

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG ĐÀM Ứ TƯƠNG KẾT THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH VÀNH

Huỳnh Hà Nhi¹, Nguyễn Quang Tâm^{2*},
Huỳnh Hà Như¹, Nguyễn Thị Kim Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm hội chứng Đàm ứ tương kết và xác định một số mối liên quan đến hội chứng này ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 238 bệnh nhân có bệnh động mạch vành điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 09/2024 - 09/2025.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng Đàm ứ tương kết là 80,3% với mức độ nhẹ là thường gặp nhất (51,3%). Đa số bệnh nhân gặp các triệu chứng ở mức độ nhẹ/vừa. Có mối liên quan thống kê giữa sự xuất hiện hội chứng này và số nhánh động mạch vành hẹp; mức độ nặng của hội chứng này có liên quan thống kê đến mức độ hẹp động mạch vành, số nhánh động mạch vành hẹp trên kết quả chụp động mạch vành và tình trạng rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ hội chứng Đàm ứ tương kết trên bệnh nhân có bệnh động mạch vành tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế rất cao. Có mối liên quan thống kê giữa hội chứng này với số nhánh hẹp, mức độ hẹp động mạch vành và tình trạng rối loạn nhịp ($p < 0,05$).

Từ khóa: Hội chứng Đàm ứ tương kết, bệnh động mạch vành, Y học cổ truyền.

STUDY ON CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF PHLEGM AND BLOOD STASIS SYNDROME ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICINE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

ABSTRACT

Objective: To investigate the characteristics of Phlegm-Blood Stasis Syndrome and to identify its associations in patients with coronary artery disease (CAD).

1. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

2. Khoa YHCT-PHCN, Trung tâm Y tế khu vực Tiên Phước

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Quang Tâm

Email: nqtam@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/11/2025

Ngày phản biện: 3/3/2026

Ngày duyệt bài: 6/3/2026

Methods: A cross - sectional descriptive study was conducted on 238 hospitalized CAD patients at the Cardiovascular Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, from September 2024 to September 2025.

Results: The prevalence of Phlegm - Blood Stasis Syndrome was 80.3%, with mild severity being the most common (51.3%). Most patients presented with mild to moderate symptoms. The presence of this syndrome was statistically significantly associated with the number of stenotic coronary branches, while its severity was statistically significantly associated with the degree of coronary stenosis, the number of affected vessels on coronary angiography, and arrhythmias detected on electrocardiography ($p < 0.05$).
Conclusion: The prevalence of the Phlegm-Blood Stasis syndrome among patients with coronary artery disease at the Cardiovascular Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, was high. There was a statistically significant association between this syndrome and the number of diseased coronary branches, the severity of coronary artery stenosis, and the presence of arrhythmias ($p < 0.05$).

Keywords: Phlegm – Blood Stasis syndrome, coronary artery disease, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng động mạch vành (ĐMV), cơn đau vùng tim và nhồi máu cơ tim được miêu tả trong phạm vi các chứng quyết tâm thống, chần tâm thống, hung tý,... của Y học cổ truyền (YHCT). YHCT xem huyết ứ là sự thay đổi trong lưu biến học của máu, trong khi đàm trọc tương ứng với rối loạn chuyển hóa lipid [1]. Những cơ chế đan xen này dẫn đến sự hình thành bệnh ĐMV và hội chứng (HC) Đàm ứ tương kết trong YHCT. Sự tương tác giữa đàm với huyết ứ đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh và tiến triển của bệnh ĐMV.

Người bệnh biểu hiện các triệu chứng sau: tức ngực; đau ngực (hoặc đau trước tim); đau nhói hoặc tức nặng, dữ dội; nặng nề tại ngực, đầu và thân thể; buồn ngủ nhiều; buồn nôn, nôn; tăng cân; đàm nhiều; khó thở; sắc môi, móng hoặc da có

