

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



PHÍ ĐÌNH SƠN

**KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CHỨNG TRẠNG Y HỌC
CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY
NÃO TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ
TRUYỀN KHU VỰC MIỀN BẮC**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



PHÍ ĐÌNH SƠN

**KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CHỨNG TRẠNG Y HỌC
CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY
NÃO TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ
TRUYỀN KHU VỰC MIỀN BẮC**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số:

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Vũ Nam

2. TS. Hán Huy Truyền

HÀ NỘI - 2025

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin chân thành cảm ơn:

- **Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo sau đại học - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam** đã giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Với tấm lòng chân thành, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

- **PGS.TS. Vũ Nam** và **TS. Hán Huy Truyền** là hai người thầy đã hết lòng quan tâm, dạy bảo tôi về kiến thức chuyên môn cũng như trực tiếp hướng dẫn tôi trong suốt quá trình hoàn thành luận văn này.

- **Các Thầy, Cô trong Hội đồng khoa học chấm luận văn Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam** đã đóng góp, chỉ bảo cho tôi nhiều ý kiến quý báu để giúp tôi hoàn thành luận văn của mình.

- **Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo khoa cùng toàn thể nhân viên Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái, Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Yên Bái, Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai, Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Lào Cai** đã tạo điều kiện cho tôi thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

- **Ban lãnh đạo Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, lãnh đạo khoa và toàn thể cán bộ, nhân viên Khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương**, nơi tôi đang công tác, đã luôn quan tâm, tạo điều kiện thuận lợi và hỗ trợ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng cảm kích và biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình, bạn bè đã luôn động viên, giúp đỡ và ủng hộ tôi trong suốt quá trình học tập cũng như quá trình hoàn thành luận văn này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Tác giả

Phí Đình Sơn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là: Phí Đình Sơn, Học viên Chuyên khoa 2 khóa IX, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Vũ Nam và TS. Hán Huy Truyền.

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Người viết cam đoan

Phí Đình Sơn

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AUC	: Area Under the Curve Diện tích dưới đường cong
ROC	: Receiver Operating Characteristic Đường cong đặc trưng hoạt động của bộ thu nhận
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. Các tiêu chí đánh giá đặc điểm chứng trạng và quy nạp hội chứng bệnh Y học cổ truyền	30
Bảng 3. 1. Phân bố người bệnh theo tuổi	37
Bảng 3. 3. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	38
Bảng 3. 4. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh	39
Bảng 3. 5. Phân bố theo yếu tố nguy cơ mắc bệnh của người bệnh	39
Bảng 3. 7. Đặc điểm phân bố theo thể bệnh Y học cổ truyền.....	42
Bảng 3. 8. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vọng chẩn	43
Bảng 3. 9. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo văn chẩn	44
Bảng 3. 10. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vấn chẩn	45
Bảng 3. 11. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo thiết chẩn	46
Bảng 3. 12. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh.....	47
Bảng 3. 13. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Phong đàm	49
Bảng 3. 14. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Đàm nhiệt phủ thực	50
Bảng 3. 15. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ.....	51
Bảng 3. 16. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Can phong nội động	52
Bảng 3. 17. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Can thận hư.....	53
Bảng 3. 18. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiểu.....	54
Bảng 3. 19. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ.....	55
Bảng 3. 20. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Can thận hư.....	57

Bảng 3. 21. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Phong đàm.....	58
Bảng 3. 22. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Can phong nội động	61

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3. 1. Phân bố người bệnh theo giới tính	38
Biểu đồ 3. 2. Đặc điểm phân bố theo chẩn đoán Y học hiện đại	41
Biểu đồ 3. 3. Đặc điểm phân bố theo thể bệnh Y học cổ truyền.....	42
Biểu đồ 3. 5. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ ≥ 3 chính và 2 phụ.....	56
Biểu đồ 3. 6. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Can thận hư ≥ 5 chính và 2 phụ.....	58
Biểu đồ 3. 7. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Phong đàm ≥ 5 chính và 2 phụ.....	60
Biểu đồ 3. 8. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Can phong nội động ≥ 5 chính và 1 phụ.....	62

MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN

LỜI CAM ĐOAN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC BẢNG

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....	3
1.1. Tình hình đột quy não ở thế giới và trong nước	3
1.1.1. Thế giới	3
1.1.2. Tại Việt Nam.....	4
1.2. Tổng quan về đột quy não theo Y học hiện đại	5
1.2.1. Định nghĩa.....	5
1.2.2. Nguyên nhân của đột quy não.....	5
1.2.3. Chẩn đoán, điều trị đột quy não	6
S31.3. Tổng quan đột quy não theo Y học cổ truyền	8
1.3.1. Bệnh danh của chứng “Trúng phong”	8
1.3.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ.....	10
1.3.4. Các thể lâm sàng và điều trị chứng Trúng phong	12
1.4. Nghiên cứu trong và ngoài nước chẩn đoán phân thể bệnh đột quy não theo Y học cổ truyền	19
1.4.1. Nghiên cứu trên Thế giới	19
1.4.2. Nghiên cứu trong nước	22
1.5. Xây dựng bộ tiêu chí quy nạp thể bệnh đột quy não theo Y học cổ truyền	23
1.5.1. Thống nhất tên gọi và số thể bệnh Y học cổ truyền	23
1.5.2. Các tiêu chí quy nạp thể bệnh đột quy não theo Y học cổ truyền	24
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	26

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	26
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	26
2.2. Phương tiện nghiên cứu.....	26
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	27
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	27
2.3.2. Cỡ mẫu.....	27
2.3.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu.....	27
2.3.4. Các tiêu chí đánh giá đặc điểm chứng trạng và quy nạp hội chứng bệnh Y học cổ truyền.....	30
2.3.5. Các bước tiến hành.....	35
2.3.6. Sai số và phương pháp khống chế sai số.....	36
2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	36
2.5. Xử lý số liệu.....	36
2.6. Đạo đức nghiên cứu.....	36
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ.....	37
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	37
3.1.2. Đặc điểm theo giới.....	38
3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp.....	38
3.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	39
3.1.5. Yếu tố nguy cơ.....	39
3.1.6. Đặc điểm người bệnh phân bố theo chẩn đoán Y học hiện đại.....	41
3.1.7. Đặc điểm người bệnh phân bố theo hội chứng bệnh Y học cổ truyền.....	42
3.2. Kết quả đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền trên người bệnh đột quỵ não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc.....	43
3.2.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vọng chẩn.....	43
3.2.2. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo văn chẩn.....	44
3.2.3. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vấn chẩn.....	45
3.2.4. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo thiết chẩn.....	46

3.3. Kết quả quy nạp một số hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc...	47
3.3.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng theo hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền	47
3.3.2. Kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán ở một số hội chứng bệnh.....	55
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	63
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	63
4.1.1. Đặc điểm về tuổi	63
4.1.2. Đặc điểm theo giới.....	64
4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp	64
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	65
4.1.5. Yếu tố nguy cơ	66
4.1.6. Đặc điểm người bệnh phân bố theo chẩn đoán Y học hiện đại	67
4.1.7. Đặc điểm người bệnh phân bố theo hội chứng bệnh Y học cổ truyền.....	67
4.2. Kết quả đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc	69
4.2.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vọng chẩn	69
4.2.2. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo văn chẩn.....	69
4.2.3. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vấn chẩn.....	70
4.2.4. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo tứ chẩn	70
4.3. Kết quả quy nạp một số hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc...	71
4.3.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng theo hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền	71
4.3.2. Kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán ở một số hội chứng bệnh.....	76
KẾT LUẬN	82
KIẾN NGHỊ.....	84

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC 1

PHỤ LỤC 2

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là bệnh lý có tỉ lệ mắc hàng năm rất cao, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khuyết tật trên thế giới. Ước tính năm 2020 toàn thế giới có khoảng 11,71 triệu trường hợp đột quy não, trong đó có 7,59 triệu trường hợp nhồi máu não, có 7,08 triệu người chết do đột quy não, trong đó 3,48 triệu là nhồi máu não; 8-12% người bệnh bị nhồi máu não tử vong trong vòng 30 ngày. Tại Việt Nam, đột quy não là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong giai đoạn 2009-2019 với mức tăng 9,1% [1].

Ngày nay, với sự tiến bộ vượt bậc của khoa học kỹ thuật, việc chẩn đoán, điều trị cấp cứu và dự phòng đột quy não đã có những bước tiến quan trọng. Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị hiệu quả nhồi máu não giai đoạn tối cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học và các kỹ thuật can thiệp cao như phẫu thuật, nong mạch, đặt giá đỡ [1]. Để nâng cao hiệu quả điều trị sau giai đoạn tối cấp và phục hồi các di chứng thần kinh đạt kết quả cao, việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị đã được đặt ra, trong đó các phương pháp Y học cổ truyền (YHCT), phục hồi chức năng đã được chứng minh đem lại hiệu quả cao.

Theo Y học cổ truyền (YHCT) các triệu chứng của đột quy não thuộc phạm vi chứng “Trúng phong”, với biểu hiện các triệu chứng thần kinh tiến triển nhanh, đột ngột hôn mê, bất tỉnh, liệt vận động, đau đầu, mặt mày xây xẩm... Các phương pháp không dùng thuốc như điện châm, xoa bóp bấm huyết... và phương pháp dùng thuốc được chứng minh có hiệu quả trong điều trị chứng Trúng phong. Những bài thuốc cổ phương được ghi trong y văn kinh điển như: An cung ngưu hoàng hoàn, Bồ dương hoàn ngũ thang, Huyết phủ trục ú thang... hay các bài thuốc nghiệm phương như Hoạt huyết an não... đã và đang được sử dụng điều trị cho bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp đạt kết quả tốt [2], [3], [4], [5], [6].

Nhìn chung, các nghiên cứu YHCT về đột quy não hiện nay còn hạn chế, đặc biệt trong việc mô tả và hệ thống hóa đặc điểm chứng trạng trên người bệnh trong thực hành lâm sàng. Các tài liệu và giáo trình giảng dạy vẫn chưa thống nhất về biểu hiện chứng trạng và cách tiếp cận phân thể bệnh. Do đó, việc khảo sát, tổng hợp và làm rõ đặc điểm

chứng trạng YHCT trên người bệnh đột quy não tại các cơ sở điều trị YHCT là cần thiết, góp phần cung cấp cơ sở thực tiễn cho chẩn đoán, phân thể bệnh và nghiên cứu tiếp theo. Với những luận giải trên, tôi tiến hành thực hiện đề tài **“Khảo sát đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc”** với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc.

2. Quy nạp một số hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. Tình hình đột quỵ não ở thế giới và trong nước

1.1.1. Thế giới

Theo số liệu báo cáo của Trung tâm đột quỵ và nghiên cứu lâm sàng Hàn Quốc (Hong K và cộng sự), hàng năm có khoảng 105 người mắc đột quỵ lần đầu hoặc tái diễn và hơn 26 nghìn người tử vong do đột quỵ [7]. Chi phí chăm sóc bệnh nhân đột quỵ ở nước này khoảng 3,3 tỉ đô la Mỹ mỗi năm. Một nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ mới mắc đột quỵ não ở các nước phát triển chiếm từ 400 đến 1200/100.000 dân và ở các nước phía Tây Thái Bình Dương là từ 400 đến 1000/100.000 dân. Marini và cộng sự cho kết quả tỷ lệ mới mắc ở người trẻ từ 20 đến 40 tuổi là 8,63 đến 19,12/100.000 dân [8].

Burke và Venketasubramanian nghiên cứu dịch tễ ở vùng Đông Á trên 4995 bệnh nhân đột quỵ lần đầu trong 20 năm (1984 - 2004) tại 7 thành phố của Trung Quốc cho kết quả tỷ lệ mới mắc (483/100.000 dân) cao gấp hai lần so với nghiên cứu của Okinawa (201/100.000 dân) và số bệnh nhân chết trong vòng 30 ngày đầu từ 12,7 đến 17,3% [9].

Nghiên cứu của Lee và cộng sự trên 32,151 cho thấy bệnh nhân đột quỵ não lần đầu tỷ lệ mắc trong vòng 10 năm có xu hướng giảm nhưng tỷ lệ hiện mắc lại tăng lên khoảng 12%, tỷ lệ tử vong giảm 21%. Kết quả này có được là nhờ các phương pháp can thiệp cũng như những chỉ định dùng thuốc đúng, sớm nên hạn chế được các biến cố tim mạch, huyết áp, xơ vữa động mạch... [10].

Zhang Y và cộng sự (2012) báo cáo kết quả tại Ý, Đức, Tây Ban Nha, Pháp và Anh cho kết quả: Tây Ban Nha: cỡ mẫu nghiên cứu là 201.205, tỷ lệ mới mắc khoảng 141/100.000 dân. Italia: cỡ mẫu 123.748, tỷ lệ mới mắc 223/100.000 dân, tỷ lệ hiện mắc là 147/100.000 dân. Đức: tỷ lệ mới mắc là 350/100.000 dân, tỷ lệ tử vong tương đương với Tây Ban Nha khoảng 38/100.000 dân. Anh: cỡ mẫu 91.106, tỷ lệ mới mắc 161/100.000 dân, tỷ lệ tử vong dao động từ 41 đến 68/100.000 dân. Pháp:

cỡ mẫu 152.606, tỷ lệ mới mắc 113,5/100.000 dân, tỷ lệ tử vong 68/100 nghìn dân [11].

1.1.2. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam năm 2019, theo báo cáo của Global Burden of Disease Study (GBD), đột quy được xếp trong nhóm bệnh tim mạch và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng đầu với 135.999 trường hợp. Con số này tương đương với tổng số ca tử vong do đái tháo đường cộng với bệnh thận và nhiễm trùng hô hấp, lao và bệnh hô hấp mạn tính gộp lại [12].

Năm 2019, trong tổng dân số 98 triệu người của Việt Nam, tỷ lệ mắc mới đột quy là 222 ca trên 100.000 dân (KTC 95%: 206–242), tỷ lệ hiện mắc là 1.541 ca (KTC 95%: 1.431–1.679), số năm sống điều chỉnh theo mức độ tàn tật (DALYs) là 3.400 (KTC 95%: 2.795–4.027), và tỷ lệ tử vong do đột quy là 170 ca (KTC 95%: 139–199) trên 100.000 dân. Tỷ lệ tử vong do đột quy thiếu máu não cục bộ là 85% (KTC 95%: 69–101), xuất huyết não là 80% (64–98), và thấp nhất là đột quy xuất huyết dưới nhện với 4,9% (3,0–7,8) [12].

Nhìn chung, nhóm tuổi trung vị của bệnh nhân đột quy tại Việt Nam là 60–64 tuổi ở nam và 65–69 tuổi ở nữ. Trung bình, nam giới có nguy cơ tử vong do đột quy cao hơn khoảng 58% so với nữ giới [12].

So với các quốc gia lân cận, Việt Nam thuộc nhóm có tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ hiện mắc đột quy cao nhất năm 2019.

Trong khu vực Đông Nam Á, tỷ lệ tử vong do đột quy tại Việt Nam đứng thứ 4 (170/100.000 dân), sau Myanmar (210), Indonesia (197) và North Korea (186). Thailand có tỷ lệ tử vong do đột quy thấp nhất năm 2019 (52) [12].

So sánh trong khu vực Tây Thái Bình Dương, Việt Nam xếp thứ 9. Theo mô hình GBD 2019, tỷ lệ tử vong cao nhất thuộc về Solomon Islands (308), Kiribati (238) và Mongolia (220). Ngược lại, các quốc gia có tỷ lệ thấp nhất là Singapore (22), Australia (26) và Japan (30) [12].

Yếu tố nguy cơ cao nhất liên quan đến đột quy là tăng huyết áp tâm thu, với 79.000 ca tử vong năm 2019, tiếp theo là nguy cơ từ chế độ ăn (ít trái cây, rau, ngũ

cóc nguyên hạt và chất xơ; nhiều natri và thịt đỏ) với khoảng 43.000 ca tử vong. Sau đó là tăng glucose huyết tương lúc đói và ô nhiễm không khí (lần lượt 35.000 và 33.000 ca).

Yếu tố nguy cơ tim mạch (tăng huyết áp tâm thu) có mối liên quan cao nhất với tỷ lệ tử vong do đột quỵ ở cả hai giới [12].

1.2. Tổng quan về đột quỵ não theo Y học hiện đại

1.2.1. Định nghĩa

Theo WHO: “Đột quỵ não là tình trạng mất đột ngột hoặc cấp tính các chức năng của não, tồn tại trên 24 giờ hoặc dẫn tới tử vong trước 24 giờ, các triệu chứng thần kinh khu trú phù hợp với sự cấp máu và nuôi dưỡng của động mạch não, loại trừ yếu tố chấn thương sọ não” [13].

Đột quỵ não chia thành hai thể lâm sàng chính là đột quỵ nhồi máu não và đột quỵ xuất huyết não.

* Đột quỵ nhồi máu não là một dạng của đột quỵ não đặc trưng bởi tình trạng mất đột ngột dòng máu lưu thông tới một vùng của não, dẫn đến tổn thương nhu mô não và mất chức năng thần kinh tương ứng [1].

* Đột quỵ xuất huyết não là hiện tượng máu chảy trực tiếp vào nhu mô não và/hoặc não thất mà căn nguyên không phải do chấn thương [1].

1.2.2. Nguyên nhân của đột quỵ não

Có 2 loại đột quỵ chính là đột quỵ thiếu máu (nhồi máu não) và đột quỵ xuất huyết (xuất huyết não). Theo nghiên cứu Framingham xác định tần suất đột quỵ và các nguyên nhân thường gặp như sau:

- Nhồi máu não: chiếm khoảng 85,1% tổng số các ca bị đột quỵ hiện nay. Đây là tình trạng đột quỵ do các cục máu đông (nguyên nhân từ mảng xơ vữa, huyết khối từ tim, bệnh mạch máu nhỏ ở não...) làm tắc nghẽn động mạch, cản trở quá trình máu lưu thông lên não... [1]

- Xuất huyết não: gồm xuất huyết trong não (8,3%) và xuất huyết khoang dưới nhện (5,4%) với nguyên nhân do tăng huyết áp, dị dạng mạch máu não, sử dụng thuốc ngừa thai [1].

1,2% trường hợp không xác định nguyên nhân trong cả 2 dạng trên.

Ngoài ra, người bệnh có thể gặp phải cơn thiếu máu não thoáng qua (Transient Ischemic Attack - TIA). Đây là tình trạng dòng máu cung cấp cho não bộ bị giảm tạm thời. Người bệnh có những triệu chứng của đột quy nhưng chỉ diễn ra trong thời gian rất ngắn, thường kéo dài khoảng vài phút. Đây là dấu hiệu cảnh báo nguy cơ đột quy có thể xảy ra bất cứ lúc nào mà người bệnh cần lưu ý [1].

1.2.3. Chẩn đoán, điều trị đột quy não

1.2.3.1. Đột quy nhồi máu não

*** Chẩn đoán**

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Biểu hiện khởi phát hay gặp của nhồi máu não thường đột ngột với sự xuất hiện đơn độc hoặc phối hợp của các dấu hiệu và triệu chứng hay gặp sau: Liệt nửa người, liệt một chi hoặc liệt tứ chi (hiếm gặp); mất hoặc giảm cảm giác nửa người; mất thị lực một hoặc hai mắt, khiếm khuyết trường thị giác, nhìn đôi; rối loạn ngôn ngữ; liệt mặt; thất điều; chóng mặt (hiếm khi xuất hiện đơn độc); mất ngôn ngữ; rối loạn tri giác đột ngột.

+ Khai thác tiền sử bệnh lý và dùng thuốc, chú ý các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não.

+ Đánh giá mức độ nặng của nhồi máu não bằng thang điểm đột quy của Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS) với 6 thành phần là tri giác, vận nhãn/thị trường.

- Cận lâm sàng: hình ảnh ở bên bán cầu não đối diện với tổn thương (trừ tiểu não nằm cùng bên tổn thương) trên CT hoặc MRI đóng vai trò xác định chẩn đoán

+ Hình ảnh trên phim cắt lớp vi tính sọ não: nhồi máu não (ổ giảm tỷ trọng theo vùng phân bố động mạch não) hoặc tăng tỷ trọng trong tổ chức não (chảy máu não)

+ Hình ảnh trên phim cộng hưởng từ sọ não: Ổ nhồi máu giảm tín hiệu trên ảnh T₁W, ADC. Tăng tín hiệu trên T₂, Flair, DWi trong giai đoạn cấp (nhồi máu não).Tiêm thuốc đối quang từ, ổ tổn thương không ngấm thuốc.

+ Siêu âm Doppler mạch cảnh: Phát hiện vị trí vữa xơ mạch, tắc mạch, hẹp mạch tại các vị trí động mạch cảnh và động mạch não [1], [14].

*** Nguyên tắc điều trị**

- Nguyên tắc chung:

Khi phát hiện người bệnh đột quỵ cấp, cần nhanh chóng vận chuyển người bệnh an toàn đến cơ sở y tế có khả năng điều trị đột quỵ não với mục tiêu là giảm thiểu tối đa nguy cơ khuyết tật và tử vong cho người bệnh.

- Mục tiêu điều trị:

+ Bảo tồn vùng tranh tối tranh bằng các chiến lược tái tưới máu nếu có chỉ định.

+ Kiểm soát các yếu tố nguy cơ và các bệnh lý đi kèm.

+ Dự phòng tái phát, dự phòng và điều trị các biến chứng.

+ Bảo vệ tế bào thần kinh.

+ Phục hồi chức năng.

1.2.3.2. Đột quỵ xuất huyết não

*** Chẩn đoán**

Biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vị trí, tốc độ và chiều hướng lan rộng của chảy máu não.

- Bệnh khởi phát đột ngột. Các triệu chứng diễn biến nhanh và thường đạt tối đa sau 30 phút tới vài giờ.

- Triệu chứng hay gặp: đau đầu, buồn nôn, liệt nửa người, rối loạn ý thức.

- Giai đoạn toàn phát bệnh cảnh lâm sàng có thể gặp: Rối loạn ý thức; tổn thương dây thần kinh sọ não: hay gặp liệt dây VII, dây II, III, ...; liệt nửa người đối diện với bên ổ tổn thương.

Chảy máu não vùng đồi thị thường gây rối loạn cảm giác; chảy máu não ở vùng dưới vỏ não các triệu chứng sẽ phụ thuộc vị trí tổn thương. Chảy máu não ở vùng thùy trán sau hay vùng đỉnh sẽ có triệu chứng thần kinh vận động hay rối loạn cảm giác sâu. Chảy máu não thùy thái dương, thùy đỉnh hay thùy chẩm có thể có khuyết thị trường. Có thể có cơn động kinh khi chảy máu não thùy trán, thùy thái dương hay thùy đỉnh.

- Cận lâm sàng:

+ Chụp cắt lớp vi tính sọ não: đóng vai trò quyết định chẩn đoán: hình ảnh ổ tăng tỷ trọng từ 60-90 đơn vị Hounsfield trong nhu mô não ở các vùng: nhân xám, thân não, tiểu não hoặc não thất.

+ Chụp cộng hưởng từ sọ não: tăng tín hiệu ở T1 từ 3 - 14 ngày và thấp là trong khoảng 0 - 2 ngày và trên 14 ngày; tín hiệu ở T2 cao trong khoảng thời gian 8-14 ngày, ngoài ra là tín hiệu thấp.

+ Xét nghiệm dịch não tủy, chụp cắt lớp vi tính xóa nền, xét nghiệm công thức máu, chức năng đông máu đều giúp cho chẩn đoán xác định [1], [14].

* Điều trị

- Nguyên tắc chung

+ Người bệnh nên theo dõi và điều trị tại Đơn vị Hồi sức Thần kinh hoặc Đột quy.

+ Theo dõi sát về lâm sàng và hình ảnh học để có xử trí phù hợp, kịp thời.

+ Đánh giá căn nguyên chảy máu não bao gồm khảo sát mạch máu não nên được tiến hành càng sớm càng tốt để có chiến lược điều trị dự phòng phù hợp.

- Mục tiêu điều trị

+ Phẫu thuật.

+ Cầm máu và ngăn ngừa sự lan rộng của khối máu tụ.

+ Chống phù não.

+ Điều trị triệu chứng.

+ Điều trị và dự phòng biến chứng.

+ Phục hồi chức năng.

+ Điều trị và dự phòng các yếu tố nguy cơ kèm theo.

S31.3. Tổng quan đột quy não theo Y học cổ truyền

1.3.1. Bệnh danh của chứng “Trúng phong”

Trúng phong còn gọi là tốt trúng (đột quy), là bệnh do âm dương mất điều hòa, khí huyết nghịch loạn, xung phạm lên não gây nên. Biểu hiện chủ yếu là đột ngột hôn mê, bất tỉnh nhân sự, liệt nửa người, miệng lưỡi méo lệch; hoặc không qua giai đoạn hôn mê mà chỉ biểu hiện liệt nửa người, miệng lưỡi méo lệch, nói khó, tê bì một bên

thân thể. Bệnh thường gặp ở người trung niên và cao tuổi, có thể phát sinh quanh năm nhưng cao điểm vào mùa đông và mùa xuân. Đây là bệnh có tỷ lệ mắc cao, tỷ lệ tử vong cao và tỷ lệ tàn phế cao, gây nguy hại nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng [2], [3], [15].

Trong Hoàng Đế Nội Kinh không có bệnh danh “Trúng phong”, nhưng có các tên bệnh như phác kích, đại quyết, bạc quyết, thiên khô, thiên phong, phong phế... Những mô tả này rất tương đồng với Trúng phong. Sách cho rằng nguyên nhân bệnh là do chính khí hư suy, phong tà thừa cơ xâm nhập. Như trong thiên Linh khu – Thích tiết chân tà có viết: “Hư tà thiên khách ở nửa thân, nhập sâu vào trong, cư trú ở doanh vệ; doanh vệ suy yếu thì chân khí rời đi, tà khí lưu lại một mình, phát thành thiên khô.” Thiên Linh khu – Cửu cung bát phong viết: “Có ba hư mà lại cảm phải tà phong thì thành kích phác, thiên khô.” Thiên Tố Vấn – Phong luận cũng nói: “Phong trúng vào mệnh của ngũ tạng lục phủ, cũng là phong của tạng phủ; mỗi tạng phủ có cửa riêng, trúng vào đâu thì thành thiên phong.” [2], [3], [15].

Đồng thời, Nội Kinh cũng thừa nhận bệnh này có liên quan đến thể chất, ăn uống và kích thích tình chí. Như thiên Tố Vấn – Thông bình hư thực luận cho rằng phác kích, thiên khô là bệnh của người “phì quý”, tức do béo tốt, cao lương mỹ vị mà sinh bệnh. Thiên Tố Vấn – Sinh khí thông thiên luận viết: “Dương khí, khi đại nộ thì hình khí tuyệt, huyết ú ở thượng tiêu, khiến người phát sinh bạc quyết.” [2], [3], [15].

