

BRISTOL STOOL FORM TYPES AND THEIR ASSOCIATION WITH CLINICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE AMONG INPATIENTS RECEIVING TRADITIONAL MEDICINE TREATMENT IN HO CHI MINH CITY

Vo Trong Tuan, Pham Thi Lan Anh, Vo Van Tam, Duong Thi Ngoc Lan*

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

Received: 30/6/2025

Revised: 01/7/2025; Accepted: 07/7/2025

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of stool types based on the Bristol Stool Form Scale and analyze their association with clinical characteristics, quality of life, and related factors among inpatients receiving traditional medicine treatment.

Subject and methods: A cross-sectional study was conducted on 386 inpatients at three hospitals in Ho Chi Minh city from April 2024 to February 2025. Stool types were classified using the Bristol scale. Quality of life was assessed using the EQ-5D-5L instrument.

Results: The most common stool type was Bristol type 4 (38.3%), followed by type 3 (21.0%). There were statistically significant associations between stool types and age, gender ($p < 0.05$). The loose stool group (type 5-7) had significantly higher cholesterol levels than the normal group ($p = 0.035$). Abnormal stool types tended to have lower EQ-VAS scores, particularly types 1-2 and 6-7. Three quality of life dimensions-mobility, self-care, and usual activities-were significantly associated with stool types ($p < 0.05$).

Conclusion: Stool characteristics are associated with certain clinical indicators and quality of life among inpatients undergoing traditional medicine treatment. Routine assessment of Bristol stool types may enhance comprehensive inpatient care in traditional medicine settings.

Keywords: Bristol stool form, quality of life, inpatient, traditional medicine.

*Corresponding author

Email: ngoclan@ump.edu.vn Phone: (+84) 987528053 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2826>

TÍNH CHẤT PHÂN THEO THANG PHÂN BRISTOL VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ ĐIỀU TRỊ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Trọng Tuấn, Phạm Thị Lan Anh, Võ Văn Tâm, Dương Thị Ngọc Lan*

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: 30/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 01/7/2025; Ngày duyệt đăng: 07/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ các dạng phân theo thang Bristol và phân tích mối liên quan giữa tính chất phân với đặc điểm lâm sàng, chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở người bệnh nội trú điều trị y học cổ truyền.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 386 người bệnh nội trú tại 3 bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 2/2025. Tính chất phân được phân loại theo thang Bristol, chất lượng cuộc sống đánh giá bằng bộ công cụ EQ-5D-5L.

Kết quả: Dạng phân phổ biến nhất là Bristol type 4 (38,3%), tiếp theo là type 3 (21,0%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tính chất phân với tuổi và giới tính ($p < 0,05$). Nhóm dạng phân lỏng (type 5-7) có cholesterol cao hơn nhóm phân bình thường ($p = 0,035$). Các dạng phân bất thường có xu hướng điểm EQ-VAS thấp hơn, đặc biệt type 1-2 và type 6-7. Ba khía cạnh của chất lượng cuộc sống gồm vận động, tự chăm sóc và sinh hoạt thường ngày có mối liên quan có ý nghĩa với nhóm phân ($p < 0,05$).

Kết luận: Tính chất phân có liên quan đến một số chỉ số lâm sàng và chất lượng cuộc sống của người bệnh nội trú điều trị y học cổ truyền. Việc theo dõi tính chất phân theo thang Bristol có thể góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện cho người bệnh nội trú.

Từ khóa: Dạng phân Bristol, chất lượng cuộc sống, nội trú, y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong y học cổ truyền, đại tiện được coi là một trong những chỉ báo quan trọng phản ánh tình trạng sức khỏe tổng thể của cơ thể, đại tiện bình thường được coi là một trong những dấu hiệu của cân bằng âm dương trong cơ thể [1]. Tình trạng rối loạn đi tiêu, bao gồm táo bón và tiêu chảy, thường gặp ở người bệnh nội trú, đặc biệt trong các bệnh mạn tính hoặc hậu can thiệp nội khoa. Trong khi đó, các nghiên cứu lâm sàng chủ yếu tập trung vào số lần đại tiện mà chưa quan tâm đúng mức đến tính chất phân - một chỉ dấu phản ánh trực tiếp chức năng tiêu hóa, hấp thu và cân bằng vi sinh đường ruột. Thang phân Bristol (Bristol Stool Form Scale - BSS) là công cụ đơn giản, dễ ứng dụng và đã được chứng minh có giá trị lâm sàng trong việc đánh giá hiệu quả điều trị, đặc biệt ở các nhóm bệnh tiêu hóa, gan mật và bệnh lý có dùng thuốc nhuận tràng [2], [3]. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy tính chất phân theo BSS có mối liên hệ đáng kể với chất lượng cuộc sống (CLCS) [4]. Trong bối cảnh đó, việc theo dõi tính chất phân không chỉ giúp đánh giá triệu chứng mà còn phản ánh toàn diện hơn mức độ hồi phục chức năng và đáp ứng điều trị của