màu xanh tím (hoặc tím nhạt hoặc tím đậm); lưỡi có màu tím (tím nhạt, tím đậm hoặc xanh tím); có điểm xuất huyết ở lưỡi; rêu lưỡi trơn hoặc dính; mạch huyền hoạt hoặc huyền sáp [2]. Theo tác giả Bi và cộng sự trong một nghiên cứu năm 2018 về chẩn đoán HC bệnh ĐMV theo YHCT trên bệnh nhân đau thắt ngực dựa trên khảo sát dịch tễ học lâm sàng, HC Đàm ú tương kết được tìm thấy trong 73,42% bệnh nhân bệnh ĐMV và đó là HC nguyên phát ở những bệnh nhân này [3]. Kết quả này cho thấy vai trò đáng lưu ý của HC Đàm ú tương kết trong bệnh cảnh bệnh ĐMV theo quan điểm YHCT. Năm 2016, theo báo cáo của WHO, ước tính Việt Nam có khoảng 31% trường hợp tử vong do tim mạch, trong đó hơn một nửa là do bệnh lý mạch vành [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu tiếp cận bệnh ĐMV dưới góc độ YHCT, đặc biệt là các nghiên cứu tập trung vào từng HC cụ thể như HC Đàm ú tương kết vẫn còn hạn chế. Đồng thời với mong muốn làm rõ mối liên hệ giữa lý luận YHCT với thực tiễn lâm sàng và những đánh giá khách quan của cận lâm sàng, từ đó giúp nhận diện rõ và chính xác hơn HC này nhằm thúc đẩy sự kết hợp của y học hiện đại (YHHĐ) và YHCT trong công tác thăm khám và điều trị bệnh lý ĐMV. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm hội chứng Đàm ú tương kết theo Y học cổ truyền ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến hội chứng Đàm ú tương kết ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ĐMV đang điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 09/2024 đến 09/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán bệnh ĐMV theo ESC 2019 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý toàn thân cấp tính, bệnh lý ác tính, bệnh suy tim hoặc bệnh nhân không có khả năng giao tiếp, có biểu hiện rối loạn tâm thần, có xăm môi, sơn móng tay và chân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với độ tin cậy 95%; $p=18,6\%$ [5]; d: là sai số tuyệt đối giữa mẫu và quần thể, chọn $d=0,05$. Áp dụng vào công thức trên, tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n=233$. Cỡ mẫu thu thập được là 238. Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Nội dung và biến số nghiên cứu:

- Biến độc lập bao gồm các đặc điểm chung, chụp ĐMV, điện tâm đồ.

- Biến phụ thuộc: HC Đàm ú tương kết được mã hóa dạng nhị phân (Có/ Không), các mức độ của HC Đàm ú tương kết (Nhẹ/ Vừa/ Nặng)

- Các đặc điểm chung: tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ (YTNC) của bệnh ĐMV (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, béo phì, uống rượu bia, hút thuốc lá và ít hoạt động thể lực), điều trị nội khoa/ stent ĐMV.

- HC Đàm ú tương kết: sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của chi nhánh bệnh tim mạch của hiệp hội YHCT tại Trung Quốc năm 2018, cụ thể [6]:

+ HC Đàm trọc (A) với các triệu chứng sau: tức, đau ngực (3 điểm); cơ thể mập béo và đàm nhiều (4 điểm); lưỡi bệu có rêu nhờn dính (4 điểm); phân sệt nhầy dính (2 điểm); chân tay cảm giác nặng nề (2 điểm).

+ HC Huyết ú (B) với các triệu chứng sau: đau ngực cố định (4 điểm); lưỡi ám tím hoặc điểm hoặc ban ú huyết trên lưỡi (4 điểm); tĩnh mạch dưới lưỡi ám tím (3 điểm); sắc mặt ám tím (3 điểm); thân thể có điểm/ mảng/ ban ú huyết (3 điểm).

HC Đàm ú tương kết được chẩn đoán khi: có ít nhất 1 triệu chứng trong HC Đàm trọc (A) và có ít nhất 1 triệu chứng trong HC Huyết ú (B) và tổng điểm (A)+(B) ≥ 8 . Sau đó, tiến hành phân loại mức độ HC theo 03 mức độ: 8-13 điểm (nhẹ), 14-19 (vừa) và 20-33 (nặng).

- Về triệu chứng: đánh giá mức độ (không, nhẹ, vừa, nặng) của các triệu chứng thường gặp trong HC Đàm ú tương kết gồm: Tức ngực, đau ngực, buồn ngủ, cơ thể nặng nề, có đàm khi khạc nhổ, ho đàm, miệng dính, môi tím tái, sắc da xỉn màu kém tươi sáng, đầy bụng, chán ăn, phân nhầy, chất

lưỡi đặc trưng của huyết ứ (lưỡi tím sẫm, có điểm/mảng ứ huyết hoặc tĩnh mạch dưới lưỡi xanh tím), rêu lưỡi nhầy dính, mạch đặc trưng của huyết ứ và đàm trọc (hoạt hoặc sáp hoặc khẩn) [7], [8], [9].

