nước tiểu tăng >8, làm phosphat kết tủa. Khi nhiễm trùng kéo dài, sỏi phát triển nhanh, lấp đầy đài bể thận. Nhiều sỏi struvit

có nhân là carbonat apatit. Chúng thường có màu nâu sẫm hoặc đen và gây nhiều biến chứng [10], [12].

d) Sỏi cystin

Sỏi cystin màu trắng ngà, rất cứng, ít cản quang và hiếm gặp. Đây là dạng sỏi mang tính chất di truyền do rối loạn vận chuyển các acid amin cystin, lysin, ornithin và arginin ở ống thận và ruột non. Bệnh liên quan đến bất thường trên nhiễm sắc thể 2 và 19 [4],[10]

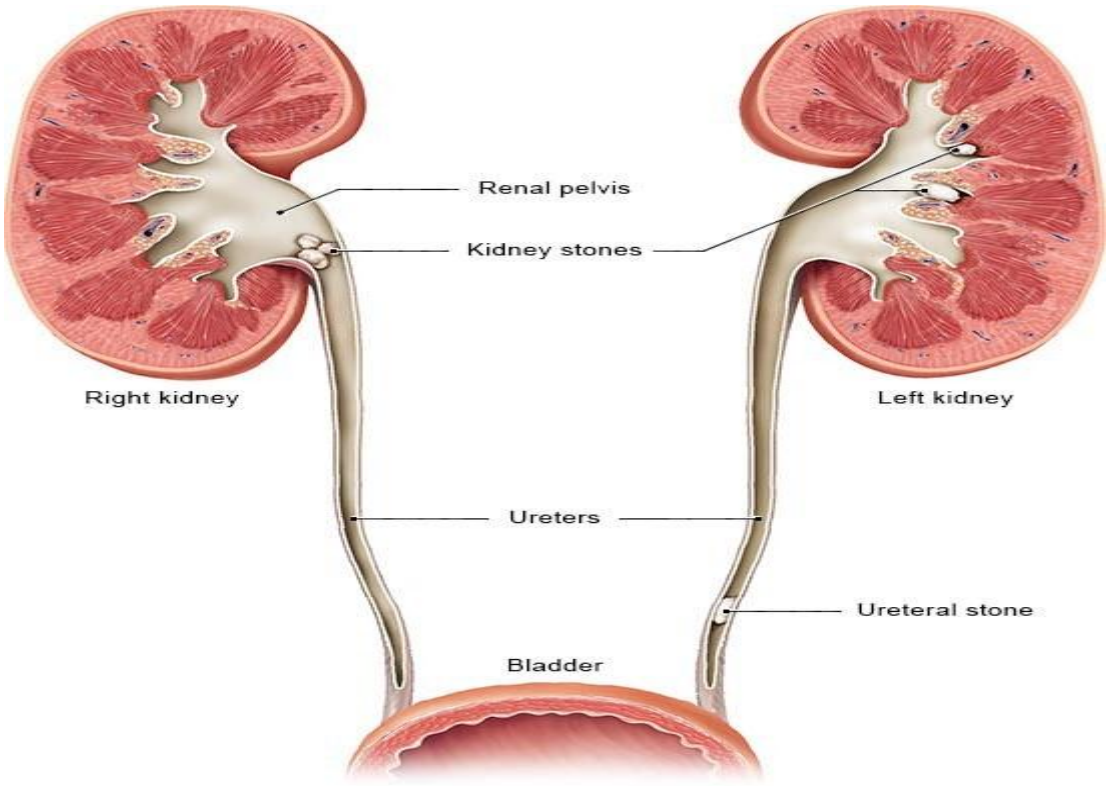
e) Các dạng sỏi khác

Sỏi xanthin do thiếu men xanthin oxidase.

Sỏi indinavir gặp ở bệnh nhân AIDS dùng thuốc ức chế protease indinavir [10],[11].

+ Phân loại sỏi theo vị trí: Theo vị trí giải phẫu, sỏi thận được chia thành [10],[12] :

- Sỏi đài thận trên
- Sỏi đài thận giữa
- Sỏi đài thận trên
- Sỏi đài bể thận



Hình 1.1. Các vị trí của sỏi [22].

- Phân loại sỏi theo đặc tính cản tia X [12]:

  + Sỏi cản quang mạnh: canxi oxalat, canxi phosphate

  + Sỏi cản quang yếu: Magnesi ammonium phosphaste, apatite, cystine

  + Sỏi không cản quang: acid uric, ammoni urate, xanthine, sỏi do thuốc,..

- Phân loại sỏi theo nguyên nhân [12]:

  + Sỏi nhiễm khuẩn: Magnesi ammoni phosphate, carbonate apatite, ammoni urate

  + Sỏi không do nhiễm khuẩn: canxi oxalate, canxi phosphate, acid uric

  + Sỏi do thiếu hụt gen: Cystin, xanthine,..

  + Sỏi do thuốc

1.1.2. Dịch tễ học sỏi thận

Sỏi thận là bệnh lý gặp nhiều nhất trong nhóm rối loạn của hệ tiết niệu. Tỷ lệ mắc đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu trong nhiều thập niên gần đây, ước tính mỗi năm có khoảng 8/1000 người trưởng thành gặp phải tình trạng này. Nam giới thường mắc nhiều hơn, nhưng sự chênh lệch giữa hai giới đang dần thu hẹp, bệnh hiện là gánh nặng đáng kể đối với hệ thống y tế thế giới [1],[2],[5],[6]. Việt Nam thuộc khu vực được xem là "vành đai sỏi", với số ca mắc ngày càng tăng [4], [6]. Thành phần thường gặp nhất là sỏi canxi oxalat, tiếp theo là sỏi canxi phosphat, sỏi acid uric, sỏi struvite và sỏi cystine; trong đó sỏi hỗn hợp canxi oxalat – canxi phosphat xuất hiện nhiều hơn dạng đơn thuần. Các yếu tố khí hậu nóng, gây mất nước qua mồ hôi, cùng chế độ dinh dưỡng nhiều chất béo, đường… làm tăng nguy cơ hình thành sỏi tiết niệu [7],[8],[9].

1.1.3. Các yếu tố nguy cơ của sỏi thận

1.1.3.1. Tuổi và giới

Sỏi thận thường gặp ở độ tuổi 20 – 40, tỷ lệ nam : nữ là 3:1, những trường hợp sỏi tiết niệu xuất hiện trên nền của viêm đường tiết niệu mạn tính thì tỉ lệ bệnh ở nữ giới lại cao hơn nam giới. Nồng độ Testosteron trong huyết thanh thấp góp phần ngăn ngừa sỏi oxalate hình thành ở trẻ em và phụ nữ. Androgen có tác dụng làm tăng bài tiết oxalate niệu, nồng độ oxalate huyết thanh, sự tích tụ tinh thể canxi oxalate và estrogen có tác dụng ngược lại. Nồng độ citrate nước tiểu ở nữ giới cao hơn nam giới do đó sỏi tiết niệu ở nữ thấp hơn nam [11],[14].

1.1.3.2. Địa dư, khí hậu và mùa

Sỏi tiết niệu có xu hướng nhiều hơn ở vùng núi cao, sa mạc hay vùng nhiệt đới; có sự liên quan giữa tỉ lệ mới mắc của sỏi tiết niệu với yếu tố nhiệt độ, môi trường và

yếu tố mùa. Tỉ lệ mắc tăng lên trong những tháng mùa hè và cao hơn ở tháng 7, tháng 8, tháng 9; việc da tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời làm tăng tổng hợp vitamin D3 nội sinh và do đó làm tăng bài tiết canxi niệu. Việt Nam nằm trong "vành đai sỏi" do khí hậu nóng ẩm đặc trưng, khiến bệnh gia tăng sau các đợt nắng nóng và ảnh hưởng nam giới nhiều hơn nữ [8],[11].

1.1.3.3. Nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt

Những người làm công việc ít vận động, nhân viên văn phòng có nguy cơ mắc bệnh cao hơn; nguy cơ hình thành sỏi calcareous tăng chủ yếu ở các quốc gia, vùng miền, tầng lớp xã hội giàu có nguyên nhân là do ăn nhiều protein động vật dẫn tới tình trạng tăng nồng độ canxi oxalate và axit uric trong nước tiểu [11]. Làm việc trong môi trường nóng khiến cơ thể ra nhiều mồ hôi, giảm lượng nước tiểu và tăng nguy cơ tạo sỏi. Người tiếp xúc cadmium (như công nhân luyện kim, sản xuất sơn, pin…) hoặc các hóa chất độc hại khác cũng dễ mắc bệnh. Công việc ít vận động như nhân viên văn phòng cũng liên quan đến nguy cơ cao hơn [24].

1.1.3.4. Chế độ ăn uống

Chế độ ăn là một trong những yếu tố quan trọng góp phần hình thành sỏi. Thức ăn nhiều muối làm tăng thải canxi; đạm động vật làm tăng canxi, oxalat và acid uric niệu, đồng thời giảm pH nước tiểu, thúc đẩy tạo sỏi. Axit citric trong trái cây họ cam chanh, đặc biệt là chanh, có tác dụng ngăn sỏi hình thành hoặc kết dính. Chất xơ không hòa tan trong lúa mì, lúa mạch đen, lúa mạch và gạo giúp giảm canxi niệu. Ngược lại, đồ ăn chế biến sẵn và nước ngọt làm tăng nguy cơ tạo sỏi. Lượng nước uống < 1200 ml/ngày làm tăng nguy cơ kết sỏi. Uống đủ nước giúp làm loãng nước tiểu, chống nhiễm khuẩn và giảm ứ đọng, từ đó hạn chế sỏi tiết niệu [3],[11].

1.1.3.5. Di truyền – gia đình

Sỏi thận chịu tác động của nhiều yếu tố, trong đó yếu tố di truyền có vai trò đáng kể. Xác định các nguy cơ di truyền giúp dự phòng và phát hiện sớm. Một số rối loạn di truyền liên quan gồm: Bệnh Dent: rối loạn ống lượn gần di truyền lặn trên NST X, gây tăng calci niệu, protein niệu phân tử thấp và sỏi thận [25]. Lesch–Nyhan: đột biến gen trên NST X làm tăng acid uric máu và sỏi urat kèm rối loạn thần kinh – hành vi [26]. Cystin niệu: do đột biến chủ yếu ở SLC3A1 hoặc SLC7A9, gây sỏi cystin; điều trị bằng điều chỉnh chế độ ăn và kiềm hóa nước tiểu bằng kali citrate [27]. Oxalosis nguyên phát: đột biến các gen như AGXT, GRHPR khiến oxalat sản xuất quá mức ở gan [29].

1.1.3.6. Các bệnh lý đi kèm

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là yếu tố nguy cơ quan trọng của sỏi tiết niệu; số ca sỏi thận tăng song song với tỉ lệ HCCH.

Thừa cân – béo phì: làm tăng rõ nguy cơ sỏi ở cả hai giới. Kháng insulin, chế độ ăn và đặc điểm nước tiểu ở người béo phì góp phần hình thành sỏi canxi oxalat và acid uric. Kháng insulin làm giảm pH nước tiểu, thuận lợi cho sỏi uric. Béo phì còn liên quan hấp thu quá mức các chất gây sỏi và tăng nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu. Nghiên cứu cho thấy bệnh sỏi có liên quan đến tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, tiến triển bệnh thận mạn và đái tháo đường. Béo phì và tăng cân đều là yếu tố nguy cơ độc lập [30].

Hội chứng chuyển hóa và sỏi acid uric (QUAN): tỷ lệ bệnh gút ở bệnh nhân sỏi tiết niệu do axit uric tương đối thấp. Nhóm không mắc gút có tỷ lệ đái tháo đường cao hơn và chức năng thận tốt hơn, gợi ý vai trò bảo vệ của đái tháo đường đối với sự xuất hiện gút ở nhóm bệnh nhân này. Sự hình thành sỏi axit uric chủ yếu liên quan đến tình

trạng nước tiểu toan hóa kéo dài do giảm bài tiết amoni và tăng bài tiết axit ròng, thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa. Tăng bài tiết axit uric qua nước tiểu giúp ổn định nồng độ axit uric huyết thanh, từ đó làm giảm nguy cơ gút nhưng lại thuận lợi cho hình thành sỏi. Ngược lại, suy giảm chức năng thận làm tăng axit uric máu và nguy cơ gút. Nồng độ triglyceride cao chủ yếu gặp ở nhóm sỏi axit uric kèm gút, gợi ý liên quan đến sỏi axit uric vô căn. Tuy nhiên, do các hạn chế về thiết kế hồi cứu và thiếu dữ liệu nước tiểu 24 giờ, cần thêm nghiên cứu tiền cứu để khẳng định các kết quả này [31].

Sỏi acid uric phổ biến hơn ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 và người béo phì. Ba yếu tố chính thúc đẩy sỏi UA là pH nước tiểu thấp, tăng uric niệu và lượng nước tiểu ít. Khi pH < 5,5, acid uric dễ kết tủa. Gút là bệnh viêm khớp do tăng acid uric máu, cơ chế chủ yếu là giảm thải urat qua thận. Nhiều gen điều hòa vận chuyển urat có liên quan đến bệnh. Gút thường đi kèm tăng huyết áp, bệnh thận mạn và sỏi thận [32].

1.1.3.7. Dị tật đường niệu bẩm sinh

Các bất thường bẩm sinh như hẹp khúc nối bể thận – niệu quản, niệu quản đôi hay phình niệu quản làm cản trở dòng chảy nước tiểu, gây ứ đọng và dễ nhiễm trùng, tạo điều kiện hình thành sỏi [11].

1.1.3.8. Thuốc

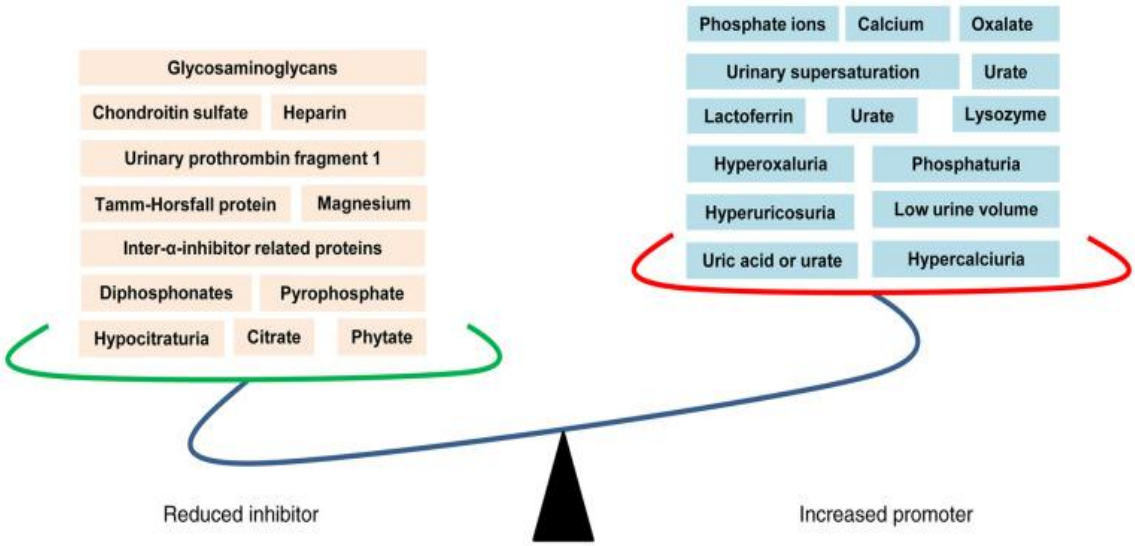
Một số thuốc làm tăng nguy cơ sỏi canxi như Acetazolamide, thuốc lợi tiểu quai, glucocorticoid, theophylline, vitamin D và C. Thiazide, salicylate, probenecid và allopurinol lại thúc đẩy tạo sỏi acid uric. Các thuốc như triamterene, acyclovir và indinavir có thể kết tủa lên nhân sỏi có sẵn khiến sỏi lớn nhanh hơn [3].

1.1.4. Cơ chế bệnh sinh sỏi thận

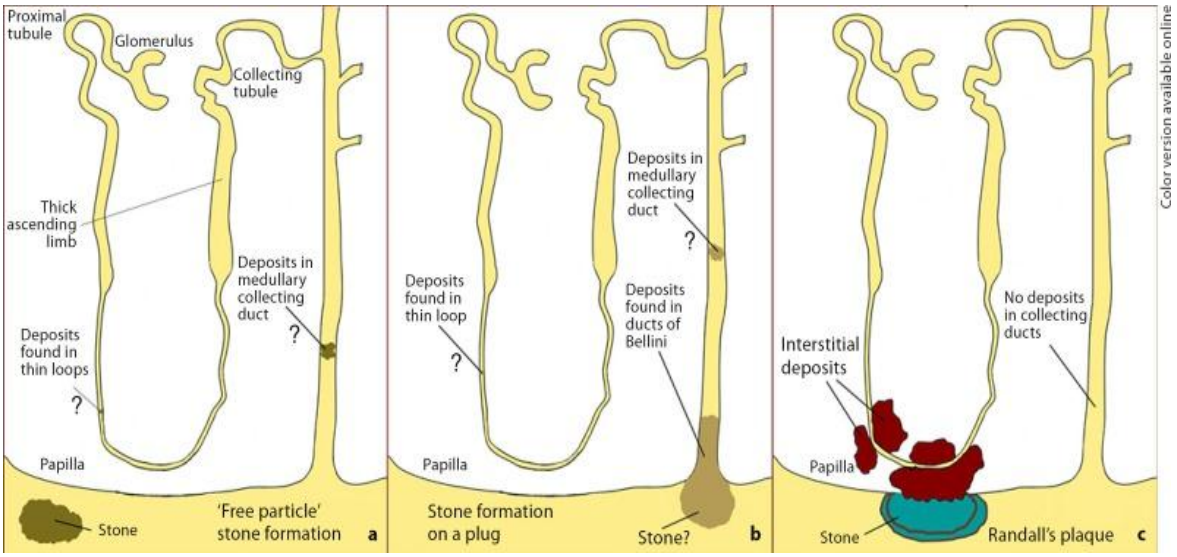
Bệnh sỏi thận là một trong những bệnh lý được ghi nhận sớm nhất trong lịch sử y học. Mặc dù vậy, cho đến nay, cơ chế bệnh sinh của quá trình hình thành và phát triển sỏi vẫn chưa được làm sáng tỏ đầy đủ. Trong những thập niên gần đây, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học và công nghệ, nhiều giả thuyết mới cũng đã được nghiên cứu trong thực hành lâm sàng. Các công trình nghiên cứu cho thấy sự hình thành sỏi thận có thể xuất phát từ năm cơ chế sinh bệnh chính, mang tính độc lập tương đối nhưng có thể tương tác lẫn nhau.

Trong đó, tình trạng nước tiểu bão hòa quá mức dẫn đến kết tinh được xem là yếu tố khởi phát quan trọng thúc đẩy sự lắng đọng tinh thể trong nhu mô thận [4],[14]. Mảng Randall đã được xác định là nền tảng hình thành sỏi canxi oxalat [4],[14],[15],[16]. Bên cạnh đó, hormone sinh dục được cho là có vai trò nhất định trong sự khác biệt về tỉ lệ mắc sỏi thận giữa các giới, mở ra tiềm năng nghiên cứu các hướng điều trị dự phòng mới [21]. Ngoài ra, hệ vi sinh vật, bao gồm các vi khuẩn sinh urease, vi khuẩn nano và hệ vi sinh đường ruột, có thể tác động đáng kể đến môi trường tiết niệu thông qua các sản phẩm chuyển hóa, từ đó ảnh hưởng đến quá trình tạo sỏi theo cả chiều hướng thuận lợi hoặc bất lợi [19],[20]. Cuối cùng, đáp ứng miễn dịch của cơ thể, đặc biệt là vai trò của đại thực bào và quá trình biệt hóa của chúng, được chứng minh có liên quan mật thiết đến sự hình thành tinh thể canxi oxalat trong thận [14].

Việc tổng hợp và phân tích các cơ chế này góp phần làm sáng tỏ bản chất phức tạp của bệnh sỏi thận, đồng thời cung cấp nền tảng khoa học cho các nghiên cứu tiếp theo và hỗ trợ các bác sĩ tiết niệu, thận học cũng như nhân viên y tế trong việc tiếp cận, điều trị và phòng ngừa bệnh một cách hiệu quả hơn.



Hình 1.2. Cơ chế lý hóa của sự hình thành sỏi thận [14]



Hình 1.3. Mô hình hình thành các mảng bám Randall [17]

1.1.5. Triệu chứng và chẩn đoán của sỏi thận

1.1.5.1. Triệu chứng lâm sàng

- *Triệu chứng điển hình:* Sỏi thận thường biểu hiện đau âm ỉ vùng thắt lưng do ứ đọng nước tiểu trong khi sỏi niệu quản biểu hiện là cơn đau quặn thận điển hình do sỏi di chuyển gây co thắt và viêm phù nề [12],[22],[74].

- *Triệu chứng kèm theo:* bệnh nhân có thể buồn nôn, nôn, trướng bụng do phản ứng liệt ruột. Nếu kèm nhiễm khuẩn, người bệnh có thể sốt hoặc rét run [4], [12],[74].

- *Khi thăm khám:* điểm sườn – lưng thường đau, các điểm niệu quản ấn vào gây đau, đôi khi sờ thấy thận to.

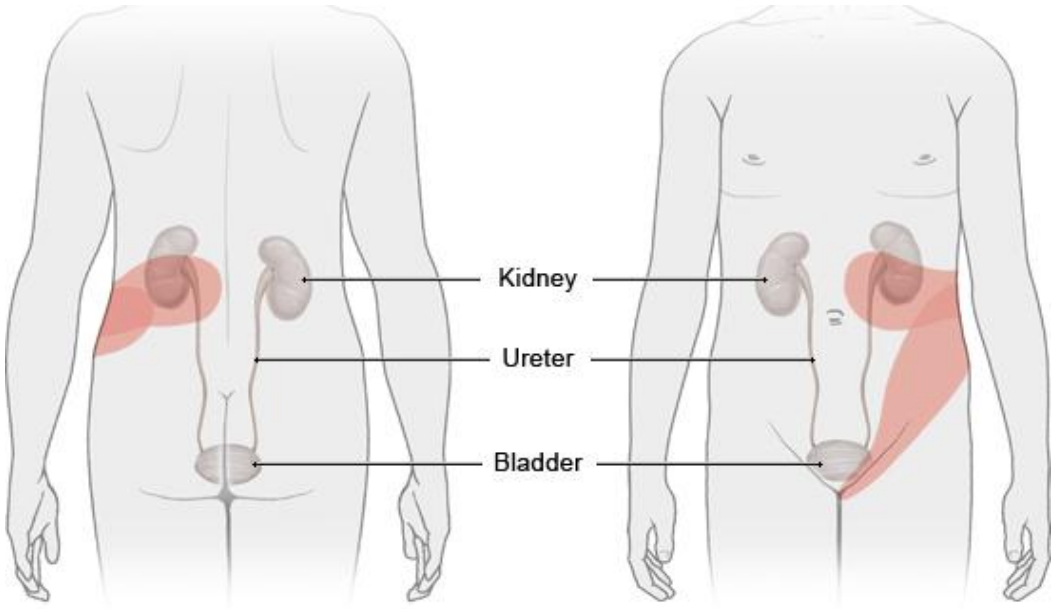
- Ngoài các dấu hiệu trên, cần khai thác thêm triệu chứng đường tiểu:

Đái máu: có thể đại thể hoặc vi thể, thường đi kèm đau.