Tổng quát yếu lược (Kim Quỹ yếu lược) là tác phẩm đầu tiên nêu bệnh danh “Trúng phong”, đề xuất học thuyết “nội hư tà trúng”. Sách trình bày tương đối hệ thống về bệnh nhân, cơ chế bệnh sinh và chứng hậu, đồng thời phân thành bốn thể: trúng lạc, trúng kinh, trúng phủ và trúng tạng, tùy theo mức độ nặng nhẹ. Về điều trị, chủ trương khu phong tà, bổ ích chính khí. Như trong thiên Kim Quỹ yếu lược – Trung phong lịch tiết bệnh mạch chứng trị có viết: “Mạch thốn khẩu phù mà khản; khản là hàn, phù là hư; hàn hư tương bác, tà ở bì phu. Phù là huyết hư, lạc mạch rỗng không; tặc tà không tả, hoặc bên trái hoặc bên phải. Tà khí chậm, chính khí gấp; chính khí dẫn tà, thành lệch méo không toại. Tà ở lạc thì da thịt mất cảm giác; tà ở kinh thì

nặng nề không nâng đỡ được; tà vào phủ thì không biết người; tà vào tạng thì lưỡi khó nói, miệng chảy dãi.” [2], [3], [15].

Những luận điểm này đã đặt nền tảng lý luận quan trọng cho sự phát triển và nhận thức về bệnh Trúng phong trong YHCT.

1.3.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ

Đầu là “nơi hội tụ của các kinh dương”, là phủ của thanh dương. Tinh huyết của ngũ tạng và thanh khí của lục phủ đều dồn lên não. Nếu tuổi cao thể suy, lao lực tích lũy gây nội thương, tình chí quá cực đoan, ăn uống thất điều, phòng dục quá độ... khiến âm dương trong cơ thể mất điều hòa, khí huyết nghịch loạn, mạch não bị ứ trệ không thông, não không được nuôi dưỡng đầy đủ mà phát sinh bệnh; hoặc âm hư ở hạ tiêu, can dương bốc mạnh, dương hóa phong động, huyết theo khí nghịch lên trên, kèm hỏa, kèm đàm, hoành hành kinh lạc, che lấp thanh khiếu; huyết không đi trong mạch não mà tràn ra ngoài mạch, hình thành các chứng nguy kịch của bệnh này [2], [3], [15], [16].

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh chủ yếu gồm các phương diện sau:

1.3.2.1. Chính khí hư suy, nội thương tích lũy

Sách Nội Kinh viết: “Người đến bốn mươi tuổi thì âm khí đã giảm một nửa, sinh hoạt dần suy yếu.”

“Tập bệnh nguyên lưu tê chúc – Trung phong nguyên lưu” cũng viết: “Người đến năm, sáu mươi tuổi, khí huyết suy giảm, vì thế dễ mắc bệnh trúng phong.”

Tuổi cao chính khí suy yếu là yếu tố quan trọng gây bệnh. Khí huyết vốn hư, lại thêm nội thương tích lũy, hoặc phòng dục tổn tinh, hoặc bệnh lâu ngày hao tổn khí huyết, hoặc lao lực quá độ làm khí huyết càng suy. Khí hư thì huyết hành không thông, mạch não ứ trệ; âm huyết hư thì âm không chế được dương, phong dương bốc động, kèm khí, huyết, đàm, hỏa xung lên não, che lấp thanh khiếu mà phát bệnh.

Dương khí gặp lao lực quá mức dễ bốc thẳng, kích phát phong dương, làm khí huyết cùng nghịch mà sinh bệnh [2], [3], [15].

1.3.2.2. Tình chí quá cực, hỏa hỏa sinh phong

Thất tình rối loạn làm can khí uất trệ, huyết hành không thông, ứ trệ mạch não; hoặc thể chất vốn âm hư, thủy không hàm mộc, lại bị tổn thương tình chí khiến can dương cang thịnh; hoặc ngũ chí quá cực, tâm hỏa bốc mạnh, phong hỏa tương kích, huyết theo khí nghịch lên trên, nhiễu loạn nguyên thần, thần minh mất điều khiển mà phát bệnh.

Sách Tô Vấn Huyền Cơ Nguyên Bệnh Thức – Hỏa loại viết: “Phần nhiều do hỷ, nộ, tư, khùng, bi quá mức mà đột nhiên trúng phong, vì ngũ chí quá cực đều sinh nhiệt quá thịnh.” [2], [3], [15].

1.3.2.3. Ăn uống thất điều, đàm trọc nội sinh

Nội Kinh có câu: “Người béo tốt, giàu sang dễ mắc bệnh ở cao lương hậu vị.” Nếu ăn nhiều đồ béo ngọt, dày vị, tỳ mất kiện vận, khí không hóa tân dịch, thấp tụ sinh đàm, đàm uất hóa nhiệt; hoặc can mộc vượng quá, mộc thừa thổ, làm tỳ vận hóa kém, sinh đàm trọc; hoặc can hỏa nội nhiệt, luyện tân thành đàm, đàm nhiệt kết tụ, phong dương kèm đàm hoành hành kinh lạc, che lấp thanh khiếu mà phát bệnh. Đây chính là điều “Đan Khê tâm pháp – Trung phong” nói: “Thấp sinh đàm, đàm sinh nhiệt, nhiệt sinh phong.”

Trúng phong là kết quả của rối loạn chức năng tạng phủ, chính khí hư suy; dưới tác động của các yếu tố như tình chí quá cực, lao lực nội thương, ăn uống thất điều, gắng sức quá mức, khí hậu đột ngột thay đổi... dẫn đến ứ huyết trở trệ, đàm nhiệt nội sinh, tâm hỏa cang thịnh, can dương bốc mạnh, phong hỏa tương kích, khí huyết nghịch loạn, xung phạm lên não mà hình thành bệnh.

Bệnh vị chủ yếu ở não, có liên quan mật thiết đến tâm, can, tỳ, thận.

Cơ chế bệnh sinh có thể quy nạp thành sáu yếu tố chính: Phong (chủ yếu can phong); Hỏa (can hỏa, tâm hỏa); Đàm (phong đàm, thấp đàm, đàm nhiệt); Khí (khí nghịch); Hư (âm hư, khí hư, huyết hư); Ứ (huyết ứ).

Sáu yếu tố này thường tác động qua lại, kết hợp mà gây bệnh.

Tính chất bệnh là bản hư tiêu thực, thượng thịnh hạ hư. Bản là can thận âm hư, khí huyết suy nhược; tiêu là phong hỏa bốc mạnh, đàm thấp thịnh, khí nghịch huyết

ứ. Trong đó, âm dương mất điều hòa, khí huyết nghịch loạn, xung phạm lên não là cơ chế bệnh sinh cơ bản của trúng phong [2], [3], [15].

1.3.4. Các thể lâm sàng và điều trị chứng Trúng phong

1.3.4.1. Trúng phong kinh lạc

*** Can dương bạo kháng**

- Chứng trạng:

+ Chủ chứng: Liệt nửa người, tay chân co cứng co giật, miệng lưỡi méo lệch, nói khó.

+ Kiêm chứng: Chóng mặt, đầu căng đau, mặt đỏ mắt đỏ, bút rút dễ cáu giận, miệng đắng họng khô, táo bón, nước tiểu vàng.

+ Lưỡi: Lưỡi đỏ hoặc đỏ sẫm, rêu vàng hoặc vàng khô.

+ Mạch: Huyền hoặc huyền sắc.

+ Phân tích: Người vốn can khí vượng hoặc do uất ức tình chí khiến can uất hóa hỏa; hoặc ăn nhiều cay nóng, rượu bia kích thích làm can dương bốc mạnh. Dương thịnh hóa phong, kèm đàm quấy nhiễu kinh lạc gây liệt nửa người, co cứng tay chân, méo miệng, nói khó. Phong dương bốc lên nhiễu thanh khiếu gây chóng mặt, đau đầu; can kinh uất nhiệt gây miệng đắng họng khô, dễ giận, táo bón tiểu vàng; can hỏa nhiễu tâm gây bút rút. Lưỡi đỏ, rêu vàng khô, mạch huyền sắc là dấu hiệu can dương thượng cang, can hỏa thực.

- Pháp trị: Bình can tức phong, tiềm dương.

- Phương thuốc: Thiên ma câu đằng ẩm.

Gia giảm tùy chứng (thanh can tả hỏa, tư âm nhu can, hóa đàm khai khiếu, thông phủ tả nhiệt...) [2], [3], [15].

*** Phong đàm trở lạc**

- Chứng trạng:

+ Chủ chứng: Liệt nửa người, tay chân co cứng, méo miệng, nói khó, tê bì chi thể.

+ Kiêm chứng: Chóng mặt hoa mắt.

+ Lưỡi: Chết lưỡi đỏ sẫm, rêu trắng nhớt.

+ Mạch: Huyền hoạt.

+ Phân tích: Người vốn đàm thấp nội thịnh hoặc ăn nhiều béo ngọt làm tỳ mắt vận hóa, sinh đàm; đàm uất hóa nhiệt, nhiệt cực sinh phong, phong đàm kết lại gây bệnh. Phong đàm bế tắc kinh lạc khiến khí huyết không thông gây liệt nửa người, méo miệng, nói khó. Đàm trở trung tiêu làm thanh dương không thăng gây chóng mặt. Rêu trắng nhớt, mạch huyền hoạt là biểu hiện đàm thấp; lưỡi sẫm cho thấy kèm huyết ứ.

- Pháp trị: Hóa đàm tức phong, thông lạc.

- Phương thuốc: Hóa đàm thông lạc thang.

Gia giảm khi phong thịnh, huyết ứ rõ, hoặc nhiệt nặng [2], [3], [15].

*** Đàm nhiệt phủ thực**

- Chứng trạng

+ Chủ chứng: Liệt nửa người, tay chân co cứng, nói khó, méo miệng.

+ Kiêm chứng: Chướng bụng táo bón, chóng mặt, miệng dính nhiều đàm, chiều sốt nhẹ, bút rút.

+ Lưỡi: Đỏ, rêu vàng nhớt hoặc vàng khô.

+ Mạch: Huyền hoạt đại.

+ Phân tích: Người vốn khí hư đàm thịnh, ăn uống thất điều làm đàm trở uất lại hóa nhiệt, đàm nhiệt kết tụ sinh phong gây bế tắc kinh lạc. Trung tiêu mất vận hóa sinh nhiều đàm; nhiệt hun đốt đại tràng gây táo bón chướng bụng; dương minh thực nhiệt gây sốt về chiều, mặt đỏ bút rút. Lưỡi đỏ rêu vàng nhớt, mạch huyền hoạt đại là biểu hiện đàm nhiệt uất thịnh, dương minh phủ thực.

- Pháp trị: Thông phủ tả nhiệt, hóa đàm.

- Phương thuốc: Tinh lâu thừa khí thang.

Dùng Đại hoàng, Mang tiêu cần tùy thể trạng; sau khi thông tiện nên chuyển sang thanh nhiệt hóa đàm, hoạt huyết thông lạc [2], [3], [15].

*** Khí hư huyết ứ**

- Chứng trạng:

+ Chủ chứng: Liệt nửa người, tay chân mềm yếu, nói khó, méo miệng.

+ **Kiểm chứng:** Sắc mặt nhợt, mệt mỏi hụt hơi, tê nửa người, hồi hộp, tự ra mồ hôi.

+ **Lưỡi:** Tối nhạt hoặc có điểm ứ huyết, rêu trắng mỏng hoặc trắng nhợt.

+ **Mạch:** Tế hoãn hoặc tế sáp.

+ **Phân tích:** Tuổi cao chính khí suy, hoặc bệnh lâu ngày làm khí hư không thúc đẩy được huyết hành, gây huyết ứ. Huyết ứ trở não mạch gây liệt; khí huyết không nuôi dưỡng kinh mạch gây tê; khí hư không nhiếp huyết gây tự hãn; tâm mạch không được nuôi gây hồi hộp. Lưỡi tối có điểm ứ, mạch tế sáp là dấu hiệu khí hư huyết ứ.

- **Pháp trị:** Ích khí, hoạt huyết, thông lạc.

- **Phương thuốc:** Bổ dương hoàn ngũ thang.

Gia giảm khi khí hư rõ, tâm khí hư, tiểu tiện không tự chủ, chi mềm yếu... [2], [3], [15].

* **Âm hư phong động**

- **Chứng trạng:**

+ **Chủ chứng:** Liệt nửa người, méo miệng, nói khó.

+ **Kiểm chứng:** Nóng lòng bàn tay chân, tê chi, ngũ tâm phiền nhiệt, mất ngủ, chóng mặt ù tai.

+ **Lưỡi:** Đỏ hoặc đỏ sẫm, ít rêu hoặc trơn bóng không rêu.

+ **Mạch:** Huyền tế hoặc huyền tế sác.

+ **Phân tích:** Can thuộc tạng cương, thể âm dụng dương, cần thận thủy nuôi dưỡng. Nếu phòng lao quá độ, bệnh lâu ngày hao tổn tinh huyết làm chân âm suy, âm không chế được dương, hư phong nội sinh. Hư phong nhiều lên gây liệt, méo miệng; âm huyết thiếu gây tê; âm hư sinh nội nhiệt gây phiền nhiệt, mất ngủ; thận tinh hư gây chóng mặt ù tai. Lưỡi đỏ ít rêu, mạch huyền tế sác là biểu hiện âm hư nội nhiệt; lưỡi sẫm cho thấy kèm ứ huyết.

- **Pháp trị:** Tư âm, tiềm dương; trấn can, tức phong.

- **Phương thuốc:** Trấn can tức phong thang.

Trong phương có Long cốt, Mẫu lệ, Đại giả thạch: trần can, tiềm dương. Bạch thực, Thiên môn đông, Huyền sâm, Quy bản: tư âm, tiềm dương. Trọng dụng Ngưu tất phối hợp Xuyên luyện tử để dẫn huyết đi xuống, ức chế phong dương thượng cang. Nhân trần, Mạch nha: thanh can, thư uất. Cam thảo: điều hòa các vị thuốc. Toàn phương có tác dụng trần can tức phong, tư âm tiềm dương.

Gia giảm:

Triều nhiệt, đạo hãn, ngũ tâm phiền nhiệt: gia Hoàng bá, Tri mẫu, Địa cốt bì để thanh tướng hỏa.

Đau môi lưng gối: gia Nữ trinh tử, Hạng liên thảo, Câu kỷ tử, Đỗ trọng, Hà thủ ô... để bổ ích can thận.

Kèm đàm nhiệt: gia Thiên trúc hoàng, Qua lâu, Đờm nam tinh để thanh nhiệt hóa đàm.

Tâm phiền mất ngủ: gia Trân châu mẫu, Dạ giao đằng để trấn tâm an thần [2], [3], [15].

1.3.4.2. Trúng phong tạng phủ

* **Thể bé**

- **Phong hỏa bế khiếu**

+ Chứng trạng:

Chủ chứng: Đột ngột hôn mê ngã quy, bất tỉnh nhân sự, liệt nửa người, tay chân co cứng co giật, méo miệng lưỡi.

Kiểm chứng: Hai mắt nhìn lệch hoặc nhìn trùng, mặt đỏ mắt đỏ; cứng hàm, cứng cổ; hai tay nắm chặt co quắp, nặng có thể co giật.

Lưỡi: Lưỡi đỏ hoặc đỏ sẫm, rêu vàng khô hoặc đen cháy.

Mạch: Huyền sắc.

Phân tích: Đây thuộc dương bế. Người bệnh vốn can dương thịnh, thêm giận dữ tổn thương can hoặc lao lực quá độ khiến can dương bốc mạnh, dương hóa phong động, khí huyết nghịch loạn xông thẳng lên não làm thanh khiếu bế tắc. Vì vậy xuất hiện đột ngột hôn mê, liệt nửa người, mặt đỏ mắt đỏ, méo miệng. Nội phong nhiều động nên hai mắt nhìn trùng hoặc lệch. Can chủ cân, phong hỏa tương kích làm gân

mạch co rút, tay chân co cứng, hai tay nắm chặt, nặng thì co giật. Lưỡi đỏ sẫm, rêu vàng khô, mạch huyền sắc là biểu hiện lý nhiệt thịnh; nhiệt tà quá mạnh tổn thương tân dịch có thể thấy rêu lưỡi cháy đen.

+ Pháp trị: Thanh nhiệt tức phong, tĩnh thần khai khiếu.

+ Phương thuốc: Thiên ma câu đằng ẩm phối hợp Tử tuyết đan hoặc An cung ngư hoàng hoàn.

Thiên ma câu đằng ẩm: bình can tức phong, tiềm dương.

Tử tuyết đan, An cung ngư hoàng hoàn: thanh nhiệt lương huyết, giải độc khai khiếu.

Gia giảm:

Can hỏa thịnh: gia Long đởm thảo, Hoàng liên, Hạ khô thảo.

Co giật: gia Cương tâm, Toàn yết, Ngô công để tức phong chỉ kinh.

Đàm nhiệt rõ: gia Trúc lịch, Thiên trúc hoàng, Thạch xương bồ.

Nhiệt thịnh bức huyết vọng hành (chảy máu cam, nôn ra máu): gia Sinh địa, Đan bì, Đại hoàng, Thủy ngư giác để thanh nhiệt lương huyết chỉ huyết.

Chướng bụng táo bón: hợp Đại thừa khí thang để thông phủ tả nhiệt [2], [3], [15].

- Đàm hỏa bế khiếu

+ Chứng trạng

Chủ chứng: Đột ngột hôn mê bất tỉnh, liệt nửa người, tay chân co cứng, méo miệng lưỡi.

Kiểm chứng: Thở khò khè có tiếng đàm, mặt đỏ mắt đỏ, có thể co giật, hai mắt nhìn trừng, cổ lưng nóng, bút rút kích động, táo bón.

Lưỡi: Lưỡi đỏ hoặc đỏ sẫm, rêu vàng nhớt hoặc vàng dày khô.

Mạch: Hoạt sắc hữu lực.

+ Phân tích: Thuộc dương bế. Người bệnh thường béo, đàm thấp nội thịnh; lâu ngày đàm uất hóa nhiệt; lại do lao lực, ăn uống thất điều, tình chí quá mức làm tâm hỏa bốc mạnh. Đàm theo hỏa bốc lên, nghịch lên bế tắc thanh khiếu mà phát bệnh. Đàm hỏa bế khiếu nên xuất hiện hôn mê, liệt nửa người, co cứng, méo miệng; đàm

hỏa thượng nhiều gây mặt đỏ mắt đỏ, mắt nhìn trừng, nặng thì co giật. Đàm hỏa nghẽn khí đạo gây thở khò khè đàm nhiều; nhiều tâm gây bút rút; đàm hỏa kết ở dương minh gây cổ lưng nóng, táo bón. Lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt dày, mạch hoạt sắc hữu lực là biểu hiện đàm hỏa nội thịnh.

+ Pháp trị: Thanh nhiệt, trừ (gột) đàm; tĩnh thần, khai khiếu.

+ Phương thuốc: Linh dương giác thang phối hợp Chí bảo đan hoặc An cung ngư hoàng hoàn. Trong phương: Linh dương giác: chủ dược, thanh can tức phong. Cúc hoa, Hạ khô thảo, Thiên y: thanh can tức phong. Thạch quyết minh, Quy bản, Bạch thực: tư âm, tiềm dương. Sinh địa hoàng, Đan bì: thanh nhiệt lương huyết. Sài hồ, Bạc hà: sơ can giải uất. Chí bảo đan, An cung ngư hoàng hoàn: tân lương khai khiếu, tĩnh não. Toàn phương có công năng thanh nhiệt tức phong, dưỡng âm tiềm dương, khai khiếu tĩnh thần.

Gia giảm:

Đàm nhiệt thịnh: gia nước Trúc lịch tươi, Đờm nam tinh, Hầu táo tán để thanh nhiệt hóa đàm.

Hỏa thịnh: gia Hoàng cầm, Chi tử, Thạch cao để thanh nhiệt tả hỏa.

Bút rút không yên: gia Thạch xương bò, Uất kim, Viễn chí, Trân châu mẫu để hóa đàm khai khiếu, trấn tâm an thần.

Táo bón, hôi miệng, bụng trướng đầy, sốt về chiều: hợp Đại thừa khí thang để thông phủ tả nhiệt [2], [3], [15].

- Đàm thấp mông khiếu

+ Chứng trạng:

Chủ chứng: Đột ngột hôn mê, bất tỉnh, liệt nửa người, tay chân mềm nhẽo, méo miệng lưỡi.

Kiểm chứng: Đàm dãi nhiều, mặt trắng môi sẫm; tứ chi không ấm, nặng có thể lạnh quyết.

Lưỡi: Chất lưỡi nhạt tối, rêu trắng nhớt.

Mạch: Trầm hoạt hoặc trầm hoãn.

+ Phân tích: Thuộc âm bé. Người bệnh vốn khí hư đàm thịnh, hoặc tuổi cao thể suy, khí không hóa được tân dịch sinh đàm thấp nội sinh; lại thêm lao lực, ăn cay nóng, rượu bia hoặc tình chí thất điều làm đàm thấp bị kích động. Đàm thấp thượng phạm che lấp thanh khiếu gây hôn mê. Đàm thấp bế tắc kinh lạc gây liệt nửa người, méo miệng. Thấp tính nặng trệ nên tay chân mềm nhẽo. Đàm thấp dễ tổn thương dương khí, cản trở khí cơ, khiến dương khí bị ức nên tứ chi không ấm, thậm chí quyết lạnh; vệ dương không đủ nuôi da nên mặt trắng môi sẫm. Lưỡi tối nhạt, rêu trắng nhớt, mạch trầm hoạt hoặc trầm hoãn là biểu hiện dương khí bất túc, đàm thấp nội thịnh.

+ Pháp trị: Táo thấp hóa đàm, tỉnh thần khai khiếu.

+ Phương thuốc: Địch đàm thang phối hợp Tô hợp hương hoàn.

Bán hạ, Quất hồng, Phục linh, Trúc nhự: hóa đàm táo thấp. Đờm nam tinh, Xương bồ: hóa đàm khai khiếu. Chỉ thực: giáng khí, hòa trung, tiêu đàm. Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo: kiện tỳ ích khí, trừ nguồn sinh đàm. Tô hợp hương hoàn: tân hương giải uất, khai khiếu. Toàn phương có tác dụng táo thấp hóa đàm, tỉnh thần khai khiếu.

Gia giảm:

Lưỡi tối có điểm ứ, mạch sấp: gia Đào nhân, Hồng hoa, Đan sâm để hoạt huyết hóa ứ.

Tứ chi quyết lạnh: gia Phụ tử chế, Quế chi, Tế tân để ôn dương tán hàn [2], [3], [15], [17].

* Thoát chứng

Nguyên khí suy bại

+ Chứng trạng:

Chủ chứng: Đột ngột hôn mê bất tỉnh, mồ hôi ra như hạt châu, mắt nhắm miệng há, tay chân mềm rũ, tứ chi quyết lạnh.

Kiểm chứng: Da nhợt yếu, sắc mặt trắng bệch, đồng tử giãn, đại tiểu tiện không tự chủ.

Lưỡi: Lưỡi nhạt tím, hoặc co rút, rêu trắng nhớt.

Mạch: Vi tế sấp tuyệt.

Phân tích: Do bệnh lâu ngày làm tinh khí tạng phủ suy kiệt, thêm các yếu tố kích phát như tình chí, ăn uống thất điều khiến dương phủ lên trên, âm kiệt ở dưới, âm dương ly tuyệt. Nguyên khí đã thoát, thần chí mất sự giữ gìn nên hôn mê. Ngũ tạng tinh khí thoát ra, tứ chi bách hài không được nuôi dưỡng nên mềm rũ, quyết lạnh; mồ hôi ra như dầu; mặt trắng, đại tiểu tiện không tự chủ. Lưỡi nhạt tím là dấu hiệu chân dương ngoại thoát, âm hàn ngưng trệ; dương khí đại hư nên mạch vi muộn tuyệt.

+ Pháp trị: Ích khí hồi dương, phủ chính cố thoát.

+ Phương thuốc: Sâm phụ thang.

Trong phương: Nhân sâm: đại bổ nguyên khí; Phụ tử chế: ôn tráng nguyên dương. Hợp lại có tác dụng ích khí, hồi dương, cố thoát.

Gia giảm:

Mồ hôi không cầm: gia Hoàng kỳ, Long cốt nung, Mẫu lệ nung, Ngũ vị tử để liễm hãn cố thoát.

Có huyết ú: gia Đan sâm, Xích thực.

Nếu sau khi dùng Sâm phụ thang mà thấy chân tay đỏ lạnh, bứt rứt, mạch đại vô căn tức dương khí tạm hồi nhưng chân âm bất túc (âm hư dương thoát), nên dùng Địa hoàng ẩm tử để bảo tồn chân âm, ôn tráng thận dương [2], [3], [15], [17].

1.4. Nghiên cứu trong và ngoài nước chẩn đoán phân thể bệnh đột quỵ não theo Y học cổ truyền

1.4.1. Nghiên cứu trên Thế giới

- Tạ Khánh Lương (2005) nghiên cứu 162 bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp tại khoa cấp cứu của Bệnh viện trực thuộc Học viện Y dược Trung Quốc. Kết quả cho thấy, xét theo một thể chứng đơn lẻ, có 140 trường hợp (87%) được quy vào thể Phong; tiếp theo là thể Đàm với 92 trường hợp (56,7%); kế đến là thể Huyết ú với 78 trường hợp (48,1%). Các thể khác gồm thể Hỏa nhiệt, thể Khí hư và thể Âm hư dương cang lần lượt là 33 trường hợp (20,4%), 32 trường hợp (19,8%) và 23 trường hợp (14,2%). Xét theo hai thể chứng kết hợp, phổ biến nhất là Phong–Đàm với 77 trường

hợp (47,5%), tiếp theo là Phong–Huyết ú với 67 trường hợp (41,4%), kế đến là Đàm–Huyết ú với 44 trường hợp (27,2%), trong khi thể Hỏa nhiệt–Âm hư dương cang chỉ có 2 trường hợp (1,2%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nặng lâm sàng giữa sáu thể chứng [18].