- Về cận lâm sàng: chụp động mạch vành và điện tâm đồ (ECG)

+ Chụp động mạch vành: Phân loại mức độ hẹp và số nhánh hẹp theo thang điểm Gensini [10].

+ ECG được phân loại theo các nhóm sau:

Rối loạn nhịp tim gồm: Rối loạn nhịp nhanh: nhịp nhanh xoang, rối loạn nhịp thất (ngoại tâm thu thất, cơn tim nhanh thất, rung thất), rối loạn nhịp nhĩ (ngoại tâm thu nhĩ, cơn tim nhanh nhĩ, rung nhĩ). Rối loạn nhịp chậm: block nhĩ thất các mức độ.

Thiếu máu cơ tim: có biến đổi đoạn ST, sóng Q bệnh lý, sóng T âm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Trong số 238 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (nữ 55,9%, nam 44,1%) và phần lớn nằm trong độ tuổi ≥ 65 với 64,7%. Độ tuổi trung bình là $68,7 \pm 12,6$. Tuổi lớn nhất là 94, tuổi nhỏ nhất là 29. Tăng huyết áp (71,0%) và rối loạn lipid máu (46,2%) là 2 YTNC chiếm tỷ lệ cao nhất. Các YTNC còn lại lần lượt là ít hoạt động thể lực (26,9%), đái tháo đường (19,7%), béo phì (16,8%), uống rượu bia (15,1%) và thói quen hút thuốc lá (12,2%).

3.2. Đặc điểm hội chứng Đàm ứ tương kết theo Y học cổ truyền

Bảng 1. Đặc điểm hội chứng Đàm ứ tương kết

Hội chứng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
HC Đàm trọc (A)		227	95,4
HC Huyết ứ (B)		224	94,1
HC Đàm ứ tương kết	Có	191	80,3
	Không	47	19,7
Mức độ HC Đàm ứ tương kết (n=191)	Nhẹ	98	51,3
	Vừa	78	40,8
	Nặng	15	7,9

Nhận xét: Tỷ lệ HC Đàm ứ tương kết rất cao (80,3%), hay gặp mức độ nhẹ và vừa.

Bảng 2. Phân bố mức độ các triệu chứng thường gặp trong hội chứng Đàm ứ tương kết

Triệu chứng		HC Đàm ứ tương kết			
		Có (n=191)		Không (n=47)	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Tức ngực	Nhẹ	45	18,9	8	3,4
	Vừa	37	15,5	7	2,9
	Nặng	13	5,5	1	0,4
Đau ngực	Nhẹ	17	7,1	4	1,7
	Vừa	47	19,7	5	2,1
	Nặng	29	12,2	2	0,8

Triệu chứng		HC Đàm ứ tương kết			
		Có (n=191)		Không (n=47)	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Cơ thể nặng nề	Nhẹ	49	20,6	3	1,3
	Vừa	33	13,9	4	1,7
	Nặng	10	4,2	0	0,0
Buồn ngủ	Nhẹ	20	8,4	3	1,3
	Vừa	9	3,8	2	0,8
	Nặng	4	1,7	0	0,0
Sắc da kém tươi sáng	Nhẹ	63	26,5	14	5,9
	Vừa	54	22,7	16	6,7
	Nặng	41	17,2	6	2,5
Môi tím tái	Nhẹ	2	0,8	0	0,0
	Vừa	106	44,5	29	12,2
	Nặng	60	25,2	13	5,5
Miệng dính	Nhẹ	23	9,7	4	1,7
	Vừa	6	2,5	1	0,4
	Nặng	0	0,0	0	0,0
Có đàm khi khạc nhỏ	Nhẹ	28	11,8	8	3,4
	Vừa	46	19,3	6	2,5
	Nặng	21	8,8	3	1,3
Ho đàm	Nhẹ	16	6,7	3	1,3
	Vừa	17	7,1	4	1,7
	Nặng	17	7,1	0	0,0
Đầy bụng	Nhẹ	15	6,3	1	0,4
	Vừa	9	3,8	1	0,4
	Nặng	12	5,0	2	0,8
Chán ăn	Nhẹ	26	10,9	12	5,0
	Vừa	8	3,4	4	1,7
	Nặng	16	6,7	2	0,8
Phân nhầy dính	Nhẹ	28	11,8	6	2,5
	Vừa	2	0,8	0	0,0
	Nặng	2	0,8	0	0,0
Rêu lưỡi nhầy dính	Nhẹ	55	23,1	4	1,7
	Vừa	11	4,6	1	0,4
	Nặng	15	6,3	1	0,4
Chất lưỡi đặc trưng của huyết ứ	Nhẹ	16	6,7	0	0,0
	Vừa	31	13,0	1	0,4
	Nặng	61	25,6	9	3,8
Mạch đặc trưng của huyết ứ và đàm trọc	Nhẹ	47	19,7	13	5,5
	Vừa	74	31,1	6	2,5
	Nặng	9	3,8	3	1,3