Biểu hiện nhiễm khuẩn: đái buốt, đái rắt, đái mủ, sốt. Đái mủ mức độ nhẹ đôi khi không phải nhiễm trùng mà chỉ do sỏi gây kích thích niêm mạc.

Dấu hiệu tắc nghẽn: tiểu khó, tiểu ngắt quãng; thận có thể giãn to do ứ nước đài bể thận.

Khám thực thể: có thể sờ thấy thận to khi chạm thận hoặc bập bềnh thận; gõ vùng hông lưng gây đau [4],[10],[11],[12],[22].



Hình 1.4. Các vị trí đau của sỏi thận [22]

1.1.5.2. Cận lâm sàng

a) Siêu âm:

Siêu âm là phương pháp đầu tiên được lựa chọn khi nghi ngờ sỏi đường tiết niệu. Kỹ thuật này cho phép phát hiện sỏi, đánh giá mức độ giãn bể thận – niệu quản và độ dày nhu mô thận. Ưu điểm của siêu âm là không xâm lấn, chi phí thấp, an toàn và có thể thực hiện nhiều lần mà không gây nguy hại cho bệnh nhân đặc. Nhiều trường hợp sỏi không triệu chứng được phát hiện tình cờ trong quá trình siêu âm kiểm tra định kỳ hoặc siêu âm bụng vì lý do khác [10],[74],[75].

b) X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị (KUB):

KUB được sử dụng để xác định vị trí, kích thước, số lượng và hình dạng các viên sỏi cản quang. Phương pháp này đặc biệt hiệu quả trong bối cảnh sỏi tiết niệu tại Việt Nam chủ yếu là sỏi cản quang [11],[75].

c) CT-scan hệ tiết niệu:

CT-scan không tiêm thuốc cản quang cung cấp hình ảnh chi tiết về vị trí, mật độ sỏi và mức độ tắc nghẽn đường tiết niệu, đặc biệt hữu ích trong các trường hợp sỏi phức tạp hoặc khó phát hiện bằng siêu âm và X-quang [74],[75].

d) Phim X- quang chụp hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang (UIV) là phương pháp chẩn đoán cơ bản tuy nhiên hiện nay được thay thế bằng chụp CT - scan [4],[12].

e) Xét nghiệm sinh hóa máu:

Bao gồm định lượng acid uric và canxi trong máu, giúp đánh giá các yếu tố chuyển hóa liên quan đến sỏi [9], [11].

f) Xét nghiệm nước tiểu:

Tế bào và vi khuẩn: Nước tiểu có thể chứa hồng cầu, bạch cầu; khi nghi ngờ

nhiễm trùng, cần soi và nhuộm Gram, đồng thời cấy vi khuẩn để xác định chủng và kháng sinh đồ.

pH nước tiểu: pH > 6,5 gợi ý nhiễm trùng do vi khuẩn phân hủy ure tạo amoniac; pH < 5,5 thường liên quan đến sỏi urat.

Protein niệu: Protein niệu mức thấp thường gặp trong nhiễm trùng tiết niệu; nếu protein niệu cao cần xem xét bệnh lý cầu thận [9], [11],[74],[75].

Trên lâm sàng, siêu âm, X-quang và CT-Scan là những phương pháp chính để xác định vị trí và kích thước sỏi. Các xét nghiệm cơ bản khác như tổng phân tích máu, nước tiểu, sinh hóa máu và đông máu giúp đánh giá toàn trạng, phục vụ cho kế hoạch điều trị. Trong các trường hợp sỏi phức tạp, kỹ thuật hình ảnh đặc hiệu được áp dụng để hỗ trợ chẩn đoán chính xác [12],[74],[75].

1.1.6. Điều trị sỏi thận theo y học hiện đại

- Điều trị nội khoa: Nhằm kiểm soát triệu chứng, phòng ngừa biến chứng điều chỉnh rối loạn chuyển hóa và hỗ trợ đào thải sỏi nhỏ < 5mm và hạn chế tiến triển bệnh. Sỏi thận kích thước 5-10mm điều trị nội khoa và theo dõi 2-4 tuần nếu sỏi chưa đào thải ra hoặc đau nhiều cần can thiệp ngoại khoa.

- Điều trị ngoại khoa:

+ Chỉ định trong trường hợp sỏi có kích thước lớn $\geq 10mm$, gây tắc nghẽn đường tiết niệu ảnh hưởng đến chức năng thận.

+ Loại bỏ sỏi và khôi phục sự lưu thông nước tiểu, nhằm giải quyết những biến chứng của sỏi thận, cứu vãn được chức năng thận trong một số trường hợp như vô niệu, nhiễm khuẩn huyết.

+ Các phương pháp: tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), nội soi ngược chiều sỏi đường tiết niệu, tán sỏi thận qua da (PCNL), phẫu thuật nội soi ổ bụng lấy sỏi tiết niệu, phẫu thuật mở lấy sỏi qua da.

Các phương pháp ngoại khoa hiện nay chỉ điều trị được phần ngọn chứ chưa điều trị được tận gốc của căn nguyên hình thành sỏi vì vậy nguy cơ tái phát sau can thiệp phẫu thuật còn cao nếu người bệnh không thay đổi lối sống và thói quen sinh hoạt [2],[3]. Với xu hướng kết hợp YHHĐ và YHCT hiện nay, mục tiêu hướng tới là điều trị bệnh một cách toàn diện, cá nhân hóa từng đối tượng, chú trọng tới các liệu pháp điều hòa tổng thể YHCT đang có ý nghĩa vô cùng quan trọng.

1.1.7. Biến chứng sỏi thận:

+ Ứ nước thận: ứ nước thận xảy ra khi có sỏi gây tắc nghẽn ở bể thận hoặc niệu quản. Đài bể thận giãn to, nhu mô thận mỏng do bị đè ép dẫn tới suy giảm hoặc mất chức năng [4],[10].

+ Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: sỏi đường tiết niệu là điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn đường tiết niệu phát triển. Biểu hiện đái rắt, đái buốt, đau hố thắt lưng, có thể sốt có cơn rét run hoặc gai rét [4],[12],[73].

+ Suy thận cấp (tổn thương thận cấp, bệnh thận cấp): Suy thận cấp có thể do tình trạng tắc nghẽn nặng (hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn) ở cả hai bên niệu quản. Suy thận cấp cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân có sỏi niệu quản một bên nhưng gây phản xạ co mạch cả hai bên gây vô niệu. Biểu hiện lâm sàng là vô niệu, xét nghiệm ure, crearinin, kali máu tăng nhanh, toan chuyển hóa [10],[73].

+ Suy thận mạn là tình trạng suy giảm chức năng thận tiến triển, không hồi phục và kéo dài trên ba tháng. Ở bệnh nhân sỏi thận, suy thận mạn thường liên quan đến tình trạng tắc nghẽn đường tiết niệu kéo dài, sỏi có kích thước lớn, hội chứng chuyển hóa và đái tháo đường típ 2 làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn và tổn thương nhu mô thận không hồi phục, từ đó ảnh hưởng bất lợi đến tiên lượng và kết quả điều trị [4],[70].

+ Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn do sỏi thận: Viêm bể thận cấp tính là bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu nghiêm trọng có khả năng gây nhiễm trùng huyết, sốc và tử vong. Những bệnh nhân có nguy cơ cao và điều trị bị trì hoãn các ổ áp xe nhỏ có thể hợp nhất tạo thành ổ áp xe thận cấp tính gây nhiễm khuẩn huyết thậm chí sốc nhiễm khuẩn và tử vong [73].

1.2. Sỏi thận theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Sỏi thận là bệnh lý thường gặp của hệ tiết niệu, thuộc phạm vi "Lâm chứng" trong y học cổ truyền, bao gồm các thể như thạch lâm, sa lâm, nằm trong nhóm ngũ lâm. Theo *Tố Vấn – Lục Nguyên Chính Ký Đại Luận*, bệnh được xếp vào chứng "Lâm bí". Căn cứ vào biểu hiện lâm sàng, lâm chứng được chia thành nhiều thể như nhiệt lâm, huyết lâm, khí lâm, thạch lâm (sa là cặn nhỏ, thạch là cặn lớn), cao lâm, lao lâm và lãnh lâm [36].

Lâm chứng đã được ghi nhận sớm trong y thư cổ. *Chư bệnh nguyên hậu* mô tả thạch lâm là tình trạng tiểu tiện đau buốt, dòng tiểu gián đoạn, trong nước tiểu có sỏi hoặc cặn, còn gọi là sa lâm hay sa thạch lâm [34]. *Kim quỹ* của Trương Trọng Cảnh cho rằng hiện tượng tiểu khó, đau hạ vị lan lên rốn là hậu quả của nhiệt lâm, huyết lâm kéo dài làm thủy dịch cô đặc thành cát sỏi. Các y thư như *Kim quỹ yếu lược tâm điển* và *Trung tạng kinh* cũng ghi nhận đặc điểm tiểu khó, đau vùng rốn và nước tiểu có cặn như cát. Theo YHCT, thận chủ thủy; khi thủy dịch ứ trệ lâu ngày sẽ kết sỏi, gây tiểu buốt và tiểu khó do nhiệt tà xâm phạm thận [54].

Về lâm sàng, bệnh biểu hiện bằng đau quặn hạ vị, đau lan thắt lưng xuống bộ phận sinh dục, các triệu chứng bất thường về đường tiểu dưới. Trong YHHĐ, các bệnh như sỏi tiết niệu và nhiễm khuẩn đường niệu được xem là tương ứng với lâm

chứng, với cơ chế bệnh sinh chủ yếu liên quan đến thấp nhiệt ứ đọng ở hạ tiêu gây ngưng kết nước tiểu [38].

1.2.2. Bệnh nguyên Lâm chứng

Ngoại nhân chủ yếu do lục dâm xâm nhập làm rối loạn chức năng tạng phủ, cản trở khí huyết. Phong hàn, thấp nhiệt xâm phạm cơ thể có thể hóa nhiệt hoặc hỏa khi tích tụ lâu ngày; thấp nhiệt lưu trú tại thận và bàng quang hun đốt tạp chất trong nước tiểu, dần hình thành sỏi và ảnh hưởng chức năng bài tiết [34],[36].

Nội nhân liên quan đến rối loạn tình chí, tổn thương thất tình gây uất kết can khí, làm suy giảm chức năng can, tỳ, thận. Khí cơ không thông dẫn đến khí huyết ứ trệ, lâu ngày hóa hỏa; hỏa tà đi xuống hạ tiêu, tổn thương thận âm, làm cô đặc nước tiểu và hình thành sỏi [35].

Bất nội ngoại nhân: Thận âm chủ huyết, thận dương chủ khí; khi thận khí hư, bàng quang mất khả năng khí hóa, tân dịch ứ trệ sinh thấp, thấp lâu ngày hóa hỏa khiến cặn bã nước tiểu kết sỏi, gây đau và đái máu. *Đan Khê tâm pháp* cho rằng thận khí hư làm bàng quang thấp nhiệt, hỏa chưng đốt thủy thấp sinh sỏi [36],[38]. Ngoài ra, ăn uống thất điều, nhiều cay béo ngọt hoặc rượu thịt làm tổn thương tỳ vị, sinh thấp nhiệt nội sinh, uẩn kết tại hạ tiêu, cản trở khí hóa nước tiểu và tạo sỏi. Lao lực kéo dài và phòng dục quá độ làm hao tổn tinh, khí, huyết của thận, mất cân bằng âm dương, khí trệ huyết ứ cũng là yếu tố thúc đẩy Lâm chứng [36],[38],[39].

1.2.3. Bệnh cơ Lâm chứng

Theo y học cổ truyền, sỏi thận thuộc phạm vi "Ngũ lâm", trong đó bệnh sinh chủ yếu liên quan đến thận hư phối hợp bàng quang nhiệt. Thận hư làm rối loạn thủy dịch, bàng quang nhiệt gây tiểu gắt, tiểu khó, nhỏ giọt. Các yếu tố như phòng lao quá độ, ăn uống nhiều cay béo, rượu thịt và rối loạn tình chí đều có thể làm tổn thương thận âm,

sinh thấp nhiệt hoặc hỏa tà uẩn kết ở hạ tiêu. Giai đoạn đầu bệnh thường thuộc thực nhiệt, kéo dài sẽ dẫn đến hư hàn, hư nhiệt [55].

Nội kinh cho rằng tỳ mất vận hóa sinh đàm, đàm hóa hỏa, làm thủy dịch ở hạ tiêu bị nung đặc và kết thành sỏi. Thận chủ nhị tiện, bàng quang nhờ khí hóa của thận dương để bài tiết; khi thận khí suy, khí hóa rối loạn, thấp nhiệt tích tụ khiến cặn bã nước tiểu lắng đọng tạo cát sỏi [36],[51]. Nhiều y thư như *Y tông tất độc* mô tả cơ chế thấp nhiệt hun đốt thủy dịch lâu ngày sinh sa thạch [50], " *Trung tạng kinh"* ghi chép rằng " Thấp làm hại đến chân khí, tà nhiệt dần đàn đi vào sâu tích tụ thành sỏi cát, như việc đun nước muối, lửa to mà nước lại ít, muối dần dần mà hóa kết lại thành sỏi [46

Tuệ Tĩnh nhấn mạnh vai trò của thận khí hư làm thủy hỏa mất điều hòa, nội nhiệt gia tăng khiến tân dịch tổn hao và nước tiểu bị cô đặc. Ăn uống thất điều, lao lực tinh thần và phòng dục quá mức đều làm tâm thận mất điều hòa, thúc đẩy hình thành sỏi [44]. Khi bàng quang mất khí hóa, thấp nhiệt ứ trệ sẽ hun đốt thủy dịch, gây sỏi, dẫn đến tiểu máu và đau do khí trệ [34].

Các y thư như *Chư bệnh nguyên hậu luận*, *Đan khê tâm pháp* và *Kim quỹ yếu lược* đều thống nhất rằng thận hư và bàng quang nhiệt là căn nguyên chính của lâm chứng, với biểu hiện tiểu ít nhưng nhiều lần, đau hạ vị lan lên rốn, kèm các thể lâm khác nhau [42],[54]. Các thầy thuốc đời sau còn bổ sung yếu tố tâm hỏa truyền xuống hạ tiêu và thận suy không chế được thủy dịch [39].

Tóm lại, bệnh sinh sỏi thận trong YHCT liên quan đến thấp nhiệt hạ tiêu, khí trệ huyết ứ và suy giảm chức năng khí hóa của thận. Nhận định của Yanshi (1990) và Vương Ứng Tà (1992) cho rằng nếu chỉ giải thích bằng cơ chế "thấp nhiệt chưng đốt" là chưa đủ, bởi sự hình thành sỏi còn gắn với khí hóa suy yếu và rối loạn toàn diện chức năng tạng phủ [43][46].

1.2.4. Các thể lâm sàng sỏi thận theo YHCT

Theo y học cổ truyền, sỏi thận thuộc phạm vi chứng lâm, trong đó nhiều tài liệu xếp vào thể thạch lâm và chia thành các dạng như thạch lâm, khí lâm, huyết lâm, cao lâm và lao lâm, với đặc điểm lâm sàng khác nhau [44],[50],[54],[55]. Một số giáo trình chuyên ngành hiện nay phân loại đơn giản hơn thành hai thể chính là thấp nhiệt và ứ trệ, được xem là tương ứng với sỏi kèm nhiễm khuẩn hoặc gây sung huyết, chảy máu đường tiết niệu [38],[39],[45]. Cách phân thể hiện đại giúp định hướng điều trị cụ thể hơn, song vẫn chưa hoàn toàn phù hợp với mô hình bệnh tật hiện nay.

Nhằm phục vụ nghiên cứu và đánh giá lâm sàng sỏi thận, chứng lâm được phân loại chi tiết hơn, kèm mô tả triệu chứng về mạch và lưỡi. Theo *Đồng thuận của các chuyên gia Trung Quốc về điều trị sỏi tiết niệu trên bằng phương pháp đông – tây y kết hợp* (2022) và *Thuật ngữ chẩn đoán và điều trị lâm sàng Y học cổ truyền Trung Quốc*, bệnh được chia thành 5 thể [13],[69].

a) Thể thận hư kèm thấp nhiệt

- Chủ chứng:

+ Đau chướng hoặc đau âm ỉ vùng thắt lưng, bụng dưới.

+ Đau lúc có lúc không, lao lực đau tăng hoặc cơn đau mờ nhạt.

- Kiêm chứng:

+ Tiểu nhiều, tiểu đỏ ngắn, nhỏ giọt không thông sướng, tiểu buốt nhẹ, có khi tiểu đục tiểu mủ.

+ Miệng họng đắng, tinh thần mệt mỏi

- Mạch lưỡi:

+ Lưỡi nhạt đỏ, rêu trắng mỏng

+ Mạch tế hoạt hoặc huyền tế.

- Pháp: Bổ thận cố bản, lợi thấp thông lâm

b) Thể thấp nhiệt hạ trú

➢ Chủ chứng:

+ Đau tức thắt lưng hoặc căng tức bụng dưới

+ Tiểu tiện nhiều lần, nước tiểu ít và đỏ sẫm

➢ Kiêm chứng:

+ Tiểu buốt đau dữ dội, tiểu không thông sướng

+ Phát sốt, sợ lạnh, khát nhưng không muốn uống

➢ Mạch lưỡi:

+ Lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn

+ Mạch huyền hoạt hoặc hoạt sác.

➢ Pháp: Thanh nhiệt, lợi thấp, thông lâm bài thạch.

c) Thể khí trệ huyết ứ

➢ Chủ chứng:

+ Đau âm ỉ vùng thắt lưng hoặc đau dữ dội vùng thắt lưng – bụng.

+ Đau cố định tại một điểm, lan xuống hạ vị hoặc âm hộ, đùi trong.

➢ Kiêm chứng:

+ Tiểu khó, tiểu buốt, có thể ra máu, tiểu không thông sướng.

+ Có thể buồn nôn, nôn

+ Bụng đầy tức khó chịu.

➢ Mạch lưỡi:

+ Lưỡi đỏ sẫm hoặc có điểm ứ huyết

+ Rêu trắng mỏng

+ Mạch huyền khẩn

- Pháp: Hóa ứ tán kết, tống sỏi

d) Thể thận dương hư (tỳ thận khí hư)

- Chủ chứng:

+ Tiểu nhiều lần, tiểu buốt, tiểu khó

+ Đau mỏi thắt lưng, gối.

+ Tinh thần mệt mỏi

- Kiêm chứng:

+ Chán ăn, chướng đầy bụng.

+ Tiểu buốt hoặc tiểu khó

+ Tiểu đêm nhiều, nước tiểu trong

+ Tay chân lạnh hoặc cảm giác lạnh vùng nửa dưới cơ thể

- Mạch lưỡi:

+ Lưỡi nhạt, bệu, rìa lưỡi có vết hằn răng

+ Rêu lưỡi trắng

+ Mạch trầm tế hoặc nhược.

- Pháp: Bổ thận kiện tỳ, thông lâm bài sỏi.

e) Thể thận âm hư (can thận âm hư)

- Chủ chứng:

+ Đau âm ỉ vùng thắt lưng

+ Tiểu rắt hoặc tiểu buốt

- Kiêm chứng:

+ Chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mất ngủ

+ Đau mỏi lưng gối, lòng bàn tay chân nóng

+ Đại tiện táo, tiểu đêm nước tiểu vàng, tia tiểu yếu

- Mạch lưỡi:

+ Lưỡi đỏ, rêu ít hoặc không rêu

+ Mạch tế sác

- Pháp: Tư âm bổ thận, thông lâm bài sỏi.

1.3. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước

1.3.1. Nghiên cứu quốc tế

Vương Ứng Tà (1992) – Học viện YHCT Thiểm Tây: Tác giả phân tích cơ chế bệnh sinh của sỏi tiết niệu dưới góc nhìn YHCT: thấp nhiệt, khí huyết ứ trệ và rối loạn khí hóa bàng quang. Các bài thuốc thường dùng gồm Bát Chính Tán, Thạch vĩ tán, Đào hồng tứ vật thang, Tế sinh thận khí hoàn, Lục vị địa hoàng hoàn. Kết luận: thêm thuốc tiêu sỏi giúp tăng hiệu quả điều trị [46].

Nghiên cứu 2018 – Bệnh viện Long Hoa, Đại học YHCT Thượng Hải: Trên 1064 bệnh nhân sỏi đường tiết niệu trên. Kết quả phân bố hội chứng: thấp nhiệt 41.17%, khí – huyết ứ trệ 24.72%, can thận âm hư 11.75%, thận dương hư 11.73%, các thể khác 10.99%. Ghi nhận sự khác biệt triệu chứng và hình thái sỏi giữa các thể [47].

1.3.2. Nghiên cứu tại Việt Nam

Lê Thị Phương (2023) nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của 101 BN sỏi đường tiết niệu có nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện Bạch Mai tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50,98 ± 18,83 với 44% bệnh nhân từ 46 đến 65 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn với 57%. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là sốt (74,26%), tiểu buốt (53,46%), đau hông lưng (37,62%). [48].

Đặng Văn Thới (2026) nghiên cứu về đặc điểm của sỏi thận và những vấn đề đường tiết niệu liên quan đến điều trị sỏi thận. Nghiên cứu trên 35 BN tại Bệnh viện

Đà Nẵng cho kết quả tuổi trung bình là 54,4 ± 11,8 tuổi, nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 60- 69 tuổi chiếm 37,1%; triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đau vùng thắt lưng chiếm 100%; kích thước sỏi trung bình 28,8 ± 11,6 mm; thận ứ nước độ I 31,4%; thận ứ nước độ II 28,6%; thận ứ nước độ III 25,7% [49].

Nguyễn Đình Liên và cộng sự (2024): Nghiên cứu 231 bệnh nhân sỏi tiết niệu tại miền Bắc (2021–2022). Tỷ lệ nam/nữ: 1,96:1. Nhóm tuổi hay gặp nhất: 60–69. Nam gặp nhiều CaOx, CaP, UA; nữ dễ mắc sỏi nhiễm trùng. [8].

