EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOMS AND FACTORS ASSOCIATED WITH GASTRIC COLLATERAL BLOOD STASIS SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS

Truong Cong Vy, Tang Khanh Huy, Pham Huy Kien Tai, Nguyen Thi Huong Duong*

Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 07/8/2025
Reviced: 31/8/2025; Accepted: 06/9/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical characteristics and associated factors of Gastric Collateral Blood Stasis syndrome in patients with chronic atrophic gastritis.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted involving 400 patients diagnosed with chronic atrophic gastritis at two branches of the University Medical Center Ho Chi Minh city.

Results: The Gastric Collateral Blood Stasis syndrome pattern accounted for 19% of cases. Symptoms including abdominal distension, fixed epigastric pain, pressure-sensitive epigastric pain, dark facial complexion, dark red tongue, sublingual blood stasis, and wiry pulse showed statistically significant differences when compared to other syndromes ($p < 0.05$). Meanwhile, symptoms such as melena, petechiae on the tongue, and choppy pulse did not differ significantly between syndrome groups ($p > 0.05$).

Conclusion: Factors such as gender, history of *Helicobacter pylori* infection, and specific clinical symptoms demonstrated statistical significance in the diagnosis of Gastric Collateral Blood Stasis syndrome.

Keywords: Chronic atrophic gastritis, Gastric Collateral Blood Stasis syndrome, traditional medicine.

*Corresponding author
Email: huongduongdr2012@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 902463620 **Https:**//doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3092

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN HỆ GIỮA CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG VỊ LẠC Ứ HUYẾT TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM TEO DẠ DÀY

Trương Công Vỹ, Tăng Khánh Huy, Phạm Huy Kiến Tài, Nguyễn Thị Hướng Dương*

Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/8/2025
Ngày chỉnh sửa: 31/8/2025; Ngày duyệt đăng: 06/9/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan đến hội chứng y học cổ truyền Vị lạc ứ huyết ở bệnh nhân viêm teo dạ dày.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân viêm teo dạ dày tại 2 cơ sở thuộc Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Hội chứng Vị lạc ứ huyết chiếm 19%. Các triệu chứng như đầy bụng, đau thượng vị cố định, đau cự án, mặt tối, lưỡi đỏ tối, ứ huyết dưới lưỡi, mạch huyền khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với các hội chứng khác ($p < 0,05$). Các triệu chứng phân đen, lưỡi có điểm ứ huyết, mạch sáp không khác biệt có ý nghĩa thống kê với các hội chứng khác ($p > 0,05$).

Kết luận: Các yếu tố như giới tính, tiền căn nhiễm *Helicobacter pylori*, và các triệu chứng cụ thể có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán hội chứng Vị lạc ứ huyết.

Từ khóa: Viêm teo dạ dày, vị lạc ứ huyết, y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm teo dạ dày là bệnh lý tiêu hóa mạn tính đặc trưng bởi sự thoái triển của tế bào biểu mô và tuyến niêm mạc dạ dày. Bệnh thường không có triệu chứng, gây khó khăn trong chẩn đoán và làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày, đặc biệt là khi bệnh tiến triển nặng. Y học cổ truyền (YHCT) đã cho thấy hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị viêm teo dạ dày (VTDD); hướng dẫn của Hiệp hội Y học tích hợp Trung Y từ năm 2023 đã phân loại VTDD thành 7 hội chứng YHCT, trong đó nguy cơ tiến triển ác tính ở hội chứng Vị lạc ứ huyết rất cao 0. Mục tiêu của nghiên cứu này là nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan đến hội chứng Vị lạc ứ huyết ở bệnh nhân VTDD tại Việt Nam, đặt tiền đề xây dựng mô hình chẩn đoán định lượng, cá thể hóa, không xâm lấn, giúp quản lý bệnh VTDD tốt hơn bằng YHCT trong tương lai.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đủ 18 tuổi trở lên, có triệu chứng đường tiêu hóa trên và có hình ảnh nội soi VTDD, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ

- Tiêu chuẩn chọn vào: người bệnh có triệu chứng đường tiêu hóa trên như đau bụng hoặc nóng rát thượng vị, đầy bụng, chướng hơi, ợ hơi, ợ chua, mau no, chán ăn, buồn nôn và nôn ói 0; cận lâm sàng có hình ảnh VTDD qua nội soi dạ dày.

- Tiêu chuẩn loại trừ: sử dụng Glucocorticoid hoặc kháng sinh trong 1 tháng, có bệnh cấp tính, rối loạn ngôn ngữ, tri giác, sa sút trí tuệ cản trở giao tiếp hoặc không tuân thủ quy trình nghiên cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 1 và cơ sở 2.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2024-5/2025.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang.