Nhận xét: Đa số các triệu chứng xuất hiện ở mức độ nhẹ hoặc vừa, riêng triệu chứng về chất lưỡi đặc trưng của huyết ứ (25,6%) và ho có đàm (7,1%) thì mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao hơn.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến hội chứng Đàm ứ tương kết

Bảng 3: Mối liên quan giữa hội chứng Đàm ú tương kết với tuổi, giới, BMI, hoạt động thể lực và điều trị

Đặc điểm		Đàm ú tương kết				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Tuổi	≥ 65	121	63,4	33	70,2	1,36 (0,68-2,72)	0,378
	< 65	70	36,6	14	29,8		
Giới	Nam	86	45,0	19	40,4	1,21 (0,63-2,31)	0,569
	Nữ	105	55,0	28	59,6		
BMI (kg/m ²)	≥ 25	35	18,3	5	10,6	0,53 (0,2-1,44)	0,207
	< 25	156	81,7	42	89,4		
Kém hoạt động thể lực	Có	51	26,7	19	40,4	0,54 (0,28-1,04)	0,064
	Không	140	73,3	28	59,6		
Điều trị nội khoa/ đặt stent ĐMV	Có	56	29,3	22	46,8	0,47 (0,25-0,91)	0,022
	Không	135	70,7	25	53,2		

Sử dụng kiểm định Chi-square

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng điều trị nội khoa hoặc đặt stent ĐMV với sự xuất hiện HC Đàm ú tương kết ($p < 0,05$), cụ thể: Những đối tượng được điều trị nội khoa/ đặt stent ĐMV có tỷ lệ mắc HC Đàm ú tương kết ít hơn nhóm không điều trị.

Bảng 4. Mối liên quan giữa hội chứng Đàm ú tương kết và số nhánh ĐMV hẹp

Đặc điểm chụp ĐMV		HC Đàm ú tương kết				OR (95%CI)	p
		Có (n=91)		Không (n=12)			
		n	%	n	%		
Số nhánh ĐMV hẹp	Không	33	36,3	9	75,0	5,27 (1,33-20,85)	0,014
	1 đến 3 nhánh	58	63,7	3	25,0		

Sử dụng kiểm định Chi-square

Nhận xét: Chỉ có 103/238 bệnh nhân có kết quả chụp ĐMV do việc chỉ định phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng thực tế và quyết định của bác sĩ điều trị. Trong nhóm này có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số nhánh ĐMV hẹp với sự xuất hiện HC Đàm ú tương kết ($p < 0,05$), cụ thể: Những đối tượng có 1-3 nhánh ĐMV hẹp có tỷ lệ mắc HC Đàm ú tương kết cao hơn nhóm không có nhánh hẹp.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ hội chứng Đàm ú tương kết và các đặc điểm chụp động mạch vành

Đặc điểm chụp ĐMV		Mức độ HC Đàm ú tương kết				OR (95%CI)	p
		Nhẹ (n=44)		Vừa/nặng (n=47)			
		n	%	n	%		
Mức độ hẹp ĐMV	Nhẹ	41	93,2	34	72,3	5,23 (1,38-19,86)	0,009
	Trung bình/nặng	3	6,8	13	27,7		
Số nhánh ĐMV hẹp	0 hoặc 1	35	79,5	28	59,6	2,64 (1,04-6,73)	0,039
	2 hoặc 3	9	20,5	19	40,4		

Sử dụng kiểm định Chi-square

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số nhánh hẹp và mức độ hẹp của ĐMV với mức độ HC Đàm ú tương kết ($p < 0,05$), cụ thể: mức độ hẹp nhẹ và số nhánh hẹp ít thì bị HC Đàm ú tương kết mức độ nhẹ cao hơn; mức độ hẹp trung bình/nặng và số nhánh hẹp nhiều hơn thì bị HC Đàm ú tương kết mức độ vừa/nặng cao hơn.