Hiện nay tại Việt Nam mô hình bệnh tật đã có rất nhiều thay đổi về các thể bệnh, xu hướng kết hợp YHHĐ và YHCT trong điều trị sỏi thận đang ngày càng được trú trọng, mục tiêu hướng tới là giảm triệu chứng, cá thể hóa từng người bệnh cải thiện thể trạng toàn thân. Tuy nhiên vẫn chưa có sự chuẩn hóa về phân thể YHCT người bệnh sỏi thận trên lâm sàng để nâng cao hiệu quả phối hợp điều trị vì thế đề tài của chúng tôi tiến hành là cần thiết, mang tính mới và không trùng lặp.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ bệnh nhân sỏi thận đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh phòng khám Ngoại Thận – Tiết niệu và Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hoá Hà Nội - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, từ tháng 07/2025 đến tháng 11/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu
- BN có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

+ Trên 18 tuổi

* *Được chẩn đoán xác định sỏi thận theo tiêu chuẩn của Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam năm 2015 [12] gồm các tiêu chuẩn sau:*

- Lâm sàng:
  - Đau âm ỉ vùng thắt lưng hoặc cơn đau quặn thận, đau lan xuống hố chậu, cơ quan sinh dục ngoài hoặc mặt trong đùi.
  - Có thể kèm bụng chướng và nôn trong cơn đau.
  - Rối loạn tiểu tiện: Đái máu, đái rắt, buốt, đái đục.
  - Khám trong cơn đau có co cứng vùng cơ thắt lưng hoặc bụng, sỏi gây tắc có thể gây thận ứ nước/ ứ mủ với dấu hiệu chạm thân, bập bềnh thận.
- Cận lâm sàng:
  - Siêu âm: phát hiện sỏi, vị trí và mức độ giãn thận – niệu quản.
  - Phim X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị: phát hiện sỏi cản quang.
  - Chụp CT/ MRI: phát hiện sỏi không cản quang, loại trừ u.

➢ Các xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu, phân tích thành phần cấu tạo sỏi hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân gây sỏi.

- Chẩn đoán sỏi ở phụ nữ có thai: ưu tiên chẩn đoán bằng lâm sàng và siêu âm.

** Chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu theo tiêu chuẩn của Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam năm 2020 [76] và Đồng thuận của chuyên gia Trung Quốc về chẩn đoán và điều trị sỏi nhiễm trùng tiết niệu [77]:*

- Triệu chứng cơ năng và thực thể:
  - ➢ Đau vùng thắt lưng khi gõ hông lưng, đau âm ỉ
  - ➢ Triệu chứng đường tiểu dưới: tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu đục
  - ➢ Toàn thân: sốt >38 độ, rét run, mệt mỏi, mạch nhanh, trường hợp nặng có thể có biểu hiện nhiễm khuẩn huyết.
- Yếu tố nguy cơ:
  - ➢ Nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, viêm thận – bể thận mạn tính.
  - ➢ Dị tật bẩm sinh hệ tiết niệu, đặt sonde/ dẫn lưu kéo dài, tiền sử can thiệp ngoại khoa.
- Cận lâm sàng:
  - ➢ Nước tiểu có pH kiềm (>7,0), bạch cầu niệu, vi khuẩn niệu, cấy nước tiểu có vi khuẩn sinh urease.
  - ➢ Máu: Bạch cầu tăng, CRP tăng
  - ➢ Siêu âm/CT: đánh giá tắc nghẽn, vị trí sỏi và biến chứng (ứ nước, áp xe quanh thận, thận ứ mủ).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân có một trong các tiêu chí sau được loại trừ khỏi nghiên cứu:

- Bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thể thực hiện y lệnh.

- Bệnh nhân không hợp tác trong quá trình thăm khám.

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính hoặc hôn mê.

- Có nhiễm khuẩn bởi bệnh lý viêm ngoài hệ tiết niệu tại thời điểm khám bệnh, nhập viện.

- Mắc các bệnh lý viêm mạn tính hoặc bệnh tự miễn.

- Bệnh ác tính đang tiến triển.

- Suy thận giai đoạn cuối hoặc đang lọc máu chu kỳ.

- Có tiền sử phẫu thuật hoặc can thiệp tiết niệu trong vòng 4 tuần trước.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa phòng khám Ngoại tiết niệu và Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hoá Hà Nội - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, từ tháng 07/2025 đến tháng 11/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu, chọn mẫu và cỡ mẫu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu:

Mẫu nghiên cứu được chọn chủ đích. Đối tượng được lựa chọn là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi thận đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn đủ tiêu chuẩn lựa chọn như đã nêu trên trong thời gian diễn ra nghiên cứu này.

- Cỡ mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu cần tính.

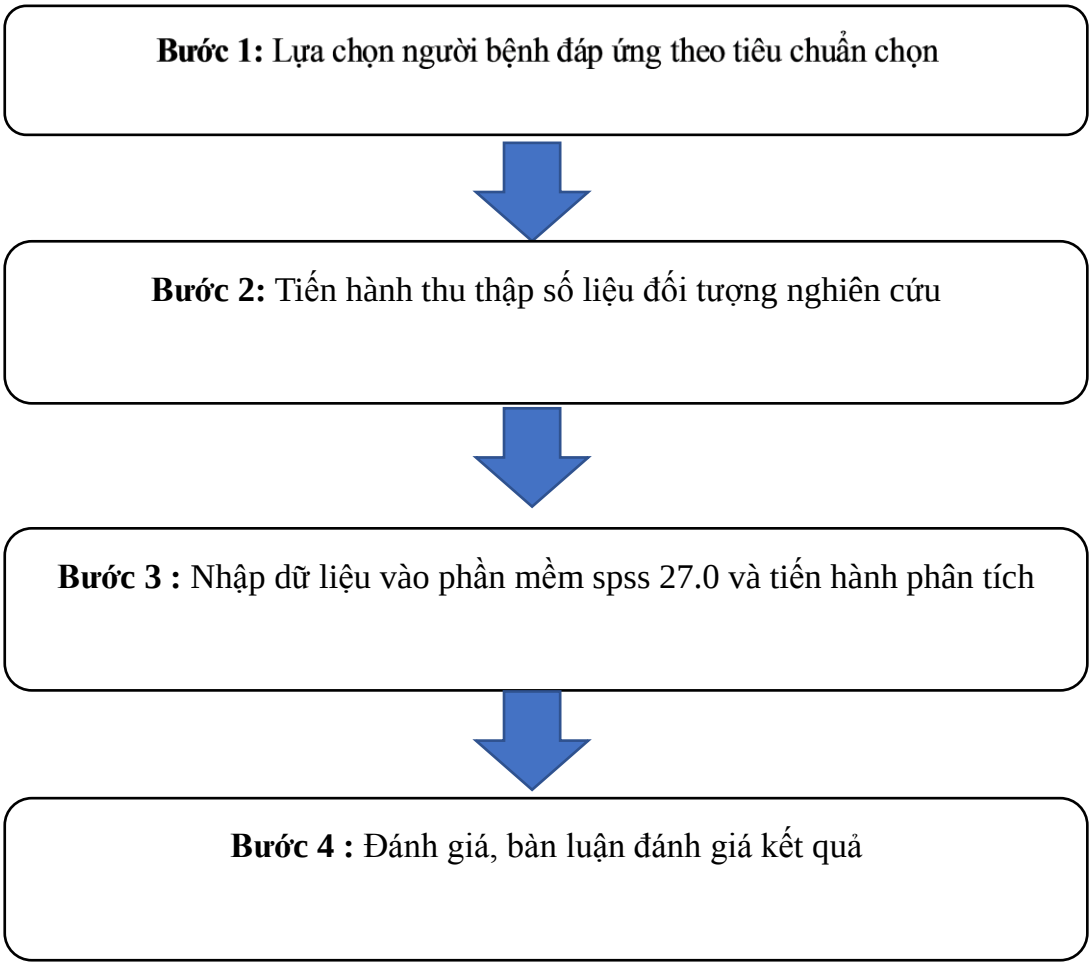
$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy (95% → 1.96)

p: tỷ lệ ước đoán (nếu không biết dùng p=0.5 để tối đa hóa cỡ mẫu)

d: sai số tuyệt đối cho phép (ví dụ d = 0.05 = 5%)

Dựa vào công thức với độ tin cậy là 1.96, p=0.5, d=0.05. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng tỷ lệ cho kết quả tối thiểu 384, tuy nhiên sử dụng cỡ mẫu toàn thể người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian nghiên cứu (n = 315).

2.4. Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

2.5.1. Biến số YHHĐ

- Tuổi: được tính bằng năm nghiên cứu trừ đi năm sinh của bệnh nhân.

- Giới tính: được phân thành hai nhóm nam và nữ.

- Chiều cao: Là khoảng cách thẳng đứng từ điểm cao nhất của đỉnh đầu đến mặt sàn khi đối tượng đứng thẳng, đơn vị tính là centimet (cm), làm tròn đến 0,1 hoặc 0,5cm.

- Cân nặng: Là khối lượng của cơ thể được đo bằng kỹ thuật hoặc cân y tế, đơn vị là kilogam (kg), làm tròn đến 0,1kg.

- Chỉ số khối cơ thể (BMI): Được tính theo công thức

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

- Tiền sử: Bệnh nhân đã điều trị sỏi thận kể cả điều trị nội khoa và ngoại khoa.

- Các bệnh kèm theo: Tăng huyết áp, đái tháo đường týp 2, thừa cân, tăng acid uric máu, gút, mỡ máu, rối loạn chuyển hóa tại thời điểm nghiên cứu.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Cơn đau quặn thận khởi phát đột ngột, thường xuất hiện sau hoạt động gắng sức; đau bắt đầu ở vùng hông lưng một bên rồi lan ra trước và xuống dưới. Đau dữ dội, dai dẳng và không có tư thế nào giúp giảm đau.

+ Đái máu đại thể: màu nước tiểu đỏ, hồng, nâu đỏ hoặc như nước rửa thịt có thể trong nước tiểu có máu cục.

+ Đái máu vi thể: Máu trong nước tiểu không nhìn thấy bằng mắt thường, chỉ phát hiện khi xét nghiệm nước tiểu (≥ 3 hồng cầu / vi trường trên soi cặn nước tiểu)

+ Các dấu hiệu đi kèm có thể gồm buồn nôn, nôn, chướng bụng do liệt ruột;

nếu có nhiễm trùng sẽ xuất hiện sốt và rét run, thận ứ nước, ứ mủ khám thấy dấu hiệu chạm thắt lưng và bập bềnh thận.

+ Rối loạn tiểu tiện có thể gặp: bí tiểu, tiểu rắt, tiểu nhỏ giọt.

- Các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng: Glucose máu, HbA1C, Insulin đói, C – peptit, ACR, Cholesterol, Triglycerid máu, LDL-C, HDL-C, pH nước tiểu, acid uric máu, siêu âm hệ tiết niệu, CT – scan hệ tiết niệu, CRP, WBC, Neu, Lym, tiểu cầu (PLT), huyết sắc tố (Hb) và các tỷ số NLR, SII, MLR.

- Biến phụ thuộc: Nhiễm khuẩn tiết niệu có/không

- Công thức tính mức lọc cầu thận (MLCT) ước tính: nghiên cứu sử dụng công thức CKD-EPI tính toán MLCT ước tính và phân loại MLCT theo hướng dẫn của tổ chức KDIGO-2022.

- Các tỷ số bạch cầu trung tính/Lympho (NLR), chỉ số tiểu cầu/Lympho (PLR), chỉ số viêm hệ thống SII (PLT x Neu)/Lym, chỉ số bạch cầu Mono/ Lympho (MLR).

2.5.2. Biến số YHCT:

Bệnh sỏi thận thuộc chứng " Thạch lâm" theo YHCT, qua các đặc điểm trên lâm sàng chia thành 5 thể tương ứng sau (Theo đồng thuận của các chuyên gia sỏi thận Trung Quốc) [13],[69]:

Thể thận hư kèm thấp nhiệt: Đau chướng hay đau âm ỉ vùng thắt lưng – bụng, phát tác từng đợt, nặng hơn khi lao động, triệu chứng có thể không rõ triệu chứng. Lưỡi nhạt đỏ, rêu trắng mỏng, mạch tế hoạt hoặc huyền tế.

Thể thấp nhiệt hạ chú: Đau thắt lưng hoặc căng tức hạ vị, tiểu tiện nhiều lần, nước tiểu đỏ sẫm, tiểu buốt đau dữ dội, tiểu không thông thoát, kèm ớn lạnh, sốt. Lưỡi rêu vàng nhờn, mạch huyền hoạt hoặc hoạt sác.

Thể khí trệ huyết ứ: Đau âm ỉ vùng thắt lưng hoặc đau quặn vùng thắt lưng – bụng

lan xuống hạ vị, có thể kèm tiểu máu, nôn ói, tiểu buốt, tiểu khó. Lưỡi sẫm đỏ hoặc có điểm ứ huyết, mạch huyền khẩn.

Thể thận âm hư: Đau âm ỉ vùng thắt lưng, tiểu rắt hoặc tiểu buốt, kèm chóng mặt, ù tai, đau mỏi lưng gối. Lưỡi đỏ hoặc ít rêu, mạch tế sác.

Thể thận dương hư (tỳ thận khí hư): Tiểu nhiều lần, tiểu buốt hoặc tiểu khó, tiểu đêm nhiều, đau mỏi lưng gối, mệt mỏi, tay chân lạnh hoặc cảm giác lạnh nửa thân dưới. Lưỡi nhạt, rêu trắng, mạch trầm tế nhược.

Bảng 2.1. Định nghĩa các triệu chứng YHCT trên BN sỏi thận

Triệu chứng	Định nghĩa
Đau bụng dữ dội	Vấn chẩn: Triệu chứng xuất hiện nhanh đột ngột, đau nhói, dữ dội, tăng khi thay đổi tư thế [41],[42]
Đau bụng âm ỉ	Vấn chẩn: Triệu chứng diễn biến chậm, kéo dài, cảm giác đau mỏi, nặng nề vùng lưng [41],[42].
Đau lan	Vấn chẩn: Đau vùng thắt lưng lan dần xuống bụng dưới, bẹn, vùng sinh dục ngoài [41],[42].
Đau chướng	Vấn chẩn: Cảm giác bụng căng tức, đầy chướng, ấn vào thấy tức, âm ỉ [41],[42].
Tiểu nhiều lần	Vấn chẩn > 8 lần/ ngày hoặc > 3lít /ngày [11].
Tiểu khó	Vấn chẩn: BN đi tiểu phải gắng sức rặn, dòng nước tiểu nhỏ, nhỏ giọt hoặc đứt đoạn [11].
Tiểu rắt	Vọng chẩn: BN tiểu rất ít, ban đầu nước tiểu tự chảy ra nhưng nhỏ giọt, sau đó phải rặn nhưng cảm giác không hết nước tiểu [41],[42].
Tiểu máu	Vọng chẩn: BN đi tiểu thấy nước tiểu màu hồng hoặc màu đỏ tươi, có thể lẫn máu cục [41],[42].

Triệu chứng	Định nghĩa
Tiểu đục	Vọng chẩn: BN đi tiểu thấy nước tiểu đục như nước vo gạo, vàng đục hoặc có cặn [41],[42].
Tiểu mủ	Vọng chẩn: nước tiểu đục như nước vo gạo đặc, có thể màu trắng vàng, trắng xanh [41],[42].
Tiểu đau buốt	Vấn chẩn: khi bài tiết tiểu tiện niệu đạo bị đau buốt, nóng rát, rít đau hoặc đau quặn đồng thời kiêm chứng tiểu tiện nhỏ giọt khó đi [41],[42].
Tiểu vàng sẫm	Vọng chẩn: chỉ nước tiểu vàng sẫm, vàng đỏ hoặc vàng xỉn, thậm trí tiểu tiện như nước trà đặc rất bất thường [41],[42].
Tiểu tiện trong dài	Vấn chẩn: nước tiểu trong vắt lượng nhiều [41],[42].
Tiểu tiện không lợi	Vấn chẩn: tiểu tiện lượng ít mà bài tiết khó khăn [41],[42].
Tiểu tiện không thông	Vấn chẩn: tình trạng bài tiết tiểu tiện khó khăn, nghiêm trọng hơn có khi tiểu tiện ra từng giọt cũng khó [41],[42].
Tiểu đêm nhiều lần	Vấn chẩn: ban đêm tiểu 2 đến 3 lần trở lên hoặc lượng nước tiểu quá một phần tư ban ngày thậm trí lượng nước tiểu ban đêm sấp sỉ với ban ngày [41],[42].
Khát nước	Vấn chẩn: BN luôn có cảm giác khát nước, bất kể thời tiết và ăn uống [41],[42],[53].
Miệng khô	Vấn chẩn: cảm giác khô ở vùng miệng, thường kèm khát nước [41],[42].
Họng khô	Vấn chẩn: Cảm giác họng khô nhưng không muốn uống nước [41],[42].
Miệng đắng	Vấn chẩn: Cảm giác đăng trong miệng, nhất là vào buổi sáng [41],[42].

Triệu chứng	Định nghĩa
Chán ăn	Vấn chẩn: BN ăn uống không ngon miệng, không có cảm giác thèm ăn [41],[42].
Người gầy	Vọng chẩn: người gầy BMI < 18.5 [41],[42],[53].
Phù chi hoặc mặt	Vọng chẩn: vùng mi mắt hoặc mặt trong mắt cá chân thấy vùng da căng bóng hơn bình thường [41],[42]. Thiết chẩn: ấn vào thấy mềm, ấn lõm và lâu trở về bình thường [41],[42].
Tinh thần, cơ thể mệt mỏi uể oải	Vấn chẩn: Cơ thể mệt mỏi không thoải mái và kéo dài không hết hẳn [41],[42].
Mất ngủ	Vấn chẩn: Ngủ kém hơn so với bình thường hoặc ngủ mà dễ thức giấc hoặc thức giấc khó ngủ lại [41],[42].
Sắc mặt trắng nhợt	Vọng chẩn: sắc mặt trắng hơn bình thường, thường trắng xanh hay trắng xám [41],[42].
Sắc mặt đỏ	Vọng chẩn: sắc mặt đỏ hơn bình thường [41],[42].
Sắc mặt xám tím	Vọng chẩn: sắc mặt màu tím tái, xanh tím, xạm màu [41],[42].
Chất lưỡi đỏ	Vọng chẩn: cơ lưỡi có màu đỏ hơn so với màu hồng nhạt của niêm mạc mắt ở người bình thường[41],[42],[54].
Chất lưỡi nhợt	Vọng chẩn: cơ lưỡi có màu nhạt hơn so với màu hồng của niêm mạc mắt ở người bình thường [41],[42],[54].
Chất lưỡi khô	Thiết chẩn: ngón tay chạm nhẹ vào cơ lưỡi sẽ không có cảm giác dính ướt mà hơi ram ráp [41],[42],[54]. Vọng chẩn: Lưỡi có màu hồng sẫm hơn, lưỡi khô, sần sùi; có thể có đường nứt; lưỡi có thể bị rút lại [41],[42],[54].

Triệu chứng	Định nghĩa
Chất lưỡi ướt	Vọng chẩn: quan sát trên thân lưỡi của BN thấy cơ lưỡi dính, ướt [41],[42],[54].
Lưỡi bệu	Vọng chẩn: khi đầu lưỡi để lên môi, thân lưỡi to bè ra cả khoang miệng và có dấu ấn răng [41],[42],[54].
Rêu lưỡi trắng	Vọng chẩn: rêu lưỡi màu trắng [41],[42],[54].
Rêu lưỡi vàng	Vọng chẩn: rêu lưỡi màu vàng [41],[42],[54].
Rêu lưỡi mỏng	Vọng chẩn: khi nhìn qua rêu lưỡi vẫn có thể nhìn thấy chất lưỡi[41],[42],[54].
Rêu lưỡi dày	Vọng chẩn: khi nhìn qua rêu lưỡi không thể nhìn thấy chất lưỡi [41],[42],[54].
Rêu lưỡi trơn ướt	Vọng chẩn: quan sát trên thân lưỡi của BN thấy rêu dính, ướt [41],[42],[54].
Rêu lưỡi khô	Vọng chẩn: quan sát trên thân lưỡi của BN thấy rêu khô [41],[42],[54].
Sợ gió, sợ lạnh	Vấn chẩn: Sợ lạnh: người bệnh cảm thấy lạnh dù không ra gió, mình phát nóng vẫn không muốn cởi áo, thậm chí muốn đắp chăn hoặc sưởi ấm mà vẫn thấy lạnh [53]. Sợ gió: Khi ra gió BN có cảm giác khó chịu, sởn gai ốc, nhưng mặc thêm áo hoặc ở chỗ khuất gió thì dễ chịu hơn [53].
Tay chân lạnh	Vấn chẩn: BN cảm thấy và than phiền: tay chân lạnh bất kể thời tiết, thích mang găng, vớ [41],[42]. Thiết chẩn: sờ lòng bàn chân, lòng bàn tay của bệnh nhân

Triệu chứng	Định nghĩa
	thấy lạnh hơn người bình thường khi ở nhiệt độ phòng hoặc da lòng bàn tay bàn chân trắng nhợt hoặc phải mang găng mang vớ [52].
Lưng gối lạnh	Vấn chẩn: Bn cảm thấy thắt lưng và gối hai bên dù không ra gió, mình phát nóng vẫn không muốn cởi áo, thậm trí muốn đắp chăn hoặc sưởi ấm mà vẫn thấy lạnh [41],[42].
Ngực sườn đầy tức	Vấn chẩn: cảm giác bí bách và đầy ở vùng ngực [41],[42], [53].
Không mồ hôi	Vấn chẩn: BN cảm giác toàn thân không đổ mồ hôi dù người nóng sốt, thời tiết nóng bức hay vận động đi lại nhiều. Thiết chẩn: sờ da BN không ẩm ướt [41],[42],[53].
Không khát	Vấn chẩn: BN không có cảm giác khát nước [41],[42],[53].
Sốt hoặc người nóng	Vấn chẩn: người bệnh thấy nóng bức trong người hoặc có những cơn sốt với nhiệt độ tăng cao hơn bình thường Thiết chẩn: dùng tay sờ da BN thấy nóng hơn người bình thường [41],[42].
Lòng bàn tay chân nóng	Vấn chẩn: lòng bàn tay bàn chân thường phát nóng, thích nắm vật lạnh, và lúc ngủ vẫn để chân tay ngoài chăn, dù bệnh nhân không bị sốt. Xúc chẩn: dùng mu bàn tay của bác sỹ để vào lòng bàn tay (chân) của bệnh nhân, cảm nhận nhiệt độ càng ngày càng nóng hơn [41],[42].
Ngũ tâm phiền nhiệt	Vấn chẩn: BN có cảm giác nóng ở lòng bàn tay, lòng bàn

Triệu chứng	Định nghĩa
	chân và ở ngực kèm theo tình trạng khó chịu bồn chồn [41],[42],[53].
Triều nhiệt	Vấn chẩn: cảm giác sốt nhẹ về chiều tối, cảm giác nóng bừng từng cơn [41],[42].
Ngũ canh tiết tả	Vấn chẩn: đi phân lỏng, không thành khuôn, tiêu chảy thường đi lúc sáng sớm [41],[42].
Đại tiện táo	Vấn chẩn: Số lần đi ngoài giảm (dưới 2 lần/ tuần), phân khô cứng, thời gian đại tiện kéo dài, phải rặn mới ra phân [41],[42].
Hụt hơi	Vấn chẩn: cảm giác hụt hơi, yếu hơi hoặc không thể nói lớn tiếng hoặc thành câu dài khi làm việc hay nói chuyện nhiều [41],[42],[53].
Tiếng nói nhỏ	Vấn chẩn: BN có cảm giác hụt hơi, yếu hơi hoặc không thể nói lớn tiếng hoặc thành câu dài khi làm việc hay nói chuyện nhiều Văn chẩn: nghe tiếng nói BN yếu, nhỏ [41],[42],[53].
Đau lưng mỏi gối	Vấn chẩn: đau ở vùng thắt lưng hay đầu gối, cảm giác mỏi hay ê ẩm liên miên khi đi lại nhiều hay ngồi lâu, xoa bóp hay nghỉ ngơi thì giảm đau [41],[42],[53].
Ù tai	Vấn chẩn: trong tai có tiếng vo vo, lúc kêu lúc không, nhấn tay vào thấy tiếng kêu khẽ mà giảm bớt đi [41],[42],[53].
Hồi hộp	Vấn chẩn: cảm giác đánh trống ngực, tim đập thình thịch nhộn nhịp không yên [53].

