

SURVEY ON THE PREVALENCE OF STRING-LIKE PULSE AND INFLUENCING FACTORS IN TRADITIONAL MEDICINE SYNDROMES AMONG PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Vo Thi Diem Thuy, Vo Thanh Phong*, 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: 02/08/2025

Revised: 03/09/2025; Accepted: 26/12/2025

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of string-like pulse and related factors in traditional medicine syndromes among patients with essential hypertension (EHT).

Subject and method: A cross-sectional study was conducted on 239 EHT patients at the Traditional Medicine Hospital of Ho Chi Minh City.

Results: The average age was 67,71 years, with females accounting for the majority (66,11%). The median BMI was 23,44 kg/m²; the median systolic and diastolic blood pressures were 120 mmHg and 80 mmHg, respectively. The prevalence of string-like pulse was 38,49%. The two most common traditional medicine syndromes were Liver - Kidney Yin deficiency (48,54%) and Yin deficiency with Yang hyperactivity (43,10%). String-like pulse appeared most frequently in the syndromes of Phlegm-dampness retention (75,86%), Liver fire rising (72,73%), and Liver Qi stagnation (66,67%). Factors significantly associated with the presence of string-like pulse included age (OR=1,05; 95% CI: 1,02–1,09; p=0,003), Yin deficiency with Yang hyperactivity (OR=2,44; 95% CI: 1,14–5,35; p=0,022), and Phlegm-dampness retention (OR=3,67; 95% CI: 1,18–13,19; p=0,024).

Conclusion: The prevalence of string-like pulse in patients with essential hypertension was 38,49%. Age, Yin deficiency with Yang hyperactivity, and Phlegm-dampness retention were statistically significant factors associated with the presence of string-like pulse.

Keywords: Essential hypertension, string-like pulse, traditional medicine.

*Corresponding author

Email: vtphong@ump.edu.vn Phone: (+84) 362764131 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD18.4137>

KHẢO SÁT TỈ LỆ MẠCH HUYỀN VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ XUẤT HIỆN MẠCH HUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Võ Thị Diễm Thúy, Võ Thanh Phong*, Nguyễn Thị Hường Dương

Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh -
217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 02/08/2025

Ngày sửa: 03/09/2025; Ngày đăng: 26/12/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ mạch huyền và yếu tố liên quan trong các hội chứng Y học cổ truyền trên người bệnh tăng huyết áp (THA) nguyên phát.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 239 người bệnh THA tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Tuổi trung bình là 67,71 tuổi với nữ chiếm đa số (66,11%), trung vị BMI là 23,44 kg/m², trung vị huyết áp tâm thu là 120 mmHg và huyết áp tâm trương là 80 mmHg. Tỉ lệ xuất hiện mạch huyền là 38,49%. Hai hội chứng xuất hiện nhiều nhất là Can Thận âm hư (48,54%) và Âm hư dương kháng (43,10%). Mạch huyền xuất hiện nhiều nhất ở hội Đàm thấp ủng thịnh (75,86%), tiếp đến là Can hỏa thượng viêm (72,73%) và Can khí uất kết (66,67%). Những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của mạch huyền gồm tuổi (OR=1,05; KTC 95%=1,02-1,09; p=0,003); hội chứng Âm hư dương kháng (OR=2,44, KTC 95%=1,14-5,35, p=0,022) và Đàm thấp ủng thịnh (OR=3,67, KTC 95%=1,18-13,19, p=0,024).

Kết luận: Tỉ lệ xuất hiện mạch huyền trên người bệnh THA nguyên phát là 38,49%. Tuổi, hội chứng Âm hư dương kháng và Đàm thấp ủng thịnh là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của mạch huyền.

Từ khóa: Tăng huyết áp nguyên phát, mạch huyền, y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ gây tử vong và tàn tật hàng đầu thế giới, trong đó có 90% là THA nguyên phát [1]. Trong chẩn đoán và điều trị THA, các phương pháp Y học cổ truyền (YHCT) có vai trò hỗ trợ trong việc cải thiện các triệu chứng của THA. Tuy nhiên để điều trị có hiệu quả thì việc chẩn đoán hội chứng YHCT là vô cùng cần thiết, mà mạch chẩn cho thông tin có trọng số cao trong tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng YHCT trong THA [2].

Theo nghiên cứu trên người bệnh (NB) THA, khoảng 50% NB có mạch huyền [4]. Tuy nhiên, mạch huyền không chỉ phản ánh hội chứng trong YHCT mà còn có thể liên quan đến tình trạng độ cứng thành động mạch – một hiện tượng phổ biến ở người bị THA.

