

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Mô hình bệnh tật khám và điều trị ngoại trú y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại sau khi thành lập các phòng khám chuyên khoa tại bệnh viện đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - cơ sở 3

Lê Ngô Minh Như¹, Nguyễn Trọng Tín¹, Hồ Hồng Thủy¹, Phan Lê Đình Trung¹, Trần Hoà An^{1,2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mô hình bệnh tật (MHBT) ngoại trú trong điều trị kết hợp y học cổ truyền (YHCT) và y học hiện đại (YHHĐ) sau khi thành lập các phòng khám chuyên khoa tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu toàn bộ 21.525 hồ sơ bệnh án điện tử người bệnh ngoại trú trong 1 năm (01/04/2024 - 31/03/2025). Mô hình bệnh tật được xác định thông qua mã ICD-10.

Kết quả: Nam giới chiếm 63,21%, tuổi trung bình 43,58, trung bình mỗi người mắc 3 bệnh gồm 1 bệnh chính và 2 bệnh kèm. Mô hình bệnh đa dạng, nổi bật chương XIII (cơ xương khớp và mô liên kết) chiếm 31,28% và chương XII (da và tổ chức dưới da) với 10,29%; các chương về tiêu hóa, tuần hoàn, thần kinh, hô hấp và nội tiết dao động 6,36-9,15% trên tổng số 21.525 lượt khám. Bệnh đi kèm chủ yếu là các bệnh mạn tính về chuyển hóa - nội tiết, tiêu hóa, cơ xương khớp và tim mạch.

Kết luận: MHBT ngoại trú trong điều trị kết hợp YHCT-YHHĐ đa dạng nhưng tập trung vào cơ xương khớp, đồng thời ghi nhận nhu cầu khám và điều trị đáng kể trong bệnh lý da liễu và các bệnh mạn tính không lây. Nên tiếp tục củng cố thể mạnh trong điều trị cơ xương khớp, mở rộng chuyên khoa và tăng cường quản lý đa bệnh lý mạn tính.

Từ khóa: Mô hình bệnh tật, ICD-10, y học cổ truyền.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, xu hướng tích hợp y học cổ truyền (YHCT) vào hệ thống y tế chính thống đang được thúc đẩy mạnh mẽ, theo định hướng từ chiến lược YHCT giai đoạn 2014-2023 của Tổ chức Y tế Thế giới (1). Sự chuyển dịch này nhằm đáp ứng các thách thức y tế hiện đại, đặc biệt là gánh nặng từ các bệnh mạn tính không lây nhiễm và nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện của người dân. Hòa chung xu thế đó, Việt Nam đã khẳng định một cam kết chính trị mạnh mẽ thông qua các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước. Điển hình là Chỉ thị

số 25/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ, trong đó nhấn mạnh yêu cầu phát triển toàn diện YHCT và tăng cường kết hợp YHCT với y học hiện đại (YHHĐ), tạo ra một khung chính sách thuận lợi để phát triển các mô hình y học tích hợp (2).

Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM – Cơ sở 3 là một trong những đơn vị hàng đầu hiện thực hóa chủ trương này, tiên phong trong việc kết hợp YHCT và YHHĐ trong điều trị, đào tạo và nghiên cứu khoa học. Để phát triển mô hình này một cách hiệu quả, việc nắm bắt nhu cầu sức khỏe đang phục vụ là yêu cầu tiên quyết. Hiện nay, các nghiên cứu



Địa chỉ liên hệ: Trần Hoà An

Email: tranhoaan@ump.edu.vn

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Ngày nhận bài: 22/8/2025

Ngày phản biện: 21/10/2025

Ngày đăng bài: 30/10/2025

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0905SKPT25-092>

về mô hình bệnh tật tại các cơ sở YHCT ở Việt Nam còn hạn chế. Một số nghiên cứu đã được thực hiện trên đối tượng người bệnh nội trú, cho thấy tỷ lệ cao các bệnh lý cơ xương khớp và thần kinh ở người lớn tuổi (3). Tuy nhiên, vẫn còn một khoảng trống tri thức lớn về mô hình bệnh tật của người bệnh ngoại trú. Đây là nhóm đối tượng chiếm đa số trong các lượt khám chữa bệnh và là tuyến đầu của hệ thống y tế.

Việc thiếu hụt dữ liệu về mô hình bệnh tật ngoại trú tại một cơ sở y tế tích hợp đầu ngành như Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM – Cơ sở 3 đã tạo ra một nhu cầu cấp thiết về nghiên cứu. Đặc biệt, từ 01/04/2024 Bệnh viện hoàn thiện các phòng khám chuyên khoa, đánh dấu bước chuyên khoa hóa quan trọng. Sự thay đổi tổ chức này cùng xu hướng gia tăng lượt khám, đặt ra nhu cầu cập nhật mô hình bệnh tật ngoại trú để bảo đảm phân bổ nguồn lực, phát huy thế mạnh điều trị và nhận diện lĩnh vực cần mở rộng. Khảo sát mô hình bệnh tật tại đây không chỉ cung cấp những bằng chứng khoa học đầu tiên về đặc điểm bệnh tật của nhóm người bệnh này mà còn là cơ sở dữ liệu quan trọng để tối ưu hóa dịch vụ lâm sàng, góp phần hoạch định chính sách y tế, đặc biệt là chính sách bảo hiểm y tế và định hướng công tác đào tạo, nghiên cứu trong lĩnh vực y học tích hợp tại Việt Nam. Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài khảo sát “Mô hình bệnh tật khám và điều trị ngoại trú y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại sau khi thành lập các phòng khám chuyên khoa tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM – Cơ sở 3.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu dữ liệu từ bệnh án điện tử của các ca bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3.