Triệu chứng	Định nghĩa
Hoa mắt chóng mặt	Vấn chẩn: BN có cảm giác đầu xoay chuyển, mắt tối sầm [41],[42],[53].
Đoản khí	Vấn chẩn: thở gấp và nhanh, mệt nhọc [41],[42],[53].
Tiểu vàng	Vấn chẩn, vọng chẩn: Nước tiểu màu vàng như nước trà [41],[42].
Di tinh	Bệnh lý gây xuất tinh ngoài ý muốn. Không giao hợp mà tinh tự tiết ra, thuộc 2 nhóm: + Mộng tinh: nằm mơ thấy giao hợp mà xuất tinh + Hoạt tinh: xuất tinh ngoài ý muốn bất cứ lúc nào và nhiều lần [41],[42].
Liệt dương	Vấn chẩn: Dương vật không cương cứng hoặc không thể duy trì việc giao hợp [41],[42].
Rối loạn kinh nguyệt	Vấn chẩn: 1 trong 4 thể sau 1. Kinh nguyệt không đều: Kinh hành trước kỳ và lượng ít. Hoặc hành kinh trễ kỳ và lượng ít. 2. Thiểu kinh: Kinh nguyệt đều đặn và ít hơn bình thường về số lượng hoặc số ngày hành kinh. 3. Bế kinh: Không ra kinh. 4. Thống kinh: đau âm ỉ bụng dưới liên miên không dứt khi hành kinh [41],[42],[53].
Bụng đầy chướng	Vấn chẩn: Đau tức vùng thượng vị, tăng khi ăn quá no Thiết chẩn: Bụng căng tức, ấn đau [41],[42].
Đạo hãn	Vấn chẩn: mồ hôi ra trong khi ngủ và ngừng lại khi tỉnh dậy

Triệu chứng	Định nghĩa
	[41],[42], [53].
Tự hãn	Vấn chẩn: mồ hôi ra nhiều vào ban ngày mà không rõ ràng như gắng sức, thời tiết nóng, mặc quần áo dày hay dùng thuốc [41],[42],[53].
Mạch hoạt	Thiết chẩn: Mạch đi lại rất nhanh trơn, dưới ngón tay có cảm giác như những viên bi tròn, hạt ngọc trơn tuột [54].
Mạch sác	Thiết chẩn: Có nhiều hơn 5 hoặc 6 nhịp mạch trên 1 lần thở của thầy thuốc (trên 90 lần / phút) [54].
Mạch huyền	Thiết chẩn: Sóng mạch ở 3 bộ Quan, Xích, Thốn liên kết thành một hơi, căng như dây đàn [54].
Mạch trầm	Thiết chẩn: Mạch đi sâu dưới cơ trên xương, tay chạm vào thì không bắt được mạch, cầm đè nặng tay đến tầng 3 mới thấy rõ [54].
Mạch tế	Thiết chẩn:Mạch đi chìm và rất nhỏ, bé xíu như sợi chỉ, đè nặng tay thì thấy rõ dưới ngón [54].
Mạch khẩn	Thiết chẩn: mạch cứng, co rút như dây thừng xoắn, có lực và căng [54].
Mạch nhược	Thiết chẩn: mạch đi lại mềm, yếu, không có lực, ấn mạnh xuống thì thấy, nhấc tay lên thì gần như không cảm nhận được [54].
Mạch sáp	Thiết chẩn: mạch đi lại khó khăn, không lưu lợi, cảm giác sáp sít, không lưu loát như dao kéo qua tre khô [54].

2.6. Cách thu thập thông tin

Tất cả các đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết và phỏng vấn khai thác kỹ các yếu tố liên quan đến bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Các kết quả được ghi vào bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Khám lâm sàng

Tính chỉ số khối cơ thể:

- Cân bệnh nhân: Sử dụng bàn cân Trung Quốc có thước đo chiều cao. Bệnh nhân mặc một bộ quần áo mỏng, không đi giày dép, không đội mũ, kết quả ghi bằng kg, sai số không quá 100g.

- Đo chiều cao: Được đo bằng thước đo chiều cao gắn với cân, bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát mặt sau bàn cân, đầu thẳng, mắt nhìn thẳng. Kéo thước đo thẳng đứng hết tầm, sau đó kéo từ từ xuống đến khi chạm đúng đỉnh đầu, đọc kết quả trên vạch thước đo, kết quả tính bằng mét (m) và sai số không quá 0,5cm.

- Tính chỉ số sơ thể theo công thức.

- Thể trạng người bệnh được phân loại theo bảng phân loại các mức độ BMI của WHO năm 2000 áp dụng cho vùng Châu Á – Thái Bình Dương.

Bảng 2.2. Phân loại thể trạng theo chỉ số BMI áp dụng cho người Châu Á – Thái Bình Dương (IDI & WPRO năm 2000)

Thể trạng	**IDI & WPRO BMI (kg/m^2)**
Cân nặng thấp (gầy)	<18,5
Bình thường	18,5 – 22,9
Thừa cân	23 – 24,9
Béo phì độ I	25 – 29,9
Béo phì độ II	≥ 30

Đo huyết áp:

- Sử dụng ống nghe và huyết áp kế đồng hồ Nhật Bản, bệnh nhân được đo huyết áp động mạch cánh tay tư thế nằm. Trước khí đo bệnh nhân được nghỉ ngơi 15 phút, không dùng thuốc ảnh hưởng tới huyết áp. Phân độ tăng huyết áp theo ESH/ESC năm 2018.

Bảng 2.3. Phân độ huyết áp theo ESH/ESC năm 2018

Phân loại	**HA tâm thu (mmHg)**		**HA tâm trương (mmHg)**
Tối ưu	< 120	Và	< 80
Bình thường	120 – 129	Và/hoặc	80 – 84
Bình thường cao	130 – 139	Và/hoặc	85 – 89
THA độ 1	140 – 159	Và/hoặc	90 – 99
THA độ 2	160 – 179	Và/hoặc	100 – 109
THA độ 3	**≥ 180**	Và/hoặc	**≥ 110**
THA tâm thu đơn độc	**≥ 140**	Và	< 90

- Đặc điểm bệnh nhân sỏi thận theo y học cổ truyền (theo mẫu bệnh án)
- Khám cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm sinh hóa máu được tiến hành trên máy phân tích trự động.

- Cách lấy máu xét nghiệm: Lấy máu tĩnh mạch vào lúc bệnh nhân đến khám, ly tâm lấy huyết thanh.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu thu thập được xử lý theo phần mềm SPSS 27.0 của IBM:

Kết quả thu được thể hiện dưới tỉ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình.

Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thông kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn phê duyệt (mã số NCKHCS-2025-12) và Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua. Tất cả thông tin được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.9. Sai số và khống chế sai số.

** Sai lệch lựa chọn:*

Hạn chế bằng cách lựa chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán sỏi thận trong mục 2.1 (phần đối tượng nghiên cứu). Nghiên cứu viên là người trực tiếp khám, phỏng vấn và chọn bệnh nhân vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên phải có chứng chỉ Đào tạo Thực hành lâm sàng tốt (GCP) và Đạo đức nghiên cứu do Bộ Y tế cấp và có kinh nghiệm lâm sàng về chuyên ngành Thận – Tiết niệu về YHHĐ và YHCT $\geq$ 5 năm.

** Sai lệch trong quá trình thu thập số liệu:*

Nhóm nghiên cứu được đào tạo và huấn luyện thành thạo về quy trình khám và khai thác thông tin theo bảng câu hỏi, bệnh án nghiên cứu.

** Sai lệch hệ thống khác:*

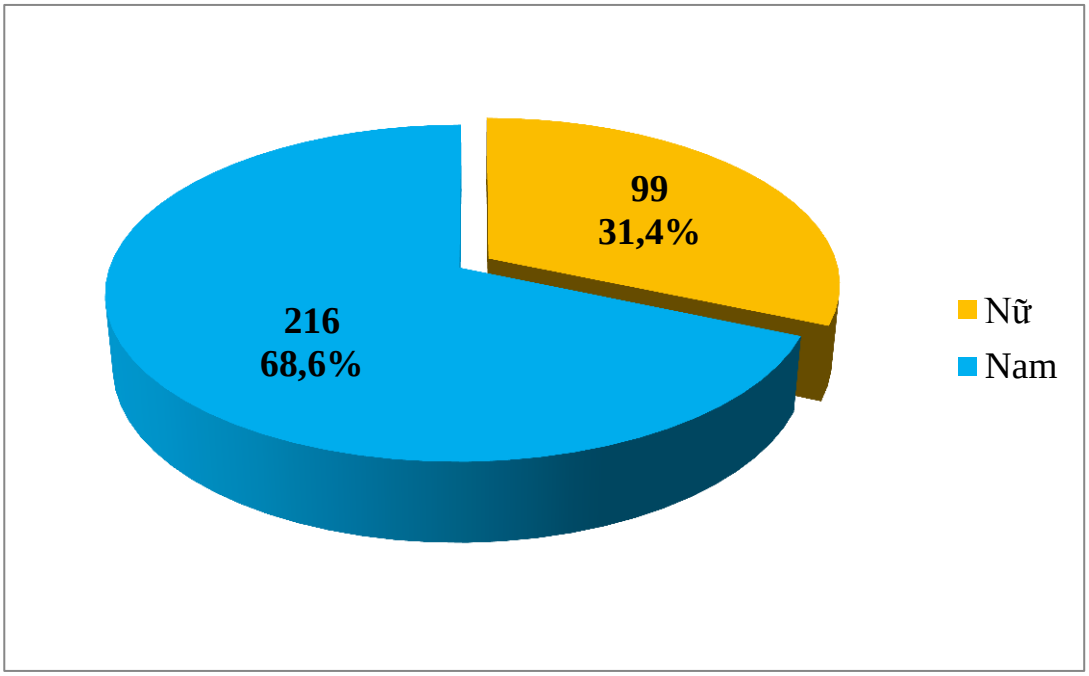
Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất cho tất cả các đối tượng trong nghiên cứu. Để hạn chế trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi thực hiện một số quy định yêu cầu được tuân thủ như sau: Xây dựng phương pháp và công cụ thu thập thông tin chuẩn mực và được sử dụng như nhau ở các đối tượng nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố về nhân trắc học của người bệnh sỏi thận



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Nghiên cứu trên 315 BN với tỉ lệ nam chiếm 68,67%, nữ chiếm 31,43%; tỷ lệ bệnh nhân nam: nữ là 2,2 : 1.

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	**Số BN (n= 315)**	**Tỷ lệ (%)**
18-40 tuổi	51	16,2%
41-60 tuổi	144	45,7%
≥ **60** tuổi	120	38,1%
Tổng	315	100
TB ± SD (tuổi) (min – max)	55,03 ± 12,98 (21 – 85)	

Nhận xét: Trong 315 bệnh nhân tiến hành nghiên cứu, nhóm bệnh nhân từ 41-60 tuổi có 144 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 45,7% chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm tuổi trên 60 tuổi có 120 bệnh nhân chiếm 38,1%, nhóm tuổi 18-40 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 16,2%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,03 ± 12,98 (tuổi) trong đó thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 85 tuổi.

Bảng 3.2. Đặc điểm về huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Biến số (n=315)		**TB ± SD** **Min-max**	**Trung vị** **(IQR)**
Huyết áp (mmHg)	Huyết áp tâm thu	126,42 ± 15,37 (95 – 236)	120 (120-130)
	Huyết áp tâm trương	76,22 ± 9,59 (60 – 119)	70 (70-80)

Nhận xét: Các biến định lượng phân phối không chuẩn (p<0,05). Nhóm nghiên cứu có HATT là 126,42± 15,37 mmHg, trung vị 120 (120-130) mmHg, HATTr là 76,22 ± 9,59 mmHg, trung vị là 70 (70-80) mmHg.

Bảng 3.3. Bảng phân loại huyết áp của nhóm nghiên cứu

Biến số		**Bệnh nhân**	**Tỷ lệ (%)**
HATT (mmHg)	HATT <140	264	83,8
	HATT ≥ 140	51	16,2
HATTr (mmHg)	HATTr < 90	278	88,3
	HATTr ≥ 90	37	11,7

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg chiếm tỷ lệ 16,2%, trong khi nhóm < 140mmHg chiếm 83,8%. Đối với huyết áp tâm trương, đa số đối tượng < 90mmHg chiếm 88,3%, còn ≥ 90mmHg chiếm tỷ lệ 11,7%.

Bảng 3.4. Đặc điểm về BMI của đối tượng nghiên cứu

Phân loại theo BMI	***Số BN (n= 315)***	***Tỷ lệ (%)***
Gầy (BMI ≤ **18,5**)	17	5,4
Bình thường (BMI: 18,5-22,9)	167	53
Thừa cân (BMI: 23-24,9)	82	26
Béo phì độ I (BMI: 25-29,9)	45	14,3
Béo phì độ II (BMI ≥ **30**)	4	1,3
BMI trung bình (TB ± SD)	22,56 ± 2,72 (14,8 – 33,6)	

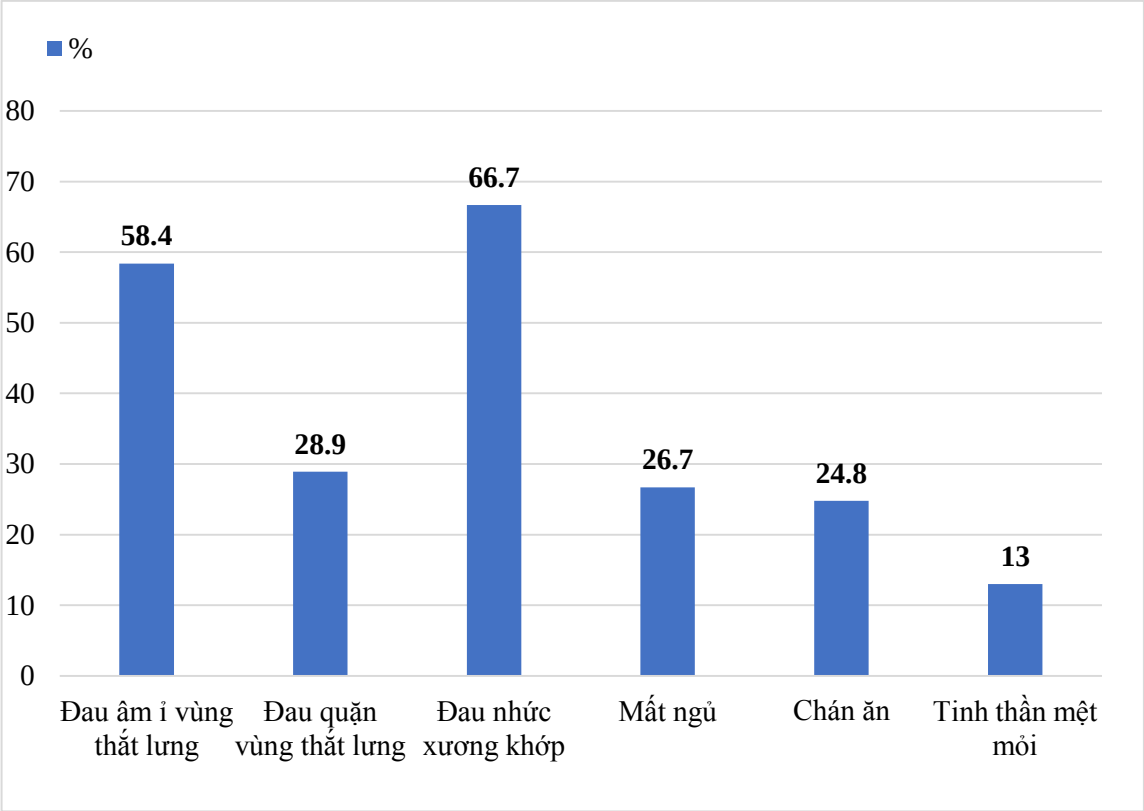
Nhận xét: Chỉ số BMI trung bình của người bệnh là 22,56 ± 2,72. Phân loại thể trạng theo chỉ số BMI là: tỷ lệ gầy chiếm 5,4%, thể trạng bình thường chiếm 53%, tỷ lệ người bệnh thừa cân chiếm 26%, béo phì độ I là 14,3%, béo phì độ II là 1,3%. Tổng số bệnh nhân thừa cân và béo phì là 41,6%.

Bảng 3.5. Đặc điểm về tiền sử bản thân và tiền sử gia đình của đối tượng nghiên cứu

Biến số		**Nam** (n=216)	**Nữ** (n=99)
Tiền sử bản thân mắc sỏi thận	Có	83 (38,4%)	31 (31,3%)
	Không	133 (61,6%)	68 (68,7%)
Tiền sử gia đình mắc sỏi thận	Có	15 (6,9%)	8 (8,1%)
	Không	201 (93,1%)	91 (91,1%)
Tiền sử bản thân mắc ĐTĐ típ 2	Có	30 (13,9%)	16 (16,2%)
	Không	186 (86,1%)	83 (83,8%)
Tiền sử bản thân tăng huyết áp	Có	51 (23,6%)	29 (29,3%)
	Không	165 (76,4%)	70 (70,7%)

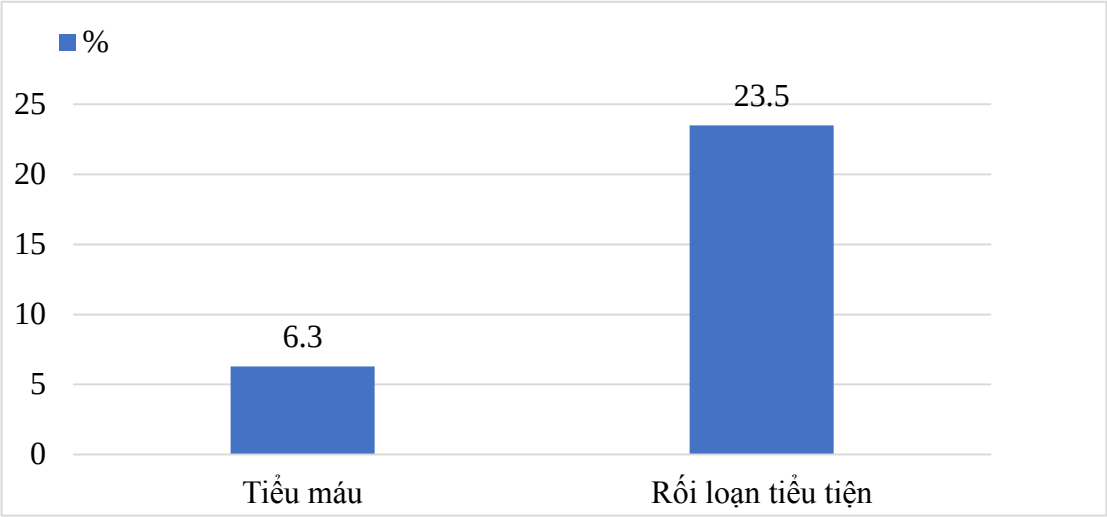
Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy 1/3 bệnh nhân có tiền sử bản thân mắc sỏi thận, cho thấy nguy cơ tái phát bệnh khá cao. Tiền sử gia đình mắc sỏi thận chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ bản thân mắc đái tháo đường típ 2 ở nhóm nghiên cứu chiếm 14,6%, tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp chiếm khoảng 1/4 lượng người bệnh trong quần thể nghiên cứu.

3.1.2. Đặc điểm về lâm sàng



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm các triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đau nhức xương khớp có tỷ lệ xuất hiện cao nhất ở đối tượng nghiên cứu chiếm 66,7%, sau đó triệu chứng `đau âm ỉ thắt lưng xuất hiện với tỷ lệ 58,4%. Đau quặn vùng thắt lưng chiếm tỷ lệ thấp hơn 28,9%. Triệu chứng về mất ngủ, chán ăn, tinh thần mệt mỏi chiếm tỷ lệ 26,7%, 24,8%, 13%. Triệu chứng tỷ lệ thấp nhất là sốt ≥38°C, rét run chiếm 11,1%.



Biểu đồ 3.3. Triệu chứng lâm sàng về đường tiểu dưới của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng về đường tiểu dưới của đối tượng nghiên cứu triệu chứng rối loạn tiểu tiện (tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu khó) chiếm 23,5%, triệu chứng tiểu máu chiếm tỷ lệ 6,3%.

3.1.3. Đặc điểm về cận lâm sàng

Bảng 3.6. Đặc điểm về MLCT và creatinin ở đối tượng nghiên cứu

Biến số		***Số BN***	***Tỷ lệ (%)***
MLCT (ml/phút/1,73m^2)	< 60	85	27
	≥ 60	230	73
MLCT trung bình (TB ± SD) (IQR)		74,9 ± 22,9 97,7 (68,5 – 115,8)	
Creatinin (mg/dL) (TB ± SD) (IQR)		102,9 ± 37,2 76 (57 – 92)	

Nhận xét: Biến định lượng phân phối không chuẩn p <0,05, trong nhóm nghiên cứu MLCT trung bình là 74,9 ± 22,9 (ml/phút/1,73m^2) trung vị là 97,7 (68,5 – 115,8). Nhóm có MLCT < 60 chiếm 27%, MLCT **≥ 60** chiếm 73%. Creatinin trung bình là 102,9 ± 37,2 (mg/dL), giá trị trung vị là 76 (57 – 92).

Bảng 3.7. Đặc điểm về sinh hóa nước tiểu ở đối tượng nghiên cứu

Biến số		***Số BN***	***Tỷ lệ (%)***
pH nước tiểu	< 5,5	39	12,4
	5,5 – 7,5	267	84,8
	>7,5	8	2,5
pH (TB ± SD) (IQR)		6,2 ± 0,67 6 (6 – 6,5)	
SG (TB ± SD) (IQR)		1,014 ± 0,008 1,014 (1,009 – 1,017)	

Nhận xét: Biến định lượng phân phối không chuẩn p<0,05, giá trị pH trung bình là 6,2 ± 0,67 giá trị trung vị 6 (6 – 6,5). Nhóm pH < 5,5 chiếm 12,4%, pH 5,5 – 7,5 chiếm tỷ lệ cao nhất 84,8%, pH > 7,5 chiếm 2,5%. Giá trị trung bình của SG của nhóm nghiên cứu là 1,014 ± 0,008, giá trị trung vị 1,014 (1,009 – 1,017).