- Tạ Khánh Lương (2007) nghiên cứu trên 148 bệnh nhân đột quy não xuất huyết giai đoạn cấp, được nhập viện qua khoa cấp cứu của Bệnh viện trực thuộc Đại học Y Dược Trung Quốc. Kết quả cho thấy: Trong 148 bệnh nhân đột quy não thể xuất huyết giai đoạn cấp, mỗi bệnh nhân có một thể chứng; trong đó phong chứng chiếm nhiều nhất với 141 trường hợp (95,27%), tiếp theo là đàm chứng 60 trường hợp (40,54%), hỏa nhiệt chứng 43 trường hợp (29,05%), huyết ú 39 trường hợp (26,35%), khí hư chứng 7 trường hợp (4,73%), và ít nhất là âm hư dương kháng chứng với 3 trường hợp (2,03%). Ở các trường hợp có hai thể chứng phối hợp, phong–đàm chứng nhiều nhất với 59 trường hợp (39,86%), tiếp theo là phong–hỏa nhiệt chứng 40 trường hợp (27,03%), phong–huyết ú chứng 38 trường hợp (25,68%), hỏa nhiệt–đàm chứng 19 trường hợp (12,84%); ít nhất là đàm–âm hư dương kháng chứng và khí hư–âm hư dương kháng chứng, mỗi loại 1 trường hợp (0,68%). Tỷ lệ liên quan với tăng huyết áp ở các thể chứng lần lượt là: phong chứng 75,18%, hỏa nhiệt chứng 86,05%, đàm chứng 71,67%, huyết ú chứng 79,49%, khí hư chứng 85,71%, còn âm hư dương kháng chứng là 100%; tuy nhiên, các thể chứng này đều ít liên quan đến đái tháo đường, tăng lipid máu và bệnh tim [19].

- Thương Phát Khoa (2011) nghiên cứu tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Nghĩa Ô, tỉnh Chiết Giang trên 524 bệnh nhân nhồi máu não điều trị nội trú. Bệnh nhân nghiên cứu gồm 318 nam và 206 nữ; độ tuổi từ 51–84 tuổi, tuổi trung bình 70,44 tuổi; thời gian phát bệnh (15 ± 4) ngày; nhồi máu não đơn ổ 385 trường hợp, nhồi máu não đa ổ 112 trường hợp, nhồi máu não dạng ổ khuyết 2 trường hợp, nhồi máu hệ động mạch cảnh trong 7 trường hợp, nhồi máu hệ động mạch cảnh trong 121 trường hợp; trong đó có tăng huyết áp 309 trường hợp, đái tháo đường 87 trường hợp, rung nhĩ 21 trường hợp. Trong 524 trường hợp, thể khí hư huyết ú có 335 trường hợp (63,93%), thể phong đàm ú huyết bế trở mạch lạc 84 trường hợp (16,03%), thể can

ương thượng cang phong đàm thượng nhiều 63 trường hợp (12,02%), thể đàm nhiệt phủ thực phong đàm thượng nhiều 24 trường hợp (4,58%), thể âm hư phong động 18 trường hợp (3,44%) [20].

- Hà Nhược An (2014) nghiên cứu 80 ca bệnh đột quy xuất huyết não điều trị nội trú phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật sọ não, Bệnh viện trực thuộc số 1, Đại học Trung y Dược Quảng Châu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Phong chứng là chứng hậu chủ yếu của đột quy xuất huyết não và giảm dần theo thời gian. Hỏa nhiệt chứng là yếu tố bệnh cơ quan trọng của đột quy não, biểu hiện xu hướng tăng trước rồi giảm sau. Đàm chứng xuyên suốt toàn bộ giai đoạn sau của đột quy xuất huyết não và là chứng hậu quan trọng. Phong chứng, hỏa nhiệt chứng và đàm chứng có tỷ lệ xuất hiện cao hơn rõ rệt so với các chứng hậu khác vào cuối tuần thứ 7 của đột quy xuất huyết não ($p < 0,05$). Khí hư chứng tăng dần theo tiến triển bệnh, trở thành chứng hậu quan trọng ở giai đoạn muộn của đột quy xuất huyết não. Huyết ứ chứng, âm hư dương cang chứng tương tác, đan xen với các chứng hậu khác, khiến tình trạng bệnh của đột quy xuất huyết não trở nên phức tạp và khó hồi phục [21].

Hà Nhược An và cộng sự (2017) nghiên cứu khảo sát đặc điểm thể chất YHCT của 162 bệnh nhân đột quy não tại thành phố Hạ Môn. Kết quả nghiên cứu cho thấy: thể bình hòa 6 người; thể chất khí hư 54 người (33,3%), thể chất đàm thấp 48 người (29,6%), thể chất thấp nhiệt 18 người (11,1%). Ở bệnh nhân < 60 tuổi, thể chất đàm thấp là thường gặp nhất; ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi, thể chất khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất; sự khác biệt về cấu thành thể chất khí hư giữa các nhóm tuổi bệnh nhân đột quy não có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở bệnh nhân nam, loại thể chất thường gặp ($> 20\%$) là thể chất khí hư; ở bệnh nhân nữ, các loại thể chất thường gặp ($> 20\%$) là thể chất đàm thấp và thể chất khí hư. Sự khác biệt về cấu thành thể chất bình hòa, thể chất khí hư, thể chất đàm thấp và thể chất huyết ứ giữa các giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, bệnh nhân đột quy não tại thành phố Hạ Môn, các loại thể chất YHCT thường gặp là thể chất khí hư, thể chất đàm thấp và thể chất thấp nhiệt; sự phân bố các loại thể chất YHCT cũng khác nhau giữa các bệnh nhân theo giới tính và độ tuổi [22].

1.4.2. Nghiên cứu trong nước

- Bùi Phạm Minh Mẫn và Trịnh Thị Diệu Thường (2017) nghiên cứu Xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên y văn và ý kiến chuyên gia bệnh cảnh Thận âm dương lưỡng hư giai đoạn di chứng sau đột quy. Kết quả: Chọn được 15 y văn thỏa tiêu chuẩn chọn, ghi nhận 48 triệu chứng. Sau khi tính hệ số đồng thuận giữa tần số xuất hiện trên 15 y văn và ý kiến 15 chuyên gia về mức độ xuất hiện, xây dựng được tiêu chuẩn chẩn đoán bước đầu của bệnh cảnh Thận âm dương lưỡng hư trên bệnh nhân đột quy giai đoạn di chứng gồm 17 tiêu chuẩn chính và 16 tiêu chuẩn phụ.

+ Tiêu chuẩn chính: Triệu chứng điển hình của giai đoạn di chứng sau đột quy: Bán thân bất toại. Nhóm triệu chứng chỉ tình trạng hư của cơ thể: Người gầy, lưỡi bệu và 3 triệu chứng về mạch (Mạch tế, Mạch trầm, Mạch vô lực). Tình trạng khí hư thể hiện rõ qua 4 triệu chứng: Tụ hãn; tinh thần, cơ thể mệt mỏi, uể oải; chất lưỡi nhạt; rêu trắng. Ngoài ra, đặc trưng riêng của bệnh cảnh Thận âm dương lưỡng hư chính là các triệu chứng chỉ tình trạng suy giảm chức năng tạng Thận: Tóc bạc, mất ngủ, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, đau mỏi lưng, đau mỏi gối. Triệu chứng khác: Hoa mắt chóng mặt.

+ Tiêu chuẩn phụ: Nhóm triệu chứng chỉ tình trạng hư của cơ thể: Đoãn khí, họng khô, đạo hãn. Nhóm triệu chứng chỉ tình trạng hàn của cơ thể: Sắc mặt trắng nhợt, rêu ít hoặc không rêu, người lạnh, tay chân lạnh. Nhóm triệu chứng chỉ tình trạng tổn thương tạng Thận: Û tai, răng lung lay, tiểu trong, tiểu không tự chủ, táo tiết, di tinh, liệt dương, rối loạn kinh nguyệt. Triệu chứng khác: Đau đầu [23].

Trong một nghiên cứu của Đoàn Chí Cường và Trần Thị Hương Lan (2017) trên 70 bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não sau pha cấp, điều trị tại Bệnh viện Y dược học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh từ 2/2017-5/2017. Trong 70 bệnh nhân, có 28 người (75,7%) thuộc thể can thận âm hư, 04 người (10,8%) thuộc thể thận âm dương lưỡng hư, 03 người (8,1%) thuộc thể đàm thấp và 02 người (5,4%) thuộc thể khí huyết lưỡng hư [24].

Lê Nguyễn Hạo Nhiên và cộng sự (2023) khảo sát các dạng thể chất theo YHCT trên bệnh nhân đột quy não. Nghiên cứu khảo sát trên 388 người bệnh nội trú

được chẩn đoán đột quy não tại Bệnh viện Thống Nhất, Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh và Viện Y dược học dân tộc từ tháng 12/2021 đến tháng 09/2022. Phân loại các dạng thể chất YHCT thông qua bảng câu hỏi Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ) đã được chuẩn hóa. Kết quả: Tỷ lệ chín dạng thể chất theo YHCT trên bệnh nhân đột quy não trong mẫu nghiên cứu gồm Dương hư: 24,57%, Âm hư: 16,82%, Khí hư: 15,69%, Đàm thấp: 14,74%, Ứ huyết: 12,67%, Khí uất: 7,37%, Thấp nhiệt: 5,1%, Đặc biệt: 3,02% và Trung tính: 0,00% [25].

1.5. Xây dựng bộ tiêu chí quy nạp thể bệnh đột quy não theo Y học cổ truyền

1.5.1. Thống nhất tên gọi và số thể bệnh Y học cổ truyền

Hiện nay, qua nghiên cứu nhiều giáo trình và sách chuyên khảo, chúng tôi tổng hợp được các thể bệnh của bệnh lý đột quy hay sử dụng như sau:

Bảng 1. 1. Thể Trúng phong kinh lạc

Giáo trình, sách Tài liệu kinh điển	Tên thể bệnh	Số lượng thể
[2],[4]	Thể lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập	01
[1],[2],[3], [4], [5],[6]	Thể phong đàm	01
[6],[7]	Đàm nhiệt phủ thực	01
[1], [5], [6], [7]	Can phong nội động	01
[3],[6],[7]	Khí hư huyết ứ	01
[3]	Can thận hư	01
Tổng số thể Trúng phong kinh lạc		06

Bảng 1. 2. Thể Trúng phong tạng phủ

Giáo trình, sách Tài liệu kinh điển	Tên thể bệnh	Số lượng thể
[2],[4],[7]	Đàm mê thanh khiêu (Âm bé)	01
[2],[4],[7]	Đàm nhiệt nội bé (Dương bé)	01
[1],[2],[4],[5],[7]	Nguyên khí hư thoát (Chứng thoát)	01
Tổng số thể Trúng phong tạng phủ		03

Các tài liệu phục vụ nghiên cứu:

1. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Nội khoa Y học cổ truyền (Sách dùng cho đối tượng sau đại học)*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 240 – 243.
2. Phạm Vũ Khánh (2009). *Lão khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr 71 – 97.
3. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa YHCT)*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 169 – 172.
4. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Điều trị học kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 200 – 210.
5. Bộ môn Nội Y học cổ truyền, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam (2015). *Bài giảng bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học, tr 193 – 198. (chỉ chia chứng bế và chứng thoát)
6. Phương hướng chẩn đoán điều trị bằng Y học cổ truyền đối với đột quy (Nhồi máu não) do Cục Quản lý nhà nước về Y học cổ truyền Trung Quốc ban hành năm 2017.
7. Quy trình lâm sàng của Y học cổ truyền trong điều trị đột quy do xuất huyết não, do Cục Quản lý nhà nước về Y học cổ truyền Trung Quốc ban hành năm 2017.

1.5.2. Các tiêu chí quy nạp thể bệnh đột quy não theo Y học cổ truyền

A. Trúng phong kinh lạc

- A.1. Thể lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập
- A.2. Thể phong đàm
- A.3. Đàm nhiệt phủ thực
- A.4. Can phong nội động
- A.5. Khí hư huyết ú
- A.6. Can thận hư

B. Trúng phong tạng phủ

- B.1. Đàm mê thanh khiêu (Âm bế)
- B.2. Đàm nhiệt nội bế (Dương bế)

B.3. Nguyên khí hư thoát (Chứng thoát)

Với tất cả các thể bệnh, chúng tôi thu thập thông tin các chứng trạng theo YHCT bao gồm Tứ chẩn: Vọng, Văn, Vấn, Thiết.

- *Vọng chẩn:*

- ① Nhìn thần: ...
- ② Nhìn sắc: ...
- ③ Nhìn hình thái: ...
- ④ Nhìn lưỡi: ...

- *Văn chẩn:*

- ① Nghe tiếng thở: ...
- ② Nghe tiếng ho: ...
- ③ Nghe tiếng nấc: ...
- ④ Ngửi mùi vị: ...

- *Vấn chẩn: thập vấn chẩn*

- ① Hỏi hàn – nhiệt : ...
- ② Hỏi ăn uống: ...
- ③ Hỏi đại tiểu tiện: ...
- ④ Hỏi thai sản: ...

- *Thiết chẩn:*

- ① Tổng khám: ...
- ② Đơn khám: ...

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán đột quy não, nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái, Bệnh viện YHCT tỉnh Yên Bái, Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai và Bệnh viện YHCT tỉnh Lào Cai, có thời gian vào viện từ 01/2023 – 01/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Các hồ sơ bệnh án nội trú được lưu trữ tại các bệnh viện đạt yêu cầu sau:

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đã có chẩn đoán xác định đột quy não dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng đột quy não và chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.

- Hồ sơ bệnh án phải có đầy đủ các thông tin sau:

+ Hành chính: Tên, tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, khoa điều trị, thời gian vào - ra viện.

+ YHHĐ: Thời gian mắc bệnh, tiền sử cá nhân, các bệnh kèm theo, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, chẩn đoán vào - ra viện (mã bệnh theo ICD-10)

+ YHCT: Các chứng trạng YHCT theo tứ chẩn (vọng, vấn, vấn, thiết), chẩn đoán thể bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin không đảm bảo để lựa chọn.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Phương tiện nghiên cứu phục vụ việc tổng hợp, lựa chọn các tiêu chuẩn triệu chứng theo YHCT:

+ Sách, tạp chí Việt Nam, Trung Quốc.

+ Các giáo trình trong nước: Lý luận cơ bản về YHCT, bệnh học về YHCT, sách chuyên khảo về YHCT...

+ Các Y văn kinh điển YHCT: Hoàng đế Nội kinh, Kim quỹ yếu lược, Nội kinh, Hải Thượng Y tông tâm lĩnh...

+ Các y văn, giáo trình, tạp chí Trung Quốc.

- Bộ phiếu điều tra khảo sát, phân thể bệnh đột quy não (Phụ lục 1).

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu lựa chọn theo cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: α là xác suất sai lầm loại I, với $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%

Z: trị số phân phối chuẩn, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: dựa trên tỷ lệ hiện mắc/tỷ lệ mới mắc đột quy não theo nghiên cứu của

Dương Đình Chính năm 2007 - 2008, $p = 0,7$

d: là sai số tuyệt đối, $d = 0,05$

Thay vào công thức tính được $n = 322,69$.

Chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu 350 bệnh nhân.

2.3.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến số	Biến số	Phân loại/định nghĩa	Loại biến số
Đặc điểm chung	Tuổi	Tuổi của người bệnh, tính theo năm dương lịch. Phân nhóm tuổi: - <30 tuổi - 30 -39 tuổi - 40-49 tuổi - 50 - 59 tuổi - 60 - 69 tuổi - ≥ 70 tuổi	Định lượng Phân loại
	Giới	- Nam - Nữ	Định danh

	<i>Nghề nghiệp</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nông dân - Công nhân - Nhân viên văn phòng - Y tế - Giáo dục - Lực lượng vũ trang - Kinh doanh - Lao động tự do - Khác: Hưu trí, già, lái xe, bảo vệ, nội trợ, thợ mộc, thợ may... 	Phân loại
	<i>Thời gian mắc bệnh</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dưới 24h đầu - 24h – dưới 5 ngày - 5 ngày – dưới 2 tuần - Trên 2 tháng 	Định lượng
	<i>Yếu tố nguy cơ</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tim mạch, tăng huyết áp - Đái tháo đường - Rối loạn chuyển hóa lipid - Béo phì - Hút thuốc lá - Uống rượu bia - Khác 	Phân loại
	<i>Chẩn đoán bệnh theo YHHD</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhồi máu não - Xuất huyết não - Khác (Nhồi máu não + Xuất huyết não, không xác định) 	Phân loại
	<i>Chẩn đoán thể bệnh theo YHCT</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Trúng phong kinh lạc: + Lạc mạch hư trỗng, phong tà xâm nhập + Phong đàm 	Phân loại

		<ul style="list-style-type: none"> + Đàm nhiệt phủ thực + Khí hư huyết ứ + Can phong nội động + Can thận hư - Trúng phong tạng phủ: + Đàm mê thanh khiêu (Âm bế) + Đàm nhiệt nội bế (Dương bế) + Nguyên khí hư thoát 	
Đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền	<i>Các chứng trạng theo tứ chẩn</i>	Các chứng trạng theo tứ chẩn: vọng, vãn, vãn, thiết (Phụ lục 1)	Phân loại
Quy nạp một số hội chứng bệnh lý YHCT	<i>Một số hội chứng bệnh lý YHCT thường gặp</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập - Phong đàm - Đàm nhiệt phủ thực - Khí hư huyết ứ - Can phong nội động - Can thận hư - Đàm mê thanh khiêu (Âm bế) - Đàm nhiệt nội bế (Dương bế) - Nguyên khí hư thoát 	Phân loại

2.3.4. Các tiêu chí đánh giá đặc điểm chứng trạng và quy nạp hội chứng bệnh Y học cổ truyền

Bảng 2. 1. Các tiêu chí đánh giá đặc điểm chứng trạng và quy nạp hội chứng bệnh Y học cổ truyền

TT	Theo Bộ Y tế Trung Quốc		Theo các tài liệu Việt Nam	
	Thể bệnh	Triệu chứng	Thể bệnh	Triệu chứng
	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhồi máu não bằng Trung Tây y kết hợp (2017) – Hội thần kinh, hiệp hội Trung Tây y kết hợp		(Sách, giáo trình, bài giảng, tạp chí, Y văn kinh điển YHCT)	
	Trúng phong kinh lạc		Trúng phong kinh lạc	
1	Phong hỏa thượng kháng	<ul style="list-style-type: none"> - Thường gặp trong giai đoạn nhồi máu não cấp - Nửa người tê liệt - lưỡi lệch, - Nói khó hoặc thất ngôn. - Đau đầu, chóng mặt - Mặt đỏ, mắt đỏ, - Miệng đắng, họng khô, - Căng thẳng dễ cáu giận. - Táo bón, tiểu vàng sẫm - Chát lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt - Mạch tế sác hoặc sác. 	1. Can dương cương thịnh - Vón can dương vượng, tình chí uất	<ul style="list-style-type: none"> - Liệt nửa người - Tay chân co cứng - Méo miệng, rối loạn ngôn ngữ - Đau đầu, mặt đỏ, mắt đỏ. - Đắng miệng - Đầu căng, chóng mặt. - dễ cáu giận, bứt dứt không yên - Táo bón, tiểu vàng - Chát lưỡi hồng, ít rêu vàng hoặc vàng khô. - Mạch huyền sác
			1	Đàm nhiệt phủ thực <ul style="list-style-type: none"> - Liệt nửa người - Bứt rứt trong người - Miệng méo, nói khó - Bụng đầy chướng - Tăng tiết đờm dãi - Mặt đỏ - Bí đại tiểu tiện

					- Mạch huyền đại
2	Phong đàm tắc trệ	<ul style="list-style-type: none"> - Hay gặp trong giai đoạn nhồi máu não cấp - Đột ngột nửa người tê, sau đó có thể liệt 	2	Phong đàm tắc trở	<ul style="list-style-type: none"> - Yếu hoặc liệt nửa người, - Có thể liệt mặt cùng bên hoặc bên đối diện - Chân tay co quắp, cử động khó khăn - Có thể thoáng vắng ý thức
		- Tăng tiết nhiều đờm.			- Cảm giác tê dại
		- Mất cảm giác.			- Lưỡi cứng, nói khó
		- Nói khó hoặc thất ngôn.			- Đau đầu như bó, hoa mắt, chóng mặt
		- Chóng mặt			- Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng dày nhớt,
		- Chất lưỡi tối, rêu trắng			- Mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt
		- Mạch hoạt.			
3	Âm hư phong động	<ul style="list-style-type: none"> - Tay chân đột nhiên tê liệt - Miệng méo lưỡi lệch - Nói khó thất ngôn, 	3	Âm hư dương xung	<ul style="list-style-type: none"> - Đột nhiên phát sinh miệng méo, mắt xéch, - Nói ngọng, lưỡi cứng, - Tay chân nặng trệ, liệt nửa người. - Thường có chứng đầu choáng đau, chóng mặt, - Û tai,
		- Đau đầu, hoa mắt chóng mặt,			- Ít ngủ hoặc ngủ mê.
		- Û tai			
		- Mất ngủ, ngủ hay mê,			
		- Ngũ tâm phiền nhiệt,			
		- Miệng khô họng ráo,			
		- Đau mỏi lưng gối.			
		- Chất lưỡi đỏ hoặc đỏ sẫm, ít rêu hoặc không có rêu.			- Lưỡi đỏ, rêu nhờn,

		- Mạch huyền tế hoặc tế sắc			- Mạch huyền tế sắc hoặc huyền hoạt
4	Khí hư huyết ú	<ul style="list-style-type: none"> - Hay gặp trong giai đoạn hồi phục, cũng có khi gặp trong giai đoạn cấp - Nửa người tê liệt, - Miệng méo, lưỡi lệch, - Nói khó hoặc thất ngôn, - Sắc mặt nhợt nhạt, - Khó thở, đánh trống ngực, - Tụ hãn, 	4	Khí hư huyết ú	<ul style="list-style-type: none"> - Liệt nửa người, chân tay yếu mềm, - Miệng lưỡi méo lệch - Nói khó - Mệt mỏi, ngại vận động, - Hồi hộp trống ngực - Tụ hãn
		- Phù tay			
		- Phân lỏng.			
		- Rêu lưỡi trắng hoặc trắng mỏng.			- Lưỡi đỏ, có điểm ú huyết
		- Mạch trầm tế.			- Mạch hư tế
5	Can thận khuy tổn	<ul style="list-style-type: none"> - Hay gặp trong giai đoạn hồi phục muộn hoặc để lại di chứng - Nửa người liệt co cứng, biến dạng, - Lưỡi cứng, khó nói, - Chát lưỡi đỏ hoặc đỏ nhạt. - Mạch trầm tế. 			
			5	Can phong nội động	<ul style="list-style-type: none"> - Liệt nửa người, - Hoa mắt, vầng đầu - Tay chân co quắp - Mất, mặt đỏ - Hay cáu giận - Mạch huyền sắc

			6	Lạc mạch hư rỗng, phong tà xâm nhập	- Đột nhiên miệng méo, mắt xệch, khó nói, mép chảy nước dãi, - Nặng thì liệt nửa người - Có thể sợ gió, phát sốt, - Tay chân co quắp, khớp xương đau nhức - Da thịt không biết đau ngứa, tay chân tê dại. - Rêu lưỡi trắng, - Mạch huyền tế hoặc phù sắc
	Trúng phong tạng phủ			Trúng phong tạng phủ	
1	Đàm mê thanh khiểu (Âm bế)	- Thường gặp ở giai đoạn cấp - Mất ý thức - Liệt mềm nửa người - Chân tay lạnh, bứt rứt	1	Đàm mê thanh khiểu (Âm bế)	- Hôn mê, - Liệt nửa người, - Chân tay lạnh, mềm nhũn, nằm yên không vật vã, - Nói khó, nói ngọng, - Thở khò khè, nhiều đờm rãi - Sắc mặt trắng, môi tím, - Đại tiểu tiện bế - Chết lưỡi đậm nhạt, có điểm ú huyết, rêu trắng nhớt, - Mạch trầm hoạt
		- Tăng tiết đờm dãi			
		- Mặt tái, môi thâm			
		- Đại tiểu tiện không tự chủ			
		- Rêu lưỡi trắng nhòn - Mạch trầm.			
2	Đàm nhiệt nội bế (Dương bế)	- Thường gặp trong giai đoạn cấp - Mất ý thức - Thở ngáy	2	Đàm nhiệt nội bế (Dương bế)	- Đột nhiên ngã, bất tỉnh, hôn mê - Thở khò khè, tiếng thở to - Liệt nửa người,

		<ul style="list-style-type: none"> - Liệt nửa người hoặc tứ chi co quắp - Mặt đỏ - Có thể kèm cơn co giật - Tăng tiết đờm dãi - Hơi thở hôi - Có thể nôn ra máu - Bí đại tiện tiện - Chất lưỡi đỏ giáng, rêu lưỡi vàng - Mạch huyền hoạt đới sắc 			<ul style="list-style-type: none"> - Tay chân co quắp - Miệng méo, - Mặt mắt đỏ - Cứng gáy - Đại tiểu tiện bế - Chất lưỡi đỏ giáng rêu lưỡi vàng - Mạch huyền sắc
3	Nguyên khí hư thoát	<ul style="list-style-type: none"> - Thường gặp ở giai đoạn tối cấp, khó cứu - Hôn mê, miệng há - Chân tay mềm nhũn - Thở ngáy nhẹ - Nhiều mồ hôi - Đại tiểu tiện không tự chủ - Chất lưỡi tím, rêu trắng nhòn - Mạch vi muốn tuyệt. 	3	Nguyên khí bại thoát (Chứng thoát)	<ul style="list-style-type: none"> - Hôn mê, - Mắt nhắm, miệng há - Chân tay liệt mềm - Thở yếu, lạnh - Ra nhiều mồ hôi - Đại tiểu tiện không tự chủ - Sắc mặt trắng - Lưỡi lệch - Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng nhót - Mạch tế nhược hoặc vi muốn tuyệt

*** Tiêu chuẩn quy về triệu chứng, triệu chứng phụ**

Tiêu chuẩn quy về triệu chứng chính khi tần suất xuất hiện triệu chứng đạt trên 70%; quy về triệu chứng phụ khi tần suất xuất hiện từ 50-70%; triệu chứng không đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán khi tỷ lệ <50%.

*** Tiêu chuẩn đánh giá diện tích dưới đường cong được đánh giá dựa vào giá trị:**

- + $\geq 0,9$: Rất tốt;
- + 0,8-0,9: Tốt;
- + 0,6-0,7: Khá;
- + 0,5-0,6: Không có khả năng chẩn đoán.

2.3.5. Các bước tiến hành

Bước 1: Tổng hợp, lựa chọn, phân tích các tài liệu phục vụ trực tiếp công việc xây dựng bộ tiêu chí, các triệu chứng, chỉ tiêu chẩn đoán đột quy não theo YHHĐ, YHCT.

Bước 2: Nhóm nghiên cứu xây dựng mẫu phiếu điều tra, thu thập số liệu trên cơ sở tổng hợp, phân tích, đánh giá các triệu chứng lâm sàng, các thể bệnh, chẩn đoán theo YHHĐ và các triệu chứng của vọng, văn, vấn, thiết theo YHCT (Phụ lục 1).

Bước 3: Tập huấn quy trình, phương pháp điều tra, thu thập, ghi chép số liệu một cách đầy đủ, chính xác, khoa học đúng quy định cho các thành viên nghiên cứu tham gia.

