

Khảo sát tần suất xuất hiện một số chứng trạng, chứng hậu trên lâm sàng theo y học cổ truyền ở bệnh nhân tăng huyết áp

Phùng Thị Thùy¹, Lê Thị Minh Thảo², Nguyễn Thị Hương Lam², Lê Công Hậu²,
Nguyễn Ngọc Lê², Trần Lê Minh³, Nguyễn Thiện Phước^{2*}

(1) Khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng Nguyễn Phúc, Nghệ An

(2) Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(3) Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một bệnh mạn tính phổ biến với tỷ lệ mắc hiện đang ở mức cao và gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Quá trình tiến triển của bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nề, ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. **Mục tiêu:** nhằm khảo sát tần suất xuất hiện một số chứng trạng, chứng hậu trên lâm sàng theo Y học cổ truyền và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ liên quan đến các chứng hậu ở bệnh nhân tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 198 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế, Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** Theo Y học cổ truyền, các chứng trạng: đau mỗi lưng gối (74,2%), tiểu đêm (59,6%), ngủ ít (66,7%), chất lưỡi đỏ (60,6%), rêu vàng (65,2%) dày (51,5%), mạch huyền (67,7%) chiếm tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân tăng huyết áp. Chứng hậu: thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,8%. Có mối liên quan: căng thẳng thần kinh kéo dài, hoạt động thể lực ít với can dương thượng cang ($p < 0,05$). Căng thẳng thần kinh kéo dài, hoạt động thể lực ít, thừa cân, béo phì với can thận âm hư ($p < 0,05$). Thói quen ăn mặn, căng thẳng thần kinh kéo dài, thừa cân béo phì với thể đàm thấp ($p < 0,05$). **Kết luận:** Theo Y học cổ truyền, các chứng trạng: đau mỗi lưng gối, ngủ ít, tiểu đêm, chất lưỡi đỏ, rêu vàng dày, mạch huyền có tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân tăng huyết áp. Can thận âm hư là chứng hậu thường gặp nhất. Có mối liên quan giữa các chứng hậu với các yếu tố nguy cơ: căng thẳng thần kinh kéo dài, ít hoạt động thể lực thừa cân, béo phì, thói quen ăn mặn.

Từ khóa: chứng trạng, chứng hậu, tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ.

Frequency of the appearance of some clinical symptoms and syndromes according to traditional medicine in hypertensive patients

Phung Thi Thuy¹, Le Thi Minh Thao², Nguyen Thi Huong Lam², Le Cong Hau²,
Nguyen Ngoc Le², Tran Le Minh³, Nguyen Thien Phuoc^{2*}

(1) Department of Musculoskeletal Traditional Medicine, Nguyen Phuc Traditional Medicine Hospital, Nghe An

(2) Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(3) Department of Traditional Medicine, Hue Central Hospital

Abstract

Background: Hypertension is the most common chronic disease in the cardiovascular system, affecting human health greatly, which the prevalence rate is currently high and increasing in the world as well as in Vietnam. These disease can lead to various serious complications that affect the patient's quality of life and pose a challenge to family and society. **Objectives:** To investigate the frequency of clinical symptoms and syndromes according to traditional medicine and explore some factors associated with the syndromes in hypertensive patients. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 198 primary hypertensive patients with inpatient treatment at Thua Thien Hue Traditional Medicine Hospital and Department of Cardiology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, Department of Traditional Medicine Hue Central Hospital. **Results:** According to traditional medicine, the frequency of clinical symptoms: back and knee pain (74.2%), nocturia (59.6%), poor sleep (66.7%), red tongue (60.6%), yellow tongue coating (65.2%), thick tongue coating (51.5%), wiry pulse (67.7%) account for a fairly high proportion in hypertensive patients. Yin deficiency of the liver and kidney pattern accounts for 76.8 % which is the highest proportion of TCM symptom patterns. There is an association between: Prolonged nervous tension lack of physical activity

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thiện Phước. Email: ntphuoc@huemed-univ.edu.vn

DOI: 10.34071/jmp.2025.3.3

Ngày nhận bài: 19/8/2024; Ngày đồng ý đăng: 15/4/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

and hyperactivity of liver yang ($p < 0.05$). Prolonged mental stress, lack of exercise, overweight, obesity with liver and kidney yin deficiency pattern ($p < 0.05$). Salty eating habits, prolonged mental stress, overweight and obesity with phlegm-dampness ($p < 0.05$). **Conclusion:** According to traditional medicine: back and knee pain, nocturia, poor sleep, red tongue, thick and yellow tongue coating, wiry pulse in hypertensive patients. Liver and kidney deficiency are the predominant symptoms in popular forms of Traditional Medicine. And there is a relationship between risk factors: prolonged mental stress, lack of physical activity, overweight, obesity, salty eating habits and clinical forms of hypertension.