Bảng 3.8. Đặc điểm về công thức máu ở đối tượng nghiên cứu

Biến số (n=315)	**TB ± SD**	**Trung vị (IQR)**
RBC (T/L)	4,71 ± 0,54	5,04 (4,71 – 5,34)
Hb (g/L)	138,8 ± 17,7	140 (129 – 150)
HCT (L/L)	0,416 ± 0,045	0,421 (0,390-0,448)
WBC (G/L)	9,04 ± 3,11	8,4 (6,61 – 10,7)
PLT (G/L)	248.7 ± 69,78	287 (244 -335)

Nhận xét: Biến phân phối không chuẩn p< 0,05, giá trị hồng cầu (RBC) trung bình là 4,71 ± 0,54 (T/L) giá trị trung vị 5,04 (4,71 – 5,34), Hemoglobin (Hb) có giá trị trung bình là 138,8 ± 177 (g/L), giá trị trung vị là 140 (129 – 150). Hematocrit (HCT) giá trị trung bình là 0,416 ± 0,045 (L/L) giá trị trung vị là 0,421 (0,390-0,448). Giá trị tiểu cầu (PLT) trung bình là 248.7 ± 69,78 (G/L) giá trị trung vị là 287 (244 -335).

Bảng 3.9. Bảng phân bố về đặc điểm sinh hóa máu ở đối tượng nghiên cứu

Biến số TB ± SD	**Tổng (n=315)**	**Có nhiễm khuẩn (n=153)**	**Không nhiễm khuẩn (n=162)**	**p**
Glucose máu (mmol/L)	6,4 ± 2,5	6,8 ± 2,9	6,1 ± 2,0	0,012
HbA1c (%)	7,16 ± 1,6	8,04 ± 1,75	6,2 ± 0,69	0,004
CRP mg/g	76,27 ± 70,15	83,16 ± 69,51	3,19 ± 1,59	0,013
NLR	4,24 ± 4,25	5,84 ± 5,23	2,72 ± 2,16	0,000
MLR	0,42 ± 0,40	0,49 ± 0,36	0,35 ± 0,42	0,002
SII	±	1448,34 ± 127,43	642,03 ± 55,48	0,000

Nhận xét: Các chỉ số như glucose máu và HbA1c ở nhóm có nhiễm khuẩn cũng cao hơn. Đối với các chỉ dấu viêm, nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn với nồng độ CRP, số lượng bạch cầu (WBC) và các chỉ số viêm NLR, MLR và SII cao hơn rõ rệt so với nhóm không nhiễm khuẩn.

Bảng 3.10. Giá trị ROC của các chỉ dấu viêm dự báo nhiễm khuẩn

Chỉ số	**AUC (95% CI)**	**p**	**Điểm cắt**	**Độ nhạy (%)**	**Độ đặc hiệu (%)**
Bạch cầu	0,929 (0,89-0,96)	<0,001	9,05	0,824	0,951
NLR	0,755 (0,70-0,81)	<0,001	3,05	0,647	0,802
SII	0,773 (0,72-0,84)	<0,001	814,19	0,641	0,802
MLR	0,674 (0,61 -0,73)	<0,001	0,325	0,627	0,679

Nhận xét: Số lượng bạch cầu có giá trị dự báo cao nhất với AUC = 0,929, độ nhạy 82,4% và độ đặc hiệu 95,1% tại điểm cắt 9,05 G/L. Các chỉ số viêm như NLR và SII có giá trị dự báo ở mức khá. Chỉ số MLR có giá trị dự báo thấp hơn so với các chỉ số còn lại.

Bảng 3.11. Bảng phân bố về đặc điểm hình ảnh học của sỏi thận ở người bệnh

Biến số		**Số BN (n=315)**	**Tỷ lệ (%)**
Kích thước sỏi	<5mm	23	7,3
	5-10mm	62	19,7
	10-20mm	149	47,3
	>20mm	81	25,7
Giãn ĐBT ≥ độ 2		50	15,8

Nhận xét: Kích thước sỏi thận phổ biến trong quần thể nghiên cứu là nhóm sỏi kích thước khá lớn 10-20mm chiếm 47,3%, >20mm chiếm 25,7% và hình ảnh đài bể thận giãn độ 2 trở lên do sỏi chiếm tỷ lệ 15,8%.

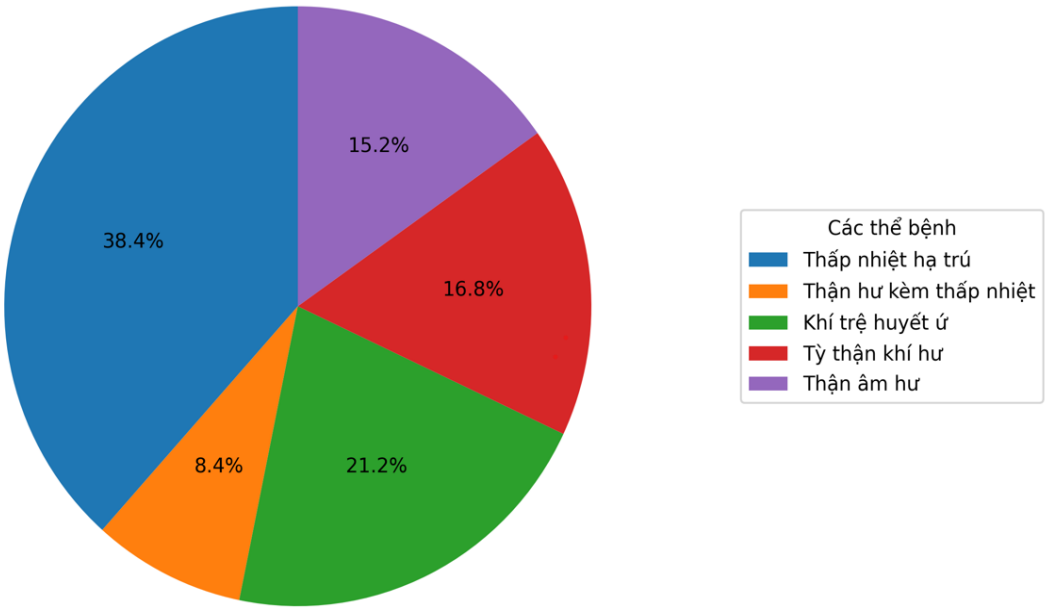
Bảng 3.12. Đặc điểm về vị trí sỏi thận của đối tượng nghiên cứu

Biến số	**Đài thận**	**Bể thận**	**Niệu quản**	**Tổng**
Thận trái	23 (7,3%)	31(9,84%)	57(18,1%)	111
Thận phải	15(4,76%)	17(5,4%)	48(15,24%)	80
Hai bên	21(6,67%)	67(21,27%)	36(11,43%)	124
Tổng	59	115	141	315

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, sỏi ở vị trí niệu quản chiếm tỷ lệ cao nhất 141 trường hợp tiếp đó là sỏi ở bể thận 115 trường hợp cuối cùng là đài thận 59 trường hợp. Sỏi hai bên thận, niệu quản chiếm tỷ lệ cao nhất 124 trường hợp, tiếp đó là sỏi bên thận trái chiếm 111 trường hợp, sỏi thận bên phải chiếm 80 trường hợp.

3.2. Thực trạng các thể lâm sàng theo YHCT người bệnh sỏi thận

3.2.1. Đặc điểm về phân bố người bệnh theo thể bệnh y học cổ truyền



Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh sỏi thận theo thể bệnh YHCT

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân sỏi thận thuộc thể thấp nhiệt hạ trú là cao nhất chiếm 38,4%, tiếp theo là thể khí trệ huyết ứ chiếm 21,2%, thể thận âm hư chiếm 15,2%, thể tỳ thận khí hư và thận hư kèm thấp nhiệt lần lượt chiếm tỷ lệ là 16,8% và 8,4%.

3.2.2. Triệu chứng lâm sàng của các thể bệnh theo y học cổ truyền trên người bệnh sỏi thận

Bảng 3.13. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh thấp nhiệt hạ trú trên người bệnh sỏi thận

Thể thấp nhiệt hạ trú (n=121)	**n**	**Tỷ lệ %**
Chủ chứng		
Tiểu buốt, tiểu rắt	98	80,9%
Tiểu nóng rát, không thông sướng	56	46,3%
Tiểu nhiều lần, nước tiểu ít	96	79,3%
Đầu mình nặng nề	62	51,2%
Kiêm chứng		
Đau tức thắt lưng	84	69,4%
Căng tức bụng dưới	64	52,9%
Phát sốt, sợ lạnh	16	13,2%
Khát nhưng không muốn uống	25	20,6%
Tiểu đỏ sáp	23	19%
Lưỡi		
Sắc đỏ	102	84,3%
Rêu vàng nhờn	74	61,1%
Mạch		
Huyền hoạt	68	56,2%
Hoạt sác	45	37,2%

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng của thể thấp nhiệt hạ trú gồm các chủ chứng: tiểu buốt, tiểu rắt chiếm 80,9%; tiểu nóng rát không thông sướng chiếm 46,3%; tiểu nhiều lần, nước tiểu ít chiếm 79,3%, đầu mình nặng nề chiếm 51,2%. Kiêm chứng bao gồm các triệu chứng: đau tức thắt lưng chiếm 69,4%; căng tức bụng dưới chiếm 52,9%; phát sốt sợ lạnh chiếm 13,2%; khát nhưng không muốn uống chiếm 20,6%; tiểu đỏ sáp chiếm 19%. Lưỡi đỏ chiếm 84,3%; rêu lưỡi vàng nhờn chiếm 61,1%; mạch huyền hoạt chiếm 56,2%; mạch hoạt sác chiếm 37,2%

Bảng 3.14. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh khí trệ huyết ứ trên người bệnh sỏi thận

Thể khí trệ huyết ứ (n=66)	**n**	**Tỷ lệ %**
Chủ chứng		
Đau quặn vùng thắt lưng/ bụng	46	69,7%
Đau âm ỉ thắt lưng/ bụng	40	60,6%
Đau cố định	32	48,5%
Tiểu khó	18	27,2%
Kiêm chứng		
Tiểu đau vùng sinh dục	12	18,1%
Tiểu sáp trệ/ đau lan	22	33,3%
Ngực sườn đầy tức	11	16,7%
Đau kèm theo buồn nôn, nôn	9	13,6%
Có thể tiểu ra máu	29	44%
Lưỡi		
Đỏ sẫm hoặc có điểm ứ huyết	39	59%
Rêu trắng mỏng	48	72,7%
Mạch		
Huyền khẩn	38	57,6%
Huyền sác	15	22,7%
Huyền sáp	13	19,7%%

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng của thể khí trệ huyết ứ gồm các chủ chứng: đau quặn vùng thắt lưng/ bụng chiếm 69,7%; đau âm ỉ thắt lưng/ bụng chiếm 60,6%; đau cố định tại một điểm chiếm 48,5%; tiểu khó chiếm 27,2%. Các kiêm chứng bao gồm: đi tiểu kèm đau vùng sinh dục chiếm 18,1%; tiểu sáp trệ/ đau lan chiếm 33,3%; ngực sườn đày tức chiếm 16,7%; đau kèm theo buồn nôn, nôn chiếm 13,6%; có thể tiểu ra máu chiếm 44%. Triệu chứng lưỡi đỏ sẫm hoặc có điểm ứ huyết chiếm 59%; rêu lưỡi trắng mỏng hoặc vàng mỏng chiếm 72,7%; mạch huyền khẩn chiếm 57,6%; mạch huyền sác chiếm 22,7%; mạch huyền sáp chiếm 19,7%.

Bảng 3.15. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh tỳ thận khí hư trên người bệnh sỏi thận

Thể tỳ thận khí hư (n=53)	**n**	**Tỷ lệ %**
Chủ chứng		
Tiểu không thông, tiểu nhiều lần	25	47,1%
Tia tiểu yếu, dòng tiểu ngắt quãng	35	66%
Tinh thần mệt mỏi, mình mẩy nặng nề	28	52,8%
Bụng đầy chướng sau ăn, chán ăn, nhạt miệng	31	58,5%
Ngũ canh tiết tả	18	34%
Kiêm chứng		
Người gầy/ béo bệu	40	75,5%
Đau mỏi lưng gối	32	60,4%
Sợ lạnh, tay chân lạnh	16	30,2%
Tiểu đêm, nước tiểu trong	20	37,7%
Đau tức vùng thượng vị	15	28,3%
Đoản khí đoản hơi, nói ít	8	15,1%
Lưỡi		
Lưỡi nhợt, rìa lưỡi có vết hằn răng	40	75,4%
Rêu trắng mỏng	38	71,7%
Mạch		
Mạch nhược	20	37,7%
Mạch tế	31	58,5%

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng theo YHCT thể tỳ thận khí hư trên người bệnh sỏi thận: Chủ chứng gồm tiểu không thông sướng, tiểu nhiều lần chiếm 47,1%; tia tiểu yếu, dòng tiểu ngắt quãng chiếm 66%; tinh thần mệt mỏi, mình mẩy nặng nề chiếm 52,8%; bụng đầy chướng sau ăn, chán ăn, nhạt miệng chiếm 58,5%; ngũ canh tiết tả chiếm 34%. Kiêm chứng gồm người gầy hoặc béo bệu chiếm 75,5%; đau mỏi lưng gối chiếm 60,4%; sợ lạnh, tay chân lạnh chiếm 30,2%; tiểu đêm nước tiểu trong chiếm 37,7%; đau tức thượng vị chiếm 28,3%; đoản khí đoản hơi, nói ít chiếm 15,1%. Lưỡi nhợt, rìa lưỡi có vết hằn răng chiếm 75,4%; rêu trắng mỏng chiếm 71,7%; mạch nhược chiếm 37,7%; mạch tế chiếm 58,5%.

Bảng 3.16. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh thận âm hư trên người bệnh sỏi thận

Thể thận âm hư (n=48)	**n**	**Tỷ lệ %**
Chủ chứng		
Đau âm ỉ vùng thắt lưng	38	79,1%
Tiểu tiện nhỏ giọt hoặc tiểu buốt	18	37,5%
Miệng khô, họng khát	40	83,3%
Đau mỏi lưng gối	48	100%
Ngũ tâm phiền nhiệt	28	58,3%
Kiêm chứng		
Đại tiện khô táo	30	62,5%
Hoa mắt chóng mặt	15	31,25%
Ù tai	25	52,1%
Mất ngủ mơ nhiều	22	45,8%
Gò má hơi đỏ	12	25%
Đạo hãn	10	20,8%
Tiểu đêm	36	75%
Nước tiểu sáp, không thông thoáng	14	29,1%
Lưỡi		
Sắc đỏ	34	70,8%
Rêu ít hoặc không rêu	44	91,6%
Mạch		
Tế sác	24	50%
Huyền tế	26	54,1%

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng theo YHCT thể can thận âm hư gồm chủ chứng: đau âm ỉ vùng thắt lưng chiếm 79,1%; tiểu tiện nhỏ giọt hoặc tiểu buốt chiếm 37,5%; miệng khô họng khát chiếm 83,3%; đau mỏi lưng gối chiếm 100%; ngũ tâm phiền nhiệt chiếm 58,3%. Kiêm chứng gồm: đại tiện khô táo chiếm 62,5%; hoa mắt chóng mặt chiếm 31,25%; ù tai chiếm 52,1%; mất ngủ mơ nhiều chiếm 45,8%; gò má hơi đỏ chiếm 25%; đạo hãn chiếm 20,8%; tiểu đêm chiếm 75%; nước tiểu sáp, không thông thoáng chiếm 29,1%. Lưỡi sắc đỏ chiếm 70,8%; rêu ít hoặc không rêu chiếm 91,6%, mạch tế sác chiếm 50%; mạch huyền tế chiếm 54,1%.

Bảng 3.17. Triệu chứng lâm sàng thể bệnh thận hư kèm thấp nhiệt trên người bệnh sỏi thận

Thể thận hư kèm thấp nhiệt (n=27)	**n**	**Tỷ lệ %**
Chủ chứng		
Bệnh tăng lên khi lao lực	17	63%
Tiểu khó, tiểu nhiều lần	20	74%
Đau từng đợt vùng thắt lưng/ bụng dưới	18	66,7%
Đau thắt lưng âm ỉ kéo dài	15	55,5%
Tiểu buốt, rắt	10	37%
Kiêm chứng		
Nước tiểu vàng sẫm, đục	9	33,3%
Tức nặng vùng hạ vị, thắt lưng	12	44,4%
Miệng khô, khát nhưng không muốn uống	19	70,3%
Phù nhẹ mặt hoặc chi dưới	6	22,2%
Có thể tiểu ra máu cục	3	11,1%
Đau mỏi lưng gối	21	77,8%
Tiểu đêm	17	63%
Lưng gối lạnh, sợ lạnh	7	25,9%

Thể thận hư kèm thấp nhiệt (n=27)	**n**	**Tỷ lệ %**
Tay chân lạnh	16	59,2%
Ù tai	15	55,5%
Sắc mặt trắng nhợt	5	18,5%
Đại tiện lúc lỏng lúc khô, khó đi	20	74%
Ngủ không sâu giấc	12	44,4%
Tự hãn	5	18,5%
Chiều nhiệt	2	7,4%
Lưỡi		
Sắc đỏ nhạt	21	77,8%
Rêu vàng dính	16	59,2%
Mạch		
Tế sác	18	66,7%
Tế hoạt	12	44,4%

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng theo YHCT thể thận hư kèm thấp nhiệt: Chủ chứng gồm bệnh tăng lên khi lao lực chiếm 63%; tiểu khó tiểu nhiều lần chiếm 74%; đau từng đợt vùng thắt lưng/ bụng dưới chiếm 66,7%; đau thắt lưng kéo dài chiếm 55,5%; tiểu buốt, tiểu rắt chiếm 37%. Kiêm chứng gồm nước tiểu vàng sẫm, đục chiếm 33,3%; tức nặng vùng hạ vị, thắt lưng chiếm 44,4%; miệng khô khát nhưng không muốn uống chiếm 70,3%; phù nhẹ vùng mặt và chi dưới chiếm 22,2%; có thể tiểu ra máu cục chiếm 11,1%; đau mỏi lưng gối chiếm 77,8%; tiểu đêm chiếm 63%; lưng gối lạnh sợ lạnh chiếm 25,9%; tay chân lạnh chiếm 59,2%; ù tai chiếm 55,5%; sắc mặt trắng nhợt chiếm 18,5%; đại tiện lúc lỏng lúc khô, khó đi chiếm 74%; ngủ không sâu giấc chiếm 44,4%; tự hãn chiếm 18,5%; chiều nhiệt chiếm 7,4%. Lưỡi sắc đỏ nhạt chiếm 77,8%; rêu vàng dính chiếm 59,2%; mạch tế sác chiếm 66,7%; mạch tế hoạt chiếm 44,4%.

3.2.3. Các mối liên quan giữa chỉ số bạch cầu, BMI, MLCT với các thể bệnh YHCT người bệnh sỏi thận

Bảng 3.18. Phân tích hồi quy logistic mối liên quan giữa WBC và thể bệnh theo YHCT trên người bệnh sỏi thận

Thể bệnh YHCT (n=315)	**Biến số**	**B**	**OR**	**p**	**Lower**	**Upper**
Thấp nhiệt uẩn kết (n=121)	WBC	0,858	2,359	<0,001	1,954	2,849
Thận hư thấp nhiệt (n=27)	WBC	-0,093	0,911	0,214	0,788	1,055
Tỳ thận khí hư (n=48)	WBC	-0,266	0,766	<0,001	0,664	0,884
Thận âm hư (n=53)	WBC	-0,388	0,679	<0,001	0,579	0,796
Khí trệ huyết ứ (n=66)	WBC	-0,389	0,679	<0,001	0,586	0,784

Nhận xét: Người bệnh thể thấp nhiệt uẩn kết có mối liên quan thuận với chỉ số bạch cầu (WBC). Mỗi 1 đơn vị WBC tăng làm tăng 2,359 lần khả năng xuất hiện thể thấp nhiệt uẩn kết, kết quả có ý nghĩa thống kê (OR = 2,359, 95%CI: 1,954 – 2,849, p<0,001). Ngược lại, WBC có mối liên quan nghịch với các thể tỳ thận khí hư (OR= 0,766, 95%CI: 0,664 – 0,884, p<0,001), thận âm hư (OR= 0679, 95%CI: 0,579 – 0,796, p<0,001) và khí trệ huyết ứ (OR= 0,679, 95%CI: 0,586 – 0,784, p<0,001). Kết quả nghiên cứu cho thấy không có ý nghĩa thống kê giữa WBC và thể thận hư thấp nhiệt .

Bảng 3.19 . Phân tích hồi quy logistic mối liên quan giữa BMI và thể bệnh theo YHCT trên người bệnh sỏi thận

Thể bệnh YHCT (n=315)	**Biến số**	**B**	**OR**	**p**	**Lower**	**Upper**
Thấp nhiệt uẩn kết (n=121)	BMI	0,012	1,012	0,773	0,931	1,101
Thận hư thấp nhiệt (n=27)	BMI	-0,105	0,9	0,177	0,773	1,049
Tỳ thận khí hư (n=48)	BMI	0,358	1,430	<0,001	1,257	1,628
Thận âm hư (n=53)	BMI	-0,271	0,762	<0,001	0,670	0,867
Khí trệ huyết ứ (n=66)	BMI	-0,045	0,956	0,391	0,864	1,059

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy BMI có mối liên quan với một số thể bệnh YHCT ở người bệnh sỏi thận. Cụ thể, BMI có xu liên quan thuận với thể tỳ thận khí hư (OR = 1,430; 95% CI: 1,257–1,628; p < 0,001), khi tăng một đơn vị BMI thì kết quả xuất hiện thể tỳ thận khí hư tăng lên 1,43 lần. Ngược lại, BMI có liên quan nghịch với thể thận âm hư (OR = 0,762; 95% CI: 0,670–0,867; p < 0,001). Kết quả nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI với các thể thấp nhiệt uẩn kết, thận hư thấp nhiệt và khí trệ huyết ứ (p > 0,05).