người bệnh. Tại Việt Nam, y học cổ truyền (YHCT) đóng vai trò quan trọng trong điều trị nội trú, đặc biệt với các bệnh mạn tính. Tuy nhiên, tại Việt Nam vẫn còn thiếu nghiên cứu mô tả đặc điểm dạng phân theo BSS và phân tích mối liên quan với đặc điểm lâm sàng và CLCS ở nhóm người bệnh nội trú điều trị YHCT.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ các dạng phân theo BSS và phân tích mối liên quan giữa tính chất phân với đặc điểm lâm sàng, CLCS và các yếu tố liên quan ở người bệnh nội trú điều trị YHCT.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - cơ sở 3, Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng thành phố Hồ Chí Minh (Bệnh viện 1A) và Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 4/2024 đến tháng 2/2025.

*Tác giả liên hệ

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân nội trú điều trị YHCT tại bệnh viện đủ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại trừ những trường hợp người bệnh nằm viện nội trú trên 36 giờ, có thai, đang mắc các bệnh lý cấp tính (suy tim cấp, suy thận cấp, suy thượng thận cấp, hôn mê...), không đủ năng lực về thể chất và tinh thần tham gia nghiên cứu, không hợp tác trong quá trình thăm khám hoặc nội dung bảng khảo sát không đầy đủ.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Áp dụng công thức tính ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; Z là trị số phân phối chuẩn, với Z lấy từ giá trị phân phối chuẩn, độ tin cậy 95% thì Z = 1,96; α là xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$; p = 0,5; sai số cho phép d = 0,05.

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là n = 385.

Thực tế nghiên cứu thu thập được 386 người bệnh thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Dạng phân: được phân loại theo BSS, gồm 7 type [2].
- CLCS: đánh giá bằng bộ công cụ EQ-5D-5L [5].

2.6. Kỹ thuật, công cụ

Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc, tra cứu hồ sơ bệnh án. Dùng thước đo chiều cao, đơn vị centimet (cm), có độ chính xác 0,1 cm; và dùng cân điện tử Tanita cân trọng lượng, đơn vị kg, có độ chính xác 0,1 kg.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17.0.

Thống kê mô tả: tần số và tỷ lệ phần trăm của các biến số định tính.

Đối với biến số định lượng báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất.

Thống kê phân tích: kiểm định χ^2 hoặc kiểm định Fisher's exact test dùng cho biến phân nhóm, kiểm định Kruskal-Wallis cho các biến định lượng không phân phối chuẩn.

Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được xét duyệt và chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 211/HĐĐĐ-ĐHYD.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 386)