Keywords: symptoms, pattern, hypertension, risk factor.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh mạn tính phổ biến với tỷ lệ mắc hiện đang ở mức cao và gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với các bệnh tim mạch và mạch máu não và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm trên toàn thế giới. Tỷ lệ hiện mắc THA ước tính ở người trưởng thành trên toàn cầu là 31,1% (1,39 tỷ) vào năm 2010 và vẫn đang gia tăng [1]. Các ước tính gần đây cho thấy số bệnh nhân THA có thể tăng tới 15% đến 20%, có thể đạt gần 1,5 tỷ vào năm 2025” [2].

Theo Y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh tăng THA nên thường mô tả trong phạm trù: “Huyễn vựng, đầu thống, can phong, can dương, can hỏa vượng” [3]. Nguyên nhân thường do can dương thượng cang, nội thương hư tổn, đàm thấp [3] và các yếu tố nguy cơ ẩm thực (hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn mặn), tình chí (căng thẳng kéo dài), lao động (ít hoạt động thể dục). Trên lâm sàng chia làm 4 thể chính: can dương thượng cang, can thận âm hư, âm dương lưỡng hư, thể đàm trọc [3]. Nghiên cứu mối liên hệ bệnh tăng huyết áp với các chứng trạng, chứng hậu theo YHCT góp phần phát hiện sớm và tạo ra hướng đi mới trong việc điều trị tăng huyết áp bằng phương pháp YHCT kết hợp Y học hiện đại. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát tần suất xuất hiện một số chứng trạng, chứng hậu trên lâm sàng theo Y học cổ truyền ở bệnh nhân tăng huyết áp” được thực hiện với hai mục tiêu: *khảo sát tần suất xuất hiện một số chứng trạng, chứng hậu trên lâm sàng theo Y học cổ truyền và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ liên quan đến các chứng hậu ở bệnh nhân tăng huyết áp.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm 198 bệnh nhân (BN) THA nguyên phát điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế, Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Trung ương Huế trong khoảng thời gian tháng 10/2022 đến tháng 03/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được khám và chẩn

đoán THA nguyên phát chấp nhận tham gia nghiên cứu. Gọi là tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATT_r) ≥ 90 mmHg hoặc khi đang điều trị bằng một loại thuốc hạ huyết áp (khi đo ở tại phòng khám). Qua thăm khám lâm sàng có tính chất gợi ý như: thời gian bị tăng huyết áp, điều trị tăng huyết áp trước đây... chỉ điểm đến nguyên nhân tăng huyết áp. Có thể sử dụng xét nghiệm, hình ảnh để chẩn đoán xác định nguyên nhân. Một số gợi ý đến nguyên nhân THA thứ phát như tuổi khởi phát dưới 40 với tăng huyết áp độ 2 hoặc tăng huyết áp trẻ em, tổn thương nhiều cơ quan đích, đáp ứng kém với điều trị trước đây... [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, THA thứ phát hay có các bệnh cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Biến số nghiên cứu: bộ câu hỏi soạn sẵn, bộ dụng cụ đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ, que khám lưỡi, gối bắt mạch.

- Một số cách đánh giá được áp dụng trong nghiên cứu:

+ Đánh giá thừa cân béo phì: theo Body Mass Index (BMI) thì gầy (BMI $< 18,5$), trung bình ($18,5 \leq \text{BMI} \leq 22,9$), thừa cân, béo phì BMI ≥ 23) [5].

+ Đánh giá thói quen hút thuốc lá: người có thói quen hút thuốc lá (hút thuốc thường xuyên và liên tục, mỗi ngày hút ít nhất 10 điếu thuốc lá); Có hút thuốc lá (trước đây có hút nhưng đã bỏ dưới 5 năm hoặc hiện tại đang hút, người hút thuốc lá thụ động mức độ thường xuyên); Không hút thuốc lá (chưa từng hút thuốc lá hoặc có hút nhưng đã bỏ từ 5 năm trở lên) [6].