Bảng 3.20. Phân tích hồi quy logistic mối liên quan giữa MLCT và các thể lâm sàng theo YHCT ở đối tượng nghiên cứu

Thể bệnh YHCT (n=315)	**Biến số**	**B**	**OR**	**p**	**Lower**	**Upper**
Thấp nhiệt uẩn kết (n=121)	MLCT	-0,013	0,987	0,011	0,977	0,997
Thận hư thấp nhiệt (n=27)	MLCT	-0,008	0,992	0,370	0,975	1,009
Tỳ thận khí hư (n=48)	MLCT	0,015	1,015	0,041	1,001	1,029
Thận âm hư (n=53)	MLCT	-0,030	0,971	<0,001	0,958	0,984
Khí trệ huyết ứ (n=66)	MLCT	0,044	1,045	<0,001	1,029	1,061

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy MLCT có mối liên quan thuận với thể tỳ thận khí hư và khí trệ huyết ứ. Khi một đơn vị MLCT tăng làm tăng 1,015 lần thì kết quả xuất hiện thể tỳ thận khí hư (OR = 1,015; KTC 95%: 1,001–1,029; p = 0,041) và 1,045 lần thể khí trệ huyết ứ (OR = 1,045; KTC 95%: 1,029–1,061; p < 0,001). MLCT có mối liên quan nghịch với các thể thấp nhiệt uẩn kết (OR = 0,987; KTC 95%: 0,977–0,997; p = 0,011) và thận âm hư (OR = 0,971; KTC 95%: 0,958–0,984; p < 0,001). Kết quả nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa MLCT và thể thận hư thấp nhiệt (p = 0,370).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh sỏi thận theo y học hiện đại

4.1.1 Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Trong nghiên cứu tuổi trung bình là 55,03 ± 12,98 (tuổi) và chủ yếu là độ tuổi trung niên trên 40 tuổi ở cả hai giới , nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là độ tuổi từ 40-60 tuổi, sau đó là nhóm > 60 tuổi. Độ tuổi của mẫu nghiên cứu phù hợp với dịch tễ học sỏi thận, cho thấy bệnh thường xuất hiện sau thời gian dài tích lũy các yếu tố nguy cơ chuyển hóa và môi trường.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đưa ra kết quả tương tự về nhóm bệnh nhân mắc bệnh từ 40 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với đặc điểm của người trẻ tuổi tỷ lệ mắc bệnh đang gia tăng. Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu ở nước ngoài như: Nghiên cứu về tỷ lệ mắc và đặc điểm của bệnh di truyền ở người lớn bị sỏi thận của trường Đại học Oxford năm 2024 kết quả cho thấy tuổi trung bình của người bệnh mắc sỏi thận là 47 ± 15 năm 2024 (p<0,007) [23], kết quả này cũng tương ứng với một nghiên cứu đa trung tâm ở miền Nam Trung Quốc (2026) cho kết quả về tuổi trung bình ở nhóm mắc bệnh là 46 tuổi (p < 1,001) có ý nghĩa thống kê [79]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa năm 2006 cũng cho thấy tỷ lệ mắc sỏi cao nhất ở nhóm tuổi từ 40 – 60 tuổi [80]. Tuy nhiên nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên (2024) về " Dịch tễ học đầu tiên về sỏi tiết niệu ở miền Bắc Việt Nam" cho kết quả về tỷ lệ mắc sỏi cao nhất xuất hiện ở nhóm tuổi 60-69 tuổi [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh An (2022) về "Mức độ hài lòng về chăm sóc bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng tán sỏi nội soi qua da tại Bệnh Viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022" cho kết quả về tuổi trung bình của người bệnh là 51,4 ± 11,2 tuổi

[81]. Sự khác biệt này có thể lý giải do sự khác nhau về vị trí địa lý, thói quen sinh hoạt ăn uống của người bệnh, nhưng độ tuổi chủ yếu chiếm tỷ lệ cao là trên 40 tuổi từ đó có thể thấy được rằng tỷ lệ mắc bệnh sỏi thận đang tăng lên ở độ tuổi trung niên là đối tượng lao động chính trong xã hội nên đây có thể được coi là thách thức và là gánh nặng kinh tế với hệ thống y tế và kinh tế.

Nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới với tỉ lệ 2,2:1, phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên (2024) ghi nhận tỷ lệ nam/nữ là 1,96:1 [8], nghiên cứu của Nguyễn Minh Anh (2022) là 62,4% : 37,6% [81], nghiên cứu đa trung tâm tại Trung Quốc là nam /nữ là 663/35 (gấp 18,9 lần) [79], tại đại học Oxford tỷ lệ nam/nữ là 2,5 lần [23].

Quan niệm YHCT cho rằng khi con người từ 40 trở lên thiên quý bắt đầu hư suy, cơ thể suy yếu dần, công năng tạng phủ dễ rối loạn khiến cho khí hư, dương hư mà sinh ra nội nhiệt, chính khí suy yếu ngoại tà dễ bề xâm nhập. Thấp nhiệt dần theo kinh lạc mà đi xuống hạ tiêu từ đó phát sinh ra chứng Thạch lâm. Ăn uống rượu thịt nhiều, lao lực quá độ mà ảnh hưởng đến công năng tỳ vị làm thấp trệ sinh nhiệt, ảnh hưởng khí cơ bàng quang không thể khí hóa được nước mà lắng cặn lại tạo sỏi, đây chính là cơ chế bệnh sinh của Thạch lâm và giải thích được vì sao bệnh hay gặp ở nam nhiều hơn nữ.

4.1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo chỉ số BMI, huyết áp và tiền sử các bệnh kèm theo

Chỉ số BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 22,6 ± 2,72 kg/m²; trung vị 22,5 (Q1–Q3: 20,8- 23,9). Theo phân loại thể trạng theo chỉ số BMI áp dụng cho người Châu Á – Thái Bình Dương năm 2000 thì nghiên cứu của chúng tôi, người

bệnh thể trạng có BMI < 23 chiếm tỷ lệ cao hơn (58,4%) nhóm người bệnh thừa cân béo phì (BMI > 23) với tỷ lệ 41,6% (131/315). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trung Quốc là 26,58 (24,72, 28,95) [79], Nghiên cứu của Feng Qiu và công sự năm 2021 với kết quả BMI trung bình là 27,69 ± 2,8 [66]. Trong một nghiên cứu của Lưu Chu năm 2025 về "Phân tích theo nhóm tuổi về mối liên hệ giữa chỉ số BMI và sỏi thận: kết quả từ một nghiên cứu cắt ngang toàn quốc" tại Trung Quốc cho kết quả BMI trung bình là 31,2 ±7,3 kg/m² nhưng tuổi trung bình lại cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (55,78± 16,04 (tuổi)) [61]. Sự khác biệt này cho thấy có sự khác biệt về BMI có thể liên quan đến sự khác biệt về cấu trúc tuổi do sự tích lũy mỡ và giảm chuyển hóa cơ bản, sự khác biệt về chế độ ăn uống và môi trường sống. Nhưng thừa cân béo phì (BMI ≥ 23) có liên quan đáng kể với nguy cơ mắc và tái phát sỏi thận.

Nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số HATT trung bình là 126,42 ± 15,37mmHg, HATTr trung bình là 76,22 ± 9,59 mmHg, Người bệnh có HATT ≥ 140 mmHg chiếm 16,2%, HATTr ≥ 90 mmHg chiếm 11,7%, tiền sử bản thân bị tăng huyết áp, bản thân và gia đình mắc sỏi thận, ĐTĐ típ 2 chiếm tỷ lệ khác cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Duy Phong Thương và công sự năm 2017 về "Sỏi thận và nguy cơ tăng huyết áp: phân tích tổng hợp các nghiên cứu quan sát" [62] cho thấy rằng sỏi thận làm tăng đáng kể nguy cơ tăng huyết áp, nghiên cứu của Nathan và cộng sự năm 2009 [63] kết quả cho thấy tăng huyết áp và ĐTĐ có liên qaun đến tăng nguy cơ mắc sỏi thận và các nghiên cứu khác trên thế giới [68], [72],

4.1.2. Đặc điểm về lâm sàng của người bệnh sỏi thận

Sỏi thận là bệnh lý tiến triển tăng dần, diễn biến âm thầm trong nhiều năm, nếu sỏi gây tắc nghẽn hay biến chứng ứ nước đài bể thận mới có các biểu hiện về

lâm sàng với các biểu hiện triệu chứng cơ năng và thực thể. Đau hông lưng là triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 88,25%, phù hợp với đặc điểm điển hình của bệnh sỏi thận trong y văn, các triệu chứng rối loạn tiểu tiện cũng xuất hiện với tỉ lệ 11,7% trong quần thể nghiên cứu. Các triệu chứng chủ yếu phản ánh sự hiện diện của sỏi trong hệ tiết niệu, điều này giống với nghiên cứu của Akram năm 2024 cho rằng đau thắt lưng và rối loạn tiểu tiện là triệu chứng thường gặp ở sỏi niệu nhưng không đủ đặc hiệu để gợi ý nhiễm khuẩn nếu không có bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng đi kèm [70] và nghiên cứu của Lê Thị Phương trên 101 BN về nhiễm khuẩn tiết niệu sau can thiệp năm 2022 cho thấy triệu chứng về rối loạn tiểu tiện và đau hông lưng lần lượt chiếm 53,46% và 37,62% [48]. Các triệu chứng toàn thân như sốt cao kèm rét run được ghi nhận nhiều hơn rõ rệt ở nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn (có nhiễm khuẩn là 18,3% và không nhiễm khuẩn chiếm 4,3%). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, coi sốt là dấu hiệu lâm sàng quan trọng gợi ý nhiễm khuẩn tiết niệu trên nền sỏi thận, đặc biệt trong bối cảnh có tắc nghẽn đường niệu, và tương đồng với nghiên cứu của Johnson và cộng sự (2018) [48],. Các kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Toàn năm 2023 về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở BN nhiễm khuẩn tiết niệu: Tỉ lệ vào viện vì đau hông lưng chiếm 58,1 %, sốt chiếm 41,9%. Các biểu hiện của hội chứng đáp ứng viêm toàn thân: sốt >38^{o}C (83,9%) [71].

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh sỏi thận

Phân tích các chỉ số sinh hóa máu cho thấy nhóm bệnh nhân sỏi thận có nhiễm khuẩn chỉ số viêm như CRP, NLR, MLR và SII đều tăng cao so với nhóm không nhiễm khuẩn với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0.05$. Các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê, phản ánh mối liên quan chặt chẽ giữa phản ứng viêm hệ thống

và sự hiện diện của nhiễm khuẩn trong bối cảnh sỏi thận. Đáng chú ý, WBC là chỉ số có giá trị AUC cao nhất trong phân tích ROC là 0.929, cho thấy vai trò nổi bật của bạch cầu toàn phần trong dự báo nhiễm khuẩn, phù hợp với các nghiên cứu trước đây xem đây là marker cơ bản phản ánh mức độ viêm trong các bệnh lý đường tiết niệu phức tạp [57].

Trong những năm gần đây, vai trò của các chỉ dấu viêm trong bệnh sỏi thận được quan tâm rộng rãi. Một tổng quan hệ thống cho thấy bệnh nhân sỏi tiết niệu ở giai đoạn cấp hoặc bán cấp có NLR cao hơn nhóm chứng khỏe mạnh, đồng thời NLR còn được sử dụng để dự đoán nguy cơ nhiễm trùng huyết và hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) ở bệnh nhân sỏi niệu [58]. Dữ liệu dịch tễ từ nghiên cứu NHANES tại Mỹ cũng ghi nhận NLR cùng các chỉ số viêm khác như SII và MLR có mối liên quan với tỷ lệ mắc sỏi thận và số lần đào thải sỏi, cho thấy viêm mạn tính có vai trò trong cơ chế bệnh sinh và làm tăng mức độ phức tạp của bệnh sỏi [59]. Ngoài ra, một số nghiên cứu gần đây còn cho thấy NLR cao không chỉ liên quan đến nhiễm khuẩn mà còn là yếu tố dự báo nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn ở bệnh nhân sỏi thận, đặc biệt ở nhóm mang sỏi acid uric, phản ánh mối liên hệ giữa viêm hệ thống, tổn thương thận và sỏi tái phát [60].

Những bằng chứng này phù hợp với kết quả nghiên cứu hiện tại, trong đó các chỉ số viêm đều tăng rõ rệt ở nhóm có nhiễm khuẩn. Sự gia tăng CRP và WBC phản ánh tình trạng viêm cấp, trong khi NLR, MLR và SII cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về đáp ứng miễn dịch. Nhiều tác giả nhấn mạnh rằng, trong bối cảnh nhiễm khuẩn phức tạp ở bệnh nhân sỏi đường tiết niệu, việc kết hợp nhiều chỉ số viêm cùng các tiêu chí lâm sàng sẽ giúp nâng cao độ nhạy và độ đặc hiệu trong đánh giá nguy cơ và tiên lượng bệnh so với việc sử dụng đơn lẻ từng chỉ dấu [59],[60].

Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận kích thước sỏi trung bình > 10mm chiếm 23,8%, nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn có tỷ lệ sỏi kích thước lớn cao hơn đáng kể so với nhóm không nhiễm khuẩn (32% với 22,2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thanh và cộng sự năm 2022[66] cho kết quả sỏi niệu quản trên có kích thước từ 7mm-15mm. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Doanh năm 2024 [83] cho kết quả sỏi niệu quản bên phải chiếm 27,3% và sỏi niệu quản bên trái chiếm 63,3%.

Giãn đài bể thận mức độ ≥ 2 cũng được ghi nhận với tỷ lệ 73% trong quần thể phản ánh tình trạng tắc nghẽn đường tiết niệu trong cơ chế bệnh sinh của sỏi thận. Giãn đài bể thận thường đi kèm với ứ trệ nước tiểu, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, tổn thương thận gián tiếp và suy thận cấp. Nhiều nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra rằng sỏi niệu quản kèm giãn đài bể thận làm tăng nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu, và ngay cả trong trường hợp không có giãn đài bể thận, sỏi tiết niệu vẫn là một yếu tố nguy cơ độc lập gây tổn thương thận cấp [64],[67].

Bên cạnh đó, một nghiên cứu gần đây (2025) trên gần 1000 bệnh nhân sỏi tiết niệu nhằm xác định các yếu tố dự báo sỏi nhiễm khuẩn cho thấy vị trí sỏi, pH nước tiểu và tiền sử đái tháo đường là những yếu tố liên quan đáng kể đến nhiễm khuẩn của sỏi, dù vai trò dự báo của đái tháo đường thấp hơn so với các yếu tố khác. Kết quả này phản ánh tính đa yếu tố của nguy cơ nhiễm khuẩn trong bệnh sỏi thận, trong đó kích thước sỏi, vị trí sỏi, mức độ giãn đường tiết niệu và môi trường nước tiểu đều ảnh hưởng đến sự phát triển của nhiễm khuẩn [66].

4.2. Đặc điểm lâm sàng các thể bệnh y học cổ truyền trên người bệnh sỏi thận

4.2.1. Đặc điểm phân bố người bệnh theo thể bệnh YHCT

Dựa trên những chứng trạng lâm sàng, sỏi thận xếp vào phạm vi chứng Thạch lâm trong YHCT. Bản chất của chứng Thạch lâm là thấp nhiệt uẩn trệ, khí huyết ứ

trệ (thực chứng), âm hư nội nhiệt, khí âm hư (bản hư, tiêu thực), trong quá trình diễn biến của bệnh có biểu hiện thực nhiệt, hư nhiệt, âm hư ở các mức độ khác nhau. Thường ở giai đoạn đầu thì thực nhiệt rất rõ ràng, bệnh mắc lâu ngày làm cho âm hư, khí âm hư kèm theo triệu chứng của thấp nhiệt hạ tiêu.

Trong điều trị thạch lâm pháp chủ yếu là thạnh nhiệt, lợi thấp, bài thạch thông lâm là pháp điều trị cơ bản, trên cơ sở đó tùy thuộc vào các triệu chứng hư nhiệt, hư hàn ở các vị trí can, tỳ, thận mà kết hợp thêm các pháp bổ can, thận, tỳ. Đến giai đoạn thận âm, thận khí hư thì bổ thận dưỡng âm, có huyết ứ thì hoạt huyết hóa ứ.

Lý luận YHCT kinh điển phân chứng Thạch lâm thành 5 thể: sa lâm, khí lâm, huyết lâm, cao lâm, lao lâm [44],[50],[51],[54]. Các thể này đều có các triệu chứng giống với các triệu chứng về đường tiểu dưới của người bệnh trên lâm sàng như tiểu máu, tiểu ra sỏi, tiểu ra mủ, tiểu khó,… với các mức độ khác nhau.

Tuy nhiên với bệnh cảnh của sỏi thận hiện nay thì các triệu chứng không chỉ đơn thuần là một bệnh mà là sự kết hợp nhiều bệnh lý với nhau, tiến triển âm thầm, ít bộc lộ các triệu chứng lâm sàng, đôi khi phát hiện tình cờ qua khám tổng quát, chẩn đoán nhờ các phương tiện hiện đại như siêu âm, chụp X – quang, chụp CT vùng chậu hông cùng các xét nghiệm máu để xác định mức độ ảnh hưởng của kích thước, vị trí sỏi với chức năng và hình thái của thận.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi dựa trên Đồng thuận của các chuyên gia Trung Quốc về phương pháp điều trị kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại với sỏi đường tiết niệu trên năm 2022 [13] và các tài liệu chuyên ngành y học cổ truyền trong nước [38],[39], sỏi thận được chia thành 5 thể là thấp nhiệt hạ trú, khí trệ huyết ứ, tỳ thận dương hư, can thận âm hư và thận hư kèm thấp nhiệt.

Khảo sát trên 315 bệnh nhân sỏi thận cho thấy người bệnh thuộc thể thấp nhiệt hạ trú chiếm tỷ lệ cao nhất 38,4%, thể khí trệ huyết ứ chiếm 21,2%. Hai thể bệnh này thường gặp ở người trẻ tuổi, thường do các yếu tố ngoại nhân như phong, thấp, nhiệt xâm nhập vào cơ thể, ăn quá nhiều thức ăn cay nóng nhiều dầu mỡ làm thấp nhiệt uất trệ tại hạ tiêu mà gây bệnh. Hay do tình chí uất kết dẫn tới can khí không thông sướng, ứ trệ tại bàng quang, khí trệ thì huyết ứ gây nên bệnh, các triệu chứng biểu hiện là thực chứng.

Thể can thận âm hư chiếm 16,8%, thể tỳ thận khí hư chiếm 15,2% và thể thận hư kèm thấp nhiệt chiếm 8,4%, các thể này hay gặp ở những người mắc bệnh lâu năm, sỏi tái phát nhiều lần, những người cao tuổi bị bệnh. Phòng lao quá độ, hay lao lực nhiều, ăn uống tùy ý làm cho công năng tạng phủ suy yếu hay do bẩm tố dương hư, thận hư ảnh hưởng đến chức năng khí hóa của bàng quang, nước tiểu ngưng đọng lại mà tạo nên sỏi. Với các thể bệnh này cơ chế bệnh nên nhìn nhận trên phương diện "bản hư tiêu thực", trong đó thận hư giữ vai trò căn bản còn thấp trọc, thấp nhiệt hay thạch kết là biểu hiện ở ngọn. Tỳ thận khí hư do công năng của tỳ và thận giảm làm thấp trọc lưu kết lại hạ tiêu; Can thận âm hư, âm dịch hao tổn, hư nhiệt nội sinh nung nấu tân dịch khiến thủy dịch cô đặc, trọc chất kết tụ. thận hư kéo dài, thấp nhiệt uẩn kết hợp với trọc tà lưu kết, thủy dịch đình trệ làm trở ngại khí cơ bàng quang, chất cặn bã không thể bài xuất mà dần tích tụ lại ngưng kết thành sỏi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu của Úc Siêu năm 2018 [47] tiến hành trên 1064 người bệnh sỏi đường tiết niệu trên và nghiên cứu của Thường Trung Sinh năm 2007 [55] tiến hành trên 176 bệnh nhân thì

tỷ lệ người bệnh sỏi thận thể thấp nhiệt tích tụ là cao nhất lần lượt chiếm tỷ lệ là 41,17% và 144/176 (81,8%).

So với kết quả nghiên cứu của Lưu Hải Hoa năm 2022 [56] thì có sự phân bố không giống nhau giữa các thể bệnh YHCT sỏi thận. Sự khác biệt này có thể do các yếu tố về địa lý, khí hậu, lối sống, chăm sóc y tế khác nhau giữa các vùng miền.

4.2.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng theo YHCT trên người bệnh sỏi thận

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đưa ra kết quả về triệu chứng lâm sàng trên từng thể như sau:

- Thể thấp nhiệt hạ trú: đặc điểm lâm sàng của thể thấp nhiệt hạ trú trên người bệnh sỏi thận với chủ chứng: tiểu buốt, tiểu rắt (80,9%), tiểu nhiều lần lượng ít (79,3%) và tiểu nóng rát, khó thông (46,3%), kèm cảm giác nặng đầu (51,2%). Các triệu chứng phối hợp gồm đau tức thắt lưng (69,4%), căng tức hạ vị (52,9%), sốt nhẹ sợ lạnh (13,2%), khát nhưng không muốn uống (20,6%) và tiểu đỏ sáp (19%). Đặc điểm lưỡi đỏ (84,3%), rêu vàng nhờn (61,1%) và mạch huyền hoạt (56,2%) hoặc hoạt sác (37,2%) phản ánh tình trạng thấp nhiệt uẩn kết. Thấp nhiệt uẩn kết lâu ở hạ tiêu tại thận, bàng quang làm nhiệt không thoát ra được uất lại bên trong mà sinh ra nội nhiệt, nội nhiệt bốc lên toàn thân đi ra ngoài mà gây chứng phát sốt nhẹ. Thấp làm khí cơ trở trệ, khí hóa kém, khí cơ không thông làm cơ thể nặng nề, uể oải, khí trệ thì huyết không thông ứ lại hạ tiên gây đau, tiểu buốt. Nhiệt làm tổn thương tân dịch, hun đốt thủy dịch mà làm cho khô miệng, đắng miệng nhưng không muốn uống nước, nhiệt có thể làm tổn thương mạch lạc mà gây tiểu máu.

- Thể khí trệ huyết ứ: với các đặc điểm lâm sàng về chủ chứng: đau quặn hoặc đau âm ỉ vùng thắt lưng/bụng (69,7% và 60,6%), đau cố định một vị trí (48,5%) và tiểu khó (27,2%). Các triệu chứng phối hợp gồm đau lan kèm tiểu sáp trệ (33,3%),

đau vùng sinh dục khi tiểu (18,1%), ngực sườn đầy tức (16,7%), buồn nôn hoặc nôn (13,6%) và tiểu máu (44%). Lưỡi thường đỏ sẫm hoặc có điểm ứ huyết (59%), rêu trắng hoặc vàng mỏng (72,7%); mạch chủ yếu là huyền khẩn (57,6%), huyền sác (22,7%) hoặc huyền sáp (19,7%). Theo y lý YHCT có ghi "Khí là soái của huyết, huyết là mẹ của khí. Khí hành thì huyết hành khí trệ thì huyết ứ", vì bất kỳ lý do gì mà khí không thể thông suốt như: tình chí uất kết làm khí của can kinh ứ trệ, hoặc do tà khí lâu trú lâu ngày làm khí huyết trở trệ, hay do chấn thương làm vùng kinh lạc đó bị tổn thương khí bị tắc trở ắt huyết sẽ bị ứ trệ lại nơi đó mà gây đau. Vị trí đau thường cố định, đau quặn từng cơn, có thể đau lan; khí không lưu thông thì nước tiểu không được vận hành điều hòa gây tình trạng tiểu khó, tiểu không thông. Khí của các đường kinh đi qua hạ tiêu tắc trệ sẽ có xu hướng đi ngược lên gây ngực sườn đầy tức, buồn nôn. Đặc điểm về sắc lưỡi đỏ sẫm hoặc có điểm ứ huyết, mạch huyền, khẩn, sáp là đặc trưng của khí trệ huyết ứ.

- Thể tỳ thận khí hư: Chủ chứng gồm tiểu nhiều lần nhưng không thông sướng (52%), tia tiểu yếu, dòng tiểu ngắt quãng (72,9%), mệt mỏi, nặng mình (58,3%), đầy bụng sau ăn, chán ăn, nhạt miệng (64,5%) và ngũ canh tiết tả (37,5%). Các triệu chứng phối hợp gồm thể trạng gầy hoặc béo bệu (83,3%), đau mỏi lưng gối (66,7%), sợ lạnh, tay chân lạnh (33,3%), tiểu đêm nước tiểu trong (41,6%), đau tức thượng vị (31,25%) và đoản hơi, nói ít (16,7%). Lưỡi nhợt có dấu răng (83,3%), rêu trắng mỏng (79,1%); mạch tế (64,5%) hoặc nhược (41,6%). Tỳ vận hóa được là nhờ vào sự thúc đẩy của thận dương, tinh khí của thận nhờ vào sự bồi dưỡng của ty, công năng của tỳ bị tổn thương, tỳ dương hư làm tổn thương thận dương gây chứng tỳ thận dương hư. Bệnh do tỳ khí hư và thận khí hư; do ăn uống, lao lực quá độ làm tỳ mất chức năng vận hóa, thủy thấp nội sinh, thận khí hư làm rối loạn chức năng khí

hóa của bàng quang bài xuất nước tiểu kém thông lợi. Thủy thấp và cặn trọc lưu lại lâu ngày ở hạ tiêu, dần dần lắng đọng và kết tinh hình thành sỏi.