Bảng 6. Mối liên quan giữa mức độ của hội chứng Đàm ú tương kết và các đặc điểm trên điện tâm đồ

Đặc điểm ECG		Mức độ hội chứng Đàm ú tương kết								p
		Nhẹ (n=93)		Vừa (n=73)		Nặng (n=15)		Tổng (n=181)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Thiếu máu cơ tim	Có	22	23,7	24	32,9	4	26,7	50	27,6	0,418
	Không	71	76,3	49	67,1	11	73,3	131	72,4	
Rối loạn nhịp tim	Có	18	19,4	13	17,8	8	53,3	39	21,5	0,007
	Không	75	80,6	60	82,2	7	46,7	142	78,5	

Sử dụng kiểm định Chi-square

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng rối loạn nhịp tim trên ECG với mức độ nặng của HC Đàm ú tương kết ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân mắc HC Đàm ú tương kết trong nhóm đối tượng nghiên cứu rất cao (80,3%), gấp khoảng 4 lần nhóm không mắc HC. Điều này do vốn dĩ cơ chế bệnh sinh bệnh ĐMV phần nhiều đến từ tình trạng ứ huyết và đàm, đây là 2 sản phẩm bệnh lý cũng là 2 nguyên nhân gây bệnh, đan xen chặt chẽ và giữ vai trò quan trọng trong quá trình phát triển bệnh ĐMV nên kết quả này cũng phù hợp với lý luận bệnh học cổ truyền. Ngoài ra, tỷ lệ cao có thể liên quan đến đặc điểm mẫu nghiên cứu là bệnh nhân nội trú với mức độ bệnh nặng hơn. Kết quả ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Bi và cộng sự (2018) với HC Đàm ú tương kết là 73,4% ($p < 0,05$) [3]. Đa số bệnh nhân có mức độ HC Đàm ú tương kết nhẹ và vừa, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là một dấu hiệu tích cực, cho thấy có thể can thiệp để kiểm soát sự tiến triển của bệnh ngay từ sớm.

Từ bảng 2 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, HC Đàm ú tương kết ở những bệnh nhân mắc bệnh ĐMV chủ yếu biểu hiện ở mức độ triệu chứng nhẹ/vừa, riêng ho có đàm nhiều (7,1%) và có vết bầm máu ở lưỡi hoặc tĩnh mạch dưới lưỡi xanh tím (25,6%) là ở mức độ nặng. Các triệu chứng này tuy ít gặp hơn so với các biểu hiện nhẹ và vừa, nhưng khi hiện diện lại có giá trị gợi ý chẩn đoán mạnh vì là những biểu hiện phản ánh rõ bản chất bệnh lý của đàm và huyết ứ. Do đó, sự xuất hiện của các triệu chứng này có ý nghĩa lâm sàng rõ rệt trong việc định hướng chẩn đoán HC Đàm ú tương kết ở bệnh nhân mắc bệnh ĐMV.

Từ bảng 3 cho thấy những bệnh nhân mắc bệnh ĐMV được điều trị bằng nội khoa/stent ĐMV có tỷ lệ mắc HC Đàm ú tương kết ít hơn nhóm không điều trị. Việc điều trị nội khoa và đặt stent mạch vành giúp cải thiện tuần hoàn, giảm tình trạng thiếu

máu cơ tim, ổn định mảng xơ vữa và hạn chế tiến triển viêm mạn tính. Theo quan điểm YHCT, các biện pháp này tương ứng với tác dụng hóa đàm khử ứ, nhờ đó khí huyết lưu thông tốt hơn, hạn chế sự hình thành và kết hợp của đàm trọc và huyết ứ. Do vậy, nhóm bệnh nhân được điều trị có tỷ lệ biểu hiện HC Đàm ú tương kết thấp hơn so với nhóm không điều trị. Tuy nhiên, với biện chứng của bệnh ĐMV là “bản hư tiêu thực” thì việc hoạt huyết khử ứ chỉ là điều trị ngọn (triệu chứng) do đó cần chú ý kết hợp điều chỉnh chức năng tạng phủ, điều hòa khí huyết nhằm tái lập sự cân bằng âm dương nâng cao hiệu quả điều trị và dự phòng tái phát.