+ Thói quen uống rượu - bia: đơn vị rượu chuẩn, áp dụng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO): 1 đơn vị rượu chuẩn bằng 10 gam rượu nguyên chất (etanol), quy đổi tương đương với: 285 ml bia 5% hoặc 120 ml rượu vang 11% hoặc 30 ml rượu mạnh 40%. Được xác định có lạm dụng rượu bia khi lượng rượu bia uống vào cơ thể được xác định nhiều hơn 1 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nữ giới, nhiều hơn 2 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nam [6].

+ Thói quen ăn mặn: việc sử dụng muối khá phổ biến trong sinh hoạt hằng ngày như dùng muối, nước mắm, bột canh để chấm thức ăn. Trong nghiên cứu này ăn mặn có nghĩa là cảm giác mặn nhạt trong ăn uống của đối tượng được khảo sát khi so sánh các thành viên trong gia đình Người có thói quen ăn mặn là i thích ăn mặn hơn mọi người khác trong gia đình (ăn mặn liên tục từ 4 - 7 ngày/tuần).

+ Hoạt động thể lực thường xuyên: là những người đang làm công việc thể lực hoặc những người có chế độ tập luyện thường xuyên ít nhất 5 lần/tuần, mỗi lần 30 - 60 phút [6].

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	N	%
<60	22	33,3	30	22,6	52	26,3
≥60	43	66,2	103	77,4	146	73,7
Tổng	65	100,0	133	100,0	198	100,0
$\bar{X} \pm SD$	67,1 ± 11,7					

Bệnh gặp cả hai giới, trong đó nữ chiếm đa số với tỷ lệ nữ/nam là 2,05. Độ tuổi trung bình $67,1 \pm 11,7$. Phần lớn bệnh gặp trên độ tuổi 60 với tỷ lệ 73,7%. Ở độ tuổi dưới 60 thì tỷ lệ nam mắc THA cao hơn so với nữ (nam: 33,3%, nữ: 22,6%) nhưng sau độ tuổi 60 thì nữ giới mắc nhiều hơn nam giới (nam: 66,2%, nữ: 77,4%). Trong 198 bệnh nhân nghiên cứu có 80,3% xác định được thời gian mắc bệnh THA. Số BN có

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ và thể bệnh YHCT của THA bằng hồi quy logistic đa biến.

2.4. Vấn đề y đức

Nghiên cứu có sự đồng ý của Giám đốc Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Giám đốc Bệnh viện Trung ương Huế và Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế và việc tham gia nghiên cứu của bệnh nhân là hoàn toàn tự nguyện, được giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu.

thời gian mắc bệnh trong 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,8%. Tiếp theo tỷ lệ BN có khoảng thời gian mắc bệnh 6 – 10 năm, không xác định, < 1 năm lần lượt là 20,2%, 19,7% và 18,2%, cuối cùng là THA > 10 năm chiếm 9,1%.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Một số chứng trạng thăm khám theo YHCT

Bảng 2. Một số chứng trạng thăm khám theo Y học cổ truyền

Các chứng trạng	Số lượng (n)	Phần trăm (%)
Hàn nhiệt	Sốt	8
	Sợ gió	49
	Sợ lạnh	98
	Nóng trong người	61
	Miệng họng khô	79
Tiểu đêm	118	58,6
Giấc ngủ	Ngủ tốt	42
	Ngủ nhiều	9
	Ngủ ít	132
	Ngủ hay mê	49
	Ngủ hay tỉnh	97
	Khó vào giấc	63