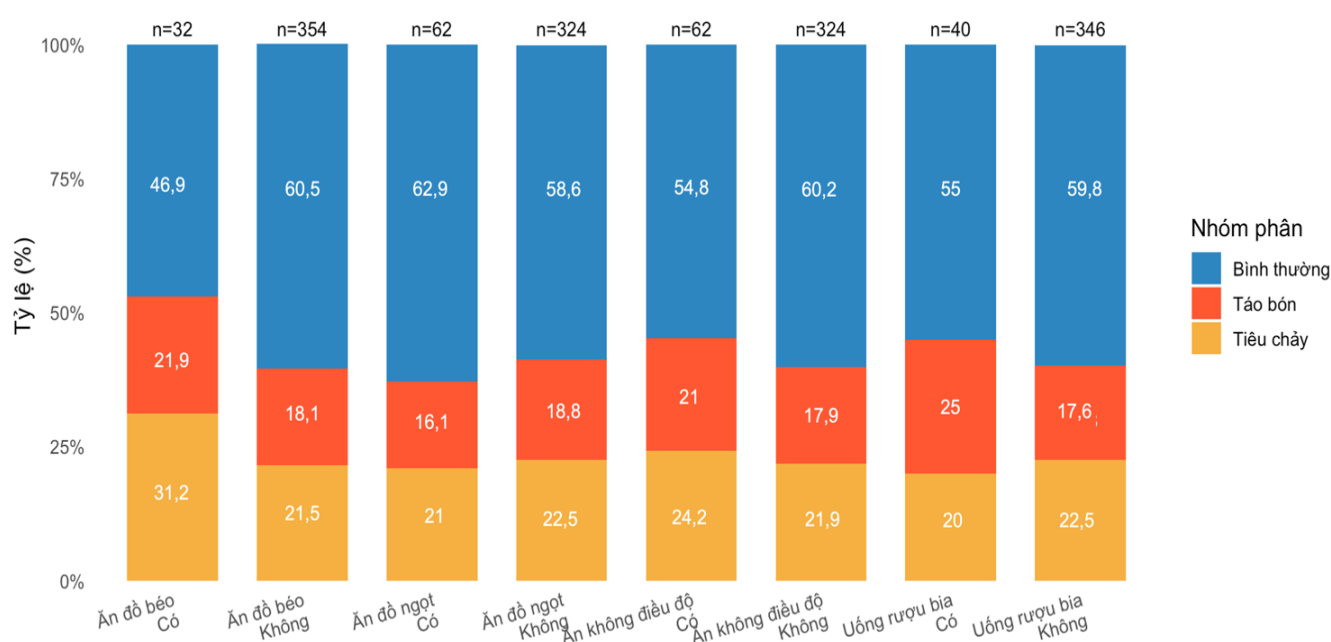
Đặc tính		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	176	45,6
	Nữ	210	54,4
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$	58,7 $\pm$ 15,4	
	Min-max	18-92	
Tính chất phân	Type 1	20	5,2
	Type 2	51	13,2
	Type 3	81	21,0
	Type 4	148	38,3
	Type 5	38	9,8
	Type 6	34	8,8
	Type 7	14	3,7

Phần lớn người bệnh có dạng phân bình thường (type 3-4), trong đó type 4 chiếm tỉ lệ cao nhất với 38,3%. Dạng phân táo bón (type 1-2) và dạng phân tiêu chảy (type 5-7) chiếm tỉ lệ lần lượt là 18,4% và 22,3%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với dạng phân (n = 386)

Đặc điểm		Tổng	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5	Type 6	Type 7	p
Tuổi	< 60	200 (51,8%)	7 (35,0%)	24 (47,1%)	51 (63,0%)	78 (52,7%)	15 (39,5%)	21 (61,8%)	4 (28,6%)	
	≥ 60	186 (48,2%)	13 (65,0%)	27 (52,9%)	30 (37,0%)	70 (47,3%)	23 (60,5%)	13 (38,2%)	10 (71,4%)	0,036
Giới tính	Nam	176 (45,6%)	9 (45,0%)	25 (49,0%)	40 (49,4%)	52 (35,1%)	20 (52,6%)	24 (70,6%)	6 (42,9%)	
	Nữ	210 (54,4%)	11 (55,0%)	26 (51,0%)	41 (50,6%)	96 (64,9%)	18 (47,4%)	10 (29,4%)	8 (57,1%)	0,011
Thừa cân, béo phì	Có	179 (46,4%)	9 (45,0%)	19 (37,3%)	42 (51,8%)	68 (46,0%)	14 (36,8%)	17 (50,0%)	10 (71,4%)	
	Không	207 (53,6%)	11 (55,0%)	32 (62,7%)	39 (48,2%)	80 (54,0%)	24 (63,2%)	17 (50,0%)	4 (28,6%)	0,252

Phân loại tính chất phân theo BSS cho thấy có sự khác biệt đáng kể về tuổi và giới tính. Người dưới 60 tuổi có dạng phân bình thường chiếm tỉ lệ cao hơn, người từ 60 tuổi trở lên có xu hướng dạng phân Bristol type 1 và type 7 nhiều hơn ($p = 0,036$). Giới tính cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm phân ($p = 0,011$), trong đó nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn ở dạng phân bình thường. Ngược lại, tình trạng thừa cân, béo phì không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với dạng phân.