Bước 4: Tiến hành thu thập số liệu theo mẫu phiếu khảo sát (Phụ lục 1) trên tất cả hồ sơ bệnh án bệnh nhân đột quy não đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại bốn bệnh viện: Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái, Bệnh viện YHCT tỉnh Yên Bái, Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai, Bệnh viện YHCT tỉnh Lào Cai.

Bước 5: Phân tích, tổng hợp các chứng trạng theo YHCT. Dựa trên tần suất xuất hiện các chứng trạng trong các thể bệnh, phân ra triệu chứng chính và triệu chứng phụ, từ đó quy nạp một số hội chứng bệnh lý YHCT, lựa chọn các thuật toán thống kê phù hợp.

Bước 6: Tính độ nhạy, độ đặc hiệu của một số mô hình quy nạp hội chứng bệnh.

Bước 7: Viết báo cáo.

2.3.6. Sai số và phương pháp không chế sai số

- Do số lượng mẫu nghiên cứu lớn, nên sẽ gặp phải sai số trong quá trình điều tra thu thập số liệu, cả chủ quan và khách quan.

- Các biện pháp không chế sai số:

+ Sử dụng sổ tay điều tra.

+ Tập huấn nghiên cứu viên kỹ càng.

+ Tiến hành kiểm tra chéo giữa các nghiên cứu viên, nếu không có sự thống nhất thì sẽ hội chẩn với chuyên gia được chỉ định.

+ Giám sát thường xuyên quá trình thu thập số liệu.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian thực hiện: từ 12/2024 - 12/2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái, Bệnh viện YHCT tỉnh Yên Bái, Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai, Bệnh viện YHCT tỉnh Lào Cai.

2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập bằng phần mềm Epi Info.

- Xử lý số liệu, thống kê phân tích số liệu bằng phần mềm y sinh học Epi Info, SPSS, T – test, test Mann-Whitney.

- Biến số định tính dưới dạng tỷ lệ phần trăm, biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định sự khác biệt bằng T - test và test Mann - Whitney. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, khoảng tin cậy CI-95%.

- Quy nạp một số hội chứng bệnh lý YHCT bằng hồi quy đa biến logistic với các triệu chứng trong mô hình tối ưu nhất được lựa chọn, xác định diện tích dưới đường cong, khoảng CI-95%, độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng đạo đức của Học viện YHCT Việt Nam và được sự đồng ý của Ban giám đốc các bệnh viện phối hợp nghiên cứu.

- Thông tin của bệnh nhân được bảo mật trong quá trình nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

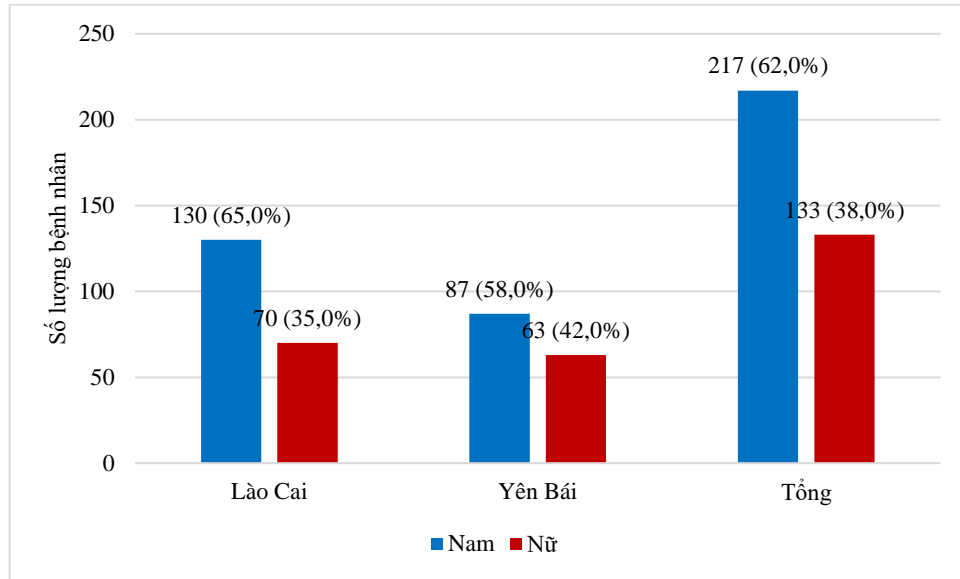
3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3. 1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Địa điểm Nhóm tuổi	Lào Cai (n = 200)		Yên Bái (n = 150)		Tổng (n = 350)	
	n	%	n	%	n	%
< 30	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 – 39	5	2,5	1	0,7	6	1,7
40 – 49	17	8,5	9	6,0	26	7,4
50 – 59	34	17,0	31	20,7	65	18,6
60 – 69	80	40,0	52	34,6	132	37,7
≥ 70	64	32,0	57	38,0	121	34,6
Tổng	200	100,0	150	100,0	350	100,0
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	64,7 ± 12,1		66,4 ± 11,6		65,4 ± 11,9	

Nhận xét: Người bệnh ở Lào Cai và Yên Bái đều gặp tỷ lệ cao ở nhóm tuổi > 60 tuổi (37,7% nhóm tuổi 60-69 và 34,6% nhóm tuổi ≥70), không có bệnh nhân dưới 30 tuổi. Tuổi trung bình của người bệnh tham gia nghiên cứu là $65,4 \pm 11,9$ tuổi; trong đó có tuổi trung bình của người bệnh ở Lào Cai là $64,7 \pm 12,1$ tuổi; Yên Bái là $66,4 \pm 11,6$ tuổi.

3.1.2. Đặc điểm theo giới



Biểu đồ 3. 1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới chiếm 62,0%, cao hơn so với nữ giới 38,0%. Trong đó ở Lào Cai tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 65,0% và 35,0%; ở Yên Bái tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 58,0% và 42,0%.

3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Bảng 3. 2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Địa điểm / Nghề nghiệp	Lào Cai (n = 200)		Yên Bái (n = 150)		Tổng (n = 350)	
	n	%	n	%	n	%
Nông dân	78	39,0	46	30,7	124	35,5
Công nhân	8	4,0	6	4,0	14	4,0
Nhân viên văn phòng	4	2,0	3	2,0	7	2,0
Y tế	1	0,5	2	1,3	3	0,9
Giáo dục	0	0,0	7	4,7	7	2,0
Lực lượng vũ trang	4	2,0	1	0,7	5	1,4
Kinh doanh	1	0,5	3	2,0	4	1,1
Lao động tự do	47	23,5	21	14,0	68	19,4

Khác*	57	28,5	61	40,6	118	33,7
Tổng	200	100,0	150	100,0	350	100,0

*Khác: hưu trí, già, lái xe, bảo vệ, nội trợ, thợ mộc, thợ may...

Nhận xét: Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm lao động chân tay nói chung: nông dân, lao động tự do, lao động khác (hưu trí, già, lái xe, bảo vệ, nội trợ, thợ mộc, thợ may...), chiếm 88,6%. Trong đó tỷ lệ này ở Lào Cai chiếm 91,0%, Yên Bái chiếm 85,3%.

3.1.4. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3. 3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Địa điểm Thời gian	Lào Cai (n = 200)		Yên Bái (n = 150)		Tổng (n = 350)	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 24h đầu	46	23,0	46	30,6	92	26,3
24h – dưới 5 ngày	70	35,0	21	14,0	91	26,0
5 ngày – dưới 2 tuần	20	10,0	12	8,0	32	9,1
2 tuần – dưới 2 tháng	21	10,5	28	18,7	49	14,0
Trên 2 tháng	32	16,0	43	28,7	75	21,5
Khác	11	5,5	0	0,0	11	3,1
Tổng	200	100,0	150	100,0	350	100,0

Nhận xét: Xét chung toàn bộ mẫu nghiên cứu (n = 350), hai nhóm thời gian mắc bệnh dưới 24 giờ và từ 24 giờ đến dưới 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 26,3% và 26,0%. Nhóm mắc bệnh trên 2 tháng cũng chiếm tỷ lệ cao (21,5%); nhóm thời gian mắc bệnh 5 ngày – dưới 2 tuần và 2 tuần – dưới 2 tháng chiếm tỷ lệ thấp hơn (lần lượt 9,1% và 14,0%), trong khi nhóm khác chiếm tỷ lệ rất nhỏ (3,1%).

So sánh theo địa điểm nghiên cứu, tại Lào Cai, người bệnh chủ yếu tập trung ở nhóm 24 giờ – dưới 5 ngày (35,0%) và dưới 24 giờ (23,0%). Tại Yên Bái, nhóm dưới 24 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%), tiếp theo là nhóm trên 2 tháng (28,7%).

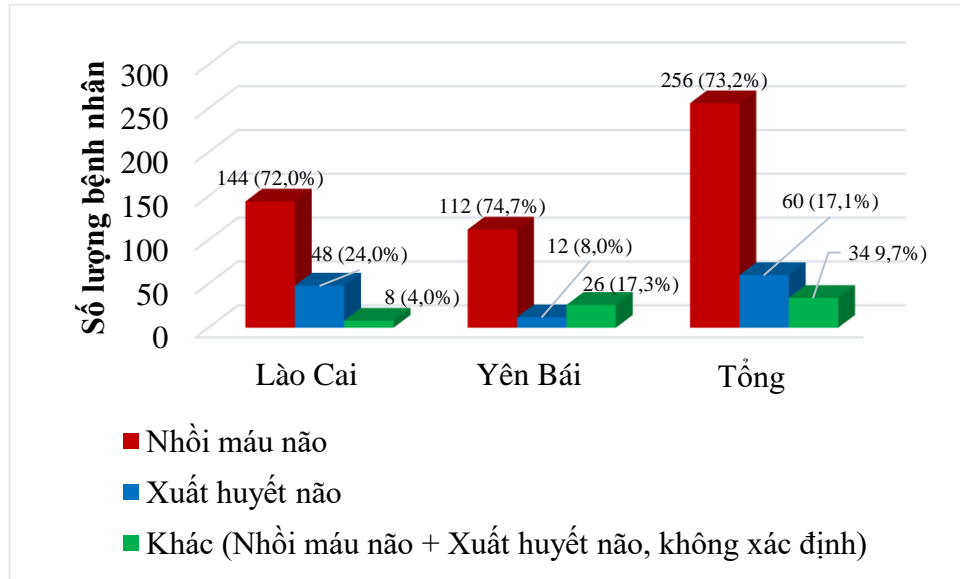
3.1.5. Yếu tố nguy cơ

Bảng 3. 4. Phân bố theo yếu tố nguy cơ mắc bệnh của người bệnh

Địa điểm Tiền sử bệnh	Lào Cai (n = 200)		Yên Bái (n = 150)		Tổng (n = 350)	
	n	%	n	%	n	%
Tim mạch, Tăng huyết áp	144	72,0	118	78,7	262	74,9
Đái tháo đường	41	20,5	27	18,0	68	19,4
Rối loạn chuyển hóa lipid	37	18,5	19	12,7	56	16,0
Béo phì	6	3,0	5	3,3	11	3,1
Hút thuốc lá	30	15,0	24	16,0	54	15,4
Uống rượu bia	29	14,5	26	17,3	55	15,7
Khác	0	0	1	0,7	1	0,3

Nhận xét: Người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất 01 yếu tố nguy cơ mắc bệnh kèm theo. Yếu tố bệnh lý tim mạch, huyết áp phổ biến nhất, chiếm 74,9%. Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh khác gặp ít hơn như: Đái tháo đường chiếm 19,4 %, Rối loạn chuyển hóa lipid chiếm 16,0 %, uống rượu bia chiếm 15,7%, hút thuốc lá chiếm 15,4%, béo phì 3,1% và các yếu tố khác là 0,3%.

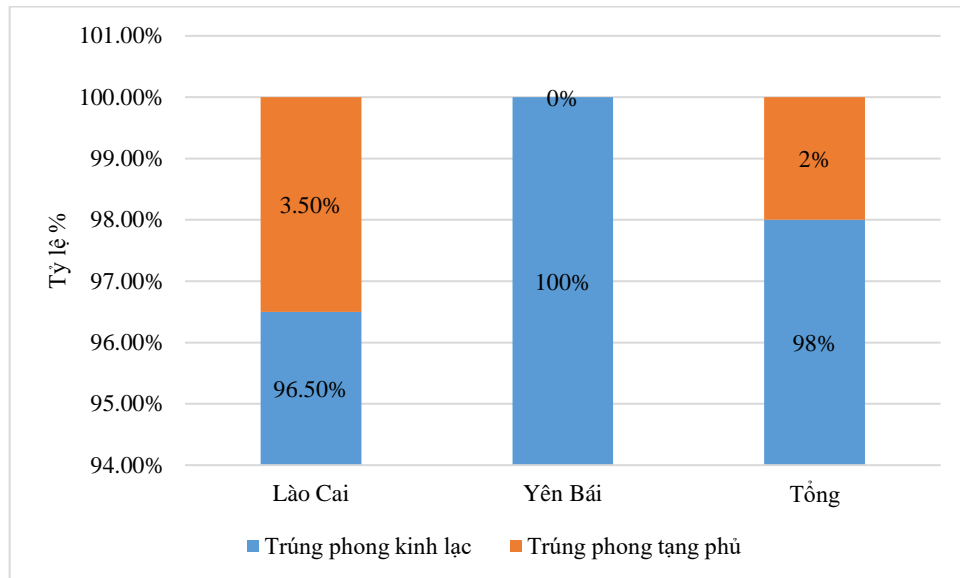
3.1.6. Đặc điểm người bệnh phân bố theo chẩn đoán Y học hiện đại



Biểu đồ 3. 2. Đặc điểm phân bố theo chẩn đoán Y học hiện đại

Nhận xét: Phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu là Nhồi máu não, chiếm 73,2%, trong đó tỷ lệ này ở Lào Cai chiếm 72,0%, Yên Bái chiếm 74,7%. Tỷ lệ người bệnh xuất huyết não tham gia nghiên cứu chiếm 17,1%, ngoài ra có 9,7% người bệnh không rõ được chẩn đoán xác định nhồi máu não hay xuất huyết não.

3.1.7. Đặc điểm người bệnh phân bố theo hội chứng bệnh Y học cổ truyền



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm phân bố theo thể bệnh Y học cổ truyền

Nhận xét: Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu mắc bệnh thuộc thể bệnh Trúng phong kinh lạc theo YHCT, chiếm 98,0%. Tỷ lệ này lần lượt ở Lào Cai chiếm 96,5%, Yên Bái chiếm 100%. Tỷ lệ người bệnh thuộc thể Trúng phong tạng phủ chỉ chiếm 2,0% tương đương 07 người bệnh tham gia nghiên cứu.

Bảng 3.5. Đặc điểm phân bố theo thể bệnh Y học cổ truyền

Địa điểm		Lào Cai (n = 200)		Yên Bái (n = 150)		Tổng (n = 350)	
		n	%	n	%	n	%
Chẩn đoán	Lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập	3	1,5	7	4,7	10	2,9
	Trúng phong	38	19,0	26	17,3	64	18,3
	kinh lạc	1	0,5	2	1,3	3	0,9
	Đàm nhiệt phủ thực	57	28,5	50	33,4	107	30,6
	Can phong nội động	79	39,5	11	7,3	90	25,7
	Can thận hư	15	7,5	54	36,0	69	19,7
	Đàm mê thanh khiếu (Âm bế)	7	3,5	0	0,0	7	2,0

Trúng phong tạng phủ	Đàm nhiệt nội bế (Dương bế)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Nguyên khí hư thoát	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng		200	100,0	150	100,0	350	100,0

Nhận xét: Người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc thể Khí hư huyết ú (30,6%), Can phong nội động (25,7%) và Can thận hư (19,7%) là ba thể bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm tổng 76,0%). Tỷ lệ này ở Lào Cai chiếm 75,5%, Yên Bái chiếm 76,7%. Tỷ lệ người bệnh mắc thể Đàm mê thanh khiêu (Âm bế) chỉ chiếm 2,0%; không có người bệnh nào thuộc thể bệnh Nguyên khí hư thoát và Đàm nhiệt nội bế (Dương bế).

3.2. Kết quả đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền trên người bệnh đột quỵ não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc

3.2.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vọng chẩn

Bảng 3. 6. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vọng chẩn

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (1) (n = 200)		Yên Bái (2) (n = 150)		Tổng (n = 350)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Liệt nửa người	166	83,0	146	97,3	312	89,1	0,000
Hôn mê	7	3,5	2	1,3	9	2,6	0,310
Liệt mặt (miệng méo, mắt nhắm không kín)	106	53,0	64	42,7	170	48,6	0,056
Mặt đỏ	43	21,5	13	8,7	56	16,0	0,001
Sắc mặt trắng (nhợt)	39	19,5	53	35,3	92	26,3	0,001
Mắt đỏ	1	0,5	8	5,3	9	2,6	0,006
Môi tím	0	0,0	9	6,0	9	2,6	0,000
Chất lưỡi nhợt	18	9,0	21	14,0	39	11,1	0,141
Chất lưỡi đỏ	51	25,5	83	55,3	134	38,3	0,000
Lưỡi có điểm ú huyết	52	26,0	47	31,3	99	28,3	0,273
Rêu lưỡi trắng	114	57,0	100	66,7	214	61,1	0,066

Rêu lưỡi trắng dày nhớt	10	5,0	6	4,0	16	4,6	0,658
Rêu lưỡi mỏng, ít	145	72,5	49	32,7	194	55,4	0,000
Rêu vàng	83	41,5	38	25,3	121	34,6	0,002
Lưỡi cứng	4	2,0	17	11,3	21	6,0	0,000
Lưỡi lệch	11	5,5	46	30,7	57	16,3	0,000

Nhận xét: Qua vọng chẩn: liệt nửa người là chứng trạng gặp nhiều nhất (89,1%), tiếp theo là liệt mặt (miệng méo, mắt nhắm không kín) chiếm 48,6%. Các biểu hiện về sắc mặt và lưỡi cũng xuất hiện với tỷ lệ đáng kể như rêu lưỡi trắng (61,1%), rêu lưỡi mỏng, ít (55,4%), chất lưỡi đỏ (38,3%) và rêu lưỡi vàng (34,6%).

So sánh giữa hai địa điểm nghiên cứu cho thấy nhiều chứng trạng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tại Yên Bái, tỷ lệ liệt nửa người, chất lưỡi đỏ, lưỡi cứng, lưỡi lệch và mặt đỏ cao hơn so với Lào Cai ($p < 0,05$). Ngược lại, tại Lào Cai, các biểu hiện như mặt đỏ, rêu lưỡi mỏng, ít và rêu lưỡi vàng gặp với tỷ lệ cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Một số chứng trạng khác như hôn mê, chất lưỡi nhợt, lưỡi có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng dày nhớt không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai địa phương ($p > 0,05$).

3.2.2. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo văn chẩn

Bảng 3. 7. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo văn chẩn

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (1) (n = 200)		Yên Bái (2) (n = 150)		Tổng (n = 350)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Nói ngọng, nói khó hoặc thất ngôn	149	74,5	107	71,3	256	73,1	0,508
Tăng tiết đàm dãi	14	7,0	32	21,3	46	13,1	0,000
Thở khò khè	6	3,0	2	1,3	8	2,3	0,474

Nhận xét: Qua vấn chân: chứng trạng nói ngọng, nói khó hoặc thất ngôn gặp với tỷ lệ cao nhất (73,1%). Hai chứng trạng còn lại là tăng tiết đờm dãi và thờ khò khè gặp với tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 13,1% và 2,3%.

So sánh giữa hai địa điểm nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nói ngọng, nói khó hoặc thất ngôn tại Lào Cai (74,5%) và Yên Bái (71,3%) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,508$). Tương tự, chứng trạng thờ khò khè cũng không ghi nhận sự khác biệt giữa hai địa phương ($p = 0,474$).

Riêng chứng tăng tiết đờm dãi có sự khác biệt rõ rệt giữa hai địa điểm nghiên cứu, với tỷ lệ tại Yên Bái (21,3%) cao hơn đáng kể so với Lào Cai (7,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2.3. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vấn chân

Bảng 3. 8. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vấn chân

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (1) (n = 200)		Yên Bái (2) (n = 150)		Tổng (n = 350)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Tay chân tê bì	137	68,5	128	85,3	265	75,7	0,000
Rối loạn cảm giác	26	13,0	74	49,3	100	28,6	0,000
Khớp xương đầu nhức	21	10,5	21	14,0	42	12,0	0,319
Lưng, gối đau nhức	25	12,5	71	47,3	96	27,4	0,000
Sợ gió	0	0,0	5	3,3	5	1,4	0,014
Phát sốt	0	0,0	2	1,3	2	0,6	0,183
Đầu căng	40	20,0	22	14,7	62	17,7	0,196
Đau đầu như bó	13	6,5	26	17,3	39	11,1	0,001
Hoa mắt	136	68,0	123	82,0	259	74,0	0,003
Chóng mặt	140	70,0	128	85,3	268	76,6	0,001
Ù tai	31	15,5	68	45,3	99	28,3	0,000
Hồi hộp trống ngực	38	19,0	61	40,7	99	28,3	0,000

Ngũ tâm phiền nhiệt	7	3,5	39	26,0	46	12,1	0,000
Tự hãn	12	6,0	31	20,7	43	12,3	0,000
Mệt mỏi	47	23,5	48	32	95	27,1	0,033
Khó thở	0	0,0	6	4,0	6	1,7	0,006
Căng thẳng dễ cáu giận	46	23,0	38	25,3	84	24,0	0,613
Miệng đắng	39	19,5	23	15,3	62	17,7	0,312
Hay quên	46	23,0	70	46,7	116	33,1	0,000
Ngủ ít	114	57,0	84	56,0	198	56,6	0,852
Táo bón	23	11,5	21	14,0	44	12,6	0,485
Tiểu vàng	112	56,0	59	39,3	171	48,9	0,002
Đại tiểu tiện không tự chủ	18	9,0	11	7,33	29	8,3	0,576
Đại tiện lỏng, nát	13	6,5	38	25,3	51	14,6	0,000

Nhận xét: Qua vấn chẩn: chóng mặt là chứng trạng có tần suất xuất hiện cao nhất (76,6%), tiếp theo là tay chân tê bì (75,7%), hoa mắt (74,0%), ngủ ít (56,6%). Các chứng trạng khác ít gặp hơn như: rối loạn cảm giác, khớp xương đau nhức, lưng, gối đau nhức, sợ gió, phát sốt, đầu căng, đau đầu như bó, ù tai, hồi hộp trống ngực, ngũ tâm phiền nhiệt, tự hãn, khó thở, căng thẳng dễ cáu giận, miệng đắng, hay quên, táo bón, tiểu vàng, đại tiểu tiện không tự chủ, đại tiện lỏng, nát.

So sánh giữa hai địa điểm nghiên cứu cho thấy nhiều chứng trạng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: tay chân tê bì, rối loạn cảm giác, lưng, gối đau nhức, sợ gió, đau đầu như bó, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, hồi hộp trống ngực, ngũ tâm phiền nhiệt, tự hãn, mệt mỏi, khó thở, hay quên, tiểu vàng, đại tiện lỏng, nát ($p < 0,05$).

Một số chứng trạng khác như khớp xương đau nhức, phát sốt, đầu căng, căng thẳng dễ cáu giận, miệng đắng, ngủ ít, táo bón, đại tiểu tiện không tự chủ không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai địa phương ($p > 0,05$).

3.2.4. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo thiết chẩn

Bảng 3. 9. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo thiết chẩn

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (1) (n = 200)		Yên Bái (2) (n = 150)		Tổng (n = 350)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Tay chân co cứng	19	9,5	82	54,7	101	28,9	0,000
Tay chân yếu mềm	37	18,5	44	29,3	81	23,1	0,017
Phù	0	0,0	2	1,3	2	0,6	0,183
Mạch huyền tể	2	1,0	7	4,7	9	2,6	0,042
Mạch huyền hoạt	46	23,0	23	15,3	69	19,7	0,074
Mạch huyền sắc	66	33,0	11	7,3	77	22,0	0,000
Mạch phù hoạt	1	0,5	7	4,7	8	2,3	0,023
Mạch trầm	45	22,5	20	13,3	65	18,6	0,029
Mạch trầm tể	77	38,5	92	61,3	169	48,3	0,000
Mạch trầm hoạt	9	4,5	0	0,0	9	2,6	0,012

Nhận xét: Qua thiết chẩn: mạch trầm tể là chứng trạng xuất hiện với tần suất cao nhất (48,3%), tiếp theo là tay chân co cứng (28,9%), tay chân yếu mềm (23,1%), mạch huyền sắc (22,0%), mạch huyền hoạt (19,7%), mạch trầm (18,6%). Các chứng trạng khác ít gặp hơn như: mạch huyền tể, mạch phù hoạt và mạch trầm hoạt.

So sánh giữa hai địa điểm nghiên cứu cho thấy đa số chứng trạng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trừ chứng trạng mạch huyền hoạt.

3.3. Kết quả quy nạp một số hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền trên người bệnh đột quỵ não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc

3.3.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng theo hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền

3.3.1.1. Hội chứng bệnh Lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập

Bảng 3. 10. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (n = 3)		Yên Bái (n = 7)		Tổng (n = 10)	
	n	%	n	%	n	%

Liệt nửa người	3	100,0	7	100,0	10	100,0
Tay chân tê bì	3	100,0	7	100,0	10	100,0
Miệng méo, mắt nhắm không kín	0	0,0	3	42,9	3	30,0
Khớp xương đau nhức	2	66,7	7	100,0	9	90,0
Nói khó	2	66,7	5	71,4	7	70,0
Rối loạn cảm giác	0	0,0	6	85,7	6	60,0
Tăng tiết đờm dãi	1	33,3	6	85,7	7	70,0
Rêu lưỡi trắng	3	100,0	6	85,7	9	90,0
Sợ gió, phát sốt	0	0,0	5	71,4	5	50,0
Mạch huyền tế hoặc phù sắc	2	66,7	7	100,0	9	90,0
Tay chân co cứng	1	33,3	4	57,1	5	50,0

Nhận xét: 100% người bệnh có liệt nửa người và tay chân tê bì. Tiếp theo là các chứng trạng: khớp xương đau nhức, nói khó, rêu lưỡi trắng và mạch huyền tế hoặc phù sắc (90,0%), nói khó, tăng tiết đờm rãi (70,0%). Ngoài ra các chứng trạng khác như rối loạn cảm giác, sợ gió, phát sốt và tay chân co cứng có tần suất xuất hiện $\geq 50,0\%$.