Các chứng trạng khác	Đau đầu	50	25,3
	Hoa mắt chóng mặt	143	72,2
	Cơ bốc hỏa	143	70,2
	Hồi hộp đánh trống ngực	106	53,5
	Đau nặng ngực	28	14,1
	Đau mỗi lưng gối	147	74,2
Chất lưỡi	Đỏ	120	60,6
	Màu sắc Hồng nhạt	40	20,2
	Có điểm ứ huyết	17	8,6
	Trung bình	70	35,4
	Hình dáng lưỡi To bệu	101	51,0
	Thon gọn	27	13,6
	Vận động lưỡi Linh hoạt	198	100,0
Rêu lưỡi	Trắng	68	34,3
	Màu sắc Vàng	129	65,2
	khác	1	0,5
	Mỏng	65	32,8
	Độ dày mỏng Dày	102	51,5
	Mất rêu	31	15,7
	Khô	80	40,4
	Nhuận	79	39,9
	Ướt	27	13,6
	Nhầy dính	59	29,8
Mạch chẩn	Vị trí Phù	50	25,3
	Trầm	99	50,0
	Trung án	49	24,7
	Sác	30	15,2
	Tần số Đới sác	68	34,3
	Trì	11	5,6
	Đới trì	5	2,5
	Hòa hoãn	84	42,4
	Cường độ Hữu lực	116	58,6
	Vô lực	82	41,4
	Huyền	134	67,7
	Tính chất Tế	81	40,9
	Hoạt	43	21,7
	Nhược	33	16,7

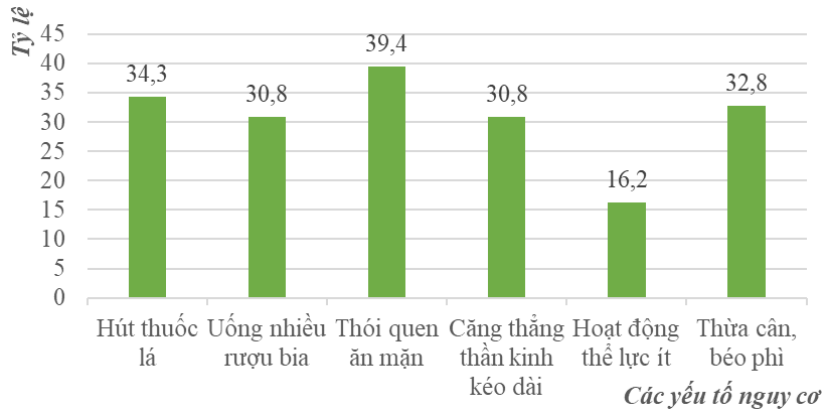
Trong 198 đối tượng nghiên cứu thì có 49,5% người sợ lạnh chiếm tỷ lệ cao nhất. Về tiểu tiện: 59,6% bệnh nhân có vấn đề về tiểu đêm. Có 78,8% bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ, trong đó ngủ ít chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7%. Các chứng trạng khác, đau mỗi lưng gối chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,2%. Về màu

sắc chất lưỡi: chất lưỡi đỏ chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,6%. Về hình dáng chất lưỡi: to bệu chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,0%. Về cử động lưỡi: linh hoạt chiếm 100%. Màu sắc rêu lưỡi: màu vàng chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,2%. Về độ dày mỏng rêu: rêu dày chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,5%. Rêu lưỡi khô chiếm tỷ lệ

cao nhất với 40,4%. Về vị trí mạch: mạch trầm chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,0%, tần số mạch sắc và đờn sắc

chiếm tỷ lệ cao 15,2% và 34,3%, mạch huyền chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,7%.

3.2.2. Các yếu tố nguy cơ.



Biểu đồ 1. Các yếu tố nguy cơ

Trong các yếu tố nguy cơ thì thói quen ăn mặn, hút thuốc lá, thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 39,4%, 34,3%, 32,8%. Tiếp theo là uống nhiều rượu bia, căng thẳng thần kinh kéo dài có tỷ lệ bằng nhau đều bằng 30,8%. Hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ ít nhất 16,2%.

3.2.3. Các chứng hậu theo Y học cổ truyền

Bảng 3. Các chứng hậu theo Y học cổ truyền

Thể lâm sàng	Số lượng (N = 198)	Tỷ lệ (%)
Can dương thượng cang	10	5,1
Can thận âm hư	152	76,8
Âm dương lưỡng hư	7	3,5
Thể đàm thấp	29	14,6
Tổng	198	100,0

Trong các thể bệnh thì thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,8%. Xếp thứ hai là thể đàm thấp 14,6%. Còn lại là can dương thượng cang và âm dương lưỡng hư lần lượt là 5,1%, 3,5%.