Trong nghiên cứu này có mối liên quan giữa HC Đàm ú tương kết và số nhánh ĐMV hẹp ($p < 0,05$), cụ thể: những bệnh nhân có 1-3 nhánh ĐMV hẹp tỷ lệ mắc HC Đàm ú tương kết có xu hướng cao hơn nhóm không có nhánh hẹp (bảng 4). Nghiên cứu phân tích gộp của Qiu-Yan Zhang và cộng sự trên 30 nghiên cứu với 5055 bệnh nhân mắc bệnh ĐMV cũng cho kết quả: những bệnh nhân có HC đàm ứ có xu hướng dễ tổn thương đa nhánh (28 nghiên cứu, OR = 1,53, KTC 95%, 1,24 đến 1,88, $P < 0,01$) và điểm số Gensini cao hơn (2 nghiên cứu, OR = 5,90, KTC 95%, 1,86 đến 9,94, $P = 0,004$) [11].

Qua bảng 5 cho thấy có mối liên quan giữa số nhánh và mức độ hẹp của ĐMV với mức độ HC Đàm ú tương kết ($p < 0,05$), cụ thể: mức độ hẹp nhẹ và số nhánh hẹp ít thì có xu hướng bị HC Đàm ú tương kết mức độ nhẹ cao hơn; mức độ hẹp trung bình/nặng và số nhánh hẹp nhiều hơn thì có xu hướng bị HC Đàm ú tương kết mức độ vừa/nặng cao hơn. Mức độ và phạm vi tổn thương mạch vành phản ánh gánh nặng xơ vữa và rối loạn tưới máu cơ tim, tình trạng này liên quan chặt chẽ với viêm mạn và rối loạn chuyển hóa lipid, từ đó làm thay

đổi tính lưu biến máu tương ứng với tình trạng đàm trệ và huyết ứ trong YHCT. Nghiên cứu của Wang Zikuan và cộng sự (2009) kết luận rằng phạm vi tổn thương và mức độ hẹp ĐMV càng tăng lên thì tỷ lệ xuất hiện HC ứ huyết và HC đàm trọc cũng tăng lên [12]. Ngoài ra, theo YHCT, rối loạn lipid máu chia thành hai giai đoạn: giai đoạn đầu với đặc trưng là đàm trọc (tương ứng với rối loạn lipid máu theo) và giai đoạn sau với đặc trưng là huyết ứ (tương ứng với rối loạn lipid máu kết hợp xơ vữa động mạch) [13]. Nghiên cứu của Qiu-Yan Zhang và cộng sự cũng kết luận rằng tổn thương ĐMV ở bệnh nhân mắc bệnh ĐMV kèm theo HC đàm ảm nghiêm trọng hơn so với những bệnh nhân không mắc HC này. Do đó, HC đàm ảm nên được coi là một chứng hậu nguy hiểm và tiên lượng xấu của bệnh ĐMV.

Trong nghiên cứu này, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nhịp tim và mức độ nặng HC Đàm ứ tương kết với $p < 0,05$ (bảng 6). Tỷ lệ rối loạn nhịp tim ở nhóm bệnh nhân có HC Đàm ứ tương kết mức độ nặng cao hơn một cách đáng kể so với các nhóm khác. Tác giả Guo Wenqin trong một nghiên cứu năm 2015 cũng cho rằng đàm trọc và huyết ứ là mắt xích bệnh lý trung tâm trong cơ chế bệnh sinh rối loạn nhịp tim [14]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chưa kiểm soát được biến số sử dụng các thuốc chống loạn nhịp (như thuốc chẹn beta, amiodarone...) có thể làm che lấp các biểu hiện rối loạn nhịp thực tế trên điện tâm đồ, từ đó ảnh hưởng nhất định đến độ chính xác của việc đánh giá mối liên quan.

Bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm mạnh nhất định: Đây là một trong số ít các nghiên cứu tại Việt Nam đi sâu vào phân tích một HC cụ thể của YHCT (Đàm ứ tương kết) trên bệnh nhân mắc bệnh ĐMV có đối chiếu với các chỉ số cận lâm sàng khách quan của YHHĐ (chụp mạch vành, điện tâm đồ), góp phần củng cố cơ sở khoa học cho việc kết hợp YHCT và YHHĐ.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn tồn tại các hạn chế sau: Thứ nhất, thiết kế mô tả cắt ngang không có giá trị suy luận nguyên nhân - kết quả; đồng thời, do chưa thực hiện mô hình phân tích đa biến nên các kết quả thu được chỉ dừng ở mức xác định "mối liên quan" chứ chưa thể khẳng định đây là các yếu tố nguy cơ độc lập. Thứ hai, việc áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên đối tượng bệnh nhân nội trú có thể không phản ánh đầy đủ

đặc điểm HC ở cộng đồng, làm hạn chế tính khái quát của nghiên cứu. Thứ ba, việc chẩn đoán theo tứ chẩn YHCT mang nhiều tính định tính, dù đã có tiêu chí chẩn đoán cụ thể nhưng nguy cơ sai lệch chủ quan vẫn tồn tại.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ HC Đàm ứ tương kết ở bệnh nhân bệnh ĐMV tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế là rất cao, đa số các triệu chứng xuất hiện ở mức độ nhẹ hoặc vừa. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự xuất hiện HC này và số nhánh ĐMV hẹp; mức độ nặng của HC này có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ hẹp ĐMV, số nhánh ĐMV hẹp và tình trạng rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang C., Wu Q., Li P. et al. (2023). Effect of Traditional Chinese Medicine combined with Western Medicine on blood lipid levels and inflammatory factors in patients with angina pectoris in coronary heart disease identified as intermingled phlegm and blood stasis syndrome: a network Meta-analysis. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 43(4), 640–649.
2. Zheng L., Mingxue Z., Zeng L. et al. (2022). A Landscape of Metabonomics for Intermingled Phlegm and Blood Stasis and Its Concurrent Syndromes in Stable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease. *Front Cardiovasc Med*. 9, 1–12.
3. Bi Y. F., Wang X. L., Mao J. Y. et al. (2018). Diagnosis of traditional Chinese medicine syndrome of coronary heart disease with angina pectoris based on clinical epidemiological survey. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 59(22), 1977–1980.
4. Phạm Mạnh Hùng. (2019). Lâm sàng Tim mạch học. Nhà xuất bản Y học. 507, 329-339.
5. 徐学功, 鲁文涛, 张晓 (2010). 采用聚类分析法对郑州市172例冠心病心绞痛患者中医证候分布规律研究. *中医研究*. 23(3), 30-32.
6. 王阶, 李军毛, 静远 (2018). 冠心病心绞痛主要证型的辨证诊断标准. *中华中医药学会心病分会*. 28(2), 154-155.
7. Liu X., Peng D., Wang Y. et al. (2019). Diagnostic Accuracy of Chinese Medicine Diagnosis Scale of Phlegm and Blood Stasis Syndrome in Coronary Heart Disease: A Study Protocol. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 25(7), 515–520.

8. Crawford B., Monz B., Hohlfeld J. et al. (2018). Development and validation of a cough and sputum assessment questionnaire. *Respir Med.* 102(11), 1545–1555.
9. 临床护理技术规范第二版 (2024). 痰液的分度. <https://www.doc88.com/p-58173931718476.html>. Accessed 01 September 2024.
10. Rampidis G. P., Benetos G., Benz D. C. et al. (2019). A guide for Gensini Score calculation. *Atherosclerosis.* 287, 181-183.
11. Zhang Q. Y., Liang et al. (2015). Correlations between Phlegm Syndrome of Chinese Medicine and Coronary Angiography: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM.* 751743. <https://doi.org/10.1155/2015/751743>.
12. 王子宽, 柳荫 (2009). 冠心病患者冠状动脉病变范围及狭窄程度与中医证型相关性分析. *陕西中医.* 30(2), 134-135.
13. 喻姗, 季光 (2018). 中医对高脂血症的研究进展. *中医学.* 7(5), 7.
14. 韩迪, 刘长发 (2015). 郭文勤教授豁痰祛瘀补肾法治疗心律失常经验. *中国中医药现代远程教育.* 216(13), 51-52.