3.3.1.2. Hội chứng bệnh Phong đàm

Bảng 3. 11. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Phong đàm

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (1) (n = 38)		Yên Bái (2) (n = 26)		Tổng (n = 64)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Liệt nửa người	29	76,3	25	96,2	54	84,4	0,039
Nói khó	22	57,9	16	61,5	38	59,4	0,771
Liệt mặt	17	44,7	13	50,0	30	46,9	0,679
Đau đầu như bó	28	73,7	17	65,4	45	70,3	0,475
Tăng tiết đờm dãi	4	10,5	22	84,6	26	40,6	0,000
Hoa mắt	27	71,1	25	96,2	52	81,3	0,020
Tay chân co cứng	5	13,2	22	84,6	27	42,2	0,000
Chóng mặt	28	73,7	26	100,0	54	84,4	0,004
Tay chân tê bì	38	100,0	26	100,0	64	100,0	
Chất lưỡi nhợt	16	42,1	21	80,8	37	57,8	0,002
Rối loạn cảm giác	10	26,3	23	88,5	33	51,6	0,000
Rêu lưỡi trắng dày nhợt	36	94,7	20	76,9	56	87,5	0,054
Lưỡi cứng	7	18,4	9	34,6	16	25,0	0,142
Mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt	36	94,7	26	100,0	62	96,9	0,510
Miệng méo	17	44,7	15	57,7	32	50,0	0,309

Nhận xét: Các chứng trạng gặp với tỷ lệ cao gồm tay chân tê bì (100,0%), mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt (96,9%), liệt nửa người (84,4%), chóng mặt (84,4%), hoa mắt (81,3%), rêu lưỡi trắng dày nhợt (87,5%) và đau đầu như bó (70,3%).

Các chứng trạng: nói khó, chất lưỡi nhợt, rối loạn cảm giác và miệng méo có tần suất xuất hiện >50%.

Các chứng trạng khác như liệt mặt, tay chân co cứng, tăng tiết đờm dãi và lưỡi cứng xuất hiện với tần suất thấp hơn (>25%).

3.3.1.3. Hội chứng bệnh Đàm nhiệt phủ thực

Bảng 3. 12. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Đàm nhiệt phủ thực

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (n = 1)		Yên Bái (n = 2)		Tổng (n = 3)	
	n	%	n	%	n	%
Liệt nửa người	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Đau đầu	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Tay chân co cứng	0	0,0	1	50,0	1	33,3
Chóng mặt	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Bút rút trong người	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Mặt đỏ	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Miệng méo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bí đại tiểu tiện	0	0,0	1	50,0	1	33,3
Nói khó	0	0,0	1	50,0	1	33,3
Chất lưỡi hồng	0	0,0	2	100,0	2	66,7
Tăng tiết đờm dãi	0	0,0	2	100,0	2	66,7
Rêu vàng nhót	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Bụng đầy chướng	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Mạch huyền hoạt đại	1	100,0	2	100,0	3	100,0

Nhận xét: Các chứng trạng: liệt nửa người, đau đầu, chóng mặt, bút rút trong người, mặt đỏ, rêu vàng nhót, bụng đầy chướng, mạch huyền hoạt đại gặp ở 100% người hội chứng bệnh Đàm nhiệt phủ thực.

Ngoài ra còn xuất hiện một số chứng trạng khác như chất lưỡi hồng, tăng tiết đờm dãi (66,7%), tay chân co cứng, bí đại tiểu tiện, nói khó (33,3%).

3.3.1.4. Hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ

Bảng 3. 13. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (1) (n = 57)		Yên Bái (2) (n = 50)		Tổng (n = 107)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Liệt nửa người	48	84,2	50	100,0	98	91,6	0,003
Hồi hộp trống ngực	22	38,6	48	96,0	70	65,4	0,000
Tay chân yếu mềm	24	42,1	41	82,0	65	60,8	0,000
Tự hãn	8	14,0	27	54,0	35	32,7	0,000
Miệng méo	29	50,9	29	58,0	58	54,2	0,461
Phù	0	0,0	11	22,0	11	10,3	0,000
Lưỡi lệch	2	3,5	27	54,0	29	27,1	0,000
Đại tiện lỏng, nát	8	14,0	32	64,0	40	37,4	0,000
Nói khó hoặc thất ngôn	43	75,4	43	86,0	86	80,4	0,170
Chất lưỡi đỏ	9	15,8	31	62,0	40	37,4	0,000
Sắc mặt nhợt	32	56,1	44	88,0	76	71,0	0,000
Lưỡi có điểm ứ huyết	44	77,2	46	92,0	90	84,1	0,061
Mệt mỏi	47	82,5	48	96,0	95	88,8	0,033
Rêu lưỡi trắng hoặc trắng mỏng	56	98,3	46	92,0	102	95,3	0,183
Khó thở	3	5,3	4	8,0	7	6,5	0,703
Mạch trầm tế	55	96,5	47	94,0	102	95,3	0,663

Nhận xét: Các chứng trạng có tần suất xuất hiện cao nhất là: Liệt nửa người (91,6%), rêu lưỡi trắng hoặc trắng mỏng, mạch trầm tế (95,3%). Tiếp theo là nói khó hoặc thất ngôn, sắc mặt nhợt, lưỡi có điểm ứ huyết, mệt mỏi có tần suất xuất hiện trên

70,0 % ở người bệnh hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ. Các chứng trạng hội hợp trống ngực, tay chân yếu mềm, miệng méo xuất hiện với tần suất >50%.

3.3.1.5. Hội chứng bệnh Can phong nội động

Bảng 3. 14. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Can phong nội động

Chứng trạng YHCT (tần suất xuất hiện > 50%)	Lào Cai (n = 79)		Yên Bái (n = 11)		Tổng (n = 90)		P
	n	%	n	%	n	%	
Hoa mắt	67	84,8	8	72,7	75	83,3	0,384
Liệt nửa người	63	79,8	11	100,0	74	82,2	0,202
Chóng mặt	67	84,8	9	81,8	76	84,4	0,679
Tay chân co cứng	3	3,8	10	90,9	13	14,4	0,000
Lưỡi lệch	5	6,3	6	54,6	11	12,2	0,000
Căng thẳng dễ cáu giận	13	16,5	8	72,7	21	23,3	0,000
Miệng méo	58	73,4	7	63,6	65	72,2	0,490
Miệng đắng	36	45,6	10	90,9	46	51,1	0,005
Nói khó hoặc thất ngôn	61	77,2	10	90,9	71	78,9	0,446
Táo bón, tiểu vàng	30	38,0	10	90,9	40	44,4	0,002
Mặt đỏ	40	50,6	9	81,2	49	54,4	0,052
Chất lưỡi đỏ	37	46,8	11	100,0	48	53,3	0,001
Rêu vàng	78	98,7	11	100,0	89	98,9	1,000
Mắt đỏ	1	1,3	8	72,7	9	10,0	0,000
Mạch huyền sắc	72	91,1	9	81,2	81	90,0	0,302
Đầu căng	77	97,5	9	81,2	86	95,6	0,072

Nhận xét: Các chứng trạng có tần suất xuất hiện cao nhất là: Rêu lưỡi vàng (98,9%), đầu căng (95,6%), mạch huyền sắc (90,0%). Tiếp theo là chóng mặt, hoa mắt, liệt nửa người, miệng méo, nói khó hoặc thất ngôn có tần suất xuất hiện trên 70,0 % ở người hội chứng bệnh Khí hư huyết ú. Ngoài ra còn có chứng trạng miệng đắng, mặt đỏ, chất lưỡi đỏ (>50%).

3.3.1.6. Hội chứng bệnh Can thận hư

Bảng 3. 15. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Can thận hư

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (1) (n = 15)		Yên Bái (2) (n = 54)		Tổng (n = 69)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Liệt nửa người	15	100,0	51	94,4	66	95,7	1,000
Hay quên	13	86,7	42	77,8	55	79,7	0,718
Tay chân co cứng	9	60,0	44	81,5	53	76,8	0,096
Ngũ tâm phiền nhiệt	6	40,0	36	66,7	42	60,9	0,061
Ngủ ít	12	80,0	51	94,4	63	91,3	0,112
Lưỡi cứng	0	0,00	11	20,4	11	15,9	0,105
Lung, gối đau nhức	13	86,7	52	96,3	65	94,2	0,204
Nói khó	9	60,0	31	57,4	40	58,0	0,857
Hoa mắt	9	60,0	54	100,0	63	91,3	0,000
Chất lưỡi đỏ	5	33,3	41	75,9	46	66,7	0,002
Rêu lưỡi mỏng, ít	9	60,0	47	87,0	56	81,2	0,028
Chóng mặt	9	60,0	54	100,0	63	91,3	0,000
Mạch trầm tế	14	93,3	44	81,5	58	84,1	0,434
Ừ tai	12	80,0	44	81,5	56	81,2	1,000

Nhận xét: Các chứng trạng có tần suất xuất hiện cao nhất là: Liệt nửa người (95,7%), lung, gối đau nhức (94,2%), ngủ ít, hoa mắt, chóng mặt (91,3%). Tiếp theo là hay quên, tay chân co cứng, rêu lưỡi mỏng, ít, mạch trầm tế, ù tai có tần suất xuất

hiện trên 75% ở người bệnh hội chứng bệnh Can thận hư. Ngoài ra còn có chứng trạng ngũ tâm phiền nhiệt, nói khó, chất lưỡi đỏ có tần suất xuất hiện trên 50%.

3.3.1.7. Hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiếu (Âm bế)

Bảng 3. 16. Kết quả tần suất xuất hiện các chứng trạng của hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiếu

Chứng trạng YHCT	Lào Cai (n = 7)		Yên Bái (n = 0)		Tổng (n = 7)	
	n	%	n	%	n	%
Hôn mê	7	100,0	0	0,0	7	100,0
Nói khó	5	71,4	0	0,0	5	71,4
Liệt nửa người	7	100,0	0	0,0	7	100,0
Nói ngọng	4	57,1	0	0,0	4	57,1
Tay chân yếu mềm	7	100,0	0	0,0	7	100,0
Đại tiểu tiện không tự chủ	6	85,7	0	0,0	6	85,7
Thở khò khè	4	57,1	0	0,0	4	57,1
Chất lưỡi đậm nhạt	1	14,3	0	0,0	1	14,3
Tăng tiết đàm dãi	2	28,6	0	0,0	2	28,6
Có điểm ứ huyết	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sắc mặt trắng	4	57,1	0	0,0	4	57,1
Rêu lưỡi trắng nhớt	5	71,4	0	0,0	5	71,4
Mạch trầm hoặc trầm hoạt	7	100,0	0	0,0	7	100,0
Môi tím	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Các triệu chứng: Hôn mê, liệt nửa người, tay chân yếu mềm, mạch trầm hoặc trầm hoạt, nói khó, nói ngọng, đại tiểu tiện không tự chủ, thở khò khè, sắc mặt trắng, rêu lưỡi trắng nhớt gặp ở trên 50,0% người bệnh hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiếu. Trong đó triệu chứng Hôn mê, liệt nửa người, tay chân yếu mềm, mạch trầm hoặc trầm hoạt xuất hiện ở tất cả các người bệnh hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiếu.

Ngoài ra còn xuất hiện một số triệu chứng khác như: Chất lưỡi đậm nhạt, tăng tiết đờm dãi.

3.3.2. Kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán ở một số hội chứng bệnh

3.3.2.1. Hội chứng bệnh Khí hư huyết ú

Bảng 3. 17. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Khí hư huyết ú

Phân loại Tiêu chí chẩn đoán	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)
≥ 4 chính và 3 phụ	96	74,5	22,4	99,6
≥ 4 chính và 2 phụ	94,5	86,3	64,5	98,4
≥ 3 chính và 3 phụ	92,3	74,4	22,4	99,2
≥ 3 chính và 2 phụ	93,3	86,5	65,4	97,9
≥ 2 chính và 2 phụ	92,1	86,5	65,4	97,5

- **Triệu chứng chính (tần suất >70,0%):** Liệt nửa người, rêu lưỡi trắng hoặc trắng mỏng, mạch trầm tế, nói khó hoặc thất ngôn, sắc mặt nhợt, lưỡi có điểm ú huyết, mệt mỏi.
 - **Triệu chứng phụ (tần suất 50,0% đến dưới 70,0%):** Hôi hộp trống ngực, tay chân yếu mềm, miệng méo.

Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Khí hư huyết ú có độ nhạy cao, dao động từ 92,1% đến 96,0%. Tuy nhiên, độ đặc hiệu và giá trị dự đoán âm tính có sự khác biệt rõ rệt giữa các tiêu chí.

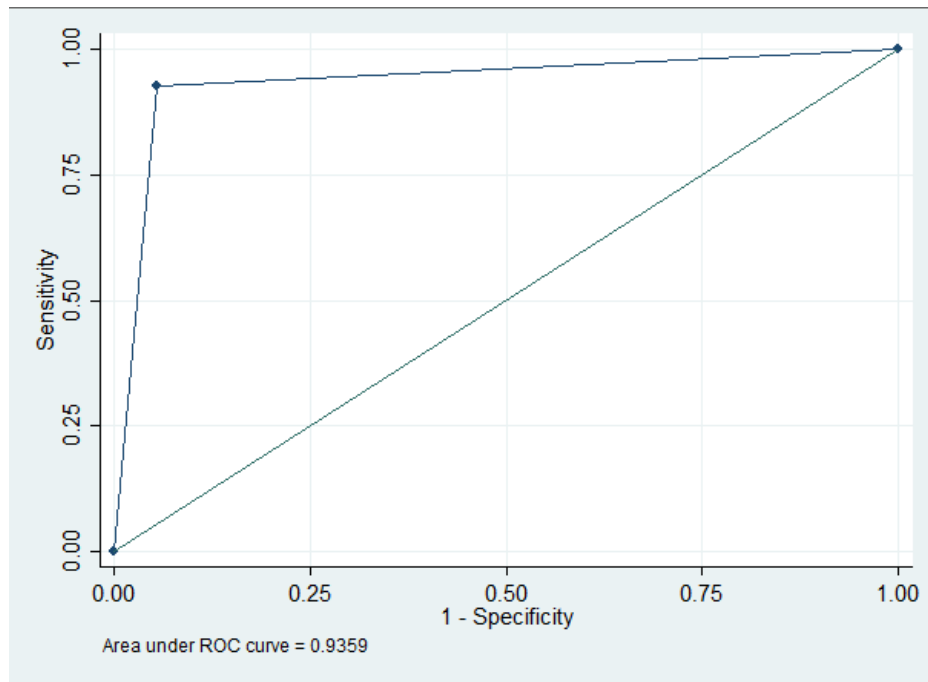
- Tiêu chí “≥ 4 chính và 3 phụ” đạt độ nhạy cao nhất (96,0%) và giá trị dự đoán dương tính rất cao (99,6%), độ đặc hiệu thấp (74,5%) và giá trị dự đoán âm tính rất thấp (22,4%).

- Tiêu chí “≥ 3 chính và 3 phụ” cũng cho độ nhạy cao (92,3%) và giá trị dự đoán dương tính cao (99,2%), độ đặc hiệu (74,4%) và giá trị dự đoán âm tính (22,4%) vẫn ở mức thấp.

- Tiêu chí “≥ 4 chính và 2 phụ” có độ đặc hiệu (86,3%) và giá trị dự đoán âm tính (64,5%), độ nhạy cao (94,5%) và giá trị dự đoán dương tính rất tốt (98,4%).

- Tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ” có độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu 86,5%, giá trị dự đoán âm tính 65,4% và giá trị dự đoán dương tính 97,9%.

- Tiêu chí “ ≥ 2 chính và 2 phụ” có độ nhạy thấp hơn (92,1%), độ đặc hiệu tương đối cao (86,5%) và giá trị dự đoán âm tính (65,4%), giá trị dự đoán dương tính thấp (97,5%).



Biểu đồ 3. 4. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ ≥ 3 chính và 2 phụ

Nhận xét: Tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ” có hiệu quả phân biệt bệnh nhân mắc và không mắc khí hư huyết ứ với diện tích dưới đường cong ROC AUC (Receiver Operating Characteristic - Area Under the Curve) = 0,936. Kết quả này cho thấy tiêu chí có giá trị chẩn đoán rất tốt, khả năng phân biệt cao giữa nhóm bệnh và không bệnh, phù hợp để sử dụng trong thực hành lâm sàng.

3.3.2.2. Hội chứng bệnh Can thận hư

Bảng 3. 18. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Can thận hư

Phân loại Tiêu chí chẩn đoán	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)
≥ 5 chính và 3 phụ	100	83,4	18,8	100
≥ 5 chính và 2 phụ	94,2	93,3	71,0	98,9
≥ 4 chính và 3 phụ	100	83,4	18,8	100
≥ 4 chính và 2 phụ	84,5	93,2	71,0	96,8
≥ 3 chính và 3 phụ	92,9	83,3	18,8	99,6
≥ 3 chính và 2 phụ	65,3	92,7	71,0	90,7
≥ 2 chính và 2 phụ	44,1	91,6	71,0	77,9
<p>- Triệu chứng chính (tần suất >70,0%): Liệt nửa người, lưng, gối đau nhức, ngủ ít, hoa mắt, chóng mặt, hay quên, tay chân co cứng, rêu lưỡi mỏng, ít, mạch trầm tế, ù tai.</p> <p>- Triệu chứng phụ (tần suất 50,0% đến dưới 70,0%): Ngũ tâm phiền nhiệt, nói khó, chất lưỡi đỏ.</p>				

Nhận xét:

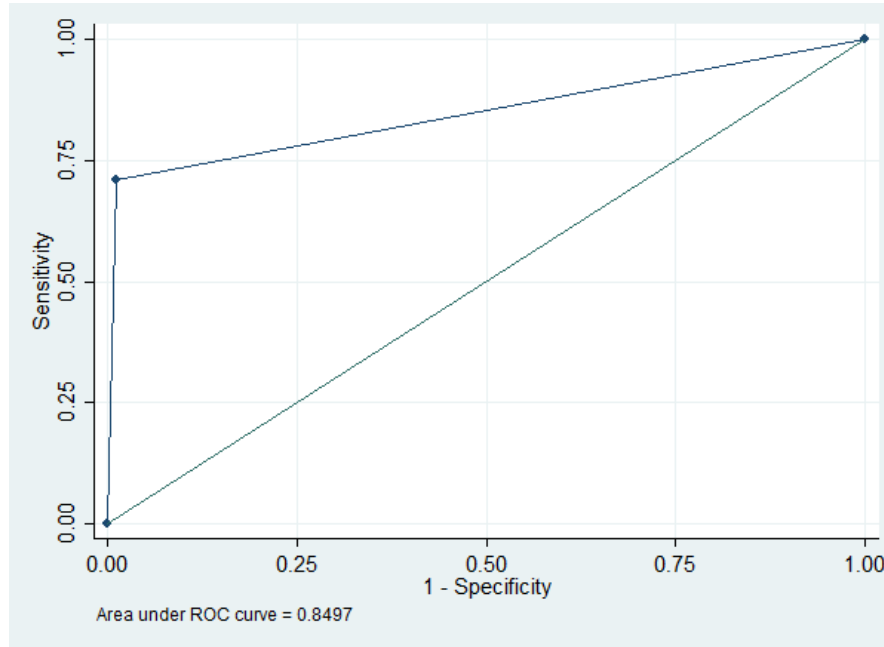
Kết quả phân tích cho thấy các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Can thận hư có sự khác biệt rõ rệt về độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị dự đoán.

- Các tiêu chí có yêu cầu số lượng triệu chứng chính và phụ cao như “≥ 5 chính và 3 phụ” và “≥ 4 chính và 3 phụ” đạt độ nhạy tuyệt đối (100%) và giá trị dự đoán dương tính 100%. Tuy nhiên, các tiêu chí này có độ đặc hiệu ở mức trung bình (83,4%) và giá trị dự đoán âm tính rất thấp (18,8%).

- Các tiêu chí giảm số lượng triệu chứng phụ như “≥ 4 chính và 2 phụ” và “≥ 3 chính và 2 phụ” có độ đặc hiệu cao (92,7–93,2%) và giá trị dự đoán âm tính được cải thiện (71,0%), tuy nhiên độ nhạy giảm rõ rệt, đặc biệt với tiêu chí “≥ 3 chính và 2 phụ” chỉ đạt 65,3%.

- Tiêu chí “≥ 5 chính và 2 phụ” có độ nhạy 94,2%, độ đặc hiệu 93,3%, giá trị dự đoán âm tính 71,0% và giá trị dự đoán dương tính 98,9%.

- Tiêu chí “ ≥ 2 chính và 2 phụ” có độ nhạy thấp nhất (44,1%), mặc dù duy trì được độ đặc hiệu tương đối cao (91,6%).



Biểu đồ 3. 5. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Can thận hư ≥ 5 chính và 2 phụ

Nhận xét:

Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 2 phụ” có hiệu quả phân biệt bệnh nhân mắc và không mắc hội chứng bệnh Can thận hư với diện tích dưới đường cong ROC AUC = 0,85. Điều này cho thấy tiêu chí có giá trị chẩn đoán tốt, có thể sử dụng trong thực hành lâm sàng, tuy chưa đạt mức tối ưu.

3.3.2.3. Hội chứng bệnh Phong đàm

Bảng 3. 19. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Phong đàm

Phân loại Tiêu chí chẩn đoán	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)
≥ 5 chính và 3 phụ	92,0	87,4	35,9	99,3
≥ 5 chính và 2 phụ	93,0	92,2	62,5	99,0
≥ 4 chính và 3 phụ	92,3	87,7	37,5	99,3

≥ 4 chính và 2 phụ	87,8	93,0	67,2	97,9
≥ 3 chính và 3 phụ	92,3	87,7	37,5	99,3
≥ 3 chính và 2 phụ	45,7	91,8	67,2	82,2
<p>- Triệu chứng chính (tần suất >70,0%): tay chân tê bì, mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt, liệt nửa người, chóng mặt, hoa mắt, rêu lưỡi trắng dày nhớt và đau đầu như bó.</p> <p>- Triệu chứng phụ (tần suất 50,0% đến dưới 70,0%): nói khó, chất lưỡi nhợt, rối loạn cảm giác và miệng méo.</p>				

Nhận xét:

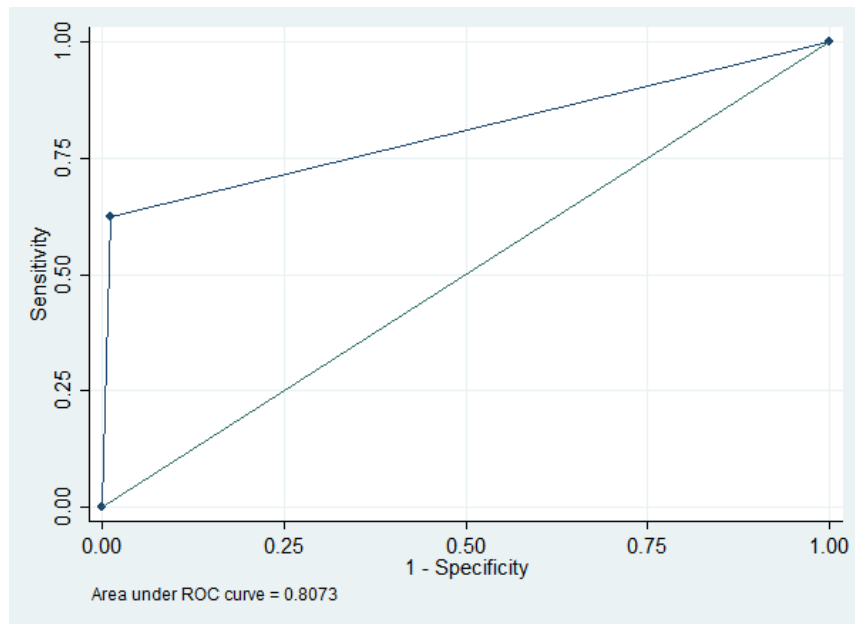
Kết quả phân tích cho thấy các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Phong đàm có độ nhạy nhìn chung cao, dao động từ 87,8% đến 93,0% ở các tiêu chí có số lượng triệu chứng chính từ 4–5.

- Các tiêu chí yêu cầu số lượng triệu chứng cao như “ ≥ 5 chính và 3 phụ”, “ ≥ 4 chính và 3 phụ” và “ ≥ 3 chính và 3 phụ” đều đạt độ nhạy cao (92,0–92,3%) và giá trị dự đoán dương tính rất cao (99,3%). Tuy nhiên, các tiêu chí này có giá trị dự đoán âm tính thấp (35,9–37,5%).

- Các tiêu chí giảm số lượng triệu chứng phụ như “ ≥ 4 chính và 2 phụ” cho thấy độ đặc hiệu cao nhất (93,0%) và giá trị dự đoán âm tính được cải thiện rõ rệt (67,2%), song độ nhạy giảm xuống còn 87,8%.

- Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 2 phụ” có độ nhạy 93,0%, độ đặc hiệu 92,2%, giá trị dự đoán âm tính 62,5% và giá trị dự đoán dương tính 99,0%.

- Tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ” có độ nhạy thấp nhất (45,7%), độ đặc hiệu tương đối cao (91,8%).



Biểu đồ 3. 6. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Phong đàm ≥ 5 chính và 2 phụ

Nhận xét:

Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 2 phụ” có hiệu quả phân biệt bệnh nhân mắc và không mắc hội chứng bệnh Phong đàm với diện tích dưới đường cong ROC AUC = 0,81. Điều này cho thấy tiêu chí có giá trị chẩn đoán ở mức tốt, có thể sử dụng trong thực hành lâm sàng, nhưng chưa đạt mức tối ưu.

3.3.2.4. Hội chứng bệnh Can phong nội động

Bảng 3. 20. Kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán Hội chứng bệnh Can phong nội động

Phân loại Tiêu chí chẩn đoán	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)
≥ 6 chính và 3 phụ	85,7	76,8	13,3	99,2
≥ 6 chính và 2 phụ	90,2	82,8	41,1	98,5
≥ 6 chính và 1 phụ	88,0	91,3	73,3	96,5
≥ 5 chính và 3 phụ	87,5	77,2	15,6	99,2
≥ 5 chính và 2 phụ	91,1	83,9	45,6	98,5
≥ 5 chính và 1 phụ	83,9	93,5	81,1	94,6
≥ 4 chính và 3 phụ	87,5	77,2	15,6	99,2
≥ 4 chính và 1 phụ	67,6	93,7	83,3	86,2
≥ 3 chính và 3 phụ	87,5	77,2	15,6	99,2
≥ 3 chính và 2 phụ	87,8	84,4	47,8	97,7
≥ 3 chính và 1 phụ	50,0	92,9	84,4	70,8

- **Triệu chứng chính (tần suất >70,0%):** Rêu lưỡi vàng, đầu căng, mạch huyền sắc, chóng mặt, hoa mắt, liệt nửa người, miệng méo, nói khó hoặc thất ngôn.
 - **Triệu chứng phụ (tần suất 50,0% đến dưới 70,0%):** Mặt đỏ, chất lưỡi đỏ, miệng đắng.