3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với chứng hậu ở bệnh nhân THA

Bảng 4. Các mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với chứng hậu ở bệnh nhân THA

Các yếu tố nguy cơ	Can dương thượng cang (a)		Can thận âm hư (b)		Âm dương lưỡng hư (c)		Đàm thấp (d)		P
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Hút thuốc lá (1)	1	10,0	57	37,5	2	28,6	8	27,6	> 0,05
Uống nhiều rượu bia (2)	2	20,0	49	32,3	3	42,9	7	24,1	>0,05
Thói quen ăn mặn (3)	2	20,0	58	38,2	1	14,3	17	58,6	$p_{3-d} < 0,05$
Căng thẳng thần kinh kéo dài (4)	6	60,0	37	24,3	1	14,3	17	58,6	$p_{4-a, 4-b, 4-d} < 0,05$

Hoạt động thể lực ít (5)	6	60,0	18	11,8	0	0,0	8	27,6	p _{5-a, 5-b}	<0,01
Thừa cân, béo phì (6)	3	30,0	36	23,7	3	42,9	23	79,3	p _{6-b, 6-d}	<0,05

Thể can dương thượng cang có mối liên quan với các yếu tố nguy cơ căng thẳng thần kinh kéo dài và hoạt động thể lực ít ($p<0,05$). Thể can thận âm hư có mối liên quan với các yếu tố nguy cơ căng thẳng thần kinh kéo dài, hoạt động thể lực ít, thừa cân béo phì ($p<0,05$). Không có mối liên quan nào giữa các yếu tố nguy cơ với thể âm dương lưỡng hư. Có mối liên quan giữa thói quen ăn mặn, căng thẳng thần kinh kéo dài, thừa cân béo phì với thể đàm thấp ($p<0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $67,1 \pm 11,7$, chủ yếu ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 73,7% so với người trẻ tuổi gấp 2,8 lần. THA gặp cả hai giới, trong đó nữ chiếm đa số với 62,7%, nam 38,2% và tỷ lệ nữ/nam là 2,05. Điều này phù hợp với nghiên cứu Lê Kiều Oanh (2017): độ tuổi trung bình $68,2 \pm 8,9$, có 84,1% người > 60 tuổi và tỷ lệ BN nam (35,7%) thấp hơn BN nữ (64,7%) [7]. Tuổi là yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch nói chung. Tuổi càng cao tính đàn hồi của thành mạch giảm dần do sự thoái hóa các sợi elastin kết hợp sự tăng sinh collagen làm giảm tính đàn hồi của hệ thống động mạch, ảnh hưởng trực tiếp huyết áp tâm thu gây tăng huyết áp [8]. Ở độ tuổi dưới 60 thì tỷ lệ nam mắc THA cao hơn so với nữ nhưng sau độ tuổi 60 thì nữ giới mắc nhiều hơn nam giới, điều này có thể là do điều này có thể là do sự mất tác dụng bảo vệ mạch máu của nội tiết tố nữ [5]. Trong số 198 bệnh nhân nghiên cứu, có 80,3% BN khai thác được tiền sử bệnh nhân, trong đó số BN có khoảng thời gian mắc bệnh trong khoảng 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất, mắc trên 10 năm chiếm tỷ lệ ít nhất 9,1%. Sự phân bố thời gian mắc bệnh của bệnh phù hợp với đặc điểm là THA là một bệnh diễn biến kéo dài, tuổi càng cao nguy cơ mắc càng lớn.

4.2. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

4.2.1. Một số chứng trạng thăm khám theo YHCT

Hàn - nhiệt: vì mỗi bệnh nhân có thể có các chứng trạng hàn nhiệt khác nhau. Do đó, trong nghiên cứu này chúng tôi không xét riêng từng chứng trạng mà xét chung tổng thể kết hợp với mạch lưỡi để phân biệt hàn - nhiệt. Hàn chứng: sợ gió, sợ lạnh, sờ chân tay lạnh. Nhiệt chứng: sốt, nóng trong người, miệng họng khô, sốt về chiều, lòng bàn tay chân nóng [9]. Chứng tiểu đêm nhiều lần phần nhiều do thể trạng