- Thể can thận âm hư: Các triệu chứng đau âm ỉ thắt lưng (71,7%), đau mỏi lưng gối (90,5%), khô miệng khát (75,5%), ngũ tâm phiền nhiệt (52,8%) và tiểu đêm nhiều (94,3%) phản ánh tình trạng âm dịch hao tổn kèm hư nhiệt nội sinh. Các triệu chứng như đại tiện táo (56,6%), mất ngủ (41,5%), ù tai (47,1%), hoa mắt (28,3%) cùng lưỡi đỏ, ít hoặc không rêu (83%) và mạch tế sác (45,3%), huyền tế (49%) là dấu hiệu điển hình của chứng âm hư. Thể bệnh thường gặp ở người cao tuổi, bệnh kéo dài hoặc lao lực, khi nhiệt tà nung nấu lâu ngày làm tổn thương âm dịch. Theo YHCT, can thận đồng nguyên; can huyết hư làm giảm khả năng tư dưỡng thận âm, trong khi thận âm hư ảnh hưởng đến chức năng tàng huyết của can. Âm dịch suy giảm khiến thủy dịch không được điều hòa, hư nhiệt làm nước tiểu cô đặc, tạo điều kiện cho cặn bã lắng đọng và kết tinh hình thành sỏi. Các đặc điểm lâm sàng, lưỡi và mạch trong nghiên cứu phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thể can thận âm hư trong chứng lâm.

- Thể thận hư kèm thấp nhiệt: Chủ chứng gồm bệnh tăng lên khi lao lực chiếm 63%; tiểu khó tiểu nhiều lần7(4%); đau từng đợt vùng thắt lưng/ bụng dưới (66,7%); đau thắt lưng kéo dài (55,5%); tiểu buốt, tiểu rắt (37%). Kiêm chứng gồm nước tiểu vàng sẫm, đục (33,3%); tức nặng vùng hạ vị, thắt lưng (44,4%); miệng khô khát nhưng không muốn uống (70,3%); phù nhẹ vùng mặt và chi dưới (22,2%); có thể tiểu ra máu cục (11,1%); đau mỏi lưng gối (77,8%); tiểu đêm (63%); lưng gối lạnh sợ lạnh (25,9%); tay chân lạnh (59,2%); ù tai (55,5%); sắc mặt trắng nhợt (18,5%); đại tiện lúc lỏng lúc khô, khó đi (74%); ngủ không sâu giấc (44,4%); tự hãn (18,5%); chiều nhiệt (7,4%). Lưỡi sắc đỏ nhạt (77,8%); rêu vàng dính (59,2%); mạch tế sác

(66,7%); mạch tế hoạt (44,4%). Sỏi thận thể thận hư kèm thấp nhiệt hình thành do bẩm tố thận âm hoặc thận khí hư kết hợp với thấp nhiệt uẩn kết lâu ngày ở hạ tiêu; Thận hư chức năng khí hóa bàng quang giảm thủy dịch ứ trệ tràn ra bì phu gây phù nhẹ toàn thân, thận chủ nhị tiện khiến cho việc bài tiết nước tiểu và đào thải chất trọc ra ngoài không thông sướng điều hòa. Thấp nhiệt tồn lưu làm nước tiểu đục, cặn ứ đọng lại thành sỏi mà biểu hiện ra các triệu chứng lưỡi đỏ, rêu vàng dính, mạch tế sác, hoạt. Sự kết hợp giữa hư và thực khiến thủy thấp, cặn trọc lắng đọng mà hình thành sỏi, lâm sàng vừa biểu hiện của hư chứng vừa biểu hiện thực chứng của thấp nhiệt.

4.2.3. Một số yếu tố liên quan đến thể y học cổ truyền người bệnh sỏi thận

4.2.3.1. Mối liên quan giữa chỉ số WBC với các thể bệnh YHCT người bệnh sỏi thận

Trong nghiên cứu này, phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy chỉ số WBC có mối liên quan với các thể bệnh YHCT ở bệnh nhân sỏi thận. WBC có mối liên quan thuận với thể thấp nhiệt uẩn kết (OR = 2,359, 95%CI: 1,954 – 2,849, p<0,001) phù hợp với đặc điểm trên lâm sàng. Theo quan điểm của YHHĐ quá trình hình thành sỏi liên quan mật thiết tới phản ứng viêm tại nhu mô thận. Các tinh thể calcium oxalate kích thích tế bào biểu mô ống thận làm hoạt hóa cytokine viêm và thu hút bạch cầu trung tính từ đó làm tăng chỉ số bạch cầu trong máu. Phản ứng viêm này không chỉ là hậu quả mà còn góp phần thúc đẩy sự lắng đọng tinh thể và kết tụ sỏi. Nghiên cứu của Khan và cộng sự năm 2021 [16] cho thấy phản ứng viêm đóng vai trò quan trọng trong hình thành sỏi thận và làm tăng số lượng bạch cầu. Tương tự với nghiên cứu của Taguchi năm 2022 [81] ghi nhận rằng các chỉ số viêm hệ thống gồm WBC và CRP có xu hướng tăng lên ở người bệnh sỏi thận có tình trạng viêm đường tiết niệu hoặc tắc nghẽn do sỏi.

Nhiễm khuẩn tiết niệu do sỏi thận thường có các triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới như tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu máu,... trường hợp nặng có thể thấy dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn cơ thể. Trong thể thấp nhiệt uẩn kết hay xuất hiện các biểu hiện thực chứng: tiểu buốt, tiểu rắt, biểu hiện thấp nhiệt gây bệnh (lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hoạt sác,..) vì vậy trong thể này xu hướng chỉ số WBC tăng lên và phù hợp với biểu hiện lâm sàng của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, WBC có mối liên quan nghịch với các thể tỳ thận khí hư, thận âm hư, khí trệ huyết ứ. Dựa trên đặc điểm bệnh sinh của các thể bệnh này thường liên quan đến tình trạng suy giảm chức năng tạng phủ kéo dài làm giảm khả năng vận hóa thủy dịch của tỳ thận bệnh thuộc hư chứng kéo dài tái diễn nhiều lần vì vậy thay vì phản ứng viêm cấp thì biểu hiện chủ yếu là quá trình viêm mạn tính. Do đó bạch cầu có xu hướng không tăng cao, thậm trí khi khí huyết suy kiệt nhiều có thể bạch cầu có xu hướng giảm. Với thể bệnh thận hư thấp nhiệt là tình trạng hư thực thác tạp, vừa có tình trạng suy giảm chức năng thận vừa có thấp nhiệt tích tụ có thể làm cho biểu hiện viêm không rõ rệt như trong thể thấp nhiệt uẩn kết, tuy nhiên do cỡ mẫu không đủ lớn (n=27) cũng ảnh hưởng tới ý nghĩa thống kê của nghiên cứu, vì vậy mối liên quan chưa rõ ràng.

4.2.3.2. Mối liên quan giữa BMI với các thể bệnh YHCT người bệnh sỏi thận

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khi BMI tăng một đơn vị thì kết quả xuất hiện thể tỳ thận khí hư tăng lên 1,43 lần (OR = 0,762; 95% CI: 0,670–0,867; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với lý luận về mối liên quan giữa tỳ vận hóa thủy thấp và tình trạng thừa cân béo phì và tương đồng với bài báo cụ thể năm 2020 của Wang và Li (Tạp chí Niệu học Cổ truyền Trung Quốc) [83] không được nêu rõ trong kết quả tìm kiếm được cung cấp, các nghiên cứu liên quan chỉ ra rằng các hội chứng liên quan đến béo phì (thường là thấp nhiệt hoặc đàm thấp trong Y học cổ truyền Trung Quốc) có liên quan đến sự hình thành sỏi. Theo lý luận YHCT, tỳ chủ

vận hóa thủy cốc nếu chức năng tỳ suy giảm thì thủy thấp ứ trệ lâu ngày tích tụ thành đàm thấp và béo phì do đó người có BMI cao thường có xu hướng biểu hiện chứng tỳ hư sinh thấp từ đó gây rối loạn chuyển hóa và tạo điều kiện hình thành sỏi.

Với thể Thận âm hư thường biểu hiện triệu chứng hư nhiệt nhiều, người bệnh có thể trạng gầy, tân dịch bị hao tổn, các triệu chứng như gầy sút cân, miệng khô, nóng trong, tiểu ít nước tiểu sẫm màu,.. do đó nhóm bệnh nhân này thường có xu hướng BMI thấp hơn.

Với các thể bệnh thấp nhiệt uẩn kết, thận hư thấp nhiệt, khí trệ huyết ứ không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê, điều này là do cơ chế bệnh sinh của từng thể và BMI là chỉ số phản ánh tình trạng dinh dưỡng và khối lượng mỡ cơ thể. Thể thấp nhiệt uẩn kết chủ yếu liên quan đến ngoại tà xâm nhập, tổn thương tỳ vị mà làm vận hóa nên thấp nhiệt kết tụ hạ tiêu biểu hiện thường là tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu, hay thể khí trệ huyết ứ thường do khí huyết tắc trở lâu ngày mà gây bệnh. Thể thận hư kèm thấp nhiệt thường do bản hư tiêu thực, thận hư đóng vai trò nền tảng làm giảm chức năng khí hóa của bàng quang, thủy dịch không lợi tạo điều kiện để tạo sỏi. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng

4.2.3.3. Mối liên quan giữa MLCT với các thể bệnh YHCT người bệnh sỏi thận

Nghiên cứu hồi quy logistic đơn biến của chúng tôi thể hiện rằng MLCT có liên quan đến các thể bệnh sỏi thận YHCT, cụ thể với thể thấp nhiệt uẩn kết thì kết quả có mối liên quan nghịch khi MLCT giảm xuống 1 đơn vị thì xu hướng xuất hiện thể này tăng lên 0,987 lần (OR = 0,987; 95% CI: 0,977–0,997 p=0,011). Theo lý luận YHCT thể thấp nhiệt hay gặp ở giai đoạn bệnh tiến triển, thấp nhiệt uất trở lâu ngày làm khí cơ bàng quang khí hóa kém mà tổn thương chức năng thận từ đó ảnh hưởng đến chức năng lọc của cầu thận.

Với thể tỳ thận khí hư và thận âm hư có mối liên quan thuận với MLCT (OR = 1,015; KTC 95%: 1,001–1,029; p = 0,041); (OR = 0,971; KTC 95%: 0,958–0,984;

p < 0,001), chức năng thận, tỳ suy yếu, khả năng vận hóa thủy thấp giảm thấp trọc tích tụ gây tổn thương tân dịch mà làm tổn thương chức năng thận. Trong các bệnh lý mãn tính về thận trong đó có sỏi thận thì hai thể bệnh này thường gặp ở giai đoạn sớm của bệnh (chưa dẫn tới suy thận) và giai đoạn bệnh kéo dài. Kết quả trên tương tự với nghiên cứu của Shuang và công sự (2024) về " Phân bố các hội chứng YHCT trong bệnh thận do ĐTĐ và bệnh thận mạn tính giai đoạn 1-5: một nghiên cứu tương quan" cho thấy hội chứng âm hư tương quan thuận với eGFR ước tính (*OR* = 1,020, *P* < 0,001) [77].

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thể khí trệ huyết ứ và MLCT eGFR (*OR* = 1,008, *P* = 0,022), trong lý luận YHCT huyết ứ liên quan đến sự lưu thông khí huyết do sỏi gây tắc nghẽn trong đường tiểu, ở giai đoạn sớm này sự tắc nghẽn có thể gây đau nhưng chưa ảnh hưởng tới chức năng thận và MLCT có thể vẫn được bảo tồn và điều này phù hợp với biểu hiện lâm sàng.

Với thể thận hư thấp nhiệt nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p= 0,370), do cơ chế bệnh sinh của bệnh là bản hư tiêu thực, chức năng thận có thể suy giảm do thận hư bẩm tố nhưng yếu tố thấp nhiệt cũng ảnh hưởng tới cơ chế của bệnh vì vậy MLCT không phản ánh rõ ràng sự khác biệt của bệnh này và phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của thể bệnh. Đồng thời nỡ mẫu của thể này còn ít (n=27) ảnh hưởng tới khả năng phát hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm người bệnh sỏi thận của nhóm nghiên cứu

Người bệnh sỏi thận trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới, ở độ tuổi trung niên và cao tuổi, tuổi trung bình là 55,5 $\pm$ 12,9 tuổi, triệu chứng đau hông lưng chiếm ưu thế 88,2%. Triệu chứng cơ năng thường gặp là rối loạn tiểu tiện chiếm 11,7%; triệu chứng sốt ≥38°C kèm rét run là biểu hiện lâm sàng thường gặp nhiễm khuẩn tiết niệu trên nền sỏi thận, tỉ lệ chiếm 11,1%. Về đặc điểm cận lâm sàng, tỉ lệ sỏi thận >10 mm là 23,8% và giãn đài bể thận mức độ ≥2 chiếm 15,8%. Trung bình mức lọc cầu thận là 74,9$\pm$ 22,9 (ml/phút/1,73m^2), nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn thấp hơn so với nhóm không nhiễm khuẩn với p=0,000. Tỉ lệ bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường típ 2 chiếm 25,1%, có sự khác biệt giữa nhóm nhiễm khuẩn tiết niệu và không nhiễm khuẩn với p =0,004.

2. Đặc điểm lâm sàng thể bệnh YHCT

2.1. Phân bố theo YHCT

Thể thấp nhiệt hạ trú chiếm 38,4%, Thận hư thấp nhiệt chiếm 8,4%, Khí trệ huyết ứ chiếm 21,2%, Tỳ thận khí hư chiếm 16,8%, Thận âm hư chiếm 15,2%.

2.2. Một số yếu tố liên quan tới thể bệnh YHCT người bệnh sỏi thận

Nghiên cứu cho thấy các yếu tố thể trạng và tình trạng viêm có mối liên quan với các thể bệnh y học cổ truyền ở người bệnh sỏi thận. Chỉ số BMI liên quan có ý nghĩa thống kê với một số thể bệnh YHCT, đặc biệt khi BMI tăng thì xu hướng xuất hiện thể tỳ thận khí hư tăng. Bên cạnh đó, tình trạng tăng bạch cầu máu có mối liên quan với thể thấp nhiệt hạ tiêu, MLCT có xu hướng tỷ lệ thuận với các thể bệnh tỳ thận khí hư, thận âm hư và khí trệ huyết ứ. Những kết quả này cho thấy sự tương đồng giữa biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng theo y học hiện đại với biện chứng luận trị của y học cổ truyền, góp phần khẳng định giá trị của việc kết hợp các chỉ số hiện đại trong hỗ trợ chẩn đoán thể bệnh YHCT ở người bệnh sỏi thận.

KIẾN NGHỊ

1. Xây dựng bộ tiêu chí chuẩn đoán cụ thể của các thể bệnh sỏi thận theo YHCT dựa trên sự góp ý của các chuyên gia YHHĐ và YHCT trong lĩnh vực sỏi tiết niệu, từ đó xây dựng ra được bộ tiêu chí chẩn đoán phù hợp nhất có thể áp dụng trong thực tế lâm sàng.

2. Mở rộng nghiên cứu đa trung tâm với số lượng người bệnh lớn hơn để nghiên cứu mở rộng hơn về mối liên quan các chứng trạng YHCT (như thấp nhiệt hạ tiêu, khí trệ huyết ứ, thận hư…) với các triệu chứng, chỉ số xét nghiệm và đặc điểm hình ảnh học sẽ góp phần chuẩn hóa phân thể bệnh, tăng tính khách quan trong chẩn đoán, đồng thời nâng cao hiệu quả cá thể hóa điều trị và theo dõi người bệnh sỏi thận trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoffman A., Braun M. M., & Khayat M. (2021). Kìdney Disease: Kidney Stones. *FP essentials*, *509*, 33–38.
2. Wigner P., Grębowski R., Bijak M., et al. (2021). The Molecular Aspect of Nephrolithiasis Development. *Cells*, *10*(8), 1926. https://doi.org/10.3390/cells 10081926.
3. Thuy, N. T. L. (2020). "Thay đổi kiến thức dự phòng sỏi thận tái phát ở người bệnh phẫu thuật sỏi thận sau giáo dục sức khoẻ*". Journal of Nursing Science.*
4. Trần Văn Hinh (2013). *Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Ziemba J.B. and Matlaga B.R. (2017). Epidemiology and economics of nephrolithiasis. *Investig Clin Urol*, 58(5), 299–306.
6. Stamatelou, Kyriaki, and David S Goldfarb (2 Feb. 2023). "Epidemiology of Kidney Stones." *Healthcare (Basel, Switzerland)* vol. 11,3 424. doi:10.3390/ healthcare11030424.
7. Fontenelle, L. F., & Sarti, T. D. (2019). Kidney Stones: Treatment and Prevention. *American family physician*, *99*(8), 490–496.
8. Liu Y., Chen Y., Liao B., et al. (2018). Epidemiology of urolithiasis in Asia. *Asian J Urol*, 5(4), 205–214.
9. Nguyen L.D., Nguyen T.T., Mai L.V., et al. (2024). The first epidemiology of urolithiasis in Northern Vietnam: Urinary stone composition, age, gender, season, and clinical features study. *Urologia*, 91(1), 42–48.
10. Bộ Y tế (2015), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu"* (Ban hành kèm theo Quyết định số 3931 /QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế), p. 55-63.

11. Ngô Quý Châu và cộng sự (2016), *"Triệu chứng học nội khoa tập 1"*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, p. 407-419.
12. Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam (2015), "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. 中国中西医结合学会泌尿外科专业委员会, & 广东省中西医结合学会泌尿外科专业委员会. (2022). 上尿路结石中西医结合排石治疗中国专家共识. *中国中西医结合外科杂志*, 28(2), 158–162. https://doi.org/10.3969/j.issn.1007-6948.2022.02.002. (Đồng thuận chuyên gia Trung Quốc về điều trị sỏi đường tiết niệu trên bằng y học cổ truyền và y học hiện đại kết hợp (2022). *Tạp chí Phẫu thuật Y học Tích hợp Trung Quốc*).
14. Wang Z., Zhang Y., Zhang J., et al. (2021). Recent advances on the mechanisms of kidney stone formation (Review). *International journal of molecular medicine*, *48*(2), 149. https://doi.org/10.3892/ijmm.2021.4982.
15. Daudon, M., Bazin, D., & Letavernier, E. (2015). Randall's plaque as the origin of calcium oxalate kidney stones. *Urolithiasis*, *43 Suppl 1*, 5–11. https://doi.org/10.1007/s00240-014-0703-y.
16. Khan, S. R., Canales, B. K., & Dominguez-Gutierrez, P. R. (2021). Randall's plaque and calcium oxalate stone formation: role for immunity and inflammation. *Nature reviews. Nephrology*, *17*(6), 417–433. https://doi.org/10.1038/s 41581-020-00392-1.
17. Evan A. P., Unwin R. J., & Williams J. C., Jr (2011). Renal stone disease: a commentary on the nature and significance of Randall's plaque. *Nephron. Physiology*, *119*(4), p49–p53. https://doi.org/10.1159/000330255.
18. Dominguez-Gutierrez P. R., Kwenda E. P., Khan S. R., et al. (2020). Immunotherapy for stone disease. *Current opinion in urology*, *30*(2), 183–189. https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000729.

19. Espinosa-Ortiz, E.J., Eisner, B.H., Lange, D. *et al* (2019). Current insights into the mechanisms and management of infection stones. *Nat Rev Urol* **16**, 35–53. https://doi.org/10.1038/s41585-018-0120-z.
20. Ticinesi, A., Nouvenne, A., Chiussi, G., et al. (2020). Calcium Oxalate Nephrolithiasis and Gut Microbiota: Not just a Gut-Kidney Axis. *A Nutritional Perspective. Nutrients, 12*(2), 548. https://doi.org/10.3390/nu12020548.
21. Daniel G Fuster, Gaétan A Morard, Lisa Schneider, et al (2022), Nasser A Dhayat, Association of urinary sex steroid hormones with urinary calcium, oxalate and citrate excretion in kidney stone formers, *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 37, Issue 2, p.335–348, https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa360.
22. InformedHealth.org [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) (2023) -. *Overview: Kidney stones*. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK348937.
23. Anderegg M. A., Olinger E. G., Bargagli M., et al. (2024). Prevalence and characteristics of genetic disease in adult kidney stone formers. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, *39*(9), 1426–1441. https://doi.org/10.1093/ndt/gfae074.
24. Li Y., Di X., Liu M., et al. (2024). Association between daily sitting time and kidney stones based on the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007-2016: a cross-sectional study. *International journal of surgery (London, England)*, *110*(8), 4624–4632. https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001560
25. Lieske JC, Milliner DS, Beara-Lasic L, et al (2012). Dent Disease. Aug 9 [Updated 2017 Dec 14]. Adam MP, Bick S, Mirzaa GM, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. *Seattle (WA): University of Washington, Seattle*; 1993-2026. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99494/.

26. Shields, Lisa B E et al (2018). “Xanthine calculi in a patient with Lesch -Nyhan syndrome and factor V Leiden treated with allopurinol: case report.” *BMC pediatrics* vol. 18,1 231. 12 Jul., doi:10.1186/s12887-018-1197-5.
27. Jodorkovsky, R., Trivedi, S., Rana, A. *et al* (2024). A rare occurrence of xanthine urolithiasis in siblings with Lesch–Nyhan syndrome treated with Allopurinol-a case report. *Bull Natl Res Cent* **48**, 101. https://doi.org/10. 1186/ s42269-024-01259-2.
28. Williams, Emma L et al. “Primary hyperoxaluria type 1: update and additional mutation analysis of the AGXT gene.” *Human mutation* vol. 30,6 (2009): 910-7. doi:10.1002/humu.21021.
29. https://www.researchgate.net/publication/393844790_Functional_analysis_of_amino_acid_substitutions_within_human_AGT1_in_a_cell-based_platform_to_support_the_diagnosis_of_primary_hyperoxaluria_type_1
30. Carbone, Antonio et al (2018). “Obesity and kidney stone disease: a systematic review.” *Minerva urologica e nefrologica = The Italian journal of urology and nephrology* vol. 70,4: 393-400. doi:10.23736/S0393-2249.18. 03113-2.
31. Liu, C. J., Wu, J. S., & Huang, H. S. (2019). Decreased Associated Risk of Gout in Diabetes Patients with Uric Acid Urolithiasis. *Journal of clinical medicine*, *8*(10), 1536. https://doi.org/10.3390/jcm8101536
32. Sakhaee K. (2014). Epidemiology and clinical pathophysiology of uric acid kidney stones. *Journal of nephrology*, *27*(3), 241–245. https://doi.org/10. 1007/s40620-013-0034-z
33. 叶任高（2003），“*中西医结合*”。 人民卫生出版社，506-507.(*Y học cổ truyền và hiện đạo kết hợp*. Nhà xuất bản Y học Nhân dân).
34. 人开明（2004），“*肾脏病中西医结合治疗学*”。 科学转术文楠出版社，321-324. (*Điều trị bệnh thận kết hợp Đông–Tây y học*, Nhà xuất bản Khoa học Kỹ thuật Văn Nam)

35. 王钢（2003）. *“现代中医肾脏病学”*。人民卫生出版社，786-790. (*Thận học Y học cổ truyền Trung Quốc hiện đại*, Nhà xuất bản Y tế Nhân dân.)