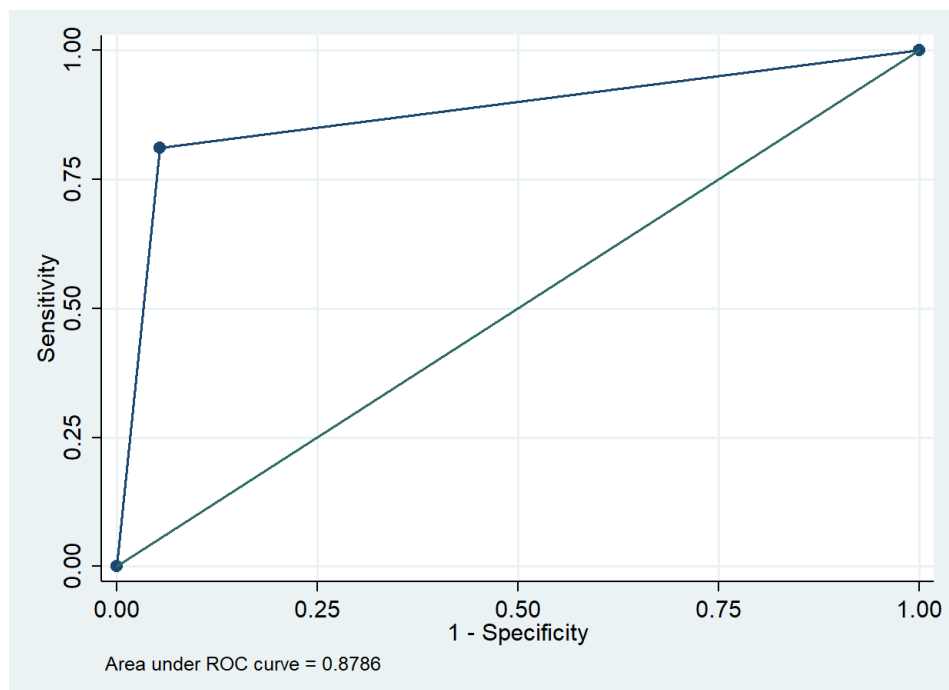
Nhận xét:

Kết quả phân tích cho thấy các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Can phong nội động có độ nhạy dao động từ 50,0% đến 91,1.

- Các tiêu chí yêu cầu số lượng triệu chứng chính cao như “≥6 chính và 3 phụ”, “≥6 chính và 2 phụ”, “≥6 chính và 1 phụ”, “≥5 chính và 3 phụ”, “≥5 chính và 2 phụ” và “≥4 chính và 2 phụ” có độ nhạy cao (85,7–91,1%) và giá trị dự đoán dương tính rất cao (96,5 – 99,2%), giá trị dự đoán âm tính của các tiêu chí này còn thấp (13,3–73,3%).

- Các tiêu chí giảm số lượng triệu chứng chính như “ ≥ 4 chính và 1 phụ” và “ ≥ 3 chính và 1 phụ” có độ đặc hiệu tương đối cao (92,9–93,7%) và giá trị dự đoán âm tính cao hơn (83,3–84,4%), song độ nhạy giảm rõ rệt (50,0% và 67,6%).

- Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 1 phụ” thể hiện sự cân bằng tối ưu nhất giữa các chỉ số chẩn đoán, với độ nhạy 83,9%, độ đặc hiệu 93,5%, giá trị dự đoán dương tính 94,6% và giá trị dự đoán âm tính 81,1%.



Biểu đồ 3. 7. Đường cong ROC của mô hình chẩn đoán Hội chứng bệnh Can phong nội động ≥ 5 chính và 1 phụ

Nhận xét:

Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 1 phụ” có hiệu quả phân biệt bệnh nhân mắc và không mắc hội chứng bệnh Can phong nội động với diện tích dưới đường cong ROC AUC = 0,88. Điều này cho thấy tiêu chí có giá trị chẩn đoán ở mức tốt, có thể sử dụng trong thực hành lâm sàng, nhưng chưa đạt mức tối ưu.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Kết quả nghiên cứu trên 350 người bệnh đột quỵ não cho thấy, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,4 \pm 11,9$ tuổi. Nhóm tuổi từ 60–69 và ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (37,7% nhóm tuổi 60-69 và 34,6% nhóm tuổi ≥ 70), trong khi các nhóm tuổi dưới 50 chiếm tỷ lệ thấp, đặc biệt không ghi nhận trường hợp nào dưới 30 tuổi. Điều này phản ánh rõ rệt quy luật dịch tễ của bệnh lý mạch máu não: tuổi càng cao, nguy cơ đột quỵ càng lớn.

Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization - WHO) 2019, hơn 70% các trường hợp đột quỵ xảy ra ở những người trên 60 tuổi. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai do Nguyễn Văn Thắng và cộng sự (2018) thực hiện, cho thấy độ tuổi trung bình của người bệnh đột quỵ là $66,3 \pm 12,1$, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [26]. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, kết quả nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và cộng sự (2016), tuổi trung bình của người bệnh xuất huyết não nặng nằm tại khu vực hồi sức thần kinh – khoa nội thần kinh là $58,19 \pm 16,10$ tuổi [27]. Tại khoa cấp cứu Bệnh viện giao thông vận tải năm 2024, tuổi bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ dao động từ 49–93 [28]. Như vậy, kết quả của chúng tôi vừa phù hợp với xu thế chung, vừa phản ánh đặc điểm dân số Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hóa, dẫn đến tỷ lệ đột quỵ ở người cao tuổi ngày càng tăng.

Cơ chế bệnh sinh lý giải hiện tượng này là do theo tuổi tác, thành mạch máu dần mất tính đàn hồi, dễ xơ vữa; khả năng điều hòa huyết áp, chuyển hóa lipid giảm sút; đồng thời tích lũy nhiều bệnh mạn tính kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu. Theo YHCT, tuổi cao đồng nghĩa với tình trạng “chính khí suy”, tạng phủ hư tổn, đặc biệt là can thận âm hư, khí huyết suy nhược, làm cơ thể dễ bị phong, đàm, hỏa, ú huyết xâm phạm, gây nên chứng Trúng phong.

4.1.2. Đặc điểm theo giới

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam giới chiếm 62,0%, cao hơn so với nữ giới 38,0%. Kết quả này phù hợp với đa số nghiên cứu dịch tễ về đột quỵ não. Theo số liệu của Tổ chức đột quỵ Thế giới (World Stroke Organization – WSO) 2021, nam giới có nguy cơ đột quỵ cao hơn nữ giới, đặc biệt ở nhóm dưới 75 tuổi. Ở Việt Nam, Phan Minh Hoàng và cộng sự nghiên cứu thực trạng bệnh nhồi máu não tại khoa thần kinh sọ não, Bệnh viện phục hồi chức năng - điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2022-2023 cho thấy tỷ lệ nam chiếm ưu thế (64,0%) [29]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Dương và cộng sự (2022) tại Bệnh viện 108 ghi nhận tỷ lệ nam chiếm 54,2%, nữ chiếm 45,8% [30].

Nguyên nhân của sự khác biệt giới tính này có thể được giải thích do: nam giới có tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia cao hơn; nam thường mắc hội chứng chuyển hóa, tăng huyết áp ở độ tuổi sớm hơn nữ; hormon estrogen ở nữ giới trước mãn kinh có vai trò bảo vệ mạch máu. Tuy nhiên, ở độ tuổi sau mãn kinh, nguy cơ đột quỵ ở nữ tiến gần nam, thậm chí có thể vượt qua do tình trạng loãng xương, xơ vữa động mạch.

Theo YHCT, nam giới thường mang đặc tính “dương cường”, dễ sinh phong, sinh hỏa, trong khi nữ giới thiên về “âm huyết”. Do đó, khi gặp các yếu tố khởi phát (phong, đàm, hỏa), nam giới thường biểu hiện đột ngột, mạnh mẽ hơn, phù hợp với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn trong nghiên cứu.

4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Nghiên cứu ghi nhận đa số người bệnh thuộc nhóm lao động chân tay hoặc đã nghỉ hưu, chiếm đến 88,6%. Nông dân, lao động tự do, các nghề lao động phổ thông (lái xe, thợ mộc, bảo vệ...) chiếm tỷ lệ chủ yếu. Nhóm nhân viên văn phòng, giáo dục, y tế... có tỷ lệ rất thấp (<5,0%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với báo cáo của tác giả Huỳnh Thị Phương Minh và cộng sự trên bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2014 - 2015, cho thấy người bệnh chủ yếu là mất sức lao động (75,7%); lao động phổ thông chiếm 21,4%; công chức, kinh doanh 2,9% [31].

Điều này phản ánh đặc thù dân số Việt Nam, nơi lực lượng lao động nông nghiệp và lao động phổ thông chiếm tỷ lệ cao. Mặt khác, nhóm nghề này thường có điều kiện kinh tế – xã hội hạn chế, ít tiếp cận dịch vụ y tế dự phòng, kiểm soát kém các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường. Ngoài ra, một bộ phận không nhỏ người bệnh trong nhóm nghiên cứu là người đã về hưu, tuổi cao, gắn liền với yếu tố nguy cơ bệnh mạn tính.

Trong quan điểm YHCT, sự lao lực kéo dài, ăn uống thất điều, tinh thần lo âu dễ dẫn đến khí huyết hư suy, nội thương tạng phủ, góp phần hình thành các hội chứng bệnh khí hư huyết ú, can thận hư – vốn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian mắc bệnh của người bệnh đột quy não khi nhập viện phân bố không đồng đều, trong đó hai nhóm dưới 24 giờ và từ 24 giờ đến dưới 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt 26,3% và 26,0%). Điều này phản ánh thực tế ngày càng có nhiều người bệnh và gia đình đã nhận thức sớm hơn về tính cấp cứu của đột quy não, từ đó chủ động đưa người bệnh đến cơ sở y tế trong giai đoạn sớm của bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh nhập viện sau giai đoạn cấp vẫn còn tương đối cao, đặc biệt nhóm mắc bệnh trên 2 tháng chiếm tới 21,5%, cho thấy không ít trường hợp chỉ tiếp cận điều trị khi đã bước vào giai đoạn bán cấp hoặc mạn tính.

Sự khác biệt về thời gian nhập viện giữa hai địa điểm nghiên cứu cho thấy những đặc thù nhất định về điều kiện kinh tế – xã hội, địa lý và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Tại Lào Cai, người bệnh chủ yếu nhập viện trong khoảng từ 24 giờ đến dưới 5 ngày, trong khi tại Yên Bái, tỷ lệ nhập viện sớm dưới 24 giờ cao hơn và đồng thời cũng ghi nhận tỷ lệ người bệnh nhập viện muộn trên 2 tháng tương đối lớn. Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt trong mạng lưới y tế tuyến cơ sở, khả năng chuyển tuyến, cũng như nhận thức của người dân về đột quy và vai trò của điều trị Y học cổ truyền trong các giai đoạn khác nhau của bệnh.

Tỷ lệ nhập viện sớm (<24 giờ) trong nghiên cứu tương đối khả quan so với nhiều nghiên cứu trong nước trước đây, tuy nhiên vẫn còn thấp nếu so sánh với số liệu của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Đột quy Hoa Kỳ năm 2020, khi tại

các quốc gia phát triển có trên 50% người bệnh được tiếp cận y tế trong vòng 3 giờ đầu. Việc người bệnh đến viện sớm không chỉ có ý nghĩa quan trọng trong YHHĐ nhằm tăng cơ hội can thiệp tái tưới máu, mà trong YHCT cũng giúp chẩn đoán sớm chứng trạng, phân thể bệnh chính xác hơn và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp ngay từ giai đoạn đầu, góp phần cải thiện tiên lượng và hạn chế di chứng sau đột quỵ.

Theo quan điểm YHCT, người bệnh đến muộn thường đã bước vào giai đoạn “chính khí suy, tà khí thịnh”, do đó biểu hiện nặng nề hơn, dễ xuất hiện biến chứng và di chứng. Điều này lý giải tại sao các hội chứng bệnh nặng như khí hư huyết ứ, can thận hư chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu.

4.1.5. Yếu tố nguy cơ

Người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất 01 yếu tố nguy cơ mắc bệnh kèm theo. Yếu tố bệnh lý tim mạch, huyết áp phổ biến nhất, chiếm 74,9%. Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh khác gặp ít hơn như: Đái tháo đường chiếm 19,4 %, Rối loạn chuyển hóa lipid chiếm 16,0 %, uống rượu bia chiếm 15,7%, hút thuốc lá chiếm 15,4%, béo phì 3,1% và các yếu tố khác là 0,3%.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu, phù hợp với nhiều nghiên cứu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Trường Ân và cộng sự (2024) trên bệnh nhân nhồi máu não tái phát tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ: Yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh nhân là tăng huyết áp (83,6%), trong đó có 88,2% bệnh nhân điều trị liên tục. Đái tháo đường cũng là một nguy cơ thường gặp với 29,5% bệnh nhân đã được chẩn đoán, trong đó toàn bộ là đái tháo đường type 2. Có 27,9% bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông/thuốc chống kết tập tiểu cầu, 23% bệnh nhân có tình trạng rối loạn lipid máu, 23% bệnh nhân có thừa cân/béo phì, 41% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá, 31,1% bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu bia và 65,6% bệnh nhân ít vận động thể lực [32].

Rối loạn chuyển hóa lipid máu, đái tháo đường và béo phì cũng góp phần đáng kể. Trong khi đó, hút thuốc lá và rượu bia tuy tỷ lệ không cao trong nghiên cứu (12 – 13%), nhưng vẫn là yếu tố làm gia tăng nguy cơ, đặc biệt ở nam giới.

Theo YHCT, các yếu tố nguy cơ này tương ứng với “nội thương” (tỳ hư, can dương thượng cang, đàm thấp nội thịnh...), lâu ngày làm tổn thương mạch lạc, khí huyết ú trệ, dễ bị phong tà xâm nhập gây Trúng phong. Như vậy, số liệu nghiên cứu vừa phản ánh đúng cơ chế bệnh sinh YHHĐ, vừa phù hợp với lý luận YHCT.

4.1.6. Đặc điểm người bệnh phân bố theo chẩn đoán Y học hiện đại

Trong nghiên cứu, phần lớn người bệnh được chẩn đoán nhồi máu não (73,2%), xuất huyết não chiếm 17,1%, và 9,7% không xác định rõ loại đột quy não. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với thực tiễn lâm sàng và xu thế chung. Các nghiên cứu tại Việt Nam đều ghi nhận nhồi máu não chiếm ưu thế. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, giai đoạn 08/2021 – 07/2022, nhồi máu não chiếm 82,96%, xuất huyết não 16,14%, xuất huyết chuyển dạng 0,9% [33]. Tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, nghiên cứu năm 2022 cho thấy tỷ lệ nhồi máu não 90,2% [34].

Theo WHO (2019), trên toàn cầu, nhồi máu não chiếm khoảng 70 – 80% các trường hợp đột quy não, trong khi xuất huyết não chiếm 15 – 25% [35]. Nghiên cứu ở Trung Quốc (2020) cho thấy nhồi máu não chiếm 86,8% [36]. Tại Nhật Bản (2016), tỷ lệ này khoảng 74% [37]. Như vậy, số liệu của nghiên cứu không chỉ phản ánh tình hình trong nước mà còn tương đồng với quốc tế.

Tỷ lệ nhồi máu não cao khẳng định sự cần thiết của các biện pháp phát hiện sớm và điều trị tái tưới máu (tiêu sợi huyết, can thiệp mạch). Tuy nhiên, do tỷ lệ người bệnh đến muộn còn cao, cơ hội áp dụng các biện pháp này còn hạn chế.

4.1.7. Đặc điểm người bệnh phân bố theo hội chứng bệnh Y học cổ truyền

Trong Y văn cổ điển, *Hoàng Đế Nội Kinh* và *Chư bệnh nguyên hậu luận* đều mô tả: Trúng phong có thể chỉ dừng ở phần kinh lạc, biểu hiện liệt nửa người, nói khó, tê bì, nhưng vẫn tỉnh táo. Khi tà khí nhập sâu vào tạng phủ, người bệnh sẽ hôn mê, miệng há, mắt nhắm không kín, tay chân co cứng, mạch trầm tế hoặc phù sắc, đó là thể Trúng phong tạng phủ, tiên lượng nặng hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số người bệnh được chẩn đoán theo YHCT thuộc thể Trúng phong kinh lạc chiếm 98,0%, trong khi Trúng phong tạng phủ chỉ chiếm 2,0%. Điều này phản ánh đặc thù người bệnh trong nghiên cứu chủ yếu ở giai

đoạn bệnh đã qua cơn cấp cứu ban đầu, hoặc mức độ tổn thương chưa đến mức hôn mê sâu, nguy kịch. Đồng thời, điều này cũng cho thấy hệ thống cấp cứu ban đầu ngày càng tốt hơn, giúp giảm tỷ lệ người bệnh đến giai đoạn tạng phủ.

Người bệnh tham gia nghiên cứu mắc bệnh thuộc hội chứng bệnh Khí hư huyết ú, Can phong nội động và Can thận hư chiếm tỷ lệ cao, chiếm 76,0%. Tỷ lệ này ở Lào Cai chiếm 75,5%, Yên Bái chiếm 76,7%. Tỷ lệ người bệnh mắc hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiếu (Âm bế) chỉ chiếm 2,0%; không có người bệnh nào thuộc hội chứng bệnh Nguyên khí hư thoát và Đàm nhiệt nội bế (Dương bế).

Nhồi máu não thuộc phạm trù “Trúng phong (Trúng phong kinh lạc)” của YHCT, căn nguyên bệnh sinh là do khí hư, huyết ú, đàm trở làm cho khí huyết vận hành bị cản trở, tinh vi không được phân bố, gân mạch tứ chi mất sự nuôi dưỡng mà phát bệnh. Đây là chứng bản hư tiêu thực, khí hư là gốc, đàm trở và huyết ú là ngọn. Bệnh thường gặp ở người cao tuổi; người cao tuổi tạng phủ suy hư, tỳ vị hư nhược làm cho nguồn sinh hóa khí huyết không đầy đủ, huyết hành vô lực dẫn đến huyết mạch ú trệ; tỳ hư thì thủy ẩm không hóa, đàm ẩm nội đình, đàm trở nội trở; can thận âm hư không thể tiềm tàng can dương, can dương hóa phong, can phong nội động, đàm trở huyết ú theo phong thượng thăng, bế trở mạch máu mà phát thành Trúng phong [38], [39], [40]. Vì vậy, trên lâm sàng hội chứng bệnh khí hư huyết ú là thường gặp nhất, tiếp đến là hội chứng bệnh Can phong nội động và hội chứng bệnh Can thận hư. Do đó, ích khí hoạt huyết, kiện tỳ hóa đàm, bình can tức phong là đại pháp điều trị nhồi máu não.

Kết quả này phản ánh bản chất bệnh sinh Trúng phong theo YHCT: Người cao tuổi, khí huyết suy, tạng phủ hư dẫn đến hình thành Khí hư huyết ú; quá trình lão hóa, Can thận hư; thói quen ăn uống không điều tiết, chuyển hóa dễ sinh phong đàm hoặc đàm nhiệt.

Trong y văn, *Đan Khê Tâm pháp* của Chu Đan Khê đã nêu rõ: "Trúng phong phần nhiều do khí hư huyết ú, can thận suy yếu". Kết quả nghiên cứu một lần nữa khẳng định giá trị thực tiễn của học thuyết này.

4.2. Kết quả đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc

4.2.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vọng chẩn

Kết quả nghiên cứu cho thấy, qua vọng chẩn, liệt nửa người là chứng trạng gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ rất cao (89,1%). Đây là biểu hiện điển hình của bệnh lý đột quy não, phản ánh tình trạng bế tắc kinh lạc, khí huyết không thông, phù hợp với quan điểm YHCT coi “Trúng phong” là bệnh lý khởi phát đột ngột, chủ yếu gây tổn thương vận động. Tỷ lệ liệt mặt (miệng méo, mắt nhắm không kín) cũng khá cao (48,6%), cho thấy tổn thương thường liên quan đến vùng đầu mặt, dây thần kinh sọ não, phù hợp với biểu hiện lâm sàng thường gặp của nhồi máu não theo YHHTD.

Các biểu hiện về lưỡi và rêu lưỡi xuất hiện với tỷ lệ đáng kể như rêu lưỡi trắng, rêu lưỡi mỏng ít, chất lưỡi đỏ và rêu lưỡi vàng, phản ánh sự đa dạng về bệnh cơ và hội chứng bệnh lý YHCT ở người bệnh đột quy não. Rêu lưỡi trắng, mỏng thường gợi ý tình trạng khí hư, dương hư, trong khi chất lưỡi đỏ và rêu lưỡi vàng liên quan đến nhiệt chứng, âm hư nội nhiệt hoặc can phong nội động [41]. Điều này cho thấy bệnh sinh đột quy não theo YHCT không đơn thuần mà thường là sự kết hợp của hư – thực, hàn – nhiệt.

So sánh giữa hai địa điểm nghiên cứu ghi nhận nhiều chứng trạng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tại Yên Bái, tỷ lệ liệt nửa người, chất lưỡi đỏ, lưỡi cứng, lưỡi lệch cao hơn, gợi ý xu hướng bệnh lý thiên về thực chứng và can phong nội động. Trong khi đó, tại Lào Cai, các biểu hiện như rêu lưỡi mỏng, ít và rêu lưỡi vàng gặp nhiều hơn, có thể liên quan đến đặc điểm thể trạng, điều kiện sinh hoạt, khí hậu và thời điểm tiếp nhận người bệnh. Tuy nhiên, một số chứng trạng nặng như hôn mê, phù hay lưỡi có điểm ứ huyết không có sự khác biệt, cho thấy tính chất chung của bệnh đột quy não giữa các vùng là tương đối tương đồng.

4.2.2. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo văn chẩn

Qua văn chẩn, chứng trạng nói ngọng, nói khó hoặc thất ngôn chiếm tỷ lệ cao nhất (73,1%), phản ánh rõ rệt tổn thương chức năng ngôn ngữ và vận động cơ quan phát âm, vốn là biểu hiện thường gặp trong đột quy não. Theo YHCT, đây là hậu quả

của phong đàm, huyết ứ hoặc phong nội động, làm trở ngại sự vận hành của khí huyết vùng đầu mặt.

So sánh giữa hai địa điểm nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nói ngọng, nói khó hoặc thất ngôn không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, chứng tỏ đây là biểu hiện phổ biến, ít chịu ảnh hưởng bởi yếu tố vùng miền. Ngược lại, chứng trạng tăng tiết đờm dãi có sự khác biệt rõ rệt, với tỷ lệ cao hơn tại Yên Bái. Điều này có thể liên quan đến tỷ lệ các hội chứng bệnh phong đàm hoặc can phong nội động cao hơn, đồng thời phản ánh vai trò của đàm tà trong bệnh sinh đột quy não, đặc biệt ở những người bệnh có cơ địa béo phì, rối loạn chuyển hóa hoặc bệnh lý tim mạch kèm theo.

4.2.3. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo vấn chẩn

Theo vấn chẩn, các triệu chứng chủ quan như chóng mặt, tay chân tê bì, hoa mắt và ngủ ít xuất hiện với tỷ lệ cao, cho thấy người bệnh đột quy não không chỉ chịu tổn thương vận động mà còn bị ảnh hưởng rõ rệt về cảm giác, thần kinh thực vật và chất lượng giấc ngủ. Chóng mặt, hoa mắt thường liên quan đến tình trạng não tủy bất túc, can thận hư hoặc huyết ứ cản trở thanh khiếu. Tay chân tê bì và rối loạn cảm giác phản ánh sự tắc nghẽn kinh lạc và nuôi dưỡng kém của khí huyết [41].

Nhiều chứng trạng theo vấn chẩn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai địa điểm, đặc biệt là các triệu chứng liên quan đến cảm giác, nội nhiệt và hư chứng như ù tai, ngũ tâm phiền nhiệt, tự hãn, mệt mỏi và hay quên. Điều này gợi ý sự khác biệt về cơ địa, tuổi tác và giai đoạn bệnh giữa các nhóm người bệnh, đồng thời cho thấy vai trò nổi bật của các hội chứng bệnh can thận hư và khí hư huyết ứ trong nghiên cứu.

Ngược lại, một số triệu chứng như ngủ ít, táo bón hay đại tiểu tiện không tự chủ không có sự khác biệt giữa hai địa phương, phản ánh tính chất phổ biến và tương đối ổn định của các biểu hiện này trong bệnh đột quy não.

4.2.4. Tần suất xuất hiện các chứng trạng Y học cổ truyền theo tứ chẩn

Qua thiết chẩn, mạch trầm tế là biểu hiện gặp nhiều nhất (48,3%), tiếp theo là tay chân co cứng và tay chân yếu mềm. Mạch trầm tế thường gặp trong các hội chứng bệnh khí hư, huyết hư hoặc can thận hư, phù hợp với thực tế người bệnh đột quy não

chủ yếu là người cao tuổi, có nhiều bệnh mạn tính nền. Trong khi đó, mạch huyền sắc và huyền hoạt phản ánh tình trạng can phong nội động, đàm nhiệt hoặc thực chứng, thường gặp ở giai đoạn sớm [41].

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của đa số chứng trạng thiết chẩn giữa hai địa điểm cho thấy yếu tố vùng miền, thời điểm tiếp nhận và phân bố hội chứng bệnh có ảnh hưởng nhất định đến biểu hiện mạch tượng. Tuy nhiên, mạch huyền hoạt không có sự khác biệt, cho thấy đây là loại mạch có thể gặp ở nhiều hội chứng bệnh khác nhau của đột quy não.

Nhìn chung, việc phân tích các triệu chứng theo YHCT không chỉ giúp làm rõ đặc điểm lâm sàng của người bệnh đột quy não, mà còn có ý nghĩa thực tiễn trong định hướng biện chứng quy nạp hội chứng bệnh, góp phần chuẩn hóa chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp trong thực hành YHCT.

4.3. Kết quả quy nạp một số hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não tại một số bệnh viện Y học cổ truyền khu vực miền Bắc

4.3.1. Tần suất xuất hiện các chứng trạng theo hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền

4.3.1.1. Hội chứng bệnh Lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập

Trong nghiên cứu, hội chứng bệnh này chiếm tỷ lệ thấp (2,9%, 10/350 người bệnh). Các triệu chứng đặc trưng là: liệt nửa người, tay chân tê bì (100%), khớp xương đau nhức, nói khó, rêu lưỡi trắng và mạch huyền tế hoặc phù sắc (90,0%), nói khó, tăng tiết đờm rãi (70,0%).

So với mô tả kinh điển trong *Chư bệnh nguyên hậu luận*, hội chứng bệnh này thường khởi phát do phong tà xâm nhập, khí huyết vốn suy yếu nên kinh lạc trống rỗng, tà khí dễ xâm nhập gây liệt và tê bì. Các biểu hiện như sợ gió, phát sốt, rêu lưỡi trắng, mạch phù sắc là bằng chứng cho thấy ngoại phong còn tồn tại.

