Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 3, 348-353

INVESTIGATING THE ASSOCIATION BETWEEN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE SYNDROMES AND DISEASE STAGES IN LUNG CANCER PATIENTS AT HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

Truong Cong Hau[1], Tran Thu Nga[1], Nguyen Thi Thu Song[1], Nguyen Cong Nguyen[1,*]

[1]*University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang Street, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 04/02/2026
Reviced: 04/03/2026; Accepted: 27/03/2026

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes and their association with TNM stages in lung cancer patients at Ho Chi Minh City Oncology Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 392 patients (Dec 2024 – May 2025). TNM stages and TCM syndromes were collected via direct interviews using a standardized questionnaire based on the 2023 CACM guidelines and expert consensus, and medical records. Data were analyzed using multivariate logistic regression, controlling for age, sex, BMI, and smoking history.

Results: Qi deficiency (51.3%), Yin deficiency (35.5%), and Phlegm-dampness (27.0%). Multivariate analysis revealed no significant association between these three syndromes and TNM stages ($p > 0.05$). Notably, a history of smoking was identified as an independent risk factor, increasing the odds of Blood stasis by 1.84 times (aOR = 1.84, 95% CI: 1.04 – 3.31, p = 0.039).

Conclusion: Qi deficiency, Yin deficiency, and Phlegm-dampness serve as foundational syndromes present throughout the disease process, independent of TNM staging. Smoking is a significant independent factor associated with Blood stasis.

Keywords: Lung cancer, TCM syndromes, TNM staging.

*Corresponding author
Email: ncnguyen@ump.edu.vn **Phone**: (+84) 969242501 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4768

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN VỚI GIAI ĐOẠN BỆNH TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trương Công Hậu[1], Trần Thu Nga[1], Nguyễn Thị Thu Sông[1], Nguyễn Công Nguyên[1,*]

[1]*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: 04/02/2026
Ngày chỉnh sửa: 04/03/2026; Ngày duyệt đăng: 27/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ các hội chứng bệnh y học cổ truyền và mối liên quan với giai đoạn TNM trên người bệnh ung thư phổi tại bệnh viện Ung bướu TP.HCM.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 392 người bệnh tại bệnh viện Ung bướu TP.HCM (12/2024 – 05/2025). Giai đoạn TNM và hội chứng bệnh YHCT (chẩn đoán theo hướng dẫn của Hiệp hội YHCT Trung Quốc 2023) thu thập qua phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi chuẩn hóa được thông qua bởi ý kiến chuyên gia và hồ sơ bệnh án. Mối liên quan được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đa biến, kiểm soát các yếu tố tuổi, giới tính, BMI và tiền sử hút thuốc.

Kết quả: Khí hư (51,3%), Âm hư (35,5%) và Đàm ẩm (27,0%). Phân tích đa biến không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ba hội chứng này với giai đoạn TNM (p > 0,05). Tiền sử hút thuốc lá là yếu tố liên quan độc lập, làm tăng nguy cơ mắc Huyết ứ lên 1,84 lần (aOR = 1,84; 95% CI: 1,04 – 3,31; p = 0,039).

Kết luận: Khí hư, Âm hư và Đàm ẩm là các hội chứng nền tảng hiện diện xuyên suốt quá trình bệnh lý, độc lập với giai đoạn TNM. Tiền sử hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ độc lập gia tăng hội chứng Huyết ứ.

Từ khoá: Ung thư phổi, Hội chứng bệnh y học cổ truyền, Giai đoạn TNM.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới [1, 2]. Mặc dù các phương pháp điều trị hiện đại như phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, và liệu pháp nhắm trúng đích đã có nhiều tiến bộ, nhưng tình trạng kháng thuốc và tác dụng phụ nặng nề vẫn là thách thức lớn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, cũng như khả năng dung nạp của người bệnh [2]. Mặt khác, y học cổ truyền (YHCT) đã chứng minh được vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ điều trị, giảm nhẹ triệu chứng, hạn chế tác dụng phụ và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh [3].

Tuy nhiên, việc ứng dụng y học cổ truyền trong điều trị UTP hiện nay vẫn còn gặp nhiều khó khăn, chủ yếu do thiếu các bằng chứng khoa học có hệ thống về sự biến đổi của các hội chứng bệnh y học cổ truyền tương ứng với từng giai đoạn ung thư (TNM). Tại Việt Nam, các nghiên cứu về mối liên quan này còn rất hạn chế. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu khảo sát đặc điểm hội chứng bệnh y học cổ truyền và phân tích mối liên quan với giai đoạn TNM. Từ đó, có thể góp phần củng cố cơ sở khoa học cho việc định hướng xây dựng và tối ưu hóa các phác đồ điều trị kết hợp Đông – Tây y theo hướng cá thể hóa.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Nội – Phụ khoa phổi, bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2024 đến 05/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh (NB) được chẩn đoán xác định UTP tế bào nhỏ hoặc không tế bào nhỏ, có hồ sơ bệnh án y học hiện đại (YHHĐ) đầy đủ thông tin giai đoạn TNM.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Dùng công thức: $n = [Z^2_{(1-\alpha/2)} P(1-P)]/d^2$; chọn p=0,5 (trị số ước đoán của bệnh trong quần thể); d=0,05 (khoảng sai lệch). Suy ra n=384. Vậy nghiên cứu thực hiện cần ít nhất 384 mẫu. Thực tế ghi nhận 392 mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: NB đủ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán là UTP nguyên phát UTP tế bào nhỏ hoặc UTP không tế bào nhỏ theo hồ sơ bệnh án YHHĐ, có khả năng hiểu và hoàn thành 100% phiếu khảo sát, đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ
Email: ncnguyen@ump.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 969242501 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4768

Tiêu chuẩn loại trừ: NB có bệnh lý nội khoa nặng hoặc có ung thư thứ phát; có các ung thư nguyên phát tại cơ quan khác; phụ nữ có thai và cho con bú; có vấn đề sức khoẻ tâm thần/ rối loạn hành vi; không có khả năng hoàn thành 100% phiếu khảo sát.

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến số độc lập

Giai đoạn TNM: Xác định giai đoạn I, II, III, IV (theo AJCC/ UICC phiên bản 8) hoặc trích từ hồ sơ bệnh án YHHĐ.

Biến số nền

Tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử hút thuốc lá.

Biến số phụ thuộc

Hội chứng bệnh YHCT: Các hội chứng bệnh YHCT (Có hoặc Không mắc Khí hư, Âm hư, Huyết hư, Dương hư, Khí trệ, Đàm ẩm, Huyết ứ, Nhiệt độc). Nghiên cứu ghi nhận tất cả các hội chứng đồng mắc trên cùng một NB.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Các biến số được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi đã chuẩn hóa (dựa trên Hướng dẫn của Hiệp hội YHCT Trung Quốc (CACM) năm 2023 và được thông qua bởi sự đồng thuận của 03 chuyên gia YHCT có giấy phép hành nghề và thâm niên công tác trên 5 năm.

Theo các công trình nghiên cứu về hội chứng bệnh YHCT của UTP, các biểu hiện lâm sàng thường phức tạp, bao gồm cả hư chứng và thực chứng đan xen tùy theo giai đoạn TNM. Dựa trên "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTP bằng phương pháp kết hợp y học Trung Quốc và Tây y" của Hiệp hội Y học cổ truyền Trung Quốc (2023) [4], các hội chứng thường gặp được chẩn đoán như sau:

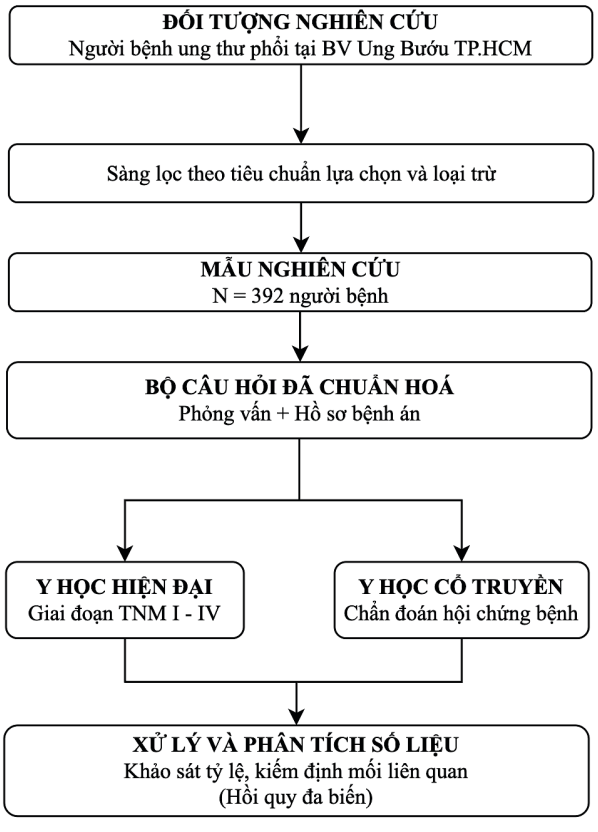
Bảng 1. Đặc điểm các hội chứng bệnh theo YHCT

Hội chứng	Triệu chứng chính	Triệu chứng phụ
Huyết ứ	Ngực đau (như dao đâm/ kim châm), da dẻ khô sạm. Lưỡi tím đậm hoặc có ban ứ/ điểm ứ. Mạch sáp.	Tê bì, xuất huyết (môi/ móng/ dưới da), hay quên, trưng tích. Lưỡi tím tối, rêu trắng hoặc dày dính. Mạch trầm huyền/ kết đại/ huyền sáp/ trầm tế sáp/ lao mạch.
Đàm ẩm	Ngực đầy tức, buồn nôn, chán ăn, ho đàm. Lưỡi nhợt, rêu trắng dính. Mạch hoạt/ nhu.	Ngực sườn đầy, suyễn, phù thũng, chóng mặt, nôn ra nước chua, đại tiện lỏng, đàm hạch. Lưỡi bệu, rêu trắng trơn/dày dính/nhớt. Mạch phù hoạt/ huyền hoạt/ nhu hoạt/ nhu hoãn.
Nhiệt độc	Miệng khô người nóng, tiểu đỏ, táo bón, ho đàm vàng. Lưỡi đỏ/ đỏ sẫm, rêu vàng khô. Mạch hoạt sác.	Mặt đỏ, mắt đỏ, xuất huyết, mụn nhọt lở loét, khát muốn uống nước mát, sốt. Lưỡi có gai/ đốm đỏ, rêu vàng khô/ dày dính. Mạch hồng sác/ sác/ huyền sác.
Khí trệ	Ho gấp, đau thoáng qua, ngực sườn trướng tức. Lưỡi đỏ nhạt, rêu trắng mỏng. Mạch huyền.	Khí trất, thở khò khè, đau lan tỏa, trở mình khó, đầu căng đau, trầm cảm/ cáu gắt, bụng trướng, kinh nguyệt đến muộn. Lưỡi đỏ sẫm, rêu trắng hoặc vàng. Mạch trầm huyền/ sáp/ kết đại.
Âm hư	Ngũ tâm phiền nhiệt, miệng họng khô, ho khan, ít đàm. Lưỡi đỏ, ít rêu. Mạch tế sác.	Đàm lẫn máu, đạo hãn, táo bón, tiểu ít đỏ, khàn tiếng, mất ngủ. Lưỡi khô nứt, rêu mỏng trắng/vàng và khô, tróc rêu, lưỡi bản đồ/ không rêu. Mạch phù sác/ huyền tế sác/ trầm tế sác.
Dương hư	Sợ lạnh, chân tay lạnh, sắc mặt nhợt, ho kéo dài kèm đàm trắng. Lưỡi nhợt bệu, rêu trắng trơn. Mạch trầm trì.	Miệng nhạt không khát, tiểu trong dài, đại tiện lỏng, phù nề thắt lưng/ chi dưới, uể oải, thiếu lực, hụt hơi, giảm ham muốn, đau bụng, tiêu chảy. Lưỡi xanh tía, nhợt mềm, có hằn răng; Rêu nhạt vàng trơn hoặc xám đen nhuận. Mạch vô lực/ hư phù/ trầm tế.
Khí hư	Uể oải, thiếu lực, thiếu khí, ngại nói, ho suyễn vô lực. Lưỡi nhợt, sưng. Mạch hư.	Sắc mặt nhợt nhạt/ trắng bệch, tự hãn, ăn kém, bụng trướng, hơi thở ngắn. Lưỡi: rìa có hằn răng, rêu mỏng trắng. Mạch trầm tế/ tế nhược/ trầm trì.
Huyết hư	Sắc mặt vàng khô/ nhợt nhạt không tươi. Lưỡi nhợt. Mạch tế.	Môi/ móng/ niêm mạc mắt nhợt, chóng mặt, hồi hộp, mất ngủ, tê tay chân; kinh nguyệt ít/ nhợt/ vô kinh. Lưỡi nhợt nhạt, rêu lưỡi trắng. Mạch tế sác/ vô lực/ tế sáp/ khổng.

Theo hướng dẫn này [4], tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng bệnh YHCT như sau:

Chẩn đoán xác định khi NB có đặc điểm lưỡi và mạch phù hợp, đồng thời thỏa mãn một trong ba tiêu chuẩn: (1) 2 triệu chứng chính kèm lưỡi/mạch điển hình; (2) 2 triệu chứng chính kèm 1 triệu chứng phụ; hoặc (3) 1 triệu chứng chính kèm tối thiểu 2 triệu chứng phụ.

Tiêu chuẩn này không chia hội chứng chính, tối đa mỗi NB chỉ được đồng mắc 3 hội chứng, không có thứ tự ưu tiên chẩn đoán.



Hình 1. Quy trình nghiên cứu

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được quản lý và xử lý bằng Microsoft Excel 365 và R 4.5.0. Biến định tính được mô tả bằng n (%), biến định lượng bằng trung bình cộng ± độ lệch chuẩn. Mối liên quan giữa giai đoạn (GĐ) bệnh và các hội chứng YHCT được phân tích thông qua mô hình hồi quy logistic đa biến. Mô hình chọn GĐ I làm nhóm tham chiếu và tiến hành hiệu chỉnh (kiểm soát) các biến số nền bao gồm: tuổi, giới tính, BMI và tiền sử hút thuốc lá. Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ số aOR hiệu chỉnh (Adjusted Odds Ratio - aOR), khoảng tin cậy 95% (95% CI) và giá trị p. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM số 3907/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 28/11/2024 và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Ung bướu TP.HCM số 181/BVUB-HĐĐĐ ngày 18/02/2025.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận được 392 NB UTP, ghi nhận độ tuổi trung bình là 60,94 ± 10,36 (nhỏ nhất 32, lớn nhất 87), nhóm ≥60 chiếm đa số (59,44%). Nam giới chiếm ưu thế (57,40%). Đa số NB là lao động chân tay (84,95%) và có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường (51,79%), tỷ lệ thừa cân và béo phì cũng chiếm đáng kể (33,17%). Khoảng 27,81% NB có tiền sử hút thuốc lá.

Bảng 2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (N=392)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	225	57,40
	Nữ	167	42,60
Nhóm tuổi	< 60	159	40,56
	≥ 60	233	59,44
	Tuổi trung bình	60,94 ± 10,36 (32 – 87)	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	333	84,95
	Lao động trí óc	20	5,10
	Nội trợ	12	3,06
	Khác	27	6,89
Nhóm BMI	Bình thường	203	51,79
	Thừa cân	77	19,64
	Gầy	59	15,05
	Béo phì độ I	50	12,76
	Béo phì độ II	3	0,77
Hút thuốc lá	Không	283	72,19
	Có	109	27,81

3.2. Mối liên hệ giữa các hội chứng bệnh y học cổ truyền với giai đoạn ung thư

Bảng 3 mô tả sự phân bố tỷ lệ hiện mắc các hội chứng YHCT trên 392 NB theo từng GĐ TNM. Do một NB có thể đồng mắc nhiều hội chứng, tổng tỷ lệ phần trăm theo từng cột có thể vượt quá 100%.

Bảng 3. Phân bố các hội chứng YHCT theo từng giai đoạn bệnh

Hội chứng	GĐ I (n=40)	GĐ II (n=85)	GĐ III (n=142)	GĐ IV (n=125)	Tổng (N=392)
Khí hư	18 (45,0%)	47 (55,3%)	69 (48,6%)	67 (53,6%)	201 (51,3%)
Âm hư	11 (27,5%)	33 (38,8%)	59 (41,5%)	36 (28,8%)	139 (35,5%)
Đàm ẩm	7 (17,5%)	26 (30,6%)	29 (20,4%)	44 (35,2%)	106 (27,0%)
Huyết ứ	7 (17,5%)	8 (9,4%)	16 (11,3%)	17 (13,6%)	48 (12,2%)
Nhiệt độc	4 (10,0%)	5 (5,9%)	15 (10,6%)	14 (11,2%)	38 (9,7%)
Huyết hư	4 (10,0%)	7 (8,2%)	10 (7,0%)	14 (11,2%)	35 (8,9%)
Dương hư	5 (12,5%)	8 (9,4%)	6 (4,2%)	14 (11,2%)	33 (8,4%)
Khí trệ	3 (7,5%)	4 (4,7%)	6 (4,2%)	6 (4,8%)	19 (4,8%)
Tổng lượt chẩn đoán*	59	138	210	212	619

*Một NB có thể đồng mắc nhiều hội chứng YHCT cùng lúc, do đó tổng tỷ lệ % theo cột vượt quá 100% và tổng số lượt chẩn đoán (619) lớn hơn số lượng NB thực tế (392).

Để đánh giá chính xác tác động của GĐ bệnh lên nguy cơ mắc các hội chứng YHCT, nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến, kiểm soát các yếu tố nhiễu bao gồm tuổi, giới tính, BMI và hút thuốc lá (Bảng 4).

Bảng 4. Mối liên quan giữa Hội chứng YHCT và giai đoạn TNM, yếu tố nền

HỘI CHỨNG	BIẾN SỐ	aOR	95% CI	p-value
KHÍ HƯ	Giai đoạn			
	I	—	—	
	II	0,85	0,33 – 2,04	0,7
	III	1,04	0,43 – 2,37	>0,9
	IV	1,03	0,41 – 2,37	>0,9
	Tuổi	1,00	0,98 – 1,03	0,8
	Giới tính			
	Nữ	—	—	
	Nam	0,70	0,40 – 1,21	0,2
	BMI	1,05	0,97 – 1,15	0,2
	Hút thuốc lá			
	Không	—	—	
	Có	1,18	0,65 – 2,18	0,6
ÂM HƯ	Giai đoạn			
	I	—	—	
	II	1,16	0,47 – 2,77	0,7
	III	1,21	0,51 – 2,70	0,7
	IV	1,46	0,60 – 3,37	0,4
	Tuổi	0,99	0,97 – 1,01	0,4
	Giới tính			
	Nữ	—	—	
	Nam	1,22	0,69 – 2,18	0,5
	BMI	1,03	0,94 – 1,12	0,6
	Hút thuốc lá			
	Không	—	—	
	Có	0,90	0,48 – 1,69	0,7
ĐÀM ẨM	Giai đoạn			
	I	—	—	
	II	0,88	0,40 – 1,90	0,7
	III	0,99	0,47 – 2,03	>0,9
	IV	1,18	0,55 – 2,47	0,7
	Tuổi	1,00	0,98 – 1,03	0,6
	Giới tính			
	Nữ	—	—	
	Nam	0,93	0,58 – 1,51	0,8
	BMI	0,94	0,87 – 1,01	0,10
	Hút thuốc lá			
	Không	—	—	
	Có	0,87	0,51 – 1,48	0,6
HUYẾT Ứ	Giai đoạn			
	I	—	—	
	II	2,20	0,97 – 5,00	0,057
	III	1,90	0,90 – 3,99	0,090
	IV	1,32	0,62 – 2,78	0,5
	Tuổi	1,00	0,98 – 1,02	>0,9
	Giới tính			
	Nữ	—	—	
	Nam	0,71	0,43 – 1,17	0,2
	BMI	1,00	0,92 – 1,07	>0,9
	Hút thuốc lá			
	Không	—	—	
	Có	1,84	1,04 – 3,31	**0,039**

Khí hư, Âm hư và Đàm ẩm: Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê của 3 hội chứng này với giai đoạn TNM cũng như các yếu tố tuổi, giới tính, BMI, hút thuốc (p > 0,05).

Huyết ứ: Tiền sử hút thuốc lá được xác định là yếu tố liên quan độc lập, làm tăng nguy cơ mắc Huyết ứ gấp 1,84 lần (aOR = 1,84; 95% CI: 1,04 – 3,31; p = 0,039). Xét về lâm sàng, NB ở GĐ II và III có xu hướng mắc Huyết ứ cao hơn GĐ I (aOR lần lượt là 2,20 và 1,90), tuy nhiên sự khác biệt này chỉ đạt mức ý nghĩa thống kê cận biên (p = 0,057 và p = 0,090).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 392 NB có tuổi trung bình 60,94 ± 10,36, nam giới chiếm ưu thế (57,4%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ UTP tại Việt Nam [1]. Ba hội chứng mắc cao nhất là Khí hư (51,3%), Âm hư (35,5%) và Đàm ẩm (27,0%). Điều này củng cố quan điểm "Chính khí hư là gốc" trong khởi phát ung thư [4], tương đồng với Ji Qing [3]. Đồng thời, Trần Quyên (2025) và Tôn Triết Chửng (2023) cũng đều khẳng định khí âm khuy hư là bệnh cơ then chốt, nền tảng của ung thư phổi [5, 6].

Khi đưa vào mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến (kiểm soát tuổi, giới tính, BMI, tiền sử hút thuốc), kết quả không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ba hội chứng Khí hư, Âm hư và Đàm ẩm với giai đoạn TNM cũng như các yếu tố nền (p > 0,05). Sự ổn định này chỉ ra rằng Khí hư, Âm hư và Đàm ẩm mang tính chất là các hội chứng nền tảng, hiện diện dàn trải và xuyên suốt toàn bộ tiến trình bệnh lý, hoàn toàn độc lập với sự gia tăng của giai đoạn ung thư hay các đặc điểm nhân trắc học. Có sự tương đồng với Vương Bảo Cần (2017) khi xác nhận Khí hư là yếu tố cốt lõi không phụ thuộc vào giai đoạn TNM [7]. Hội chứng Nhiệt độc, Khí trệ, Huyết hư và Dương hư không đủ điều kiện đưa vào mô hình phân tích đa biến do cỡ mẫu quá nhỏ, nhằm đảm bảo tính ổn định và độ tin cậy của thuật toán thống kê.

Phân tích đa biến cho thấy tiền sử hút thuốc lá là một yếu tố liên quan độc lập, làm tăng nguy cơ mắc hội chứng Huyết ứ lên gấp 1,84 lần (aOR = 1,84; 95% CI: 1,04 – 3,31; p = 0,039). Xét về lâm sàng, NB ở GĐ II và III cũng có xu

hướng mắc Huyết ứ cao hơn giai đoạn I (aOR lần lượt là 2,20 và 1,90), tuy nhiên sự khác biệt này chỉ đạt mức ý nghĩa cận biên (p = 0,057 và p = 0,090). Sự liên quan chặt chẽ giữa hút thuốc và Huyết ứ hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh YHCT. Khói thuốc lá mang tính chất của "tráng hỏa", người hút thuốc lâu ngày sẽ bị "tráng hỏa tán khí", liên quan đến sự hình thành các yếu tố như khí hư, âm hư và hỏa độc [8]. Do đó, khi hỏa độc từ khói thuốc xâm phạm tạng Phế lâu ngày sẽ hun đốt phế âm, làm hao tổn tân dịch, khí huyết không thông, ứ trệ tại phế lạc và dẫn đến tình trạng Huyết ứ.

Thiết kế cắt ngang chưa thể khẳng định nhân quả, cần các nghiên cứu tiến cứu để xác nhận lộ trình chuyển biến hội chứng, làm tiền đề để định hướng can thiệp sớm bằng các pháp trị Bổ khí, Dưỡng âm, Kiện Tỳ, Hoạt huyết hóa ứ. Việc nhận diện đúng và phối hợp YHCT vào phác đồ đa mô thức sẽ tối ưu hoá hiệu quả điều trị, cải thiện đáng kể tiên lượng sống cho NB [9].

5. KẾT LUẬN

Sự phân bố các hội chứng bệnh YHCT trên NB ung thư phổi cho thấy Khí hư, Âm hư và Đàm ẩm là các hội chứng nền tảng, hiện diện xuyên suốt quá trình bệnh lý và hoàn toàn độc lập với sự gia tăng của giai đoạn TNM. Tiền sử hút thuốc lá được xác định là một yếu tố liên quan độc lập làm gia tăng đáng kể nguy cơ mắc hội chứng Huyết ứ. Kết quả này là cơ sở khoa học giúp định hướng điều trị như phác đồ điều trị đa mô thức nhằm cải thiện toàn diện chất lượng sống cho NB UTP.

6. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh đã tạo mọi điều kiện thuận lợi và hỗ trợ nhiệt tình để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Tran HTT, Nguyen S, Nguyen KK, Pham DX, Nguyen UH, Le AT, et al. Lung Cancer in Vietnam. J Thorac Oncol. 2021;16(9):1443-8. doi: 10.1016/j.jtho.2021.06.002.

[2] Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63. Epub 20240404. doi: 10.3322/caac.21834.

[3] Ji Q, Luo YQ, Wang WH, Liu X, Li Q, Su SB. Research advances in traditional Chinese medicine syndromes in cancer patients. J Integr Med. 2016;14(1):12-21. doi: 10.1016/s2095-4964(16)60237-6.

[4] 肺癌中西医结合诊疗指南中国中西医结合学会. 2023.

[5] 陈娟, 李崇慧. 基于"益气养阴"法论治肺癌. 中医药临床杂志. 2025;37(03):467-70. doi: 10.16448/j.cjtcm.2025.0317.

[6] 孙哲拯, 张若琪, 张铮, 缪锐, 李凤杰, 王宝泉, et al. 采用证候分层诊断法分析原发性肺癌患者证候分布规律. 中医学报. 2023;38(07):1550-4.

[7] 王保芹. 200例原发性支气管肺癌患者中医辨证分型与国际TNM分期及肿瘤标志物相关性研究 [硕士]: 安徽中医药大学; 2017.

[8] 高梦. An Analysis of Treatment Strategies for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on the Concept of "Yang Transforming Qi, Yin Shaping Form". Advances in Clinical Medicine. 2025. doi: 10.12677/acm.2025.15113151.

[9] Kong F, Wang C, Zhao L, Liao D, Wang X, Sun B, et al. Traditional Chinese medicines for non-small cell lung cancer: Therapies and mechanisms. Chin Herb Med. 2023;15(4):509-15. Epub 20230921. doi: 10.1016/j.chmed.2023.05.004. PubMed PMID: 38094015; PubMed Central PMCID: PMCPMC10715886. doi: 10.1016/j.chmed.2023.05.004.