Điều này cho thấy sự xuất hiện của mạch huyền trên NB THA có thể là do độ cứng thành động mạch tăng lên và sẽ ảnh hưởng đến độ chính xác của chẩn đoán hội chứng YHCT. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ mạch huyền trên NB THA nguyên phát và đồng thời tìm hiểu các yếu tố nào ngoại trừ hội chứng YHCT sẽ ảnh hưởng đến sự xuất hiện mạch huyền.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang phân tích.

*Tác giả liên hệ

Email: vtphong@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 362764131 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD18.4137>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện YHCT TP. Hồ Chí Minh.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2024 đến tháng 04/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

NB từ đủ 18 tuổi, được chẩn đoán THA nguyên phát đang điều trị tại Bệnh viện YHCT TP. Hồ Chí Minh.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Ước lượng cỡ mẫu cho phân tích hồi quy logistic đa biến theo công thức sau:

$$n = \frac{EPV \times K}{p}$$

Quy tắc EPV (Events Per Variable) [3], chọn EPV=10, tổng số tham số độc lập trong mô hình hồi quy logistic là K = 11, tỉ lệ xuất hiện mạch huyền theo nghiên cứu của Trần Thái Hà (2023) [4] là 49,5%. Như vậy cỡ mẫu ước tính được là 223 NB.

- Tiêu chuẩn chọn vào:

+ Được chẩn đoán là THA nguyên phát theo hồ sơ bệnh án với mã ICD10 là I10.

+ NB từ đủ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Mất một bên hoặc cả 2 tay.

+ Đang đặt cầu tay chạy thận nhân tạo.

+ Có thai, hậu sản.

+ Có bệnh lý rối loạn tâm thần, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh.

2.5. Biến số

Biến số độc lập: Tuổi, giới tính, trị số huyết áp, hội chứng YHCT

Biến số phụ thuộc: mạch huyền

2.6. Quy trình thu thập số liệu

NB đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành phỏng vấn, bắt mạch và ghi nhận kết quả. Mạch huyền được xác định theo phương pháp bỏ phiếu trọng số bằng cách sử dụng hệ số kappa để chuẩn hóa trọng số cho các chuyên gia YHCT, đảm bảo tổng các trọng số bằng 1, từ các trọng số này, chúng tôi kết hợp nhãn từ 3 chuyên gia, khi tổng các

trọng số >0,5 thì NB được xác định là có mạch huyền.

Ở mỗi NB có tổng cộng 3 chuyên gia YHCT tham gia khám và chẩn mạch. Vị trí thu thập mạch huyền là 3 bộ Thốn, Quan, Xích ở cả hai bên cổ tay, tổng cộng chia thành 6 vị trí đánh giá. Khi $\geq 1/6$ vị trí được xác nhận là có mạch huyền thì sẽ ghi nhận NB có mạch huyền. Các chuyên gia sẽ đánh giá mạch riêng biệt, các thông tin về tuổi, huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTr), hội chứng sẽ được làm mù và việc đánh giá sẽ được thực hiện trong cùng ngày để giảm thiểu sai lệch về chẩn đoán. Chuyên gia YHCT là bác sĩ YHCT có chứng chỉ hành nghề, có bằng sau đại học hoặc có kinh nghiệm công tác ≥ 5 năm trong lĩnh vực khám và điều trị bệnh theo YHCT.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm R 4.5.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số, tỉ lệ % và phân tích bằng kiểm định Chi bình phương, tỉ lệ Z hoặc kiểm định Fisher exact. Biến định lượng được kiểm tra phân phối chuẩn bằng kiểm định Shapiro-Wilk và mô tả trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, hoặc trung vị (tứ phân vị) nếu phân phối không chuẩn; được phân tích so sánh bằng kiểm định t-student hoặc Mann-Whitney U.

Hội chứng YHCT được chẩn đoán bằng tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng YHCT trong THA [2]. Mỗi NB có thể được chẩn đoán đồng thời từ một đến nhiều hội chứng YHCT. Dữ liệu sẽ được xử lý dưới dạng đa nhãn. Mô hình hồi quy logistic hiệu chỉnh Firth được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa sự xuất hiện mạch huyền với tuổi, giới tính, BMI, HATT, HATTr và các hội chứng YHCT để hạn chế sai lệch ước lượng do số sự kiện thấp.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (4278/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 23/12/2024).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm			
Trung bình \pm ĐLC	Trung vị (Tứ phân vị)	Cao nhất	Thấp nhất
Tuổi (năm)			
67,71 \pm 9,61	-	-	-

Đặc điểm			
Trung bình ± ĐLC	Trung vị (Tứ phân vị)	Cao nhất	Thấp nhất
BMI (kg/m ²)			
-	23,44 (21,48 – 25,71)	35,16	13,22
Huyết áp tâm thu (mmHg)			
-	120 (120 – 130)	160	100
Huyết áp tâm trương (mmHg)			
-	80 (70 – 80)	100	60

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 67,71 tuổi và độ lệch chuẩn là 9,61. Trung vị của BMI là 23,44 kg/m² với khoảng tứ phân vị là 21,48 đến 25,71 kg/m². Trung vị của HATT và HATT_r lần lượt là 120 mmHg và 80mmHg.

Bảng 2. Đặc điểm phân bố theo giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Tần số (N=239)	Tỉ lệ (%)
Nam	81	33,89
Nữ	158	66,11

Nhận xét: Trong các đối tượng nghiên cứu có 158 NB nữ (66,11%) và 81 NB nam (33,89%).

3.2. Đặc điểm về mạch

Bảng 3. Đặc điểm mạch huyền

Mạch huyền	Tần số (N=239)	Tỉ lệ (%)
Có	92	38,49
Không	147	61,51

Nhận xét: Trong số 239 NB có 92 NB có mạch huyền (38,49%), còn lại 147 NB không có mạch huyền (61,51%).

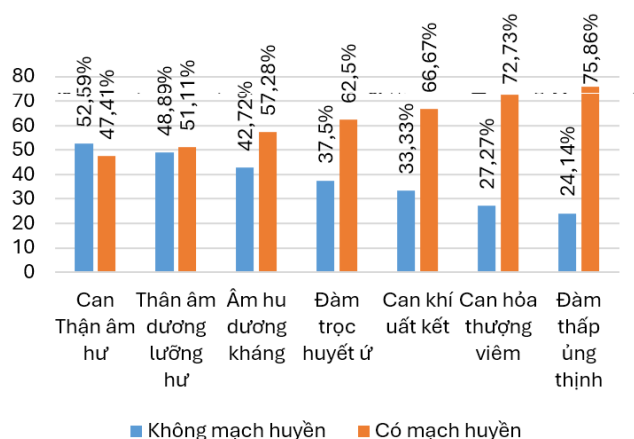
3.3. Đặc điểm về hội chứng YHCT

Bảng 4. Đặc điểm hội chứng YHCT

Hội chứng YHCT	Tần số (N=239)	Tỉ lệ (%)
Can khí uất kết	21	8,79
Can hỏa thượng viêm	33	13,81
Âm hư dương kháng	103	43,10
Đàm thấp ủng thịnh	29	12,13

Hội chứng YHCT	Tần số (N=239)	Tỉ lệ (%)
Đàm trọc huyết ứ	8	3,35
Thận dương hư	46	19,25
Thận âm dương lưỡng hư	45	18,83
Can Thận âm hư	116	48,54

Nhận xét: Trong số 8 hội chứng YHCT khảo sát, hội chứng xuất hiện nhiều nhất là Can Thận âm hư với 116 NB (48,54%), Âm hư dương kháng (43,10%). Ngoài ra, trong 239 NB có 401 hội chứng YHCT. Điều này cho thấy các hội chứng thường xuất hiện đồng thời.



Hình 1. Đặc điểm phân bố mạch huyền theo YHCT

Nhận xét: Tỉ lệ NB có mạch huyền cao nhất ở hội chứng Đàm thấp ủng thịnh (75,86%), Can hỏa thượng viêm (72,73%) và Can khí uất kết (66,67%).

3.4. Mối tương quan mạch huyền và các yếu tố

Bảng 5. Mối tương quan giữa mạch huyền và các yếu tố

Đặc điểm	OR hiệu chỉnh	Khoảng tin cậy 95%	p ^a
Tuổi	1,05	1,02 – 1,09	0,003
Giới tính			
Nam	Tham chiếu		
Nữ	1,51	0,80 – 2,88	0,200
Huyết áp tâm thu	0,99	0,96 – 1,03	0,656
Huyết áp tâm trương	1,03	0,98 – 1,09	0,195

Đặc điểm	OR hiệu chỉnh	Khoảng tin cậy 95%	p ^a
Hội chứng YHCT			
Can khí uất kết	Tham chiếu		
Can hỏa thượng viêm	3,09	0,94 – 11,53	0,064
Âm hư dương kháng	2,44	1,14 – 5,35	0,022
Đàm thấp ủng thịnh	3,67	1,18 – 13,19	0,024
Đàm trọc huyết ứ	0,44	0,07 – 2,90	0,384
Thận dương hư	0,88	0,32 – 2,35	0,806
Thận âm dương lưỡng hư	0,50	0,16 – 1,47	0,207
Can Thận âm hư	1,16	0,53 – 2,45	0,707

a: Mô hình logistic hiệu chỉnh Firth

Nhận xét: Tuổi, Âm hư dương kháng, Đàm thấp ủng thịnh là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của mạch huyền. Các yếu tố khác như giới tính, HATT, HATTr và các hội chứng YHCT còn lại đều không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của mạch huyền ($p > 0,05$).

Do mô hình đa nhân với các hội chứng không loại trừ nhau, các OR của hội chứng được hiểu là ảnh hưởng biên của từng hội chứng trong khi đã điều chỉnh tất cả các hội chứng còn lại. Bên cạnh đó, kiểm tra đa cộng tuyến cho thấy tất cả các biến đều có VIF từ 1,07 đến 2,37, thấp hơn ngưỡng 5, cho thấy không có đa cộng tuyến đáng kể.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của NB trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 67,71 tuổi với độ lệch chuẩn là 9,61 tuổi. Điều này cho thấy đa phần NB trong mẫu nghiên cứu là người cao tuổi và phù hợp với mô hình bệnh tật tại Bệnh viện YHCT TP. Hồ Chí Minh qua kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuệ Nguyên Tâm (2020) [5] cho thấy tuổi trung bình của NB là $69 \pm 7,28$ tuổi. Tỷ lệ nữ giới cao hơn gấp gần 2 lần so với nam giới, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tuệ Nguyên Tâm (2020) [5] với tỷ lệ nữ giới chiếm 69,6% và nam giới chiếm 30,4%.

Trong mẫu nghiên cứu có sự phân bố không đồng

đều giữa các nhóm phân loại BMI với tổng tỉ lệ thừa cân và béo phì chiếm tới 56,48%.

Trị số HATT của mẫu nghiên cứu có giá trị trung vị là 120 mmHg với khoảng tứ phân vị từ 120 đến 130 mmHg. Trị số HATTr có giá trị trung vị là 80 mmHg với khoảng tứ phân vị từ 70 đến 80 mmHg. Đáng chú ý, các trị số huyết áp dao động trong phạm vi khá rộng với HATT từ 100 đến 160 mmHg và HATTr từ 60 đến 100 mmHg.

4.2. Đặc điểm về mạch

Về kết quả thống kê sự xuất hiện mạch huyền cho thấy trong số 239 NB THA có 92 NB có mạch huyền (38,49%). Có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Thái Hà (2023) [4] với kết quả có 52 NB xuất hiện mạch huyền (49,5%). Có thể lý giải sự khác biệt về tỉ lệ xuất hiện mạch huyền giữa hai nghiên cứu này là bởi sự khác nhau trong tiêu chuẩn chọn mẫu liên quan đến độ tuổi. Và khi so sánh với nghiên cứu của Wang XJ và cộng sự (2000) [6] thì kết quả cho thấy 92,6% NB có mạch huyền hoặc mạch tương hợp với mạch huyền. Sự khác biệt này có thể lý giải từ việc thiết bị đo biểu đồ mạch theo các giai đoạn THA và hội chứng YHCT, cùng với sự khác biệt về độ tuổi của hai nghiên cứu. Từ đây có thể nhận thấy rằng mạch huyền là loại mạch phổ biến ở NB THA, tuy nhiên tỉ lệ phát hiện mạch huyền có thể thay đổi đáng kể tùy thuộc vào phương pháp đánh giá được sử dụng. Điều này đặt ra yêu cầu cần chuẩn hóa phương pháp chẩn đoán mạch trong các nghiên cứu YHCT nhằm nâng cao tính khách quan và khả năng so sánh.

4.3. Đặc điểm về hội chứng YHCT

Trong 8 hội chứng YHCT được khảo sát, hội chứng xuất hiện nhiều nhất là Can Thận âm hư với 116 NB (48,54%) và Âm hư dương kháng với 103 NB (43,10%). Theo YHCT, Thận tinh giảm dần theo quá trình già hóa, từ đó ảnh hưởng đến chức năng các tạng phủ khác trong cơ thể. Điển hình là mối quan hệ Can Thận đồng nguyên [7]. Như vậy, có sự phù hợp khi độ tuổi trung bình mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 67,71 tuổi và hội chứng Can Thận âm hư là hội chứng có tỉ lệ xuất hiện nhiều nhất ở NB THA được khảo sát.

Các hội chứng Can Thận âm hư, Âm hư dương kháng đều là những hội chứng có liên quan mạnh mẽ với cơ chế hình thành mạch huyền. Việc các hội chứng này xuất hiện với tỉ lệ cao ở mẫu nghiên cứu có thể sẽ là yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ xuất hiện mạch huyền trên những NB được khảo sát.

Theo kết quả thống kê, tỉ lệ NB THA có mạch huyền cao nhất ở hội chứng Đàm thấp ủng thịnh (75,86%),

Can hóa thượng viêm (72,73%) và Can khí uất kết (66,67%). Mạch huyền theo YHCT [8] là mạch chỉ tình trạng rối loạn hoạt động tạng Can, bệnh lý đau và tình trạng đàm. Như vậy đã có sự phù hợp khi tỉ lệ mạch huyền xuất hiện nhiều nhất ở các hội chứng Đàm thấp ủng thịnh, Can hóa thượng viêm và Can khí uất kết.

Ngoài ra ở những hội chứng không điển hình cho mạch huyền như Thận dương hư, Thận âm dương lưỡng hư, Can Thận âm hư vẫn có tỉ lệ xấp xỉ 50% NB có mạch huyền. Điều này có thể gợi ý rằng mạch huyền trên những NB này xuất hiện là do ảnh hưởng bởi sự tăng độ cứng của thành động mạch. Đây là tình trạng phổ biến ở người cao tuổi, người mắc THA hoặc có tổn thương hệ tim mạch và không liên quan đến hội chứng YHCT.

4.4. Mối tương quan mạch huyền và các yếu tố

Với kết quả hồi quy logistic hiệu chỉnh Firth, tuổi là yếu tố có ý nghĩa thống kê rõ rệt. Theo YHHĐ, tăng tuổi đi kèm với tăng độ cứng thành động mạch, giảm tính đàn hồi mạch máu và rối loạn điều hòa hệ thần kinh thực vật từ đó làm thay đổi đặc điểm sóng mạch, tạo nên cảm giác “căng như dây đàn” đặc trưng của mạch huyền khi bắt mạch. Theo lý luận YHCT, sự suy giảm Thận tinh trong quá trình lão suy theo quy luật nam tám nữ bảy ở những người cao tuổi là yếu tố chính dẫn đến những rối loạn chức năng của tạng phủ khác mà biểu hiện đặc trưng qua sự điều hòa khí cơ không thông đạt, hình thành các triệu chứng bệnh lý tập trung ở các hội chứng Can khí uất kết, Can hóa thượng viêm, hoặc Đàm thấp ủng thịnh, từ đó hình thành mạch huyền – vốn được mô tả là biểu hiện của Can chứng, đàm, hỏa hoặc đau [8].

Trong các hội chứng YHCT, Âm hư dương kháng và Đàm thấp ủng thịnh là 2 hội chứng liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện mạch huyền. Âm hư dương kháng là hội chứng phản ánh tình trạng âm dịch cơ thể bất túc, âm không chế ước dương, khí iến dương khí nghịch lên, gây ra cảm giác đầu căng, chóng mặt, bốc hỏa – tương ứng với đặc điểm căng và mạnh của mạch huyền [7]. Đàm thấp ủng thịnh là hội chứng biểu hiện sự đình trệ những chất “trọc” trong quá trình trao đổi tân dịch của cơ thể, gây bế tắc kinh lạc, làm khí huyết không thông – biểu hiện thành mạch huyền khi đàm trọc ứ trở, khí cơ thăng giáng thất điều [9].

Các yếu tố khác như giới tính, HATT và HATTr đều không có mối liên quan có ý nghĩa với sự xuất hiện của mạch huyền. Dù HATTr là yếu tố được chứng minh có liên quan mạch huyền, nhưng khi đưa vào mô hình hồi quy logistic hiệu chỉnh Firth, HATTr không còn là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê.

Do đa phần NB đang được điều trị thuốc huyết áp nên huyết áp thu được không phản ánh đúng bản chất mức độ nặng THA trên NB. Bên cạnh đó, kiểm tra đa cộng tuyến cho thấy tất cả các biến đều có VIF từ 1,07 đến 2,37, thấp hơn ngưỡng 5, cho thấy không có đa cộng tuyến đáng kể.

Ngược lại, các hội chứng YHCT như Âm hư dương kháng và Đàm thấp ủng thịnh, dù không có ý nghĩa thống kê khi phân tích đơn biến, nhưng khi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến tức là khi có sự kiểm soát đồng thời các yếu tố khác như tuổi, giới tính, HATT, HATTr thì mối liên hệ giữa các hội chứng này với mạch huyền lại trở nên có ý nghĩa. Điều này cho thấy trong bối cảnh có nhiều yếu tố tác động đồng thời, việc phân tích đa biến là cần thiết để xem xét tất cả những yếu tố ảnh hưởng đến kết cục chính là mạch huyền, từ đó làm rõ các mối liên hệ thực sự, vốn có thể bị che khuất trong phân tích đơn lẻ.

Hơn nữa với kết quả phân tích trên, nghiên cứu đã cho thấy tuổi là yếu tố quan trọng cần xem xét khi chẩn đoán hội chứng YHCT trên NB THA vì đây có thể là yếu tố gián tiếp gây ra mạch huyền độc lập với hội chứng YHCT.

4.5. Hạn chế và kiến nghị

Nghiên cứu chỉ thực hiện tại một cơ sở với đối tượng là NB nội trú, trong thời gian ngắn, nên có thể chưa phản ánh được đặc điểm chung của NB THA trong cộng đồng hoặc tại các tuyến khám chữa bệnh khác. Việc chẩn đoán mạch huyền dựa trên bắt mạch thủ công theo YHCT, nên không tránh khỏi bị ảnh hưởng bởi kinh nghiệm của chuyên gia thiết lập chẩn đoán mạch. Một số bệnh lý chuyển hóa hoặc nội khoa thường đi kèm với THA (như đái tháo đường, rối loạn lipid máu...) chưa được phân tích sâu để xem xét mối liên hệ với mạch huyền hoặc hội chứng YHCT. Do đó kiến nghị mở rộng nghiên cứu đa trung tâm, sử dụng phương pháp đánh giá mạch học hiện đại hơn và phân tích thêm các yếu tố đồng mắc.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ xuất hiện mạch huyền trên NB THA nguyên phát là 38,49%. Tuổi, hội chứng Âm hư dương kháng và Đàm thấp ủng thịnh là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của mạch huyền. Chỉ số khối cơ thể, giới tính, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, hội chứng Can khí uất kết, Can hóa thượng viêm, Đàm trọc huyết ứ, Thận dương hư, Thận âm dương lưỡng hư, Can Thận âm hư là những yếu tố không có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của mạch huyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. World Health Organization; 2023.
- [2] 杨雯晴, 李运伦, 解君, 褚岩珺, 杜峰, 姜枫. 高血压病常见中医证型量化诊断标准的探索性研究. 中华中医药杂志. 2016;31(5):2008-12.
- [3] Austin Peter C, Steyerberg Ewout W. Events per variable (EPV) and the relative performance of different strategies for estimating the out-of-sample validity of logistic regression models. *Statistical methods in medical research*. 2017;26(2):796-808.
- [4] Trần Thái Hà, Nguyễn Thị Trang, Chử Minh Tuấn. Khảo sát thể bệnh Y học cổ truyền của tăng huyết áp ở người cao tuổi tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;531(2).
- [5] Nguyễn Tuệ Nguyên Tâm. Khảo sát mô hình bệnh tật của bệnh nhân là người cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2021.
- [6] Xiao-Juan Wang, Bing-Xing Li, Jian-Sheng Guo, Tong Chen, Bin Han. Study on Relation between Sphygm obologram and Staging Identification of Essential Hypertension. *Chinese Journal of Basic Medicine in Traditional Chinese Medicine*. 2000;6(9):45 - 7.
- [7] Trịnh Thị Diệu Thường, Trần Thu Nga. *Bệnh học Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, 2020. trang 105 - 120.
- [8] Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Thái Linh. *Chẩn đoán Y học cổ truyền*. NXB Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2021. trang 213 - 246.
- [9] Trịnh Thị Diệu Thường, Trần Thu Nga. *Bệnh học Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, 2020. trang 75 - 102.