Sự ít gặp của hội chứng bệnh này có thể do:

- Phần lớn người bệnh nhập viện khi bệnh đã tiến triển, tà khí không còn biểu hiện rõ, mà chuyển thành đàm, ứ huyết.

- Chẩn đoán YHHĐ chủ yếu là nhồi máu não, thường liên quan nội phong – nội thương, ít gặp ngoại phong thuần túy.

Theo cơ chế YHHĐ, thể này có thể tương ứng với đột quy não nhẹ, giai đoạn sớm, khi tổn thương não còn nhỏ, người bệnh vẫn tỉnh, triệu chứng thần kinh chưa nặng.

4.3.1.2. Hội chứng bệnh Phong đàm

Hội chứng bệnh phong đàm chiếm 18,3% (64/350 người bệnh). Các triệu chứng chính gồm: tay chân tê bì (100,0%), mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt (96,9%), liệt nửa người (84,4%), chóng mặt (84,4%), hoa mắt (81,3%), rêu lưỡi trắng dày nhớt (87,5%) và đau đầu như bó (70,3%).

Trong y văn, *Đan Khê Tâm pháp* và *Y học tâm đắc* đều khẳng định “đàm là gốc của nhiều chứng phong”, vì khi tỳ hư sinh đàm, đàm uất lại hóa phong, phong đàm quấy nhiễu thanh khiếu gây Trúng phong. Các triệu chứng chóng mặt, đau đầu, nhiều đờm dãi, rêu lưỡi nhớt là minh chứng rõ rệt.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phong đàm ở miền Bắc cao hơn, phù hợp với khí hậu ẩm lạnh, làm đàm thấp dễ tích tụ. Theo cơ chế YHHĐ, nhóm người bệnh này thường có rối loạn lipid máu, béo phì, xơ vữa động mạch, dẫn đến nhồi máu não. Triệu chứng chóng mặt, đau đầu như bó có thể liên quan đến thiếu máu não mạn tính kèm theo.

4.3.1.3. Hội chứng bệnh Đàm nhiệt phủ thực

Đây là hội chứng bệnh ít gặp (0,9%, 03 người bệnh), nhưng có biểu hiện lâm sàng rầm rộ: Các chứng trạng: liệt nửa người, đau đầu, chóng mặt, bứt rứt trong người, mặt đỏ, rêu vàng nhớt, bụng đầy chướng, mạch huyền hoạt đại gặp ở 100% người hội chứng bệnh Đàm nhiệt phủ thực.

Trong *Thương hàn luận* và *Ôn bệnh điều biện*, hội chứng bệnh đàm nhiệt thường do đàm uất lâu ngày hóa nhiệt, hoặc do ngoại tà hóa hỏa. Các triệu chứng mặt đỏ, bứt rứt, rêu vàng nhớt cho thấy nhiệt tà thịnh. Bệnh cảnh này thường tương ứng với xuất huyết não trong YHHĐ, do nhiệt thịnh, hỏa vượng làm mạch máu nứt vỡ.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ xuất huyết não thấp (17,1%), nên hội chứng bệnh đàm nhiệt cũng ít gặp. Đa số người bệnh nhập viện sau giai đoạn cấp cứu, khi đó đàm nhiệt đã suy giảm, thay vào đó là khí hư huyết ú.

4.3.1.4. Hội chứng bệnh Khí hư huyết ú

Đây là hội chứng bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu với 107 người bệnh, chiếm tỷ lệ 30,6%. Các triệu chứng nổi bật: Liệt nửa người (91,6%), rêu lưỡi trắng hoặc trắng mỏng, mạch trầm tế (95,3%), nói khó hoặc thất ngôn, sắc mặt nhợt, lưỡi có điểm ú huyết, mệt mỏi (>70,0 %).

Kết quả này phù hợp với mô tả trong *Chứng trị chuẩn thẳng* và *Y học nhập môn*: khí hư thì vận hành huyết không thông, huyết ú lại càng trở ngại, dẫn đến tắc nghẽn kinh lạc, biểu hiện liệt, nói khó. Lưỡi có điểm ú huyết, mạch trầm tế là dấu hiệu kinh điển.

Theo cơ chế YHHĐ, đây thường là nhóm người bệnh sau nhồi máu não, khi ổ nhồi máu hình thành, huyết ú tại não, đồng thời toàn trạng suy nhược, mệt mỏi. Việc người bệnh đến muộn (trên 2 tháng chiếm tỷ lệ khá cao 21,5%) lý giải tại sao hội chứng bệnh khí hư huyết ú có tỷ lệ cao.

4.3.1.5. Hội chứng bệnh Can phong nội động

Hội chứng bệnh này chiếm 25,7% (90 người bệnh). Các triệu chứng thường gặp: Rêu lưỡi vàng (98,9%), đầu căng (95,6%), mạch huyền sắc (90,0%). Tiếp theo là chóng mặt, hoa mắt, liệt nửa người, miệng méo, nói khó hoặc thất ngôn có tần suất xuất hiện trên 70,0 % ở người bệnh hội chứng bệnh Khí hư huyết ú.

Theo *Nội Kinh*: “Can chủ phong, phong nội động do can dương hóa hỏa, can âm bất túc”. Triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, miệng đắng, mặt đỏ, mạch huyền sắc phản ánh rõ sự thịnh của can dương, can phong nội động.

Trong YHHĐ, hội chứng bệnh này thường gặp ở người bệnh tăng huyết áp lâu năm, dễ dẫn đến xuất huyết não hoặc cơn tăng huyết áp kịch phát gây thiếu máu não thoáng qua. Thực tế, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp cao (74,9%), chứng minh mối liên hệ mật thiết.

So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ hội chứng bệnh can phong nội động ở miền Bắc cao hơn, phù hợp với thực trạng người bệnh tăng huyết áp chưa được kiểm soát tốt.

4.3.1.6. Hội chứng bệnh Can thận hư

Hội chứng bệnh can thận hư chiếm 19,7% (69 người bệnh). Triệu chứng thường gặp: Liệt nửa người (95,7%), lưng, gối đau nhức (94,2%), ngủ ít, hoa mắt, chóng mặt (91,3%). Tiếp theo là hay quên, tay chân co cứng, rêu lưỡi mỏng, ít, mạch trầm tế, ù tai có tần suất xuất hiện trên 75% ở người bệnh hội chứng bệnh Can thận hư.

Trong *Nội Kinh* đã chỉ ra: “Can tàng huyết, thận tàng tinh; tinh huyết đồng nguyên”. Người cao tuổi, chính khí suy, can thận hư tổn, không sinh đủ huyết nuôi dưỡng não bộ, dễ bị phong đàm xâm phạm, dẫn tới Trúng phong.

Theo YHHD, hội chứng bệnh can thận hư thường tương ứng với người bệnh đột quy có nhiều bệnh mạn tính, suy giảm thể trạng, giai đoạn hồi phục lâu dài. Điều này lý giải tại sao trong nghiên cứu, tỷ lệ can thận hư cao gần tương đương khí hư huyết ú.

4.3.1.7. Các hội chứng bệnh ít gặp khác

Trong nghiên cứu, hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiếu (Âm bế) chỉ chiếm 2,0%, không có người bệnh nào thuộc hội chứng bệnh Nguyên khí hư thoát và Đàm nhiệt nội bế (Dương bế). Đây là những hội chứng bệnh biểu hiện tình trạng bệnh cảnh rất nặng, nguy kịch:

- Đàm mê thanh khiếu (Âm bế): thường gặp ở giai đoạn khởi phát cấp tính của đột quy não, đặc trưng bởi hôn mê, nhiều đờm dãi, thờ rít, rêu lưỡi dày nhớt, mạch huyền hoạt. Theo y văn (*Chứng trị chuẩn thẳng, Đan Khê Tâm pháp*), đây là hội chứng bệnh khi đàm trọc bế tắc thanh khiếu.

- Nguyên khí hư thoát (Chứng thoát): tương ứng tình trạng hôn mê sâu, mạch vi muốn tuyệt, chân tay lạnh, vã mồ hôi. Đây là hội chứng bệnh có tiên lượng cực kỳ xấu, thường dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được cấp cứu kịp thời.

Sở dĩ trong nghiên cứu của chúng tôi, hội chứng bệnh Đàm mê thanh khiếu (Âm bế) ít gặp và không có bệnh nhân nào mắc hội chứng bệnh Nguyên khí hư thoát (Chứng thoát), có thể giải thích bởi các nguyên nhân sau:

- Đặc thù địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại các bệnh viện YHCT, nơi người bệnh thường nhập viện ở giai đoạn hồi phục hoặc di chứng sau đột quy não, hơn là giai đoạn cấp cứu ban đầu. Các người bệnh đột quy ở thể nặng (Âm bế, Chứng thoát) thường được điều trị ngay tại bệnh viện đa khoa, trung tâm cấp cứu thần kinh hoặc hồi sức tích cực. Chỉ những người bệnh qua được giai đoạn nguy kịch mới chuyển tới bệnh viện YHCT để phục hồi chức năng.

- Tiên lượng nặng, tỷ lệ tử vong cao: Người bệnh ở hội chứng bệnh Nguyên khí hư thoát thường tử vong trong thời gian ngắn nếu không được cấp cứu tích cực, do đó rất hiếm có trường hợp đến được bệnh viện YHCT. Người bệnh ở hội chứng bệnh Âm bế cũng thường ở giai đoạn khởi phát cấp, khi bệnh cảnh nặng, tiên lượng xấu, ít có cơ hội chuyển đến giai đoạn phục hồi.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn người bệnh: Do đối tượng nghiên cứu tập trung ở giai đoạn phục hồi, mẫu nghiên cứu chủ yếu ghi nhận các hội chứng bệnh “ổn định hơn”, như Khí hư huyết ứ và Can thận hư, thay vì hội chứng bệnh nguy kịch.

Phân tích chi tiết các hội chứng bệnh cho thấy:

- Khí hư huyết ứ, Can phong nội động và Can thận hư là ba hội chứng bệnh phổ biến, phản ánh đặc điểm dịch tễ của đối tượng khảo sát: là người cao tuổi, bệnh mạn tính, đến viện muộn.

- Phong đàm liên quan nhiều đến yếu tố nguy cơ: rối loạn lipid, tăng huyết áp.

- Đàm nhiệt phủ thực, Đàm mê thanh khiếu, Nguyên khí hư thoát ít gặp, chủ yếu trong giai đoạn cấp cứu hoặc bệnh cảnh nặng.

Kết quả nghiên cứu vừa phù hợp với mô tả y văn cổ điển, vừa có tính thực tiễn cao trong lâm sàng hiện nay. Đây là cơ sở quan trọng để xây dựng bộ tiêu chí chẩn đoán và phân thể bệnh chuẩn hóa, góp phần thống nhất thực hành YHCT trong điều trị đột quy não.

Trong sáu hội chứng bệnh thuộc chứng Trúng phong kinh lạc và ba hội chứng bệnh thuộc chứng Trúng phong tạng phủ, theo điều tra ngẫu nhiên, thì chúng tôi nhận thấy đối tượng bệnh nhân phân bố nhiều nhất ở bốn hội chứng bệnh là Khí hư huyết ứ (n = 107), Can phong nội động (n=90), Can thận âm hư (n = 69), Phong đàm (n=64)

là đủ số lượng để đánh giá được độ nhạy, độ đặc hiệu của các tiêu chí quy nạp hội chứng bệnh. Các hội chứng bệnh khác số lượng bệnh nhân điều tra thu thập được không đủ lớn, lại có sự chênh lệch lớn giữa các tỉnh, nên chúng tôi chưa đủ căn cứ để xác định độ nhạy, độ đặc hiệu đối với các hội chứng bệnh này.

4.3.2. Kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu của các tiêu chí chẩn đoán ở một số hội chứng bệnh

4.3.2.1. Hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ

Kết quả nghiên cứu cho thấy các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ đều đạt độ nhạy cao, dao động từ 92,1% đến 96,0%, phản ánh khả năng phát hiện đúng người bệnh thực sự thuộc hội chứng bệnh này ở mức rất tốt. Điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng của hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ, khi các triệu chứng chính như liệt nửa người, mệt mỏi, sắc mặt nhợt, lưỡi có điểm ứ huyết, mạch trầm tế xuất hiện với tần suất cao và tương đối ổn định.

Tiêu chí “ ≥ 4 chính và 3 phụ” đạt độ nhạy cao nhất (96,0%) và giá trị dự đoán dương tính rất cao (99,6%), chứng tỏ hiệu quả tốt trong việc khẳng định ca bệnh. Tuy nhiên, tiêu chí này có độ đặc hiệu thấp (74,5%) và giá trị dự đoán âm tính rất thấp (22,4%), làm hạn chế khả năng loại trừ trường hợp không mắc bệnh.

Tiêu chí “ ≥ 3 chính và 3 phụ” cũng cho độ nhạy cao (92,3%) và giá trị dự đoán dương tính cao (99,2%), song độ đặc hiệu (74,4%) và giá trị dự đoán âm tính (22,4%) vẫn ở mức thấp, chưa đảm bảo độ tin cậy trong chẩn đoán phân biệt.

Tiêu chí “ ≥ 4 chính và 2 phụ” cho thấy sự cải thiện rõ rệt về độ đặc hiệu (86,3%) và giá trị dự đoán âm tính (64,5%), trong khi vẫn duy trì độ nhạy cao (94,5%) và giá trị dự đoán dương tính rất tốt (98,4%). Điều này cho thấy tiêu chí này phù hợp trong việc cân bằng giữa phát hiện bệnh và loại trừ ca không bệnh.

Tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ” thể hiện sự cân bằng tối ưu nhất giữa các chỉ số: độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu 86,5%, giá trị dự đoán âm tính 65,4% và giá trị dự đoán dương tính 97,9%. Tiêu chí này vừa đảm bảo khả năng phát hiện ca bệnh ở mức cao, vừa hạn chế chẩn đoán nhầm, cho thấy tính ổn định và độ tin cậy cao trong thực hành lâm sàng.

Tiêu chí “ ≥ 2 chính và 2 phụ” có độ nhạy thấp hơn (92,1%) nhưng vẫn duy trì độ đặc hiệu tương đối cao (86,5%) và giá trị dự đoán âm tính tương đương (65,4%), song giá trị dự đoán dương tính thấp hơn so với tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ”.

Như vậy, trong chẩn đoán hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ, tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ” là lựa chọn phù hợp và tối ưu nhất, nhờ đạt được sự cân bằng hài hòa giữa độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị dự đoán, góp phần nâng cao độ chính xác và tính khả thi trong ứng dụng lâm sàng.

Kết quả phân tích đường cong ROC với $AUC = 0,936$ càng khẳng định tiêu chí này có giá trị chẩn đoán rất tốt, khả năng phân biệt rõ ràng giữa nhóm bệnh và không bệnh. Về mặt YHHĐ, hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ thường tương ứng với giai đoạn sau nhồi máu não, rối loạn tuần hoàn não mạn tính, giúp củng cố cơ sở khoa học cho việc áp dụng tiêu chí này trong thực hành lâm sàng kết hợp YHHĐ – YHCT.

4.3.2.2. Hội chứng bệnh Can thận hư

Đối với hội chứng bệnh Can thận hư, kết quả cho thấy sự biến thiên rõ rệt giữa các tiêu chí chẩn đoán. Các tiêu chí yêu cầu số lượng triệu chứng chính và phụ cao đạt độ nhạy tuyệt đối (100%), chứng tỏ khả năng phát hiện đầy đủ các trường hợp mắc bệnh. Tuy nhiên, đi kèm với đó là độ đặc hiệu trung bình và giá trị dự đoán âm tính thấp, làm hạn chế khả năng loại trừ người bệnh không mắc hội chứng bệnh Can thận hư.

Nguyên nhân có thể do đặc điểm lâm sàng của hội chứng bệnh Can thận hư với nhiều triệu chứng mang tính hư chứng mạn tính, dễ chồng lấp với các hội chứng bệnh khác như Khí hư huyết ứ. Khi giảm số lượng triệu chứng phụ, độ đặc hiệu và giá trị dự đoán âm tính được cải thiện đáng kể, nhưng nếu giảm quá mức sẽ làm giảm độ nhạy và tăng nguy cơ bỏ sót ca bệnh.

Các tiêu chí có yêu cầu số lượng triệu chứng chính và phụ cao như “ ≥ 5 chính và 3 phụ” và “ ≥ 4 chính và 3 phụ” đạt độ nhạy tuyệt đối (100%) và giá trị dự đoán dương tính 100%, cho thấy khả năng phát hiện gần như toàn bộ các trường hợp mắc bệnh. Tuy nhiên, các tiêu chí này có độ đặc hiệu ở mức trung bình (83,4%) và giá trị

dự đoán âm tính rất thấp (18,8%), làm hạn chế khả năng loại trừ các trường hợp không mắc bệnh.

Các tiêu chí giảm số lượng triệu chứng phụ như “ ≥ 4 chính và 2 phụ” và “ ≥ 3 chính và 2 phụ” cho thấy độ đặc hiệu cao (92,7–93,2%) và giá trị dự đoán âm tính được cải thiện (71,0%), tuy nhiên độ nhạy giảm rõ rệt, đặc biệt với tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ” chỉ đạt 65,3%, tiềm ẩn nguy cơ bỏ sót ca bệnh.

Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 2 phụ” thể hiện sự cân bằng tối ưu nhất giữa các chỉ số chẩn đoán, với độ nhạy 94,2%, độ đặc hiệu 93,3%, giá trị dự đoán âm tính 71,0% và giá trị dự đoán dương tính 98,9%. Tiêu chí này vừa đảm bảo khả năng phát hiện bệnh ở mức cao, vừa hạn chế chẩn đoán nhầm, cho thấy tính ổn định và độ tin cậy cao trong thực hành lâm sàng.

Tiêu chí “ ≥ 2 chính và 2 phụ” có độ nhạy thấp nhất (44,1%), mặc dù duy trì được độ đặc hiệu tương đối cao (91,6%), do đó ít phù hợp trong chẩn đoán xác định vì nguy cơ bỏ sót trường hợp mắc bệnh.

Như vậy, trong chẩn đoán hội chứng bệnh Can thận hư, tiêu chí “ ≥ 5 chính và 2 phụ” là lựa chọn phù hợp và tối ưu, nhờ đạt được sự cân bằng hài hòa giữa độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị dự đoán, góp phần nâng cao độ chính xác và tính khả thi trong ứng dụng lâm sàng.

Diện tích dưới đường cong ROC đạt $AUC = 0,85$, cho thấy tiêu chí “ ≥ 5 triệu chứng chính và 2 triệu chứng phụ” có giá trị chẩn đoán tốt và khả thi trong thực hành lâm sàng.

Theo YHHD, nhóm người bệnh Can thận hư thường là người cao tuổi, nhiều bệnh mạn tính, suy giảm chức năng sinh lý, điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng và góp phần lý giải tính ổn định của bộ tiêu chí chẩn đoán.

4.3.2.3. Hội chứng bệnh Phong đàm

Ở hội chứng bệnh Phong đàm, các tiêu chí có số lượng triệu chứng chính từ 4–5 cho thấy độ nhạy cao (87,8–93,0%), phản ánh khả năng phát hiện ca bệnh tương đối tốt. Tuy nhiên, giá trị dự đoán âm tính của nhiều tiêu chí còn thấp, cho thấy khó

khẩn trong việc loại trừ các trường hợp không mắc bệnh khi áp dụng tiêu chí quá “chặt”.

Các tiêu chí yêu cầu số lượng triệu chứng cao như “ ≥ 5 chính và 3 phụ”, “ ≥ 4 chính và 3 phụ” và “ ≥ 3 chính và 3 phụ” đều đạt độ nhạy cao (92,0–92,3%) và giá trị dự đoán dương tính rất cao (99,3%), chứng tỏ hiệu quả tốt trong việc khẳng định ca bệnh. Tuy nhiên, các tiêu chí này có giá trị dự đoán âm tính thấp (35,9–37,5%), hạn chế khả năng loại trừ các trường hợp không mắc bệnh.

Các tiêu chí giảm số lượng triệu chứng phụ như “ ≥ 4 chính và 2 phụ” cho thấy độ đặc hiệu cao nhất (93,0%) và giá trị dự đoán âm tính được cải thiện rõ rệt (67,2%), song độ nhạy giảm xuống còn 87,8%, có thể dẫn đến bỏ sót một tỷ lệ nhất định ca bệnh.

Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 2 phụ” thể hiện sự cân bằng tối ưu nhất giữa các chỉ số chẩn đoán, với độ nhạy 93,0%, độ đặc hiệu 92,2%, giá trị dự đoán âm tính 62,5% và giá trị dự đoán dương tính 99,0%. Tiêu chí này vừa đảm bảo khả năng phát hiện bệnh ở mức cao, vừa hạn chế chẩn đoán nhầm, cho thấy tính ổn định và độ tin cậy cao trong thực hành lâm sàng.

Tiêu chí “ ≥ 3 chính và 2 phụ” có độ nhạy thấp nhất (45,7%), mặc dù duy trì được độ đặc hiệu tương đối cao (91,8%), do đó ít phù hợp trong chẩn đoán xác định vì nguy cơ bỏ sót nhiều trường hợp mắc bệnh.

Trong chẩn đoán hội chứng bệnh Phong đàm, tiêu chí “ ≥ 5 chính và 2 phụ” là lựa chọn phù hợp và tối ưu, nhờ đạt được sự cân bằng hài hòa giữa độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị dự đoán, góp phần nâng cao độ chính xác và tính khả thi trong ứng dụng lâm sàng.

Giá trị AUC = 0,81 cho thấy mô hình chẩn đoán Phong đàm có giá trị ở mức tốt, có thể ứng dụng trong thực hành lâm sàng, song vẫn cần kết hợp đánh giá toàn diện lâm sàng để hạn chế bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm.

4.3.2.4. Hội chứng bệnh Can phong nội động

Kết quả phân tích cho thấy các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Can phong nội động có độ nhạy dao động khá rộng, từ 50,0% đến 91,1%, phản ánh sự khác biệt

rõ rệt về khả năng phát hiện ca bệnh giữa các tiêu chí. Nhìn chung, các tiêu chí có số lượng triệu chứng chính cao đạt độ nhạy tốt hơn, tuy nhiên độ đặc hiệu và các giá trị dự đoán có sự biến thiên đáng kể.

- Các tiêu chí yêu cầu số lượng triệu chứng chính cao như “ ≥ 6 chính và 3 phụ”, “ ≥ 6 chính và 2 phụ”, “ ≥ 6 chính và 1 phụ”, “ ≥ 5 chính và 3 phụ”, “ ≥ 5 chính và 2 phụ” và “ ≥ 4 chính và 2 phụ” có độ nhạy cao (85,7–91,1%) và giá trị dự đoán dương tính rất cao (96,5 – 99,2%), cho thấy hiệu quả tốt trong việc khẳng định ca bệnh. Tuy nhiên, giá trị dự đoán âm tính của các tiêu chí này còn thấp (13,3–73,3%), làm hạn chế khả năng loại trừ các trường hợp không mắc bệnh.

- Các tiêu chí giảm số lượng triệu chứng chính như “ ≥ 4 chính và 1 phụ” và “ ≥ 3 chính và 1 phụ” có độ đặc hiệu tương đối cao (92,9–93,7%) và giá trị dự đoán âm tính cao hơn (83,3–84,4%), song độ nhạy giảm rõ rệt (50,0% và 67,6%), làm tăng nguy cơ bỏ sót các trường hợp mắc bệnh.

- Tiêu chí “ ≥ 5 chính và 1 phụ” thể hiện sự cân bằng tối ưu nhất giữa các chỉ số chẩn đoán, với độ nhạy 83,9%, độ đặc hiệu 93,5%, giá trị dự đoán dương tính 94,6% và giá trị dự đoán âm tính 81,1%. Tiêu chí này vừa đảm bảo khả năng phát hiện bệnh ở mức cao, vừa nâng cao khả năng loại trừ các trường hợp không mắc, cho thấy tính ổn định và khả năng ứng dụng tốt trong thực hành lâm sàng.

Như vậy, trong chẩn đoán hội chứng bệnh Can phong nội động, tiêu chí “ ≥ 5 triệu chứng chính và 1 triệu chứng phụ” là lựa chọn phù hợp và tối ưu, nhờ đạt được sự cân bằng hài hòa giữa độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị dự đoán, góp phần nâng cao độ chính xác và tính khả thi khi áp dụng trong thực hành lâm sàng.

Diện tích dưới đường cong ROC đạt $AUC = 0,88$, cho thấy mô hình chẩn đoán Can phong nội động “ ≥ 5 triệu chứng chính và 1 triệu chứng phụ” có giá trị chẩn đoán ở mức tốt. Điều này phù hợp với đặc điểm của hội chứng bệnh thường gặp ở giai đoạn cấp, diễn biến nhanh, triệu chứng biến đổi, đòi hỏi sự phối hợp linh hoạt giữa tiêu chí chẩn đoán và đánh giá lâm sàng của thầy thuốc.

Nhìn chung, kết quả đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của bốn hội chứng bệnh cho thấy bộ tiêu chí chẩn đoán có giá trị khoa học và thực tiễn cao, đặc biệt khi lựa chọn

đúng ngưỡng tiêu chí tối ưu cho từng hội chứng bệnh. Việc chuẩn hóa tiêu chí không chỉ giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán, giảm sự khác biệt giữa các thầy thuốc YHCT, mà còn tạo cơ sở cho chẩn đoán tích hợp YHHD – YHCT, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và nghiên cứu trong lĩnh vực đột quy não.

KẾT LUẬN

Qua khảo sát 350 người bệnh đột quy não điều trị tại một số bệnh viện y học cổ truyền khu vực miền Bắc, nghiên cứu rút ra các kết luận sau:

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh đột quy não trong nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, với tuổi trung bình $65,4 \pm 11,9$; nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới. Phần lớn người bệnh thuộc nhóm lao động chân tay, có thời gian mắc bệnh sớm (dưới 5 ngày) hoặc đã chuyển sang giai đoạn sau cấp, và đều có ít nhất một yếu tố nguy cơ mắc bệnh kèm theo, trong đó tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Theo chẩn đoán YHHĐ, nhồi máu não chiếm ưu thế. Theo YHCT, đa số người bệnh thuộc thể Trúng phong kinh lạc, trong khi Trúng phong tạng phủ chiếm tỷ lệ rất thấp.