dương hư hoặc người cao tuổi, ốm lâu ngày thận dương bất túc, bàng quang mất chế ước, ban đêm dương suy mất quyền thu nhiếp gây tiểu nhiều lần [10]. Mất ngủ chiếm tỷ lệ 74,3%, người già chức năng tạng phủ hư suy, khí huyết không đủ nuôi dưỡng tâm thần gây ra chứng ngủ hay mê, dễ tỉnh, hồi hộp, hay quên. Hoặc do thận âm bất túc làm tâm thận bất giao, hư nhiệt nhiều thần gây chứng buồn bực, mất ngủ, hồi hộp không yên [11]. Chiếm tỷ lệ khá cao là đau lưng mỏi gối. Theo YHCT gối là phủ của can, lưng là phủ của thận [11]. THA là bệnh liên quan rối loạn chức năng của các tạng can, tỳ, thận mà can thận đồng nguyên [3]. Can thận hư không nuôi dưỡng được lưng gối, nên thường có triệu chứng đau mỏi lưng gối.

Mặt khác, tỷ lệ BN có chất lưỡi đỏ với hình dáng to bệu, rêu dày vàng khô có tỷ lệ cao. Có thể giải thích rằng do đối tượng nghiên cứu phần nhiều là người lớn tuổi, khí huyết, thận âm hư sinh nội nhiệt, tân dịch hao tổn mà biểu hiện chứng trạng như vậy. Về thiết chẩn: theo nghiên cứu của chúng tôi thì mạch trầm, huyền, sác hoặc đới sác chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả phù hợp với độ tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là $67,1 \pm 11,7$, người già chức năng tạng phủ hư suy, can thận hư. Mạch huyền chủ về bệnh của can đờm, chủ đàm ẩm, chứng đau, ngược tật [12]. Trong nghiên cứu này, mạch huyền chiếm tỷ lệ cao nhất do THA có liên quan đến sự rối loạn chức năng can tỳ thận, can chủ sơ tiết, nếu tà khí trệ can, sơ tiết thất thường sẽ thấy mạch huyền [12].

4.2.2. Các yếu tố nguy cơ

Trong các yếu tố nguy cơ thì thói quen ăn mặn, hút thuốc lá, thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 39,4%, 34,3%, 32,8%. Hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ ít nhất 16,2%. Nghiên cứu này không tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Hiền (2023): hút thuốc lá 65,6%, ăn mặn 28,1%, thừa cân béo phì 53,1%, hoạt động thể lực ít 59,4% [13]. Có thể giải thích ở đây là do thói quen, sinh hoạt, lao động mỗi vùng miền là khác nhau.

4.2.3. Chứng hậu ở bệnh nhân tăng huyết áp

Can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,72%, tiếp đến là thể đàm thấp với 17,93% và can dương thượng cang với 6,21% và ít nhất ở thể âm dương lưỡng hư (4,14%). Có sự tương đồng nghiên cứu của Trịnh Thị Lụa (2005): tỷ lệ can thận âm hư lớn nhất (60%) [14]. Đa số BN trong nghiên cứu này ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên, và theo YHCT đây là độ tuổi mà

thiên quý ở nữ giảm và bắt đầu giảm ở nam, công năng tạng phủ trong cơ thể mà đặc biệt là hai tạng can thận bị suy giảm nhiều [15]. Do đó số lượng BN thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ lớn nhất.

4.3. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với chứng hậu ở bệnh nhân THA

Trong các yếu tố nguy cơ thì căng thẳng thần kinh kéo dài và hoạt động thể lực ít có mối liên quan với thể can dương thượng cang. Có thể giải thích rằng nộ khiến cho can khí uất trệ trong trường hợp nén giận, khi nộ bộc phát thường gây ra can dương thượng xung hay can hỏa vượng. Khí huyết tạng can nuôi dưỡng cân, cân sẽ thiếu nuôi dưỡng nhu nhuận có thể gây co thắt và hoặc hạn chế gấp/duỗi, tê ngứa, co rút và nếu can phong nội động sẽ gây run, co giật, động kinh... [15] điều này làm cho bệnh nhân ít hoạt động thể lực.