36. **范思行 ,庞国明（2000）。*“结石病诊疗全书”*。中国医药科技出版社.**(*Toàn thư chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi.* Nhà xuất bản Khoa học Kỹ thuật Y dược Trung Quốc)

37. 谭传佳（2010）,“中医药治疗泌尿系结石的研究进展”．*中医民族民间医药杂志*，6-7 页. (“Tiến triển nghiên cứu về điều trị sỏi hệ tiết niệu bằng y học cổ truyền Trung Quốc”,*Tạp chí Y dược dân tộc và dân gian Trung Quốc*), số 6 năm 2010, trang 6–7)

38. 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, Hà Nội.

39. Nguyễn Thị Bay (2007), *“Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông – Tây y”*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 242- 250.

40. Nguyễn Thiên Quyến (2013), *“Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong đông y”*, Nhà xuất bản văn hóa dân tộc, Hà Nội, tr 616-620.

41. Nguyễn Thiện Quyến (2013), *“Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y”* , Nhà xuất bản văn hóa dân tộc, Hà Nội.

42. Bộ y tế (2008), *“Bệnh học Ngoại – Phụ Y học cổ truyền”* , Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 109-116.

43. 严东标（1990）“尿石的病因病机新探”, *新中医*” 1990，12-15.(“Khảo sát mới về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của sỏi tiết niệu*”,Tạp chí Tân Trung y)*

44. Nguyễn Bá Tĩnh (2007), *“Tuệ Tĩnh toàn tập”* , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

45. Bộ môn y học cổ truyền – Trường đại học y Hà Nội (2007).*“ Ngoại khoa Y học cổ truyền”* , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội , tr 61-69.

46. 王应歌, & 董方. (1992). 试论泌尿系结石的中医辨证分型论治. *陕西中医函授*, (6), 43-44. (“Bàn thử về biện chứng phân loại và điều trị sỏi hệ tiết niệu theo y học cổ truyền”, *Tạp chí Trung y Hàm thụ Thiểm Tây*, số 6, trang 43–44.)
47. 郁超, 龚华, 施娅雪, 何晓锋, 曹宏文, 冯懿赟, ... & 陈磊. (2022). 上尿路结石中医证型分布及临床特征的流行病学研究. *上海中医药杂志*, 52(1), 11-14.76. (“Nghiên cứu dịch tễ học về phân bố các thể chứng y học cổ truyền và đặc điểm lâm sàng của sỏi đường tiết niệu trên”, *Tạp chí Trung y Dược Thượng Hải)*
48. Lê Thị Phương, Đặng Thị Việt Hà, Đỗ Gia Tuyển, Nghiêm Trung Dũng, Tống Thị Thu Hằng (2023). “ Khảo sát thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân có can thiệp đường tiết niệu”. *Tạp chí Y học Việt Nam* Tập 532- Số 1B ; 338-342.
49. Đặng, V. T., & Nguyễn, V. H. N. (2026). “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật hở lấy sỏi thận tại bệnh viện Đà Nẵng”. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, *557*(3). https://doi.org/10.51298/vmj.v557i3.16850
50. Lê Hữu Trác (2011). *“Hải thượng Y tông tâm lĩnh”*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
51. Nguyễn Tử Siêu dịch (2001). *“ Hoàng đế nội kinh tố vấn”*, Nhà xuất bản văn hóa thông tin.
52. Hoàng Bảo Châu, Nguyễn Đức Đoàn, (2015), *“Danh từ thuật ngữ Y- Dược cổ truyền”*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
53. Trần Thúy, Vũ Quang (2006). *“Chẩn đoán bằng mạch chẩn và thiệt chẩn”,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
54. Vưu Tại Kinh (1987). *“Kim quỹ yếu lược tâm điển”*, Nguyễn Phương Anh dịch, Hội YHDT Thành phố Hồ Chí Minh.

55. 常忠生, & 杜伟. (2007). 三金消石汤治疗泌尿系结石 176 例. *新疆中医药*, *25*(6), 18.(“Bài thuốc Tam Kim Tiêu Thạch thang điều trị sỏi hệ tiết niệu: 176 ca lâm sàng”, *Tạp chí Trung y Dược Tân Cương*, tập 25, số 6, trang 18)
56. 刘海龙, 张小木, 林启广, & 廖扬. (2022). 赣南地区肾结石患者中医体质探析. *中国中医药现代远程教育*, *20*(5). (“Phân tích thể chất y học cổ truyền của bệnh nhân sỏi thận tại khu vực Nam Can”, *Tạp chí Giáo dục Từ xa Y học cổ truyền Trung Quốc hiện đại*, tập 20, số 5)
57. Elgormus Y., Okuyan O., Dumur S., et al. (2023). Evaluation of new generation systemic immune-inflammation markers to predict urine culture growth in urinary tract infection in children. *Frontiers in pediatrics*, *11*, 1201368. https://doi.org/10.3389/fped.2023.1201368.
58. Systematic review: Neutrophil to lymphocyte ratio in urolithiasis: a systematic review. (2025). *BMC Urology.*
59. Mao W., Wu J., Zhang Z., et al. (2021). Neutrophil-lymphocyte ratio acts as a novel diagnostic biomarker for kidney stone prevalence and number of stones passed. *Translational andrology and urology*, *10*(1), 77–86. https://doi.org/10.21037/tau-20-890.
60. Tung H. T., Liu C. M., Huang H. S., et al. (2023). Increased risk of chronic kidney disease in uric acid stone formers with high neutrophil-to-lymphocyte ratio. *Scientific reports*, *13*(1), 17686. https://doi.org/10.1038/s41598- 023-45034-1.
61. Zhou, L., Gu, W., Jiang, Y., & Zhang, H. (2025). Age-stratified analysis of the BMI-kidney stone relationship: findings from a national cross-sectional study. *Frontiers in medicine*, *12*, 1513799. https://doi.org/10.3389/fmed. 2025. 1513799.
62. Shang, W., Li, Y., Ren, Y., et al (2017). Nephrolithiasis and risk of hypertension: a meta-analysis of observational studies. *BMC nephrology*, *18*(1), 344. https://doi.org/10.1186/s12882-017-0762-8.

63. Saucier, N. A., Sinha, M. K., Liang, K. V., et al (2010). Risk factors for CKD in persons with kidney stones: a case-control study in Olmsted County, Minnesota. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, *55*(1), 61–68. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.08.008.
64. Hsiao, C. Y., Chen, T. H., Lee, Y. C., et al. (2021). Ureteral stone with hydronephrosis and urolithiasis alone are risk factors for acute kidney injury in patients with urinary tract infection. *Scientific reports*, *11*(1), 23333. https://doi.org/10.1038/s41598-021-02647-8.
65. Scales, C. D., Smith, A. C., Hanley, J. M., et al. (2012). Prevalence of kidney stones in the United States. *European Urology*, 62(1), 160–165.
66. Hữu Thanh, N. ., & Quang, N. (2022). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh sỏi niệu quản 1/3 trên tại khoa phẫu thuật tiết niệu - bệnh viện Việt Đức. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, *515*(2). https://doi.org/10.51298/vmj.v 515i2.2806Hà Hoàng Kiệm (2008). *Thận học lâm sàng",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, p. 624.
67. Hà Hoàng Kiệm (2008). *Thận học lâm sàng",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, p. 624.
68. Shang, W., Li, Y., Ren, Y., et al (2017). Nephrolithiasis and risk of hypertension: a meta-analysis of observational studies. *BMC nephrology*,*18*(1), 344. https://doi.org/10.1186/s12882-017-0762-8.
69. Akram, M., Jahrreiss, V., Skolarikos, A., et al. (2024). Urological Guidelines for Kidney Stones: Overview and Comprehensive Update. *Journal of clinical medicine*, *13*(4), 1114. https://doi.org/10.3390/jcm13041114.
70. Nguyễn, H. T., & Đàm, V. C. (2023). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân thận ứ mủ do sỏi niệu quản gây nhiễm khuẩn huyết và đánh giá kết quả của dẫn lưu trong tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, *37*, 15-22 . https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/ view/1041.

71. He, S., Chen, Y. W., Hu, L. Y., et al. (2025). Association between hypertension and kidney stones: a cross-sectional analysis from NHANES and Mendelian randomization. *The aging male: the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male*, *28*(1), 2571937. https://doi.org/ 10.1080/ 13685538.2025.2571937.
72. Feng Y, Du C, Hu J, et al (2026). Association between components of metabolic syndrome and risk of urinary stone recurrence: a single-center case-control study. Ther Adv Urol. Jan 31;18:17562872251410865. doi: 10.1177/17562872251410865. PMID: 41631253; PMCID: PMC12861378.
73. Hughes, T., Ho, H. C., Pietropaolo, A., & Somani, B. K. (2020). Guideline of guidelines for kidney and bladder stones. *Turkish journal of urology*, *46*(Supp. 1), S104–S112. https://doi.org/10.5152/tud.2020.20315.
74. *EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Madrid 2025. ISBN 978-94-92671-29-5.*
75. Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam (2020), "*Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
76. 乔卢东, 陈雪花, 吴文起, 胡卫国, 刘凯隆, 齐士勇, 何朝辉, 沈健, & 麦海星. (2025). 上尿路感染性结石诊断与治疗中国专家共识（2024 版）解读. *临床泌尿外科杂志 (Journal of Clinical Urology [China])*, 40(2), 101. https://doi.org/10.13201/j.issn.1001-1420.2025.02.001. (Đồng thuận chuyên gia Trung Quốc về chẩn đoán và điều trị sỏi nhiễm trùng đường tiết niệu trên (2024). *Tạp chí Niệu học Lâm sàng Trung Quốc*).
77. Shuang, L. I., Shuwei, D., Zheyi, D., et al (2024). Distribution of Traditional Chinese Medicine syndromes in diabetic kidney disease chronic kidney disease 1-5: a correlation study. *Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan*, *44*(3), 572–580. https://doi. org/10. 19852/ j. cnki. jtcm.20230802.007

78. Zhong, Y., He, R., Kang, G., et al (2026). Association between hyperuricemia and kidney stones in Southern China: a multicentre cross-sectional study. *Frontiers in endocrinology*, *17*, 1611287. https://doi.org/ 10.3389/fendo. 2026. 1611287.
79. Nguyễn Thị Kim Hoa (2006), "Nghiên cứu về dịch tễ học lâm sàng sỏi hệ tiết niệu một số vùng thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế", *Luận án Tiến sỹ Đại học Huế, tạp chí Y dược học Huế.*
80. Nguyễn, M. A ., & Sỹ, T. T. H. (2023). Nghiên cứu mức độ hài lòng về chăm sóc bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng tán sỏi nội soi qua da tại bệnh viện Xanh Pôn năm 2022. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, *522*(2). https://doi.org/ 10. 51298/ vmj.v522i2.4357
81. Taguchi K, Okada A, Hamamoto S, et al. Pathophysiology and management of kidney stones. International Journal of Urology. 2022;29(7):546–556.
82. Zhang, Chang-hua & Sheng, Jun-qing & Xie, et al (2021). Mechanism and Basis of Traditional Chinese Medicine Against Obesity: Prevention and Treatment Strategies. Frontiers in Pharmacology. 12. 10.3389/fphar. 2021. 615895.
83. Wang J, Li X. Correlation between BMI and TCM syndrome types in kidney stone patients. Journal of Traditional Chinese Urology. 2020.
84. Nguyễn, V. D., & Nguyễn, C. B. (2024). Kết quả điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên bằng nội soi ngược dòng tán sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, *535*(1). https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1.8349.

PHỤ LỤC 1

Bệnh án số……... Mã hồ sơ.....

Số vào viện..... Mã bệnh nhân.....

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

" THỰC TRẠNG CÁC THỂ LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN NGƯỜI BỆNH SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2025"

A. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên bệnh nhân: ……..
2. Ngày tháng năm sinh:……Tuổi:…….
3. Giới : 1. Nam 2. Nữ
4. Nghề nghiệp:.....
5. Địa chỉ:.....
6. Ngày, giờ khám bệnh:.....
7. Số điện thoại.....

B. CHUYÊN MÔN

1. Lý do vào viện:.....
2. Tiền sử:

2.1. Bản thân

Đã điều trị sỏi thận trước đây

1. Chưa 2. Ngoại khoa 3. Nội khoa 4. YHCT

Ghi rõ (nếu có):.....

Ngày phát hiện sỏi gần nhất:

Tăng huyết áp 1. Không 2. Có

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

Thời gian mắc bệnh:..... 1. < 5 năm 2. 5 - 10 năm 3. > 10 năm

Bệnh Gout

Thời gian mắc bệnh: 1. < 5 năm 2. 5 - 10 năm 3. > 10 năm

Hiện đang điều trị: 1. Điều trị bảo tồn 2. Điều trị thay thế thận

Phương pháp thay thế thận:.....

Biến chứng tại các cơ quan (nếu có):…….

Đái tháo đường

Thời gian mắc bệnh: 1. < 5 năm 2. 5 - 10 năm 3. > 10 năm

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

Hiện đang điều trị: 1. Thuốc uống 2. Insulin

3. Kết hợp cả hai

Biến chứng tại các cơ quan (nếu có):……

Rối loạn chuyển hóa lipid 1. Không 2. Có

Thời gian mắc bệnh: 1. < 5 năm 2. 5 - 10 năm 3. > 10 năm

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

Biến chứng tại các cơ quan (nếu có):……..

Sỏi đường mật 1. Không 2. Có

Thời gian mắc bệnh: 1. < 5 năm 2. 5 - 10 năm 3. > 10 năm

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

Biến chứng tại các cơ quan (nếu có):……..

Bệnh khác

Tên bệnh:.....

Thời gian mắc bệnh: 1. < 5 năm 2. 5 - 10 năm 3. > 10 năm

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

Tên thuốc, liều lượng thuốc: .....

Thuốc, thực phẩm chức năng đang dùng khác

Thuốc Bắc, thành phần:……..

Thuốc Nam, thành phần:…….

Thực phẩm chức năng:……...

Hút thuốc lá, thuốc lào không ? 1. Không 2. Có

Bao năm:.....

Uống rượu bia thường xuyên không ? 1. Không 2. Có

Rượu hay bia, bao nhiêu ml/ngày ?.....

Tiền sử dị ứng với thức ăn, thuốc ? 1. Không 2. Có

Tên thức ăn, thuốc dị ứng (nếu có).....

2.2.Tiền sử gia đình

Gia đình có người mắc bệnh sỏi thận không ? 1. Không 2.Có **3.**

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/m^2)
Nhịp thở:…….....(lần/phút)	Vòng bụng:.....(cm)

b. Cận lâm sàng

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

STT	Chỉ số xét nghiệm	Kết quả
1	Hồng cầu (T/L)	
2	Hb (g/l)	
3	HCT (L/L)	
4	MCV (fL)	
5	MCH (pg)	
6	MCHC (g/L)	
7	Bạch cầu (G/L)	
8	NEU	
9	LYM	
10	Tiểu cầu	

Sinh hóa máu

STT	Chỉ số xét nghiệm	Kết quả
1	Glucose đói (mg/dL)	
2	HbA1C (%)	
3	Insulin đói (µU/mL)	
4	C – peptid (ng/mL)	
5	Triglycerid (mg/dL)	
6	Cholessterol tp (mg/dL)	
7	HDL – Cholesterol (mg/dL)	

8	LDL – Cholesterol (mg/dL)	
9	Uric acid máu (mg/dL)	
10	Na (mmol/l)	
11	Kali (mmol/l)	
12	Clo (mmol/l)	
13	Ure máu (mmol/l)	
14	Creatinin máu (umol/l)	
15	AST (UI/L)	
16	ALT (UI/L)	
17	CRP	
18	Mức lọc cầu thận theo CT	

Tổng phân tích nước tiểu

STT	Chỉ số xét nghiệm	Kết quả
1	GLU (mmol/L)	
2	pH	
3	BIL (Umol/L)	
4	KET	
5	SG	
6	PRO (g/L)	
7	UBG (Umol/L)	
8	NIT	
9	BLD (/UL)	
10	LEU (/UL)	
11	COLOR	
12	CLARITY	

Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm thận

Thận (P) Vị trí 1. Đúng vị trí 2. Lạc chỗ

Hình thái và kích thước 1. Bình thường (10-12cm)

2. Nhỏ (<9cm) 3. To (> 12cm)

Nhu mô 1. Bình thường 2. Bất thường

Cấu trúc 1. Bình thường 2. Bất thường

Đài bể thận 1. Không giãn 2. Có giãn (ghi rõ độ:.....)

- Sỏi ở đài bể thận: 1. Trên 2. Đài bể thận 3. Dưới

Kích thước:.....mm

Số lượng viên sỏi:..... viên

- Sỏi ở niệu quản 1. Không giãn 2. Có giãn

Kích thước: .....mm

Vị trí sỏi : 1. Trên 2. Giữa 3. Dưới

Kích thước:.....mm

- Nang thận: 1. Không 2. Có
- Thâm nhiễm mỡ: 1. Không 2. Có

Thận (T) Vị trí 1. Đúng vị trí 2. Lạc chỗ

Hình thái và kích thước 1. Bình thường (10-12cm)

2. Nhỏ (<9cm) 3. To (> 12cm)

Nhu mô 1. Bình thường 2. Bất thường

Cấu trúc 1. Bình thường 2. Bất thường

Đài bể thận 1. Không giãn 2. Có giãn (ghi rõ độ:.....)

- Sỏi ở đài bể thận: 1. Trên 2. Đài bể thận 3. Dưới

Kích thước:.....mm

Số lượng viên sỏi:..... viên

- Sỏi ở niệu quản: 1. Không giãn 2. Có giãn

Kích thước: .....mm

Vị trí sỏi : 1. Trên 2. Giữa 3. Dưới

Kích thước:.....mm

- Nang thận: 1. Không 2. Có
- Thâm nhiễm mỡ: 1. Không 2. Có

Chụp CLVT hệ tiết niệu không tiêm thuốc cản quang:

Thận (P)

Vị trí 1. Đúng vị trí 2. Lạc chỗ

Hình thái và kích thước 1. Bình thường (10-12cm)

2. Nhỏ (<9cm) 3. To (> 12cm)

Nhu mô 1. Bình thường 2. Bất thường

Cấu trúc 1. Bình thường 2. Bất thường

Đài bể thận 1. Không giãn 2. Có giãn (ghi rõ độ:.....)

- Sỏi ở đài bể thận: 1. Trên 2. Đài bể thận 3. Dưới

Kích thước:.....mm

Số lượng viên sỏi:..... viên

- Sỏi ở niệu quản 1. Không giãn 2. Có giãn

Kích thước: .....mm

Vị trí sỏi : 1. Trên 2. Giữa 3. Dưới

Kích thước:.....mm

- Nang thận: 1. Không 2. Có
- Thâm nhiễm mỡ: 1. Không 2. Có

Thận (T)

Vị trí 1. Đúng vị trí 2. Lạc chỗ

Hình thái và kích thước 1. Bình thường (10-12cm)

2. Nhỏ (<9cm) 3. To (> 12cm)

Nhu mô 1. Bình thường 2. Bất thường

Cấu trúc 1. Bình thường 2. Bất thường

Đài bể thận 1. Không giãn 2. Có giãn (ghi rõ độ:.....)

- Sỏi ở đài bể thận: 1. Trên 2. Đài bể thận 3. Dưới

Kích thước:.....mm

Số lượng viên sỏi:..... viên

- Sỏi ở niệu quản 1. Không giãn 2. Có giãn

Kích thước: .....mm

Vị trí sỏi : 1. Trên 2. Giữa 3. Dưới

Kích thước:.....mm

- Nang thận: 1. Không 2. Có
- Thâm nhiễm mỡ: 1. Không 2. Có

Kết quả chẩn đoán hình ảnh học bất thường khác

.....

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 hằn răng

3. Thon nhỏ

4. Gầy mỏng 5. Khác

- Sắc lưỡi 1. Hồng nhạt 2. Đỏ 3. Nhợt

4. Ám 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 nghèo 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. Sảng sảng 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. Thở dài 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. Triều 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. Tự 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. Choáng 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. Thắt lưng nhức mỏi 2. Lưng đau buốt 3. Lạnh vùng thắt lưng 4. Vùng thắt lưng nóng, đỏ 5. Hạn chế vận động vùng thắt 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 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 $\geq$ 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. Bế 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

a. **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. Phúc chẩn: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

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

4.3. Mạch chẩn:

- Mạch huyền sác 1. Không 2. Có
- Mạch hoạt sác 1. Không 2. Có
- Mạch huyền khẩn 1. Không 2. Có
- Mạch trầm tế 1. Không 2. Có
- Mạch trầm nhược 1. Không 2. Có
- Mạch tế 1. Không 2. Có

- Mạch hoạt 1. Không 2. Có
- Mạch sác 1. Không 2. Có
- Mạch sáp 1. Không 2. Có

5. Thể bệnh theo YHCT

Hội chứng cơ bản

1. Thể thấp nhiệt uẩn kết
2. Thể khí trệ huyết ứ
3. Thể can thận âm hư
4. Thể tỳ thận khí (dương) hư
5. Thể thận hư kèm thấp nhiệt

…..giờ……ngày……tháng……năm 2025

Bác sĩ

(ghi rõ họ tên)

Trần Thị Hồng Thơm

PHỤ LỤC 3

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông/Bà

Nghiên cứu viên: BS. Trần Thị Hồng Thơm

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

Tôi viết bản thông báo này gửi đến Ông/Bà với mong muốn Ông/Bà tham gia vào khảo sát: **"Thực trạng các thể lâm sàng theo y học cổ truyền người bệnh sỏi thận tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2025"**

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

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích nghiên cứu

Để giúp cho việc điều trị chăm sóc giảm nhẹ các bệnh lý liên quan đến sỏi thận tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát các thể lâm sàng theo YHCT trên người bệnh sỏi thận.

2. Tiến hành nghiên cứu

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

Đối tượng: Ông/Bà được chẩn đoán sỏi thận tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 7/2025 đến tháng 10/2025.

3. Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

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

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

4. Bất lợi khi tham gia nghiên cứu

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

5. Người liên hệ

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

Số điện thoại: 0337427755 gặp Bác sĩ Thơm.

Hoặc Email: tranthom1208@gmail.com.

6. Sự tự nguyện tham gia

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

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

7. Tính bảo mật

Họ tên của Ông/Bà được ghi trong phiếu thông tin là: Họ, Chữ lót và Chữ cáiđầu của tên.

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

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

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

1. Người tham gia nghiên cứu

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

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên:..... Chữ ký: .....

Ngày tháng năm: .....

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

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

Họ tên:..... Chữ ký: .....

Ngày tháng năm:.....