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm phân Bristol theo hành vi ăn uống

Dạng phân bình thường chiếm tỉ lệ cao ở tất cả nhóm hành vi ăn uống. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hành vi ăn uống và tính chất dạng phân. Tuy nhiên tỉ lệ dạng phân tiêu chảy có xu hướng cao hơn ở nhóm đối tượng có ăn đồ béo, tỉ lệ dạng phân táo bón có xu hướng cao hơn ở nhóm đối tượng có uống rượu bia.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng với dạng phân

Đặc tính	Dạng phân táo bón	Dạng phân bình thường	Dạng phân tiêu chảy	p
Hemoglobin (n = 275)	13,2 ± 1,7	13,0 ± 1,5	13,4 ± 1,5	0,126
Lympho (n = 274)	2,0 ± 0,9	2,2 ± 0,8	2,1 ± 0,8	0,086
Cholesterol (n = 141)	4,2 ± 1,1	4,9 ± 1,5	5,3 ± 1,6	0,035

Nhóm có dạng phân tiêu chảy có mức cholesterol trung bình cao hơn rõ rệt so với nhóm có dạng phân bình thường và táo bón, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,035$). Trong khi đó, hemoglobin và lympho không có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm dạng phân ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa CLCS với dạng phân (n = 386)

Đặc điểm	Tổng	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5	Type 6	Type 7	p
CLCS chung (điểm EQ-VAS)	62,7 ± 15,6	61,3 ± 17,2	59,4 ± 15,1	62,0 ± 15,6	65,0 ± 15,2	65,4 ± 16,0	60,3 ± 13,4	55,7 ± 19,2	0,404
Khó khăn đi lại	Có	287 (74,4%)	16 (80,0%)	45 (88,2%)	65 (80,2%)	97 (65,5%)	27 (71,0%)	28 (82,4%)	0,02
	Không	99 (25,6%)	4 (20,0%)	6 (11,8%)	16 (19,8%)	51 (34,5%)	11 (29,0%)	6 (17,6%)	
Khó khăn tự chăm sóc	Có	219 (56,7%)	15 (75,0%)	38 (74,5%)	48 (59,3%)	72 (48,6%)	15 (39,5%)	23 (67,6%)	0,003
	Không	167 (43,3%)	5 (25,0%)	13 (25,5%)	33 (40,7%)	76 (51,4%)	23 (60,5%)	11 (32,4%)	
Khó khăn sinh hoạt	Có	244 (63,2%)	16 (80,0%)	41 (80,4%)	52 (64,2%)	82 (55,4%)	20 (52,6%)	24 (70,6%)	0,017
	Không	142 (36,8%)	4 (20,0%)	10 (19,6%)	29 (35,8%)	66 (44,6%)	18 (47,4%)	10 (29,4%)	

Đặc điểm		Tổng	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5	Type 6	Type 7	p
Đau, khó chịu	Có	303 (78,5%)	13 (65,0%)	38 (74,5%)	65 (80,3%)	117 (79,0%)	31 (81,6%)	28 (82,4%)	11 (78,6%)	0,767
	Không	83 (21,5%)	7 (35,0%)	13 (25,5%)	16 (19,7%)	31 (21,0%)	7 (18,4%)	6 (17,6%)	3 (22,4%)	
Lo lắng, u sầu	Có	201 (52,1%)	8 (40,0%)	28 (54,9%)	42 (51,8%)	75 (50,7%)	19 (50,0%)	20 (58,8%)	9 (64,3%)	0,812
	Không	185 (47,9%)	12 (60,0%)	23 (45,1%)	39 (48,2%)	73 (49,3%)	19 (50,0%)	14 (41,2%)	5 (35,7%)	

Sự khác biệt về điểm CLCS trung bình (EQ-VAS) giữa các type phân không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên có xu hướng giảm điểm EQ-VAS ở dạng phân bất thường (type 1-2 và 6-7). Các khía cạnh CLCS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm phân là khó khăn đi lại, khó khăn tự chăm sóc, khó khăn sinh hoạt ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy dạng phân bình thường (type 3-4) chiếm tỉ lệ cao nhất ở người bệnh nội trú điều trị YHCT, phù hợp với nghiên cứu cộng đồng của Srinivas M và cộng sự (2019) tại Ấn Độ, trong đó tỉ lệ type 3 và 4 lần lượt là 35,6% và 32,5% [6]. Tuy nhiên, tỉ lệ người có dạng phân bất thường (type 1-2 và 6-7) trong nghiên cứu của chúng tôi lên tới 30,8%, đặc biệt nhóm phân lỏng (type 6-7) chiếm 12,4%, cao gần gấp ba so với cộng đồng khỏe mạnh (4,5%). Điều này phản ánh đặc điểm sinh lý bệnh lý và tình trạng nền của người bệnh nội trú, với các yếu tố như tuổi cao, bệnh mạn tính và sử dụng thuốc ảnh hưởng tới hệ tiêu hóa.