- Cỡ mẫu nghiên cứu dựa trên công thức ước lượng:

$$n = \frac{1.96 \times p\,(1-p)}{m^2}$$

Với tỉ lệ mắc VTDD 47% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhã Đoan năm 2019 0 và sai số cho phép m = 5%, áp dụng vào công thức có cỡ mẫu ước tính là 383. Dự trù mất mẫu 5%, nên tổng số mẫu người bệnh có triệu chứng lâm sàng VTDD là 400 người bệnh.

Phương pháp lấy mẫu: lấy mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đạt ít nhất 383 người bệnh.

2.5. Quy trình nghiên cứu

Người bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành phỏng vấn, khám lâm sàng, ghi nhận kết quả.

*Tác giả liên hệ
Email: huongduongdr2012@ump.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 902463620 **Https:**//doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3092

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 17.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ % và phân tích so sánh bằng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định Fisher exact. Biến định lượng được kiểm tra phân phối chuẩn bằng kiểm định Shapiro-Wilk test và mô tả trung bình ± độ lệch chuẩn ($\overline{X}$ ± SD) nếu phân phối chuẩn, hoặc trung vị (tứ phân vị) và được phân tích so sánh bằng kiểm định t-student hoặc kiểm định phi tham số Wilcoxon Rank Sum test. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng, đặc điểm bệnh nhân và hội chứng Vị lạc ứ huyết ở người bệnh VTDD. Hệ số tương quan của các biến định tính được tính theo hệ số tương quan Spearman.

2.7. Y đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự cho phép của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (Quyết định số 2602/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 25/9/2024).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của quần thể dân số

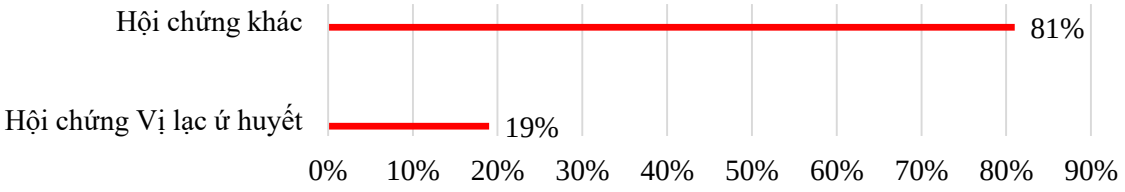
Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Dân số nghiên cứu (n = 400)	Vị lạc ứ huyết (n = 76)	Hội chứng khác (n = 324)	p
Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 1		145	32	113	0,238[b]
Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2		255	44	211	
Tuổi		46,74 ± 0,59[a]	47 ± 1,34[a]	46,68 ± 0,66[a]	0,8334[*]
BMI (kg/m^2)	Trung vị (tứ phân vị)	23,05 (21,26-24,77)	23,5 (20,96-24,8)	22,99 (21,33-24,76)	0,964[b]
	Thiếu cân	26 (6,5%)	5 (6,58%)	21 (6,48%)	
	Trung bình	172 (43%)	31 (40,79%)	141 (43,52%)	
	Thừa cân	120 (30%)	25 (32,89%)	95 (29,32%)	
	Béo phì độ I	74 (18,5%)	14 (18,42%)	60 (18,52%)	
	Béo phì độ II	8 (2%)	1 (1,32%)	7 (2,16%)	
Giới tính	Nam	178 (44,5%)	42 (55,26%)	136 (41,98%)	**0,036**[b]
	Nữ	222 (55,5%)	34 (44,74%)	188 (58,02%)	
Trình độ học vấn	< Tiểu học	17 (4,25%)	2 (2,63%)	15 (4,63%)	0,144[b]
	Tiểu học	69 (17,25%)	9 (11,84%)	60 (18,52%)	
	Trung học cơ sở	115 (28,75%)	26 (34,21%)	89 (27,47%)	
	Trung học phổ thông	96 (24%)	25 (32,89%)	71 (21,91%)	
	Đại học, cao đẳng, trung cấp	97 (24,25%)	13 (17,11%)	84 (25,93%)	
	Sau đại học	6 (1,5%)	1 (1,32%)	5 (1,54%)	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	191 (47,75%)	44 (57,89%)	147 (45,37%)	0,210[b]
	Lao động trí óc	99 (24,75%)	14 (18,42%)	85 (26,23%)	
	Nghỉ việc do bệnh nặng, nghỉ hưu	34 (8,5%)	4 (5,26%)	30 (9,26%)	
	Nội trợ, thất nghiệp	62 (15,5%)	10 (13,16%)	52 (16,05%)	
	Khác	14 (3,5%)	4 (5,26%)	10 (3,09%)	
Tiền căn VTDD	Có	0	0	0	
	Không	400 (100%)	400 (100%)	400 (100%)	
Hút thuốc lá	Có	56 (14%)	12 (15,79%)	44 (13,58%)	0,617[b]
	Không	344 (86%)	64 (84,21%)	280 (86,42%)	