2. Đặc điểm chứng trạng Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não

Các chứng trạng YHCT nổi bật trên người bệnh đột quy não là liệt nửa người (89,1%) và nói ngọng, nói khó hoặc thất ngôn (73,1%). Các chứng trạng thường gặp tiếp theo gồm chóng mặt (76,6%), tay chân tê bì (75,7%), hoa mắt (74,0%) và ngủ ít (56,6%). Những chứng trạng khác xuất hiện với tần suất thấp hơn như mạch trầm tế (48,3%), liệt mặt (48,6%), chất lưỡi đỏ (36,9%), rêu lưỡi vàng (34,6%), tay chân co cứng (28,9%) và lưỡi có điểm ứ huyết (28,3%).

3. Quy nạp một số hội chứng bệnh lý Y học cổ truyền trên người bệnh đột quy não

Trên cơ sở tổng hợp đặc điểm chứng trạng và phân tích giá trị chẩn đoán của các tiêu chí, nghiên cứu rút ra các kết luận sau:

- Người bệnh đột quy não trong nghiên cứu được quy nạp chủ yếu vào bốn hội chứng bệnh lý YHCT gồm: Khí hư huyết ứ, Can thận hư, Phong đàm và Can phong nội động, trong đó Khí hư huyết ứ và Can thận hư chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Khí hư huyết ứ cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt tiêu chí “ ≥ 3 triệu chứng chính và 2 triệu chứng phụ” đạt sự

cân bằng tối ưu giữa các chỉ số chẩn đoán và có giá trị chẩn đoán rất tốt với AUC = 0,936.

- Đối với hội chứng bệnh Can thận hư, tiêu chí “ ≥ 5 triệu chứng chính và 2 triệu chứng phụ” là tiêu chí tối ưu, thể hiện độ nhạy và độ đặc hiệu cao, có giá trị chẩn đoán tốt với AUC = 0,85, phù hợp để áp dụng trong thực hành lâm sàng.

- Các tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh Phong đàm đạt giá trị chẩn đoán ở mức khá, trong đó tiêu chí “ ≥ 5 triệu chứng chính và 2 triệu chứng phụ” cho thấy sự cân bằng hợp lý giữa độ nhạy và độ đặc hiệu, với AUC = 0,81.

- Đối với hội chứng bệnh Can phong nội động, tiêu chí “ ≥ 5 triệu chứng chính và 1 triệu chứng phụ” là lựa chọn phù hợp và tối ưu nhất, đạt giá trị chẩn đoán ở mức tốt, với AUC = 0,88, phản ánh đúng tính chất lâm sàng phức tạp và biến thiên của thể bệnh này.

KIẾN NGHỊ

Cần tiếp tục thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm đánh giá đầy đủ và toàn diện các hội chứng bệnh YHCT trên người bệnh đột quy não. Đồng thời, cần mở rộng phạm vi nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau để làm rõ sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và phân bố hội chứng theo yếu tố địa lý, điều kiện khí hậu, tập quán sinh hoạt và đặc thù dân cư. Trên cơ sở đó, xây dựng và hoàn thiện bộ tiêu chí chẩn đoán hội chứng bệnh YHCT có độ chính xác cao, thống nhất và có khả năng ứng dụng rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2024), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não QĐ3312/QĐ-BYT*.
2. 中国中西医结合学会, 中华中医药学会, và 中华医学会 (2023), 脑出血中西医结合诊疗指南.
3. 中国中西医结合学会, 中华中医药学会, và 中华医学会 (2023), 脑梗死中西医结合诊疗指南.
4. Lê Minh Hoàng, Vũ Đình Quỳnh, Nguyễn Thị Minh Châu và cộng sự. (2024). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động bằng bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt, cấy chỉ trên bệnh nhân sau nhồi máu não thể khí suy huyết ú tại Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, **72**, 68–74.
5. Phan Hồng Ngọc, Đỗ Gia Quý, và Trịnh Thị Lua (2025). Tác dụng phục hồi chức năng vận động của nhĩ châm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, **195(10)**, 316–324.
6. Kong J.C., Lee M.S., Shin B.-C. và cộng sự. (2010). Acupuncture for functional recovery after stroke: a systematic review of sham-controlled randomized clinical trials. *CMAJ*, **182(16)**, 1723–1729.
7. Hong K.-S., Bang O.Y., Kang D.-W. và cộng sự. (2013). Stroke statistics in Korea: part I. Epidemiology and risk factors: a report from the Korean stroke society and clinical research center for stroke. *J Stroke*, **15(1)**, 2–20.
8. Marini C., Russo T., và Felzani G. (2010). Incidence of Stroke in Young Adults: A Review. *Stroke Res Treat*, **2011**, 535672.
9. Burke T.A. và Venketasubramanian R.N. (2006). The epidemiology of stroke in the East Asian region: a literature-based review. *Int J Stroke*, **1(4)**, 208–215.
10. Lee S., Shafe A.C.E., và Cowie M.R. (2011). UK stroke incidence, mortality and cardiovascular risk management 1999-2008: time-trend analysis from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, **1(2)**, e000269.

11. Zhang Y., Chapman A.-M., Plested M. và cộng sự. (2012). The Incidence, Prevalence, and Mortality of Stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: A Literature Review. *Stroke Res Treat*, **2012**, 436125.
12. Tran M.C., Prisco L., Pham P.M. và cộng sự. (2025). Comprehensive analysis of stroke epidemiology in Vietnam: Insights from GBD 1990–2019 and RES-Q 2017–2023. *Global Epidemiology*, **9**, 100199.
13. Aho K., Harmsen P., Hatano S. và cộng sự. (1980). Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ*, **58(1)**, 113–130.
14. Trường Đại học Y Hà Nội (2012). Tai biến mạch máu não. *Bệnh học nội khoa tập 1*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 479–490.
15. 田德禄 (2001). 中风. 中医内科学. 人民卫生出版社, 269–278.
Điền Đức Lộc (2001). Trúng phong. *Trung y học nội khoa*. Nhà xuất bản Y tế nhân dân, tr. 269–278.
16. Bộ Y tế (2020). Di chứng nhồi máu não (Bán thân bất toại). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại*. 79.
17. Hoàng Duy Tân và Hoàng Anh Tuấn (2009). *Phương tế học*. Nhà xuất bản Thuận Hóa, 294, 574, 771,.
18. 謝慶良 (2005). 腦梗塞急性期中醫證型之研究. *中醫藥年報*, **23(2)**, 175–197.
Tạ Khánh Lương (2005). Nghiên cứu về các thể bệnh Y học cổ truyền trong giai đoạn cấp của nhồi máu não. *Trung Y Dược niên báo*, **23(2)**, 175–197.
19. 謝慶良 (2007). 出血型腦中風急性期中醫證型之研究. *中醫藥年鑑*, **25(5)**, 1–28.
Tạ Khánh Lương (2007). Nghiên cứu về các thể bệnh Y học cổ truyền trong giai đoạn cấp của đột quỵ não thể xuất huyết. *Trung Y Dược niên giám*, **25(5)**, 1–28.
20. 商发科 (2011). 脑梗死的中医临床证型研究. *浙江省义乌市中医院*, **18(4)**, 3666.

Thương Phát Khoa (2011). Nghiên cứu các thể bệnh lâm sàng Y học cổ truyền của nhồi máu não. Bệnh viện Trung y thành phố Nghĩa Ô, tỉnh Chiết Giang, **18(4)**, 3666.

21. 何若安 (2014), 脑出血中风术后中医证候分布及演变的初探, 硕士学位论文, 中州中医药大学, 广州.

Hà Nhược An (2014). Nghiên cứu sơ bộ về sự phân bố và diễn biến của các chứng hậu Y học cổ truyền sau phẫu thuật xuất huyết não do trúng phong. Luận văn Thạc sĩ, Đại học Trung Y Dược Trung Châu, Quảng Châu.

22. 姚立群, 姚惠芳, 于红虹 và cộng sự. (2017). 厦门市脑卒中患者中医体质特点的调查研究. 广西中医药大学学报, **20(2)**, 21–23.

Diêu Lập Quần, Diêu Huệ Phương, Vu Hồng Hồng và cộng sự (2017). Nghiên cứu khảo sát đặc điểm thể chất y học cổ truyền ở bệnh nhân đột quy não tại thành phố Hạ Môn. Tạp chí Đại học Trung Y Dược Quảng Tây, **20(2)**, 21–23.

23. Bùi Phạm Minh Mẫn và Trịnh Thị Diệu Thương (2017). Xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên y văn và ý kiến chuyên gia bệnh cảnh Thận âm dương lưỡng hư giai đoạn di chứng sau đột quy. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, **21(4)**.

24. Đoàn Chí Cường và Trần Thị Hương Lan (2017). Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp điện châm kết hợp thủy châm trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **458(2)**, 163–167.

25. Lê Nguyễn Hạo Nhiên, Lê Bảo Lưu, Trương Thị Hiếu và cộng sự. (2023). Khảo sát các dạng thể chất theo YHCT trên bệnh nhân đột quy não. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **530(2)**, 226–230.

26. Nguyễn Văn Thắng (2007), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và hiệu quả can thiệp dự phòng đột quy não tại tỉnh Hà Tây*, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108, Hà Nội.

27. Vũ Anh Nhị và Bùi Châu Tuệ (2016). Đánh giá hiện trạng bệnh tật của bệnh nhân xuất huyết não nặng nằm tại khu vực hồi sức thần kinh khoa nội thần kinh Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, **20(1)**, 77–81.

28. Lê Hoàng Linh, Bùi Hồng Giang, và Nguyễn Thị Thu Hương Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não cấp mức độ nhẹ tại

khoa cấp cứu Bệnh viện giao thông vận tải năm 2024. *Vietnam Journal of Community Medicine*, **66(14)**, 1–5.

29. Phan Minh Hoàng và Nguyễn Hồng Hà (2024). Thực trạng bệnh nhồi máu não tại khoa thần kinh sọ não, Bệnh viện phục hồi chức năng - điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2022-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **536(2)**, 366–369.

30. Lê Xuân Dương, Phạm Quang Trình, Nguyễn Đức Ninh và cộng sự. (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 6.007 bệnh nhân đột quỵ não cấp tính, điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2018-2019. *Tạp chí Y học quân sự*, **360**, 29–33.

31. Nam H. thần kinh học V. (2019). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang. Hội thần kinh học Việt Nam, <<https://hoithankinhhocvietnam.com.vn/vi/post/dac-diem-lam-sang-can-lam-sang-nhoi-mau-nao-cap-tai-benh-vien-da-khoa-trung-tam-tien-giang-3278.htm>>, accessed: 07/03/2026.

32. Nguyễn Trường Ân, Ngô Lâm Nguyên, Phan Thái Ngọc và cộng sự. (2024). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân nhồi máu não tái phát tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, **73**, 67–73.

33. Lê Thị Hòa và Lê Thị thu Hồng (2025). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **550(3)**, 19–23.

34. Phạm Kiều Anh Thơ, Phạm Văn Phương, Lê Văn Minh và cộng sự. (2024). Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái nhập viện trong 30 ngày ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Cần Thơ năm 2022. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, **176(3)**, 188–197.

35. World Health Organization (2019), *Global Health Estimates: Stroke Fact Sheet*, Geneva: WHO.

36. Tu W.-J., Zhao Z., Yin P. và cộng sự. (2023). Estimated Burden of Stroke in China in 2020. *JAMA Netw Open*, **6(3)**, e231455.

37. Tanaka R. et al (2016). Epidemiology of stroke in Japan: A nationwide hospital-based survey. *J Atheroscler Thromb*, **25(3)**, 313–318.
38. Ren H., Yang A., Cai Y. và cộng sự. (2024). Study on correlation between Chinese medicine syndromes in stroke and neurological deficits during recovery phase: Perspective. *Medicine (Baltimore)*, **103(39)**, e39600.
39. Nguyễn Nhược Kim (2012). Phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não. *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa YHCT)*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 164–168.
40. Trần Thúy (2011). Tai biến mạch máu não. *Bài giảng Y học cổ truyền tập 2*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 151–153.
41. Nguyễn Nhược Kim (2015). Chẩn đoán học. *Lý luận y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 100–118.

PHỤ LỤC 1
PHIẾU ĐIỀU TRA KHẢO SÁT

Bệnh viện: **PHIẾU ĐIỀU TRA, KHÁM, PHÂN THỂ**
Khoa: **ĐỘT QUỴ NÃO THEO YHHĐ VÀ YHCT**
Số BA vào viện:

Ngày ... tháng ... năm 202 ...

Đề tài: “Khảo sát đặc điểm chứng trạng y học cổ truyền trên người bệnh đột quỵ não tại một số bệnh viện y học cổ truyền khu vực miền Bắc”

A. PHẦN HÀNH CHÍNH

- Họ tên: Tuổi: Giới: Nam: °; Nữ: °
- Địa chỉ:
- Số điện thoại:
- Nghề nghiệp 1. Nông dân 4. Y tế 8. Kinh doanh
 2. Công nhân 5. Giáo dục 9. LĐ tự do
 3. Nhân viên văn phòng 6. LL vũ trang 10. Khác

- Vào viện: Ngày ... Tháng ... Năm 20 ...
- Ra viện: Ngày ... Tháng ... Năm 20 ...

B. Y HỌC HIỆN ĐẠI

B1. Lý do vào viện:	1. Yếu, liệt ½ người	5. Buồn nôn, nôn
	2. Nói khó	6. Rối loạn ý thức
	3. Méo miệng	7. Đại tiểu tiện không tự chủ
	4. Đau đầu	8. Khác
B2. Bệnh sử:		
B2.1. Hoàn cảnh khởi phát	1. Đang nghỉ ngơi	4. Đang ăn uống rượu, bia.
	2. Đang làm việc	5. Chơi thể thao
	3. Căng thẳng, stress	6. Khác
B2.2. Thời điểm khởi phát	1. Ban ngày (Giờ:)	2. Ban đêm (Giờ:)

B2.3. Mức khởi phát	1. Cấp tính, đột ngột 2. Triệu chứng nặng ngay từ đầu 3. Nặng từ từ trong 72 giờ	
B3. Bệnh nhân bị bệnh:	1. Lần đầu 2. Lần 2	3. Lần 3 4. Trên 3 lần
B4. Bệnh nhân đã điều trị	1. YHHĐ 2. YHCT	3. Kết hợp YHHĐ + YHCT 4. Khác
B5. Tiền sử:		
B5.1. Cá nhân	1. Tim mạch, huyết áp 2. Đái tháo đường 3. RLCH Lipid máu	4. Béo phì 5. Hút thuốc lá 6. Uống rượu bia 7. Khác
B5.2. Gia đình	1. Có bệnh tim mạch, huyết áp 2. Có bệnh rối loạn chuyển hóa	3. Có bệnh về nội tiết 4. Khác

- Mô tả bệnh sử và dùng thuốc:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B6. Khám YHHĐ

B6.1. Triệu chứng cơ năng: (khoanh tròn vào các triệu chứng dương tính)

- | | | | |
|---|----------------------|----|--------------------|
| 1 | Hoa mắt, chóng mặt | 9 | Tê bì chân tay |
| 2 | Mệt mỏi | 10 | Tê bì vùng đầu mặt |
| 3 | Chán ăn | 11 | Đau đầu |
| 4 | Buồn nôn, nôn, nấc | 12 | Co giật |
| 5 | Nuốt khó, nuốt nghẹn | 13 | Nói ngọng |
| 6 | Miệng méo | 14 | Nhìn mờ, nhìn đôi |

7	Hệ thống hạch ngoại biên	15	Xuất huyết dưới da
8	Tê yếu ½ người	16	Phù
17	Đại tiểu tiện:	1. Tự chủ	2. Không tự chủ
		Số lượng nước tiêu: ml / 24h	
18	Da :	1. Nhợt	2. Xanh
		3. Hồng	4. Đỏ
		5. Vàng	6. Xạm, tối
19	Niêm mạc:	1. Nhợt	2. Xanh
		3. Hồng	4. Đỏ
		5. Vàng	6. Xạm, tối

B6.2. Toàn thân:

1. Thể trạng: Chiều cao:..... cm, Cân nặng:.....kg ;
 BMI:.....
2. Huyết áp:/.....mmHg, 3. Mạch.....l/ph 4. Nhiệt độ:

B6.3. Các cơ quan khác:

B6.3.1. Tim mạch:

1. Nhịp tim: 1. Điều 2. Không điều
 3. Bình thường 4. Nhanh 5. Chậm
2. Tiếng tim:

B6.3.2. Hô hấp:

1. Tiếng RRPN:
 2. Tiếng Rales:
 3. Nhịp thở: lần/ phút
 4. Khác:

B6.3.3. Tiêu hóa:

1. Bụng:.....

 2. Các dấu hiệu khác:

B6.3.4. Tiết niệu:

- Chạm thận: 1. Dương tính 2. Âm tính
 Bập bênh thận: 1. Dương tính 2. Âm tính

B6.3.5. Cơ xương khớp:

- Teo cơ: 1. Dương tính 2. Âm tính
 Cứng khớp: 1. Dương tính 2. Âm tính

B6.3.6. Thần kinh:

1. Hội chứng màng não: 1. Có 2. Không
 1. Gáy cứng 2. Kernig 3. Vạch màng não
2. Ý thức: 1. Tỉnh táo 2. Lơ mơ 3. Không tỉnh táo
- Điểm Glasgow: ... / 15 đ (... / ... / ...)
 Điểm NIHSS:

B6.4 Khám vận động: (khoanh tròn vào các triệu chứng dương tính)		
6.4.1. Liệt nửa người:	1. Có 2. Không	1. Bên trái 2. Phải 3. Liệt VII TW 4. Cùng bên 5. Đối bên
6.4.2. Tính chất liệt:	1. Liệt cứng 3. Liệt hoàn toàn	2. Liệt mềm 4. Liệt không hoàn toàn
6.4.3. Cơ lực:	1. Bên trái	1. Bình thường ; 2. Giảm: .../ 5
	2. Bên phải	1. Bình thường ; 2. Giảm: .../ 5
6.4.4. Trương lực cơ:	1. Bên trái	1. Bình thường ; 2. Tăng ; 3. Giảm
	2. Bên phải	1. Bình thường ; 2. Tăng ; 3. Giảm
6.4.5. Phản xạ gân xương	1. Bên trái	1. Bình thường ; 2. Tăng ; 3. Giảm
	2. Bên phải	1. Bình thường ; 2. Tăng ; 3. Giảm
6.4.6. Dấu hiệu TKTW	1. Babinski	1. Dương tính ; 2. Âm tính
	2. Hoffmann	1. Dương tính ; 2. Âm tính
6.4.7. Cảm giác:	1. Bên trái (nông/ sâu)	1. Bình thường ; 2. Rối loạn
	2. Bên phải (nông/sâu)	1. Bình thường ; 2. Rối loạn
6.4.8. Thị giác:	1. Nhìn mờ	2. Bán manh: cùng bên / đối bên
6.4.9. Cơ tròn	1. Tự chủ	2. Bí đại tiểu tiện ; 3. Không tự chủ
6.4.10. Đồng tử	1. Bình thường	2. Co nhỏ 3. Giãn
6.4.11. Thần kinh thực vật	1. Vã mồ hôi	2. Tăng tiết đờm dãi
6.4.12. Dây TK sọ não	- Dây I (khứu giác) - Dây II (thị giác: thị lực, thị trường, màu sắc) - Dây III, IV, VI (vận nhãn) - Dây V (đầu mặt, cơ nhai)	- Dây VII (vận động, cảm giác mặt, lưỡi) - Dây VIII (tiền đình) - Dây IX, X (cơ hầu họng, nuốt, nói) - Dây XI (vận động cơ thang, UĐC) - Dây XII (cơ lưỡi)

Mô tả:

B7. Xét nghiệm

B7.1. Đông máu cơ bản:

Chỉ số	Trước ĐT	Sau ĐT
Fibrinogen (g/l)		
APTT		
Prothrombin (%)		
Chỉ số INR		

B7.2. Chụp CT-Scan/MRI não:

.....
.....
.....

B8. Chẩn đoán YHHD:

.....

C. Y HỌC CỔ TRUYỀN

C1. Vọng chẩn

C1.1. Thần	1. Tỉnh 4. Kích động	2. Tỉnh, tiếp xúc chậm 5. Hôn mê	3. Lơ mơ
C1.2. Sắc	1. Nhuận 4. Trắng (nhợt)	2. Đỏ 5. Vàng	3. Xanh 6. Xạm, tối
C1.3. Hình thể	1. Trung bình	2. Gầy	3. Béo
C1.4. Động thái	1. Nhanh nhẹn	2. Trung bình 4. Mệt mỏi vô lực	3. Chậm chạp
C1.5. Da	1. Nhuận 4. Ban, chần	2. Khô, bong vảy 5. Vàng	3. Phù thũng
C1.6. Tóc	1. Bình thường 4. Bạc	2. Khô, xơ rối 5. Trọc	3. Gãy rụng

C1.7. Ngũ quan	1. Mắt:..... 4. Tai:.....	2. Môi: ... 5. Răng lợi: ...	3. Mũi, họng: 6. Miệng:
C1.8. Đòm, dãi,	1. Vàng, dính, khó khạc 3. Lượng nhiều	2. Trắng, loãng 4. Lượng ít	
C1.9. Móng tay, chân	1. Bình thường	2. Khô, khía, màu trắng bệu	3. Gãy nứt, màu xám tối

C2. Vọng lưỡi (thiệt chẩn)

C2.1. Vọng chất lưỡi

C2.1.1. Màu sắc:	1. Bình thường 2. Nhợt 3. Đỏ tươi	4. Đỏ sẫm 5. Vàng 6. Tím	7. Đen xám 8. Điểm ú huyết
C2.1.2. Chất lưỡi :	1. Bình thường 2. Mỏng (Gầy nhỏ)	3. Phì đại 4. Bệu, hần răng	5. Nứt kẽ rãnh lưỡi
C2.1.3. Cử động lưỡi:	1. Bình thường 2. Cứng, khó chuyển động	3. Rung (run) 4. Mềm yếu, khó cử động tự do	5. Lệch 6. Rụt ngắn
Mô tả khác:			

C2.2. Vọng rêu lưỡi

C2.2.1. Màu sắc	1. Trắng 4. Khác	2. Vàng	3. Đen
C2.2.2. Độ dày mỏng	1. Không rêu	2. Dày	3. Mỏng
C2.2.3. Tính chất	1. Nhuận 4. Dính	3. Nhớt 5.	3. Khô

C3. Văn chẩn (nghe, ngửi)

C3.1. Nghe:

C3.1.1. Tiếng nói	1. Bình thường 5. Mất tiếng	2. Nhỏ, thều thào 6. Nói sáng	3. Khàn	4. Ngọng
C3.1.2. Tiếng thở	1. Bình thường 5. Khác	2. Khò khè	3. Thở mạnh	4. Ngán, yếu
C3.1.3. Tiếng nấc	1. Có	2. Không		
C3.1.4. Ho	1. Có	2. Không		
C3.1.5. Đòm	1. Có	2. Không		
C3.1.6. Nôn	1. Có	2. Không		

C3.2. Ngửi:.....

C4. Vấn chẩn

C4.1. Hàn nhiệt	1. Bình thường 4. Hàn nhiệt vắng lai	2. Sợ lạnh (thích ấm) 5. Triệu nhiệt	3. Sợ nóng (thích mát) 6. Phát sốt
C4.2. Mồ hôi	1. Không có mồ hôi 4. Dính	2. Tự hãn Vị trí:..... 5. Không dính	3. Đạo hãn Vị trí:.....
C4.3. Đầu, mình, tứ chi			
C4.3.1. Đầu, mặt, cổ	1. Đau vùng chẩm gáy 2. Đau vùng trán, đỉnh 3. Đau vùng thái dương 4. Hoa mắt 5. Chóng mặt 6. Û tai 7. Bốc hỏa 8. Nặng đầu 9. Đau đầu giật từng cơn	1. Có 1. Có 1. Có 1. Có 1. Có 1. Có 1. Có 1. Có 1. Có	2. Không 2. Không 2. Không 2. Không 2. Không 2. Không 2. Không 2. Không
C4.3.2. Bụng ngực	1. Bình thường 4. Hồi hộp, trống ngực	2. Đầy tức, chướng 5. Đau tức mạng sườn 7. Cự án	3. Khó thở 6. Khác 8. Thiện án
C4.3.3. Chân tay	1. Tê bì 3. Lạnh đau tăng 5. Lưng gối đau nhưc	2. Yếu liệt, vận động khó khăn 4. Các khớp sưng nóng đỏ Mô tả khác.....	
C4.4. Ăn uống	1. Khát 2. Không khát 3. Thích uống nước 4. Không thích uống 5. Thích uống nước lạnh 6. Thích uống nước ấm	7. Ăn ít, Đói mà không muốn ăn 8. Ăn xong thấy nhanh đói 9. Miệng khô, đắng 10. Miệng chua hôi 11. Nhạt miệng 12. Bình thường	
C4.5. Ngủ	1. Bình thường Khó vào giấc 3. Ngủ hay mơ, sợ sệt	2. 4. Ngủ ít, dễ tỉnh, khó ngủ lại 5. Thích ngủ, ngủ nhiều	
C4.6. Đại tiện	1. Phân khuôn 2. Táo bón 3. Ngũ canh tả	4. Đại tiện ra máu 5. Đại tiện lỏng, nát 6. Không tự chủ	

C4.7. Tiểu tiện	1. Tiểu vàng trong 2. Đi tiểu nhiều lần 3. Lượng nước tiểu ít 4. Nước tiểu đục, cặn 5. Tiểu trong	6. Vàng sậm 7. Tiểu đỏ 8. Tiểu đêm (số lần:) 9. Tiểu buốt/dắt 10. Không tự chủ
C4.8. Kinh nguyệt, đới hạ	1. Trước kỳ 2. Sau kỳ 3. Đúng kỳ 4. Lượng kinh ít	5. Lượng kinh nhiều 6. Lượng kinh bình thường 7. Tím đen, máu cục 8. Mãn kinh

C5. Thiết chẩn

C5.1. Xúc chẩn

C5.2.1. Bì phu	1. Bình thường 2. Thô ráp 3. Nhớt, dính mồ hôi 4. Mềm nhẽo	4. Nóng 5. Lạnh 6. Khô, bong vảy 7. Phù thũng
C5.2.2. Chân tay	1. Nóng 3. Lòng bàn tay/chân nóng	2. Lạnh 4. Bình thường
C5.2.3. Ngực bụng	1. Bình thường 3. Thiện án 5. Khác:	2. Hồn khối 4. Cự án

C5.2. Mạch chẩn

1. Huyền sắc	2. Tế sắc	3. Trầm huyền vô lực	4. Trầm huyền hữu lực
5. Huyền hoạt	6. Huyền đại	7. Trầm tế	8. Trầm trì
9. Kết	10. Đại	11. Cách	12. Vi tế

C6. Chẩn đoán

C6.1. Chẩn đoán bát cương:	1. Biểu 2. Lý 3. Hư 4. Thực	5. Hàn 6. Nhiệt 7. Âm 8. Dương
C6.2. Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc:		
.....		

PHỤ LỤC 2
DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU