

Bước đầu xác định tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh danh y học cổ truyền trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng

Nhan Hồng Tâm^{1,*}, Trần Thông Tánh¹, Nguyễn Thị Thanh Nam¹, Nguyễn Thị Kim Nhạn²

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chẩn đoán viêm mũi dị ứng (VMDU) theo Y học cổ truyền (YHCT) hiện chủ yếu mang tính định tính, các hội chứng dễ chồng lấp và thiếu tiêu chí chuẩn hóa. Việc thiếu các chỉ số chẩn đoán định lượng làm giảm tính thống nhất, khách quan trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh danh YHCT trên bệnh nhân VMDU dựa trên tổng hợp y văn và phân tích dữ liệu lâm sàng. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện qua 2 giai đoạn: (1) Phân tích y văn YHCT xác định các bệnh danh và bộ triệu chứng tương ứng; (2) Nghiên cứu cắt ngang trên 130 bệnh nhân VMDU tại Bệnh viện Thống Nhất. Dữ liệu lâm sàng phân tích bằng mô hình cây tiềm ẩn (LTM), kết hợp chỉ số thông tin tương hỗ tích lũy (CMI > 95%) nhằm sàng lọc biến nhiễu và xác định cấu trúc hội chứng. **Kết quả:** Tổng hợp y văn xác định 5 bệnh danh YHCT có tần suất $\geq 30\%$: Phong hàn phạm Phế, Phế khí hư, Phế Tỳ khí hư, Thận dương hư, Phong nhiệt phạm Phế. Từ 39 triệu chứng ban đầu, LTM chọn lọc 18 triệu chứng có giá trị phân biệt cao, gợi ý sự hiện diện của 5 bệnh danh trên lâm sàng với tỷ lệ từ 17.6% đến 90.8%. **Kết luận:** Xác định được 5 bệnh danh YHCT đặc trưng ở bệnh nhân VMDU.

Từ khóa: viêm mũi dị ứng, y học cổ truyền, tiêu chuẩn chẩn đoán, mô hình cây tiềm ẩn, Bệnh viện Thống Nhất

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng (VMDU) là bệnh lý chưa có bệnh danh tương ứng hoàn toàn trong Y học cổ truyền (YHCT), việc định danh chủ yếu dựa trên các nhóm triệu chứng như Tỵ uyên, Tỵ tắc, Tỵ trọc, Tỵ khiếu bất lợi [1]. VMDU theo quan điểm YHCT là một rối loạn đa yếu tố đa cơ chế với biểu hiện lâm sàng phong phú và dễ chồng lấp [1, 2]. Các nghiên cứu cho thấy viêm mũi dị ứng theo YHCT thường được gặp các bệnh danh như Phế khí hư, Phế Tỳ khí hư, Thận dương hư và các thể ngoại cảm phong hàn hoặc phong nhiệt [3]. Tuy nhiên, tiêu chí chẩn đoán các hội chứng này chủ yếu vẫn dựa trên mô tả định tính và ý kiến chuyên gia, còn thiếu các chỉ số định lượng và tính chuẩn hóa [4]. Trong khi đó, một số nghiên cứu trong nước đã bước đầu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán YHCT theo hướng định lượng, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường Dương (2020) trên hen phế quản [5], Ong Thị Tuyết và Trịnh Thị Diệu Thường (2019) trên bệnh nhân sau đột quỵ [6] và Trần Văn Thế và cộng sự (2024) trên tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt [7]. Đặc biệt, việc

ứng dụng mô hình phân tích tiềm ẩn (Latent Tree Models - LTM) trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Mỹ (2018) đã cho thấy khả năng xác định cấu trúc hội chứng một cách khách quan [8]. Đến nay, chưa có nghiên cứu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán YHCT định lượng riêng cho bệnh VMDU [9]. Do đó, việc tiến hành nghiên cứu nhằm bước đầu xác định tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh danh YHCT trên người bệnh VMDU là cần thiết, góp phần chuẩn hóa chẩn đoán và nâng cao hiệu quả điều trị. Câu hỏi nghiên cứu: Các hội chứng và bệnh danh Y học cổ truyền nào có thể được xác định trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng thông qua phân tích mô hình cây tiềm ẩn (LTM)?

Mục tiêu nghiên cứu: Bước đầu xác định tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh danh Y học cổ truyền trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng dựa trên tổng hợp y văn và phân tích mô hình cây tiềm ẩn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu - Tiêu chuẩn chọn mẫu - Tiêu chuẩn loại trừ

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực

hiện qua hai giai đoạn với các đối tượng cụ thể như sau:

Giai đoạn 1: Đối tượng là các Y văn Y học cổ truyền.

Giai đoạn 2: Đối tượng là các bệnh nhân đến thăm khám và điều trị tại phòng khám Tai mũi họng thuộc Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM trong khoảng thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 5/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn Y văn:

- Lựa chọn tối thiểu 10 tài liệu YHCT chính thống nhằm bảo đảm độ bao phủ học thuật và tính lặp lại của các bệnh danh, triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng.

- Bao gồm các nhóm tài liệu: Giáo trình đào tạo đại học và sau đại học YHCT, y văn kinh điển, sách chuyên khảo và các hướng dẫn/chuyên khảo hiện đại liên quan đến bệnh lý viêm mũi dị ứng theo YHCT.

- Tài liệu được ưu tiên có nguồn gốc rõ ràng, được xuất bản bởi nhà xuất bản chuyên ngành, cơ sở đào tạo y khoa hoặc tạp chí khoa học có phản biện.

- Loại trừ các tài liệu trùng lặp nội dung, không rõ nguồn gốc hoặc không mô tả đầy đủ đặc điểm bệnh danh và triệu chứng YHCT.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Được chẩn đoán xác định viêm mũi dị ứng theo tiêu chuẩn ICAR 2023 và mã ICD-10 thuộc nhóm J30 (J30.1-J30.4). [10]

Tiêu chuẩn loại bệnh:

- Viêm mũi xoang cấp hoặc mạn tính.

- Polyp mũi hoặc bất thường cấu trúc mũi gây triệu chứng cơ học rõ rệt.

- Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại thời điểm khảo sát.

- Hen phế quản hoặc bệnh phổi mạn tính đang tiến triển.

- Bệnh lý nội khoa nặng ảnh hưởng khả năng hợp tác hoặc đánh giá triệu chứng.

- Rối loạn tri giác, rối loạn ngôn ngữ hoặc không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu - Thiết kế nghiên cứu - Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả phân tích (y văn), Cắt ngang mô tả (lâm sàng).

Cỡ mẫu:

Giai đoạn 1: Chọn mẫu thuận tiện, gồm 10 tài liệu ($n = 10$) đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn để xây

dựng bộ triệu chứng chuẩn hóa.

Công thức cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó:

- Với tỉ lệ mắc Viêm mũi dị ứng là 20% theo nghiên cứu của tác giả Meltzer [11] và sai số cho phép $m = 5\%$.

- Áp dụng vào công thức, cỡ mẫu ước tính là 124.

- Dự trừ mất mẫu 5%, nên tổng số mẫu bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng viêm mũi dị ứng là khoảng 130 bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu:

Giai đoạn 1: Thống kê y văn y học cổ truyền. Các bước thực hiện:

- Lấy 10 tài liệu Y văn YHCT.

- Liệt kê các bệnh danh viêm mũi dị ứng dựa trên các chứng trạng tương ứng trong YHCT.

- Thống kê toàn bộ triệu chứng đi kèm của từng bệnh danh.

- Tính toán tần suất: Các triệu chứng có tỷ lệ xuất hiện $\geq 50\%$ được xếp vào nhóm đồng thuận cao; dưới 50% là đồng thuận thấp.

- Thiết lập phiếu khảo sát lâm sàng dựa trên danh sách triệu chứng và bệnh danh đã chọn lọc.

Giai đoạn 2: Khảo sát trên lâm sàng

Quy trình tiến hành:

- Thăm khám và thu thập dữ liệu thông qua phiếu khảo sát đối với bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- Đưa toàn bộ dữ liệu triệu chứng vào mô hình cây tiềm ẩn (Latent Tree Model - LTM) để phân tích.

- Xác lập tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên các biến tiềm ẩn có trên lâm sàng.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu được nhập liệu, làm sạch và mã hóa trước khi phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel, sau đó được xử lý thống kê bằng phần mềm R phiên bản 4.4.3. Dữ liệu lâm sàng tiếp tục được phân tích bằng mô hình cây tiềm ẩn (Latent Tree Model - LTM) nhằm xác định cấu trúc hội chứng tiềm ẩn và mối liên hệ đồng hiện giữa các triệu chứng YHCT. Các triệu chứng được xem là có giá trị phân biệt khi có sự khác biệt rõ rệt về xác suất có điều kiện giữa các trạng thái tiềm ẩn của biến Y, đồng thời có đóng góp đáng kể vào cấu trúc mô hình và phù hợp với lý luận biện chứng của từng hội chứng YHCT. Chỉ số thông tin tương hỗ tích lũy (Cumulative Mutual Information - CMI) với ngưỡng $> 95\%$ được sử dụng nhằm lựa chọn các triệu chứng có khả năng phân biệt cao và giảm ảnh hưởng của các biến nhiễu. Trên cơ sở

phân tích các mối liên hệ đồng hiện và loại trừ lẫn nhau giữa các triệu chứng, nghiên cứu tiến hành xây dựng khung tiêu chuẩn chẩn đoán định lượng ban đầu cho các bệnh danh YHCT trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu trên y văn

3.1.1. Đặc điểm của tài liệu y văn

Bảng 1. Đặc điểm chung của nguồn tài liệu y văn (n = 10)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Loại tài liệu		
Sách	4	40
Giáo trình	4	40
Sách chuyên khảo	1	10
Sách cổ	1	10
Nguồn tài liệu		
Trong nước	9	90
Nước ngoài	1	10
Năm xuất bản		
Trước năm 2005	5	50
Từ năm 2005 trở đi	5	50
Không ghi năm xuất bản	0	0
Số bệnh danh YHCT ghi nhận/tài liệu		
2 bệnh danh	4	40
3 bệnh danh	1	10
4 bệnh danh	5	50

Nhận xét: Nguồn tài liệu y văn gồm 10 tài liệu, chủ yếu là sách và giáo trình (mỗi nhóm chiếm 40%). 90% tài liệu là nguồn trong nước. 50% tài liệu được xuất bản từ năm 2005 trở đi. Số bệnh danh YHCT ghi nhận trong mỗi tài liệu dao động từ 2 - 4, trong đó nhóm ghi nhận 4 bệnh danh chiếm tỷ lệ cao nhất 50%.

3.1.2. Tỷ lệ bệnh danh ghi nhận trong tài liệu y văn

Bảng 2. Tần số và tỷ lệ các bệnh danh ghi nhận trong tài liệu y văn

Bệnh cảnh	Tần số (n = 10)	Tỷ lệ
Phong hàn phạm phế	8	80%
Phế khí hư	7	70%
Phế tỳ khí hư	5	50%
Thận dương hư	4	40%
Phong nhiệt phạm phế	4	40%
Tâm phế uất nhiệt	2	20%
Thận khí hư	2	20%
Tỳ khí hư	2	20%
Đàm thấp ứ trệ tỵ khiếu	1	10%
Khí trệ huyết	1	10%

Nhận xét: Có 6 bệnh danh có tần số xuất hiện $\geq 30\%$ tài liệu y văn mô tả và được chọn làm bệnh danh YHCT của bệnh nhân VMDU trên tài liệu.

3.1.3. Triệu chứng ghi nhận trên y văn trong Viêm mũi dị ứng**Bảng 3.** Triệu chứng ghi nhận trên Y văn trong Viêm mũi dị ứng

Tiêu chí	Triệu chứng	Ký hiệu
Tại mũi	Hắt hơi	TC1
	Chảy mũi	TC2
	Ngạt mũi	TC3
	Ngứa mũi	TC4
	Giảm khứu giác	TC5
Hô hấp khác	Thở ngắn	TC6
	Ho đàm trắng	TC7
	Tay chân mệt mỏi	TC8
Sắc mặt	Sắc mặt trắng bệnh	TC9
	Sắc mặt đỏ	TC10
Toàn thân	Mệt mỏi	TC11
	Dễ cảm	TC12
	Tự hãn	TC13
	Chán ăn	TC14
	Miệng khô	TC15
	Tiêu lỏng	TC16
	Tiểu đêm	TC17
	Lạnh tay chân	TC18
	Đau lưng	TC19
	Mỏi gối	TC20
Chất lưỡi	Chất lưỡi bệu	TC21
	chất lưỡi tím	TC22
	Chất lưỡi nhợt	TC23
Rêu lưỡi	Rêu lưỡi trơn ướt	TC24
	Rêu lưỡi vàng	TC25
	Rêu lưỡi trắng	TC26
Hàn chứng	Sợ gió, sợ lạnh	TC27
	Gặp lạnh tăng	TC28
	Thích uống nước ấm	TC29
	Giảm khi chườm ấm	TC30
	Không khát	TC31
Nhiệt chứng	Sốt hoặc người nóng	TC32
	Khát nước	TC33
	Thích uống nước lạnh	TC34
	Đại tiện táo	TC35
Mạch	Mạch phù	TC36
	Mạch sắc	TC37
	Mạch trầm	TC38
	Mạch vô lực	TC39

Nhận xét: Dựa trên kết quả tổng hợp và phân tích hệ thống các tài liệu y văn, nghiên cứu đã xác định được các bệnh danh YHCT có tần suất xuất hiện từ 30% trở lên. Trên cơ sở đó, 39 triệu chứng lâm sàng đặc trưng đã được lựa chọn và chuẩn hóa để xây dựng bộ tiêu chuẩn chẩn đoán ban đầu trong nghiên cứu lâm sàng ở giai đoạn 2.

3.2. Kết quả khảo sát trên lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 4. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (n = 130)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 18 tuổi	1	0.8
18 - 30	22	16.9
31 - 40	23	17.7
41 - 50	20	15.4
51 - 60	32	24.6
> 60	32	24.6
Tuổi trung bình (TB ± ĐLC)	48.2 ± 15.8	
Giới tính		
Nam	53	40.8
Nữ	77	59.2
Nghề nghiệp		
Nội trợ	34	26.2
Nhân viên văn phòng/công việc trong nhà	18	13.9
Lao động ngoài trời/nông nghiệp/xây dựng	14	10.8
Công nhân/tiếp xúc hóa chất, bụi công nghiệp	22	16.9
Học sinh/sinh viên	13	10
Hưu trí	21	16.2
Tự do	8	6.2
BMI		
Gầy (< 18.5)	7	5.4
Bình thường (18.5 - 22.9)	56	43.1
Thừa cân (23 - 24.9)	30	23.1
Béo phì độ I (25 - 29.9)	30	23.1
Béo phì độ II (≥ 30)	2	1.5
Thời gian mắc bệnh		
< 1 năm	20	18
1 - 5 năm	37	28
> 5 năm	68	54
Tiền sử gia đình mắc bệnh dị ứng		
Có	49	38
Không	81	62
Bệnh lý kèm theo		
Không có	19	15
Hen phế quản	6	5

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm xoang mạn	38	29
Viêm da cơ địa/chàm	8	6
Khác	59	45

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình 48.2 ± 15.8 ; nhóm tuổi 51 - 60 và > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (mỗi nhóm 24.6%). Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam (59.2% so với 40.8%). Nghề nghiệp thường gặp nhất là nội trợ (26.2%). Nhóm BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (43.1%), tỷ lệ thừa cân và béo phì cũng khá cao (47.7%). Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm (54%). Tiền sử gia đình mắc bệnh dị ứng ghi nhận ở 38% bệnh nhân, trong khi viêm xoang mạn là

bệnh lý đi kèm thường gặp nhất (29%).

3.2.2. Đặc điểm trên lâm sàng

Mỗi bệnh nhân được khảo sát theo bộ 39 triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng, được tổng hợp từ các tài liệu y văn YHCT. Số lượng triệu chứng dương tính trung bình ghi nhận là 10 ± 2 triệu chứng trên mỗi bệnh nhân Trường hợp có số triệu chứng dương tính thấp nhất là 8 triệu chứng, trong khi cao nhất là 12 triệu chứng.

Bảng 5. Triệu chứng ghi nhận trên giai đoạn lâm sàng (n = 130)

Chứng		Số lượng (n = 130)	Tỷ lệ (%)
Nhóm triệu chứng tại chỗ	Chảy mũi	122	93.9
	Hắt hơi	119	91.5
	Ngạt mũi	112	86.1
	Ngứa mũi	89	68.5
	Giảm khứu giác	15	11.5
Nhóm triệu chứng toàn thân	Ho đàm trắng	93	71.5
	Mệt mỏi	89	68.5
	Dễ cảm lạnh	82	63.1
	Thở ngắn	71	54.6
	Miệng khô	68	52.3
	Đau đầu	66	50.8
	Tay chân mệt mỏi	48	36.9
	Đau lưng	46	35.4
	Tiểu đêm	38	29.2
	Mỏi gối	30	20.1
	Chán ăn	20	15.4
	Tiêu lỏng	18	13.9
	Lạnh tay chân	18	13.9
	Tự hãn	3	2.3
Sắc diện	Niêm mạc mũi nhợt	121	93.1
	Sắc diện xanh	9	6.9
	Sắc diện đỏ	22	1.6

Chứng		Số lượng (n = 130)	Tỷ lệ (%)
Nhóm thiết chẩn	Rêu lưỡi trắng	118	90.8
	Chất lưỡi bệu	99	76.2
	Rêu lưỡi mỏng	68	52.3
	Chất lưỡi nhợt	66	50.1
	Rêu lưỡi dày	49	36.7
	Chất lưỡi tím	43	33.1
	Rêu lưỡi nhợt	28	21.5
	Rêu lưỡi vàng	2	0.8
Mạch chẩn	Mạch hoãn	130	92.3
	Mạch trầm	113	86.92
	Mạch hữu lực	71	54.6
	Mạch vô lực	59	45.4
	Mạch phù	16	12.3
	Mạch sắc	9	6.9
	Mạch trì	1	0.8
Nhóm triệu chứng hàn chứng	Gặp lạnh tăng	121	93.1
	Không khát	62	47.7
	Sợ gió, sợ lạnh	52	40
	Thích uống nước ấm	50	36.5
	Giảm khi chườm ấm	40	30.8
Nhóm triệu chứng nhiệt chứng	Miệng khô	68	52.3
	Đại tiện táo	16	12.3
	Khát nước thích uống mát	18	11.5
	Sốt hoặc người nóng	5	3.9

Đặc điểm kết quả phân tích triệu chứng bằng mô hình cây tiềm ẩn

Các triệu chứng lâm sàng được phân tích bằng mô hình cây tiềm ẩn LTM nhằm nhận diện cấu trúc hội chứng tiềm ẩn trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng. Mô hình cho phép nhóm các triệu chứng có xu hướng đồng xuất hiện thành các cụm, tương ứng với các bệnh danh YHCT. Cấu trúc mô hình được trình bày ở Hình 1, trong đó các biến tiềm ẩn được ký hiệu là Y. Con số trong ngoặc đơn biểu thị số trạng thái của biến tiềm ẩn (Y0(2) biểu thị biến Y0 có hai trạng thái). Mỗi bệnh nhân được phân vào một trạng thái cụ thể, đại diện cho một nhóm có đặc điểm triệu chứng tương đồng. Ý nghĩa của từng trạng thái được xác định

thông qua phân bố xác suất của các triệu chứng quan sát liên kết trực tiếp với biến tiềm ẩn. Các biến tiềm ẩn phản ánh mối quan hệ đồng hiện hoặc loại trừ lẫn nhau giữa các triệu chứng lâm sàng. Trên cơ sở kết hợp phân tích đơn biến và đa biến tiềm ẩn, mô hình đã xác định được 5 hội chứng chính, gồm phần lớn thông tin của dữ liệu lâm sàng, tương ứng với các bệnh cảnh YHCT gồm: Phong hàn phạm phế, Phong nhiệt phạm phế, Phế khí hư, Phế Tỳ khí hư và Thận dương hư. Kết quả này cho phép xây dựng các quy tắc chẩn đoán dựa trên mối liên hệ định lượng giữa các triệu chứng, góp phần chuẩn hóa việc phân loại bệnh danh YHCT trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng.



Hình 1. Mô hình biến tiềm ẩn 39 triệu chứng

Bảng 6. Phân tích thông tin biến Y0, Y1, Y2, Y3, Y4, Y5

Biến tiềm ẩn	Trạng thái s0	Trạng thái s1	Gọi tên
Y1	p = 0.092	p = 0.908	Phong hàn phạm Phế
Khởi phát do lạnh	0.10	1.00	
Sợ lạnh	0.15	1.00	
Nước mũi trong	0.10	1.00	
Rêu lưỡi mỏng	0.15	1.00	
Mạch phù	0.10	1.00	
Y2	p = 0.577	p = 0.423	Phế khí hư
Dễ cảm lạnh	0.20	1.00	
Hụt hơi, thở ngắn	0.25	1.00	
Mạch trầm	0.15	1.00	
Y3	p = 0.677	p = 0.323	Phế Tỳ khí hư
Tay chân mệt mỏi	0.20	1.00	
Cầu phân lỏng	0.05	1.00	
Sắc diện nhợt	0.05	1.00	
Chất lưỡi bệu	0.15	1.00	

Biến tiềm ẩn	Trạng thái s0	Trạng thái s1	Gọi tên
Mạch hoãn	0.20	1.00	
Y4	$p = 0.777$	$p = 0.223$	Thận dương hư
Đau lưng mỗi gối	0.15	1.00	
Lạnh lưng gối	0.10	1.00	
Tiểu đêm	0.10	1.00	
Bệnh nặng vào mùa lạnh	0.05	1.00	
Y5	$p = 0.824$	$p = 0.176$	Phong nhiệt phạm phế
Sốt nóng	0.05	1.00	
Khát nước	0.10	1.00	
Đau đầu	0.10	1.00	
Cầu táo	0.05	1.00	
Rêu lưỡi dày	0.10	1.00	
Mạch sắc	0.10	1.00	

4. BÀN LUẬN

4.1. Về kết quả dựa trên y văn

Kết quả tổng hợp y văn cho thấy 5 hội chứng YHCT thường gặp ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng, gồm Phong hàn phạm Phế, Phong nhiệt phạm Phế, Phế khí hư, Phế Tỳ khí hư và Thận dương hư. Các hội chứng này được lựa chọn dựa trên tiêu chí xuất hiện ở $\geq 50\%$ số tài liệu, nhằm ưu tiên những bệnh danh có mức độ lặp lại tương đối cao trong y văn và tạo cơ sở ban đầu cho bước phân tích lâm sàng tiếp theo. Biện chứng luận trị trong YHCT mang tính cá thể hóa, phụ thuộc vào lý luận bệnh cơ, cách vận dụng tứ chẩn và quan điểm học thuật của từng thầy thuốc, do đó việc tổng hợp y văn vẫn có yếu tố chủ quan nhất định. Vì vậy, ngưỡng lựa chọn $\geq 50\%$ mang tính quy ước phương pháp và có thể ảnh hưởng đến tần suất cũng như cơ cấu hội chứng được ghi nhận. Về mặt lý luận YHCT, kết quả tương đối phù hợp với cơ chế bệnh sinh của chứng Tỳ uyên và Tỳ tắc, trong đó Phong hàn phạm Phế và Phong nhiệt phạm Phế thuộc nhóm thực, liên quan đến ngoại tà phạm Phế làm Phế khí mất tuyên giáng, tỳ khiếu bế tắc; trong khi Phế khí hư, Phế Tỳ khí hư và Thận dương hư thuộc nhóm bản hư, liên quan đến chính khí bất túc, vệ ngoại không cố, làm bệnh dễ tái phát hoặc kéo dài. Điều này gợi ý rằng viêm mũi dị ứng trong YHCT có xu hướng biến chứng theo hướng bản hư tiêu thực, với bệnh vị chủ yếu ở Phế, đồng thời có liên quan đến Tỳ và Thận, phù hợp với nhận định của nhiều y gia cổ truyền [1].

Kết quả tổng hợp y văn phản ánh xu hướng biến chứng trong phạm vi các tài liệu được lựa chọn, chưa phản ánh trực tiếp cấu trúc hội chứng trên lâm sàng. Ngoài ra, kết quả này còn phụ thuộc vào nguồn tài liệu, tiêu chí chọn lọc và ngưỡng đồng thuận được áp dụng, do đó cần tiếp tục được kiểm định bằng dữ liệu bệnh nhân thực tế trước khi xem xét giá trị ứng dụng trong xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán [4].

4.2. Về kết quả lâm sàng

Trong nghiên cứu, từ 39 triệu chứng lâm sàng ban đầu, mô hình LTM đã chọn lọc 18 triệu chứng có giá trị phân biệt cao và nhận diện 5 bệnh danh YHCT ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng, gồm Phong hàn phạm Phế (90.8%), Phế khí hư (61.5%), Phế Tỳ khí hư (56.2%), Thận dương hư (34.6%) và Phong nhiệt phạm Phế (17.6%). Kết quả cho thấy trong mẫu nghiên cứu, nhóm triệu chứng được mô hình quy nạp vào hội chứng Phong hàn phạm Phế xuất hiện với tỷ lệ cao nhất, trong khi các hội chứng thuộc nhóm hư chứng như Phế khí hư, Phế Tỳ khí hư và Thận dương hư cũng chiếm tỷ lệ tương đối đáng kể. Điều này gợi ý rằng cấu trúc hội chứng lâm sàng ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng không chỉ tập trung ở nhóm tiêu thực mà còn có sự hiện diện của các đặc điểm thuộc nhóm bản hư, phù hợp với định hướng biện chứng bản hư tiêu thực trong YHCT [1]. Đáng chú ý, tổng tỷ lệ các hội chứng vượt quá 100%, cho thấy một bệnh nhân có thể đồng thời biểu hiện đặc

điểm của nhiều nhóm hội chứng khác nhau. Kết quả này phản ánh tính chất chồng lấp và không hoàn toàn tách biệt giữa các hội chứng trong biến chứng YHCT, phù hợp với thực hành lâm sàng, nơi người bệnh có thể đồng thời biểu hiện các đặc điểm liên quan đến bệnh vị tại Phế kết hợp với các yếu tố liên quan đến Tỳ hoặc Thận, thay vì chỉ biểu hiện một bệnh danh đơn độc [9 - 11]. Tỷ lệ Phong hàn phạm Phế chiếm 90,8% cho thấy trong mẫu nghiên cứu, nhóm triệu chứng được mô hình quy nạp vào hội chứng xuất hiện nổi bật hơn so với các hội chứng khác. Trong khi đó, tỷ lệ của Phế khí hư (61.5%), Phế Tỳ khí hư (56.2%) và Thận dương hư (34.6%) gợi ý sự hiện diện tương đối phổ biến của các nhóm triệu chứng được mô hình phân loại vào nhóm hư chứng. Tuy nhiên, các tỷ lệ này phản ánh cấu trúc triệu chứng do mô hình nhận diện, không đồng nghĩa với việc khẳng định tuyệt đối bệnh cơ hay tiến triển bệnh lý theo từng hội chứng trên từng cá thể. Việc ứng dụng LTM trong nghiên cứu cho phép nhận diện cấu trúc hội chứng dựa trên mối liên hệ đồng hiện giữa các triệu chứng, góp phần giảm bớt tính chủ quan so với biến chứng hoàn toàn dựa trên kinh nghiệm lâm sàng. Kết quả nghiên cứu tương đối phù hợp với một số nghiên cứu ứng dụng phân tích dữ liệu trong biến chứng YHCT, cho thấy ở các bệnh lý dị ứng, cấu trúc hội chứng thường biểu hiện dưới dạng phối hợp giữa nhóm ngoại cảm tại Phế và các hội chứng khí hư liên quan đến Phế, Tỳ hoặc Thận [9 - 11]. LTM là công cụ phân tích cấu trúc dữ liệu, không phải tiêu chuẩn vàng để xác định bệnh danh YHCT, và kết quả mô hình vẫn phụ thuộc vào bộ biến đầu vào, cách chuẩn hóa triệu chứng và bước lựa chọn bệnh danh từ tổng hợp ý văn ban đầu [4].

Ngoài ra, nghiên cứu chưa xây dựng hệ thống tính điểm hoặc ngưỡng chẩn đoán định lượng cụ thể cho từng hội chứng, do mô hình LTM trong nghiên cứu hiện tại chủ yếu mang tính khám phá cấu trúc hội chứng. Các nghiên cứu tiếp theo cần tiếp tục hiệu chỉnh mô hình và xây dựng bộ điểm chẩn đoán nhằm tăng khả năng ứng dụng lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh danh YHCT trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng tại Bệnh viện Thống Nhất được xây dựng dựa trên 39 triệu chứng chuẩn hóa và phân tích bằng mô hình cây tìm ẩn. Kết quả cho thấy 5 hội chứng chính gồm: Phong hàn phạm Phế, Phế khí hư, Phế Tỳ khí hư, Thận dương hư và Phong nhiệt phạm Phế. Các hội chứng phản ánh quy luật đồng xuất hiện triệu chứng và phù hợp với cơ chế bệnh sinh theo YHCT.

Hạn chế nghiên cứu: Bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang phản ánh đặc điểm hội chứng YHCT tại thời điểm khảo sát, chưa đánh giá được tính ổn định và sự thay đổi hội chứng theo thời gian hoặc theo diễn tiến bệnh. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế nên khả năng khái quát hóa cho các quần thể khác còn chưa cao. Ngoài ra, nghiên cứu chưa áp dụng phương pháp đồng thuận chuyên gia (Delphi) trong giai đoạn lựa chọn bệnh danh YHCT. Đây là hướng cần được triển khai trong các nghiên cứu tiếp theo nhằm tăng tính chuẩn hóa và độ tin cậy của tiêu chuẩn chẩn đoán.

LỜI CẢM ƠN

Đề tài nghiên cứu khoa học này được Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng cấp kinh phí thực hiện dưới mã số đề tài GVTC19.44.

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng vì đã tạo điều kiện thuận lợi và hỗ trợ trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu. Sự hướng dẫn và khuyến khích từ các cán bộ của nhà trường đã giúp nhóm nghiên cứu hoàn thành đề tài một cách hiệu quả và chất lượng. Bên cạnh đó, xin cảm ơn Bệnh viện Thống Nhất đã tạo điều kiện cho nhóm được thu thập mẫu và dữ liệu nghiên cứu tại cơ sở của bệnh viện. Sự hợp tác và hỗ trợ nhiệt tình từ đội ngũ y bác sĩ, nhân viên bệnh viện là yếu tố quan trọng giúp nhóm nghiên cứu hoàn thành đề tài. Một lần nữa, nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng và Bệnh viện Thống Nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] H. D. Tân, *Bệnh học về tai mũi họng*, Nhà xuất bản Tổng hợp Đồng Nai, 2026.
- [2] L. Cheng, J. Chen, *et al.*, "Chinese So-

ciety of Allergy Guidelines for Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis," *Allergy Asthma Immunol. Res.*, vol. 10, no. 4, pp. 300-353, Jul. 2018, doi: 10.4168/

aair.2018.10.4.300.

[3] J. Yue, D. Hao, S. Liu, J. Yu, L. Meng, J. Lv, and J. Guo, "Research progress of traditional Chinese medicine in the treatment of allergic rhinitis," *Heliyon*, vol. 10, no. 7, p. e29262, Apr. 2024, doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e29262.

[4] W. F. Yeung, K. F. Chung, N. L. W. Zhang, *et al.*, "Identification of Chinese medicine syndromes in persistent insomnia associated with major depressive disorder: a latent tree analysis," *Chin. Med.*, vol. 11, p. 4, 2016.

[5] N. T. H. Dương, "Tổng quan tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh lâm sàng Y học cổ truyền trên bệnh nhân hen phế quản ngoài cơn hen cấp bằng mô hình cây tiềm ẩn," *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 24, số 4 (Phụ bản), 2020.

[6] O. T. Tuyết và T. T. D. Thường, "Xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh cảnh đàm thấp trên bệnh nhân sau đột quỵ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh," *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 23, số 4, pp. 229-235, 2019.

[7] T. V. Thế, "Bước đầu xây dựng tiêu chuẩn

chẩn đoán thể bệnh y học cổ truyền tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo tài liệu chuyên ngành," *Y học cộng đồng*, tập 65, số CD 4, May 2024.

[8] N. T. H. Mỹ, "Ứng dụng phương pháp phân tích nhân tố khám phá trong việc xác định triệu chứng chẩn đoán các thể lâm sàng y học cổ truyền bệnh viêm loét dạ dày tá tràng," *Tạp chí Y học thực hành*, số 7, 2020.

[9] Z. Chen, D. Zhang, C. Liu, H. Wang, X. Jin, F. Yang, and J. Zhang, "Traditional Chinese medicine diagnostic prediction model for holistic syndrome differentiation based on deep learning," *Integr. Med. Res.*, vol. 13, no. 1, p. 101019, Mar. 2024, doi: 10.1016/j.imr.2023.101019.

[10] E. O. Meltzer, "Allergic Rhinitis: Burden of Illness, Quality of Life, Comorbidities, and Control," *Immunol. Allergy Clin. North Am.*, vol. 36, no. 2, pp. 235-248, May 2016, doi: 10.1016/j.iac.2015.12.002.

[11] F. Lu, L. Lin, S. Wang, *et al.*, "Clinical practice guidelines for the treatment of allergic rhinitis in children with traditional Chinese medicine," *Int. Forum Allergy Rhinol.*, vol. 11, no. 11, pp. 2592-2604, 2021.

Preliminary identification of diagnostic criteria for traditional medicine syndromes in patients with allergic rhinitis

Nhan Hong Tam, Tran Thong Tanh, Nguyen Thi Thanh Nam, Nguyen Thi Kim Nhan

ABSTRACT

Background: The diagnosis of allergic rhinitis (AR) in Traditional Medicine (TM) is currently primarily qualitative, with frequently overlapping syndromes and a lack of standardized criteria. The absence of quantitative diagnostic indicators compromises consistency and objectivity in clinical practice. **Objectives:** To develop diagnostic criteria for Traditional Medicine syndromes in allergic rhinitis based on literature review and clinical investigation. **Materials and method:** The study was conducted in two phases: (1) An analysis of TM literature to identify syndromes and their corresponding symptom sets; and (2) A cross-sectional study of 130 AR patients at Thong Nhat Hospital. Clinical data were analyzed using a Latent Tree Model (LTM) combined with the cumulative mutual information criterion (CMI > 95%) to filter confounding variables and determine the syndrome structures. **Results:** Literature synthesis identified five traditional medicine syndromes with a frequency of $\geq 30\%$: Wind-cold invading the Lung, Lung qi deficiency, Lung-Spleen qi deficiency, Kidney yang deficiency, and Wind-heat invading the Lung. From the initial 39 symptoms, latent tree model (LTM) analysis selected 18 symptoms with high discriminative value, suggesting the presence of these five syndromes in clinical practice, with prevalence ranging from 17.6% to 90.8%. **Conclusion:** Five characteristic TM

syndromes in patients with allergic rhinitis were identified, and preliminary quantitative diagnostic criteria were developed.

Keywords: *allergic rhinitis, traditional medicine, diagnostic criteria, latent tree model, Thong Nhat Hospital*

Received: 23/4/2026

Revised: 24/6/2026

Accepted for publication: 20/7/2026