Đặc điểm		Dân số nghiên cứu (n = 400)	Vị lạc ứ huyết (n = 76)	Hội chứng khác (n = 324)	p
Tiền căn nhiễm *Hp*[#]	Chưa ghi nhận	231 (57,89%)	51 (67,11%)	180 (55,73%)	**0,025**[b]
	Nhiễm nhưng chưa điều trị	12 (3,01%)	0	12 (3,72%)	
	Chưa điều trị khỏi	20 (5,01%)	2 (2,63%)	18 (5,57%)	
	Đã điều trị khỏi	103 (25,81%)	22 (28,95%)	81 (25,08%)	
	Nhiễm đã tiệt trừ nhưng chưa kiểm tra lại	33 (8,27%)	1 (1,32%)	32 (9,91%)	
Tiền căn gia đình K đường tiêu hóa trên	Có	9 (2,25%)	1 (1,32%)	8 (2,47%)	0,542[b]
	Không	391 (97,75%)	75 (98,68%)	316 (97,53%)	
Tiền căn bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	41 (10,25%)	9 (11,84%)	32 (9,88%)	0,530[b]
	Đái tháo đường	11 (2,75%)	0	11 (3,4%)	
	Rối loạn lipid máu	33 (8,25%)	5 (6,58%)	28 (8,64%)	
	Đột quỵ	0	0	0	
	Thiếu máu cơ tim	1 (0,25%)	0	1 (0,31%)	
	Không	273 (68,25%)	52 (68,42%)	221 (68,21%)	
	Khác	41 (10,25%)	10 (13,16%)	31 (9,57%)	

Ghi chú: [a]$\bar{X}$ ± SD; [b]Kiểm định χ^2; [#]*Hp* là *Helicobacter pylori*; [*]Kiểm định t-student.

3.2. Đặc điểm về hội chứng Vị lạc ứ huyết



Biểu đồ 1. Tỉ lệ hội chứng Vị lạc ứ huyết

Trong tổng số 400 người bệnh được chẩn đoán VTDD, có 76 người (19%) thuộc hội chứng Vị lạc ứ huyết và 324 người (81%) thuộc các hội chứng khác.

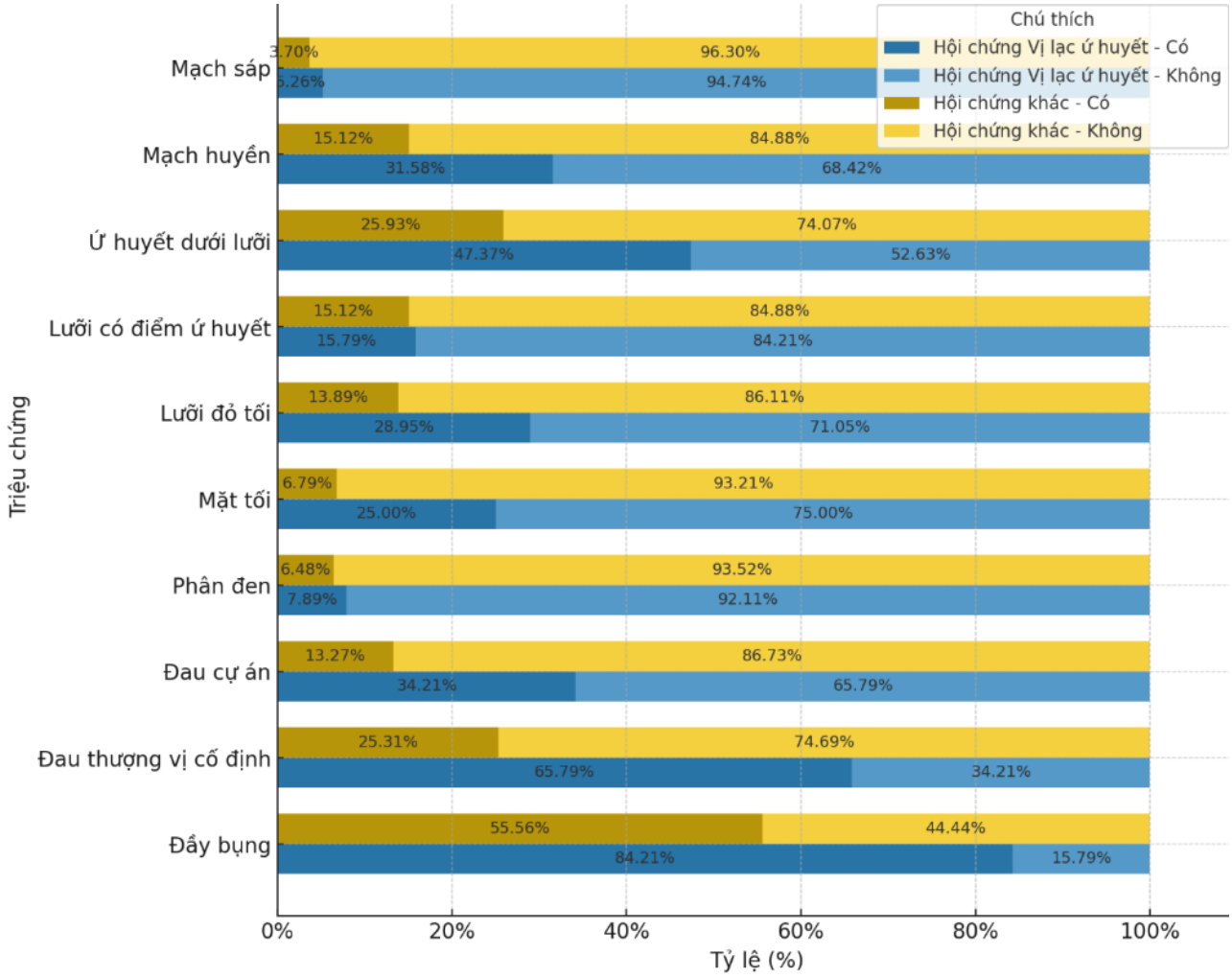
3.3. Đặc điểm lâm sàng liên quan đến Hội chứng Vị lạc ứ huyết và hội chứng khác

Bảng 2. Phân tích tương quan đặc điểm lâm sàng và hội chứng Vị lạc ứ huyết

Triệu chứng YHCT		Vị lạc ứ huyết (n = 76)	Hội chứng khác (n = 324)	p
Đầy bụng	Có	64 (84,21%)	180 (55,56%)	**0,001**[c]
	Không	12 (15,79%)	144 (44,44%)	
Đau thượng vị cố định	Có	50 (65,79%)	82 (25,31%)	**0,001**[c]
	Không	26 (34,21%)	242 (74,69%)	
Đau cự án	Có	26 (34,21%)	43 (13,27%)	**0,001**[c]
	Không	50 (65,79%)	281 (86,73%)	
Phân đen	Có	6 (7,89%)	21 (6,48%)	0,659[c]
	Không	70 (92,11%)	303 (93,52%)	
Mặt tối	Có	19 (25,00%)	22 (6,79%)	**0,001**[c]
	Không	57 (75,00%)	302 (93,21%)	
Lưỡi đỏ tối	Có	22 (28,95%)	45 (13,89%)	
	Không	54 (71,05%)	279 (86,11%)	

Triệu chứng YHCT		Vị lạc ứ huyết (n = 76)	Hội chứng khác (n = 324)	p
Lưỡi có điểm ứ huyết	Có	12 (15,79%)	49 (15,12%)	0,884[c]
	Không	64 (84,21%)	275 (84,88%)	
Ứ huyết dưới lưỡi	Có	36 (47,37%)	84 (25,93%)	**0,001**[c]
	Không	40 (52,63%)	240 (74,07%)	
Mạch huyền	Có	24 (31,58%)	49 (15,12%)	**0,001**[c]
	Không	52 (68,42%)	275 (84,88%)	
Mạch sáp	Có	4 (5,26%)	12 (3,70%)	0,532[c]
	Không	72 (94,74%)	312 (96,30%)	

Ghi chú: [c]Kiểm định χ^2.



Biểu đồ 2. Tỉ lệ các triệu chứng trong hội chứng Vị lạc ứ huyết và các hội chứng khác

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh VTDD

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hội chứng Vị lạc ứ huyết chiếm tỷ lệ đáng kể trong nhóm bệnh nhân VTDD (19%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu y văn YHCT. Nghiên cứu của Wang C.J và cộng sự (2024) 0 nhận thấy phân bố hội chứng có khác biệt vùng miền, nhưng nhìn chung Vị âm bất túc, Tỳ Vị thấp nhiệt và Vị lạc ứ huyết nằm trong nhóm hội chứng thường gặp ở VTDD. Đáng chú ý, nghiên cứu của Zhu Y.Q và cộng sự (2017) 0 còn ghi nhận hội chứng Vị lạc ứ huyết gắn liền với mức độ tổn thương tiền ung thư: tỷ lệ dị sản ruột cao nhất ở nhóm bệnh nhân thuộc hội chứng Vị lạc ứ huyết (cùng với Vị âm bất túc).

Về đặc điểm tuổi, không có sự khác biệt đáng kể về độ tuổi giữa hai nhóm (p = 0,8334), tuy nhiên độ tuổi trung bình của nhóm Vị lạc ứ huyết cao hơn ở các nhóm hội chứng khác. Nghiên cứu của Wang Y.M và cộng sự (2024) 0 cho thấy nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi, đặc biệt là trên 60 tuổi, có tỷ lệ hội chứng Vị lạc ứ huyết cao hơn hẳn so với nhóm trẻ tuổi. Tuổi cao và bệnh mạn tính kéo dài dường như làm tăng khả năng xuất hiện hội chứng huyết ứ. Xu hướng này phù hợp với nhận định của YHCT: bệnh lâu ngày ắt sinh huyết ứ - các bệnh

mạn tính kéo dài làm khí huyết đình trệ, tổn thương lạc mạch. Thực tế, nghiên cứu của Wang C.J và cộng sự (2024) 0 trên 258 người bệnh cho thấy nhóm cao tuổi dễ có "thể chất huyết ứ" và "âm hư", trong khi nhóm trẻ tuổi thường thiên về "thể thấp nhiệt, khí uất". Điều này giải thích vì sao ở bệnh nhân trẻ viêm dạ dày thường gặp hội chứng khác (như thấp nhiệt), còn ở bệnh nhân lớn tuổi và bệnh mạn tính, hội chứng huyết ứ ở Vị phổ biến hơn.

Bên cạnh đó, chỉ số khối cơ thể (BMI) có trung vị của toàn mẫu là 23,05 (21,26-24,77), trong đó nhóm Vị lạc ứ huyết có trung vị 23,5 (20,96-24,8) và nhóm còn lại là 22,99 (21,33-24,76). Phân bố mức độ BMI giữa các nhóm như thiếu cân, trung bình, thừa cân, béo phì độ I và II là tương đồng, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,964), qua đó loại trừ khả năng yếu tố thể trạng có ảnh hưởng lớn đến phân nhóm hội chứng.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (55,5%), tuy nhiên nhóm Vị lạc ứ huyết lại có tỷ lệ nam cao hơn (55,26%), trái ngược với nhóm hội chứng khác (41,98%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,036), gợi ý rằng giới tính có thể là một yếu tố phân biệt đáng chú ý ảnh hưởng đến phân nhóm, và có thể phản ánh sự khác biệt trong cơ địa, phản ứng sinh lý giữa hai giới. Nhiều khảo sát lâm sàng quy mô lớn đã ghi nhận tỷ lệ nam giới mắc chứng "huyết ứ Vị lạc" cao hơn nữ giới. Chẳng hạn, nghiên cứu trên 730 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính (thể viêm nông) tại Học viện Y học cổ truyền Phúc Kiến cho thấy nam giới chủ yếu mắc các thể "Vị lạc ứ huyết" và "Thấp nhiệt uất trệ trung tiêu", trong khi nữ giới hay gặp "Can Vị bất hòa" và "Tỳ Vị khí hư" 0. Tác giả cho rằng thấp nhiệt ở Tỳ Vị (thường gặp ở nam) nếu kéo dài sẽ "nhập lạc" gây ứ huyết; còn ở nữ, Tỳ hư khiến Mộc uất khắc Thổ (Can khí uất chế ước Tỳ Vị) nên hay gặp Can Vị bất hòa, ít khi huyết ứ đơn thuần. Một nghiên cứu khác của Zhang Y và cộng sự (2016) 0 trên người bệnh viêm dạ dày mạn cũng cho kết quả tương tự: nữ giới xuất hiện các yếu tố chứng hư (Tỳ hư, Thận hư, huyết hư, dương hư…) với tần suất cao hơn hẳn nam giới (p < 0,05); ngược lại nam có xu hướng mắc nhiều hơn các yếu tố thực chứng như khí trệ, thấp trọc, nhiệt và huyết ứ.

Trình độ học vấn trong mẫu nghiên cứu này chủ yếu tập trung ở trình độ từ trung học cơ sở trở lên, trong đó nhóm Vị lạc ứ huyết có xu hướng tập trung nhiều hơn ở nhóm trình độ trung học cơ sở và trung học phổ thông. Tuy nhiên, khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p = 0,144). Tương tự, nghề nghiệp của bệnh nhân chủ yếu là lao động chân tay (47,75%), trong đó nhóm Vị lạc ứ huyết có tỷ lệ cao hơn (57,89%). Các nhóm nghề khác như lao động trí óc, nội trợ, nghỉ hưu hoặc không có việc làm được phân bố tương đối đồng đều, không có khác biệt đáng kể về mặt thống kê khi so sánh nghề nghiệp giữa các nhóm (p = 0,210).

Xét về lối sống, yếu tố hút thuốc lá không có sự khác biệt giữa hai nhóm (p = 0,617), cho thấy đây không phải là yếu tố quyết định trong phân loại hội chứng. Đáng chú ý, tiền căn nhiễm vi khuẩn *Hp* lại cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa (p = 0,025). Nhóm Vị lạc ứ huyết có tỷ lệ chưa ghi nhận nhiễm *Hp* cao hơn (67,11% so với 55,73%), trong khi nhóm còn lại có tỷ lệ nhiễm *Hp* chưa điều trị và đã tiệt trừ chưa kiểm tra lại cao hơn. Như vậy, yếu tố nhiễm *Hp* có mối liên hệ đáng chú ý với hội chứng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm *Hp* ở nhóm bệnh nhân Vị lạc ứ huyết thấp hơn so với các nhóm hội chứng khác. Điều này tương đồng với kết quả của Zhu Y.Q và cộng sự (2017) 0: tìm thấy nhóm hội chứng huyết ứ có tỷ lệ *Hp* dương tính thấp, trong khi những hội chứng Can Vị uất nhiệt hoặc Tỳ Vị thấp nhiệt có tỷ lệ *Hp* dương tính cao nhất. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy bệnh nhân VTDD không nhiễm *Hp* thường có xu hướng huyết ứ và âm hư, còn bệnh nhân nhiễm *Hp* thì thiên về thấp nhiệt hơn 0. Giải thích khả dĩ cho hiện tượng này là: nhiễm *Hp* gây viêm hoạt tính, thường tương ứng với hội chứng thấp nhiệt (nhiệt độc, thấp trọc uất bên trong) hơn là huyết ứ; ngược lại, ở những bệnh nhân VTDD giai đoạn muộn hoặc sau tiệt trừ *Hp*, viêm mạn tính kéo dài làm khí huyết trì trệ, dẫn tới hội chứng huyết ứ nổi trội. Kết quả của chúng tôi cũng ủng hộ nhận định đó, khi đa số bệnh nhân Vị lạc ứ huyết thuộc nhóm đã điều trị *Hp* hoặc âm tính với *Hp* hiện tại.

Đối với các bệnh đồng mắc, phần lớn bệnh nhân không có bệnh nền đáng kể (chiếm 68,25% toàn mẫu). Các bệnh như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu hay thiếu máu cơ tim có tần suất thấp và không có sự khác biệt rõ ràng giữa hai nhóm (p > 0,05). Ngoài ra, không ghi nhận trường hợp nào có tiền căn VTDD hoặc đột quỵ trong mẫu nghiên cứu. Tiền căn gia đình có người mắc ung thư đường tiêu hóa trên cũng rất thấp (chỉ 2,25% toàn mẫu) và không khác biệt giữa hai nhóm.

Về tổng thể các đặc điểm nhân khẩu học cho thấy sự tương đồng tương đối giữa hai nhóm bệnh nhân, đảm bảo tính cân bằng và loại trừ phần lớn các yếu tố gây nhiễu. Tuy nhiên, một số yếu tố như giới tính và tiền căn nhiễm *Hp* lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, gợi ý ảnh hưởng của sinh bệnh học và cơ chế gây bệnh, từ đó đặt ra hướng phân tích sâu hơn trong các phần sau của nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng YHCT trên người bệnh VTDD

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng đầy bụng xuất hiện với tần suất cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân VTDD mang hội chứng Vị lạc ứ huyết. Theo lý luận YHCT, đầy tức vùng thượng vị thường do khí trệ ở Vị - khí không thông sẽ gây trướng mãn. Trong bệnh cảnh mạn tính, khí trệ kéo dài làm huyết lưu thông kém, lâu ngày dẫn đến huyết ứ tại vùng dạ dày, do đó đầy bụng có thể đi kèm với huyết ứ. Đồng thuận chuyên gia Trung Quốc (2017) cũng xác nhận VTDD mạn thường có các chứng cơ bản là Tỳ Vị hư, khí trệ và huyết ứ 0. Tương tự, Zhu F.S và cộng sự (2003) 0 cũng

ghi nhận khí trệ huyết ứ đứng thứ hai (16,8%) trong các hội chứng thường gặp. Điều này cho thấy triệu chứng đầy bụng do khí trệ - một thành phần của Vị lạc ứ huyết - được nhiều nghiên cứu đề cập phù hợp với kết quả của chúng tôi.

Triệu chứng đau thượng vị cố định một điểm là triệu chứng nổi bật ở nhóm Vị lạc ứ huyết trong nghiên cứu này. YHCT quan niệm "bất thông tắc thống" - khi huyết ứ trệ tại chỗ sẽ gây đau, và đau thường có vị trí cố định (thống hữu định xứ) kèm cảm giác đau nhói như kim châm. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Tran M.N và cộng sự (2024) 0: đau cố định là một trong những đặc trưng chính của hội chứng ứ huyết. Tương tự, trong chẩn đoán huyết ứ mạch vành, đau ở một vị trí cố định được xem là chỉ dấu quan trọng để nhận biết huyết ứ 0.

Chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân thuộc thể Vị lạc ứ huyết có biểu hiện "đau cự án" (ấn vào càng đau). Nhiều tài liệu đã mô tả đau do huyết ứ thường đau dữ dội về đêm, kèm các dấu hiệu ứ trệ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã khẳng định đặc điểm đau cự án trong hội chứng huyết ứ tại Vị, tương tự với các mô tả kinh điển của YHCT và các báo cáo quốc tế.

Biểu hiện sắc mặt tối sạm ở bệnh nhân thuộc hội chứng huyết ứ cũng được ghi nhận rõ rệt. Theo YHCT, huyết ứ làm tuần hoàn máu kém, cơ năng tạng phủ suy yếu lâu ngày sẽ khiến sắc da mất sự tươi nhuận, trở nên ám tối hoặc có quầng thâm dưới mắt. Tran M.N và cộng sự (2024) 0 ghi nhận nét mặt sạm xám là một đặc điểm nổi bật của hội chứng huyết ứ. Tương tự, Jin S.Y và cộng sự (2023) 0 cũng liệt kê khuôn mặt màu tím sẫm (bao gồm cả quầng thâm quanh mắt) là một trong những dấu hiệu chính của chứng ứ huyết.

Triệu chứng lưỡi đỏ tối là cũng dấu hiệu hàng đầu báo hiệu huyết ứ theo quan điểm YHCT. Huyết ứ làm cản trở huyết dịch nuôi dưỡng lưỡi, khiến lưỡi mất tươi sáng và chuyển sang màu đỏ tím hoặc có các điểm ứ huyết. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có lưỡi đỏ thẫm tăng rõ ở nhóm huyết ứ, tương ứng với nhiều nghiên cứu trước. Liu R và cộng sự (2021) 0 nhận thấy lưỡi tím sẫm hoặc đỏ thẫm có điểm ứ huyết là một cơ sở chẩn đoán quan trọng của chứng huyết ứ theo các chuyên gia. Nghiên cứu của Jin S.Y và cộng sự (2023) 0 cũng khẳng định lưỡi tối màu nằm trong nhóm dấu hiệu đặc trưng nhất của hội chứng ứ huyết và có liên quan đến tình trạng lưu thông máu kém tại vi tuần hoàn lưỡi.

Dấu hiệu ứ huyết dưới lưỡi được xem như biểu hiện của huyết ứ lâu ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu này xuất hiện nhiều hơn hẳn ở nhóm huyết ứ so với nhóm chứng, phù hợp với các tài liệu đã công bố. Nghiên cứu của Liu R và cộng sự (2021) 0 ghi nhận tĩnh mạch dưới lưỡi nổi to, tím đen là một tiêu chí chẩn đoán quan trọng của chứng huyết ứ theo kinh nghiệm các chuyên gia. Nghiên cứu của Jin S.Y và cộng sự (2023) 0 khi tổng kết các biểu hiện huyết ứ cũng liệt kê hệ tĩnh mạch nông giãn dưới lưỡi là đặc trưng của hội chứng này. Do vậy, việc quan sát thấy ứ huyết dưới lưỡi ở bệnh nhân VTDD có huyết ứ của chúng tôi là hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu khác.

Mạch huyền (mạch đi căng) thường gặp ở các chứng đau do Can khí uất hoặc huyết ứ. Ở nhóm bệnh nhân huyết ứ trong nghiên cứu này, mạch huyền xuất hiện với tỷ lệ cao hơn hẳn so với nhóm không huyết ứ. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh: huyết ứ cản trở khí huyết lưu thông, làm mạch co kéo và căng cứng hơn, sinh ra mạch huyền. Liu R và cộng sự (2021) 0 cũng giải thích rằng khi huyết ứ ảnh hưởng đến tuần hoàn, mạch có thể trở nên huyền do khí huyết bị ứ kết.