Phân tích cho thấy tuổi và giới tính có liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm phân ($p < 0,05$). Nhóm từ 60 tuổi trở lên có tỉ lệ phân bất thường (type 1-2 và 7) cao hơn, trong khi nữ giới chiếm tỉ lệ cao ở nhóm có phân bình thường, có sự tương đồng với nghiên cứu của Srinivas M và cộng sự [6]. Những khác biệt này có thể được giải thích phần nào bởi sự thay đổi của hệ vi sinh đường ruột (gut microbiota) theo tuổi và giới [7]. Điều này nhấn mạnh vai trò của yếu tố sinh học trong điều hòa đặc điểm phân và hệ tiêu hóa, đặc biệt ở nhóm người bệnh nội trú.

Trong nghiên cứu này, tuy không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hành vi ăn uống và tính chất phân, nhưng xu hướng đáng chú ý là nhóm ăn đồ béo có tỉ lệ phân lỏng cao hơn, còn nhóm uống rượu bia có tỉ lệ phân táo bón cao hơn. Điều này tương đồng với lý luận YHCT: thói quen ăn nhiều đồ béo ngọt, uống nhiều rượu lâu ngày có thể làm tổn thương tỷ vi, sinh thấp nhiệt, đàm trọc, gây rối loạn đại tiện [1]. Việc không ghi nhận sự khác biệt thống kê trong nghiên cứu có thể do đặc điểm đối tượng là người bệnh mạn tính nên có chế độ ăn kiêng hoặc do cỡ mẫu chưa đủ lớn để phản ánh rõ ràng mối liên quan.

Đáng chú ý, cholesterol toàn phần cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm dạng phân tiêu chảy, gợi ý mối liên hệ sinh học giữa rối loạn chuyển hóa lipid và tính chất

phân. Theo YHCT, tình trạng phân lỏng và rối loạn mỡ máu có thể liên quan tới tỷ hư vận hóa kém, đàm trọc và ứ trệ. Phân tích gộp của Liu X và cộng sự (2024) chỉ ra rằng châm cứu thông qua kiện tỳ, trừ đàm ứ kết hợp statin không chỉ cải thiện lipid máu mà còn giảm tác dụng phụ và cải thiện triệu chứng toàn thân [8]. Điều này mở ra hướng điều trị kết hợp YHCT và y học hiện đại trong nhóm người bệnh nội trú rối loạn tính chất phân và rối loạn lipid máu.

Về CLCS, nghiên cứu cho thấy điểm EQ-VAS thấp hơn ở nhóm có dạng phân bất thường (type 1-2 và 6-7), điểm CLCS cao nhất ở type 4 và type 5, có sự tương đồng với nghiên cứu của Ohkubo H và cộng sự (2019) tại Nhật Bản, cho thấy phân type 4 có liên quan đến CLCS tốt nhất [4], mặc dù sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi không đạt ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, các khía cạnh cụ thể như khó khăn vận động, tự chăm sóc, sinh hoạt có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính chất phân. Đây là bằng chứng quan trọng cho thấy tình trạng phân ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh CLCS, không chỉ đơn thuần là triệu chứng tiêu hóa. Nghiên cứu của Duong N.K và cộng sự trên người bệnh xơ gan cũng cho thấy việc theo dõi BSS giúp điều chỉnh liều điều trị, giảm tái nhập viện và nâng cao hiệu quả điều trị [3].

Theo lý thuyết ngũ tạng lục phủ, chức năng đại tiện không chỉ phụ thuộc vào đại trường mà còn liên quan mật thiết đến sự phối hợp của toàn bộ hệ thống tạng phủ, rối loạn bất kỳ tạng phủ nào đều có thể dẫn đến đại tiện bất thường: tỳ hư thanh khí hạ xuống gây phân lỏng; vị khí bất hòa thì trọc khí thượng nghịch gây táo bón; công năng thận rối loạn thì trường táo gây táo bón, đại trường thất ôn vận mà gây tiêu lỏng; can khí điều tiết thăng giáng, phế khí túc giáng, khí cơ uất trệ, không thông thì gây rối loạn đại tiện; tiểu trường phân biệt thanh trọc, đại trường truyền đạo, tam tiêu thông điều thủy đạo, khi rối loạn thì thanh trọc lẫn lộn, cần bã ứ trệ [1]. Đối với người bệnh nội trú điều trị bằng YHCT, việc theo dõi và đánh giá tình trạng đại tiện trở thành một yếu tố then chốt trong quá trình chăm sóc và điều trị. YHCT có nhiều công cụ để điều hòa nhu động và cải thiện chất lượng phân, thông qua việc dùng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu [9], xoa bóp bấm huyệt [10].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần lưu ý. Đây là thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan

hệ nhân quả. Một số biến như thói quen ăn uống và tính chất phân được thu thập qua tự khai, có thể sai lệch. Ngoài ra, số lượng xét nghiệm sinh hóa còn hạn chế, ảnh hưởng đến độ mạnh thống kê. Tuy nhiên, khi kết hợp với các phát hiện trong nghiên cứu, điều này cho thấy việc đánh giá tính chất phân và từ đó can thiệp sớm các rối loạn chức năng thông qua biểu hiện của phân bằng YHCT kết hợp y học hiện đại là hoàn toàn cần thiết trong chăm sóc toàn diện người bệnh nội trú.

5. KẾT LUẬN

Tính chất phân theo BSS phản ánh một phần tình trạng lâm sàng và CLCS của người bệnh nội trú điều trị YHCT. Các dạng phân bất thường có xu hướng liên quan đến cholesterol cao và giảm CLCS. Do đó, cần lồng ghép đánh giá tính chất phân vào chăm sóc toàn diện người bệnh.

*

* *

Bài báo này là một phần của đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở thuộc Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, theo Hợp đồng số 192/2023/HĐ-ĐHYD ngày 15/9/2023. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - cơ sở 3, Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng thành phố Hồ Chí Minh (Bệnh viện 1A) và Bệnh viện Thống Nhất đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Bảo Lưu, Tăng Khánh Huy. Lý luận cơ bản y học cổ truyền. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh, 2021: 45-65.
- [2] Chumpitazi B.P, Self M.M, Czyzewski D.I, Cejka S, Swank P.R, Shulman R.J. Bristol Stool Form Scale reliability and agreement decreases when determining Rome III stool form designations. *Neurogastroenterol Motil*, 2016, 28 (3): 443-448. doi:10.1111/nmo.12738
- [3] Duong N.K, Shrestha S, Park D et al. Bristol Stool Scale as a Determinant of Hepatic Encephalopathy Management in Patients With Cirrhosis. *Am J Gastroenterol*, 2022, 117 (2): 295-300. doi:10.14309/ajg.0000000000001550
- [4] Ohkubo H, Yoshihara T, Misawa N et al. Relationship between Stool Form and Quality of Life in Patients with Chronic Constipation: An Internet Questionnaire Survey. *Digestion*, 2021, 102 (2): 147-154. doi:10.1159/000502815.
- [5] Mai V.Q, Sun S, Minh H.V et al. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res*, 2020, 29 (7): 1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7
- [6] Srinivas M, Srinivasan V, Jain M, Rani Shanthi CS, Mohan V, Jayanthi V. A cross-sectional study of stool form (using Bristol stool chart) in an urban South Indian population. *JGH Open*, 2019, 3 (6): 464-467. doi:10.1002/jgh3.12189.
- [7] Zhang X, Zhong H, Li Y et al. Sex and age-related trajectories of the adult human gut microbiota shared across populations of different ethnicities. *Nat Aging*, 2021, 1 (1): 87-100. doi:10.1038/s43587-020-00014-2.
- [8] Liu X, Chen K, Chen F. Clinical efficacy and safety of acupuncture combined with statin in dyslipidemia: A meta-analysis and system review. *Medicine (Baltimore)*, 2024, 103 (37): e39663. doi:10.1097/MD.00000000000039663.
- [9] Phạm Hồng Vân, Trần Phương Đông, Vũ Thị Điệp. Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc Tiêu thừa khí thang trên bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 543 (1): 65-69. doi:10.51298/vmj.v543i1.11293.
- [10] Võ Trọng Tuân, Nguyễn Thị Phượng, Trần Huỳnh Nga. Ứng dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt vùng bụng trong điều trị chứng táo bón trên người bệnh sau đột quỵ tại Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 542 (số chuyên đề): 164-171.