Căng thẳng thần kinh kéo dài, hoạt động thể lực ít, thừa cân béo phì có mối liên quan với thể can thận âm hư. Theo YHCT, căng thẳng thần kinh kéo dài có thể ảnh hưởng chức năng tạng can và thận. Thận chủ cốt tủy, nếu thận tinh sung túc thì cốt tủy đầy đủ, chi thể vận động nhẹ nhàng, uyển chuyển đứng vững chắc [15]. Vì vậy, khi thận tinh bất túc cốt sẽ không được nuôi dưỡng đầy đủ gây ra vận động khó khăn. Thừa cân, béo phì là do ăn nhiều chất béo ngọt, dầu mỡ làm ảnh hưởng đến chức năng vận hóa của tỳ mà sinh ra đàm ẩm, thủy thấp [15]. Ở đây nó có liên quan đến thể can thận âm hư là do độ tuổi trung

biên của đối tượng nghiên cứu là $67,1 \pm 11,7$, khi đó chức năng ngũ tạng đã hư suy, bệnh không chỉ ảnh hưởng đơn độc đến hai tạng can thận mà nhiều tạng khác, đặc biệt là tạng tỳ - hậu thiên chi bản. Nên có thể gặp thừa cân, béo phì ở thể can thận âm hư.

Có mối liên quan giữa thói quen ăn mặn, căng thẳng thần kinh kéo dài, thừa cân béo phì với thể đàm thấp. Theo YHCT, một lượng nhỏ vị mặn sẽ có tác dụng bổ thận. Ngược lại, một lượng lớn muối trong bữa ăn có thể hại thận. Mặt khác, căng thẳng thần kinh kéo dài, can khí uất kết ảnh hưởng đến việc sơ tiết của can, làm cho khả năng vận hóa của tỳ bị ảnh hưởng. Mà sự trao đổi thủy dịch trong cơ thể liên quan chủ yếu đến chức năng 3 tạng: can, tỳ, thận. Khi rối loạn chức năng một hay nhiều tạng trong đó, sẽ ảnh hưởng đến việc trao đổi thủy dịch mà sinh ra đàm, ẩm, thấp [15].

5. KẾT LUẬN

Theo Y học cổ truyền, các chứng trạng: sợ lạnh, đạo hãn, ăn kém, tiểu đêm, ngủ ít, đau mỏi lưng gối, chất lưỡi đỏ, to bệu, rêu dày vàng khô, mạch trầm huyền sác hoặc đới sác chiếm tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân tăng huyết áp. Trong chứng hậu: thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất. Và có mối liên quan chứng hậu với các yếu tố nguy cơ: căng thẳng thần kinh kéo dài, ít hoạt động thể lực thừa cân, béo phì, thói quen ăn mặn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jun Ma, Xiaoping Chen. Advances in pathogenesis and treatment of essential hypertension. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2022 Oct, 1-2.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005 Jan 15-21;365(9455):217-23.
3. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội. Giáo trình Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012. p.63.
4. Bộ môn nội tổng quát – Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Giáo trình tiếp cận chẩn đoán bệnh nội khoa. Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Thành Phố Hồ Chí Minh, 2023: p.15-25.
5. World Health Organization (WHO). The Asia – Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. 2000. p.17-18.
6. Quách Tuấn Vinh. Tăng huyết áp. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2021. p.80-86.
7. Lê Kiều Oanh. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình điều trị bệnh tăng huyết áp tại khoa nội bệnh viện Y học cổ truyền trung ương năm 2015 [Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa], Trường đại học Y Hà Nội; 2017.
8. Phạm Thị Thu Thủy. Đánh giá tác dụng của chế phẩm

- hạ áp ích nhân trong điều trị hỗ trợ tăng huyết áp nguyên phát độ 1 [Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa], Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
9. 陈家旭 (2011), 中医诊断学 图表解, 人民卫生出版社, 第 42 – 57 页
10. Viện nghiên cứu Trung Y. Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y. Hà Nội: Nhà xuất bản văn hóa Dân tộc; 2013. p.900-1225.
11. Trần Quốc Bảo. Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền. Hà Nội: Nhà xuất bản Quân đội nhân dân; 2020. p.329-353, 400-426.
12. Lâm Chính Hoàn. Sổ tay mạch chẩn. Hà Nội: Nhà xuất bản dân trí; 2020. p.31-91.
13. Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Thị Giang. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại trung tâm tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2023 (2): 525.
14. Trịnh Thị Lựa. Khảo sát thể lâm sàng Y học cổ truyền bệnh nhân tăng huyết áp điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2005; 39 (6): 269 – 276.
15. Bộ môn y học Cổ truyền cơ sở. Lý luận cơ bản Y học Cổ truyền. Tp. Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản đại học quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh; 2021. p.130- 183.