4.3. Hạn chế và kiến nghị

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang tại 2 cơ sở y tế trong thời gian giới hạn và cỡ mẫu nhỏ chưa đại diện cho quần thể. Việc phân loại hội chứng YHCT dựa vào các tiêu chí lâm sàng hiện tại chưa có thang điểm đánh giá khách quan và chuẩn hóa, vì vậy vẫn còn phụ thuộc vào mức độ kinh nghiệm của người chẩn đoán. Bên cạnh đó, một số yếu tố như mức độ tổn thương nội soi, sinh thiết niêm mạc dạ dày… chưa được đồng thời khảo sát trong mô hình nghiên cứu, khiến việc liên hệ giữa hội chứng Vị lạc ứ huyết với giai đoạn tiến triển của bệnh còn hạn chế. Do vậy, cần tiến hành các nghiên cứu tiếp theo theo hướng đa trung tâm, mở rộng cỡ mẫu và thời gian nghiên cứu dài hơn để tăng độ tin cậy.

5. KẾT LUẬN

Các đặc điểm nhân khẩu học như: giới tính, tiền căn nhiễm *Hp* và các triệu chứng: đầy bụng, đau thượng vị cố định, đau cự án, mặt tối, lưỡi đỏ tối, ứ huyết dưới lưỡi, mạch huyền khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm Vị lạc ứ huyết và nhóm hội chứng khác ($p < 0,05$). Các đặc điểm nhân khẩu học còn lại như: tuổi, BMI, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hút thuốc lá, tiền căn gia đình mắc ung thư đường tiêu hóa trên, tiền căn bệnh đồng mắc và các triệu chứng phân đen, mạch sáp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Wang C.J, Wang B.M, Li F.J et al. Progress in Traditional Chinese and Western Medicine in chronic atrophic gastritis. Med Diagn, 2024, 14 (3): 241-248. doi: 10.12677/md.2024.143036.

[2] Nguyễn Thị Nhã Đoan. Hiệu quả của phác đồ bộ ba có Levofloxacin kết hợp với Bismuth trong tiệt trừ *Helicobacter pylori*. Tạp chí Khoa học Việt Nam, 2018, IX (53).

[3] Zhu Y.B, Zhu Y.P, Huang L.M et al. Clinical research progress of chronic atrophic gastritis in Traditional Chinese Medicine etiology and pathogenesis and syndrome differentiation. Zhonghua Zhong Yiyao Xue Kan, 2017, 35 (02):

322-325. doi: 10.13193/j.issn.1673-7717.2017. 02.018 (in Chinese).

[4] Wang Y.M, Sun J.H, Sun R.X et al. Treating chronic atrophic gastritis: identifying sub-population based on real-world TCM electronic medical records. Front Pharmacol, 2024, 15: 1444733. doi: 10.3389/fphar.2024.1444733.

[5] Chen L.F. Study on the relationships between the distributions of symptoms and *Hp* and the pathological grading of chronic superficial gastritis. Master's Degree Thesis. Fujian University of Traditional Chinese Medicine (in Chinese), 2010.

[6] Zhang Y, Zhou A.J, Liu Y et al. Exploratory factor analysis for validating traditional Chinese syndrome patterns of chronic atrophic gastritis. Evid Based Complement Altern Med, 2016, 2016 (1): 1-12. doi: 10.1155/2016/6872890.

[7] Zhu F.S, Si J.M, Wang L.J. Study on the classification of clinical syndromes of atrophic gastritis. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi, 2003, 11 (6): 844-846. doi: 10.11569/wcjd.v11.i6.844 (in Chinese).

[8] Tran M.N, Jun H.J, Lee S.H. Identifying the molecular mechanism of blood stasis syndrome through the symptom phenotype-genotype association approach. Medicine, 2024, 103 (49): e40717, doi: 10.1097/md.0000000000040717.

[9] Liu R, Jiang L.J, Yang Y, et al. Study on syndrome differentiation strategy of phlegm and blood stasis syndromes of coronary heart disease based on expert consultation on medical cases. Ann Palliat Med. 2021; 10 (9): 9940-9952. doi: 10.21037/apm-21-2332.

[10] Jin S.Y, Liu Y.H et al. Dark red tongue color formation caused by hyperglycemia is attributed to decreased blood flow of tongue tissue partially due to nuclear factor-kappa B pathway activation. Tradit Chin Med. 2023; 43 (6): 1118-1125. doi: 10.19852/j.cnki.jtcm.20231 018.003.