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. Thời gian thu thập dữ liệu từ tháng 04/2025 đến 07/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ. Tổng cộng có 21.656 hồ sơ bệnh án điện tử của người bệnh đến khám trong 1 năm từ ngày 01/04/2024 đến 31/03/2025, trong đó có 131 hồ sơ bị loại ra do không có chẩn đoán bệnh chính, cuối cùng 21.525 bệnh án được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu chọn mốc ngày 01/04/2024 vì đây là thời điểm Bệnh viện hoàn tất thành lập các phòng khám chuyên khoa bao gồm: tổng quát, nhi khoa YHCT, ngũ quan, phụ khoa YHCT, da liễu YHCT, dinh dưỡng, hỗ trợ điều trị ung thư và dị ứng – miễn dịch. Nghiên cứu không lọc trùng ca bệnh, nghĩa là một người bệnh đến khám nhiều lần vẫn được tính nhiều lượt khám khác nhau. Đơn vị quan sát của nghiên cứu là lượt khám ngoại trú, không phải cá thể người bệnh. Do đó, các kết quả phản ánh phân bố lượt khám theo chẩn đoán trong khoảng thời gian nghiên cứu, thay vì tỷ lệ hiện mắc theo cá nhân. Mỗi lượt khám được xem là một quan sát độc lập, đại diện cho một tình huống bệnh lý hoặc nhu cầu điều trị riêng biệt.

Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu: Thông tin được thu thập gồm tuổi, giới tính, loại hình đăng ký khám bệnh và thông tin chẩn đoán mã ICD-10 của bệnh chính và bệnh kèm. Bệnh chính được xác định là bệnh được chẩn đoán vào ô bệnh chính trên bệnh án điện tử, lưu ý rằng mỗi người bệnh chỉ được phép chẩn đoán một bệnh chính duy nhất tại mỗi lần khám. Toàn bộ các bệnh được chẩn đoán còn lại là bệnh kèm theo. Mã ICD-10 được thu thập nguyên mẫu theo chẩn đoán trong hồ sơ, không thay đổi hay tinh gọn. Dựa trên ký tự và 2 số sau ký tự mã ICD-10 của người bệnh để tra cứu chương bệnh và nhóm bệnh tương ứng. Tên bệnh được xác định là tên tương ứng với toàn bộ mã ICD-10 của người bệnh. Tất cả phân loại dựa theo quy định mã ICD-10 của Bộ Y tế tại trang điện tử <https://icd.kcb.vn/icd-10/icd10>.

Thu thập, xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu hồ sơ bệnh án sẽ được bộ phận công nghệ thông tin xuất thành tệp tin Microsoft Excel 365 gồm dữ liệu về thông tin nhân khẩu, cột bệnh chính và cột bệnh kèm. Cột bệnh kèm gồm nhiều mã ICD-10 sẽ được bóc tách thành nhiều cột dữ liệu bệnh kèm

với mỗi cột chứa duy nhất một mã ICD-10 để có thể đưa vào phân tích. Dữ liệu được kiểm tra đối chiếu chéo để đảm bảo độ chính xác và phân tích bằng phần mềm R phiên bản 4.3.3. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%), biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh phê duyệt (số 1817/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 17/04/2025).

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1 cho thấy chủ yếu là người bệnh nam đến khám, chiếm 63,21% số lượt khám. Tuổi trung bình là 43,58 với nhóm tuổi từ 16-64 chiếm tỷ lệ cao nhất (83,10%), thấp nhất là nhóm nhỏ hơn 16 tuổi (4,07%). Loại hình đăng ký khám bệnh chủ yếu là đối tượng thu phí, chiếm 86,32%. Kết quả cũng cho thấy mỗi người bệnh mắc trung bình 3 bệnh khác nhau, bao gồm 1 bệnh chính và 2 bệnh kèm theo.

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh (N=21.525)

Đặc điểm	Giá trị
Giới (nam), n (%)	13.607 (63,21%)
Tuổi, TB (ĐLC)	43,58 (17,42)
- Nhóm < 16 tuổi, n (%)	877 (4,07%)
- Nhóm 16 - 64 tuổi, n (%)	17.887 (83,10 %)
- Nhóm ≥ 65 tuổi, n (%)	2,761 (12,83%)
Khám thu phí, n (%)	18.581 (86,32%)
Khám bảo hiểm y tế, n (%)	2.944 (13,68%)
- Bảo hiểm y tế Nhà nước, n (%)	743 (3,45%)
- Bảo hiểm tư nhân, n (%)	2.201 (10,23%)
Số lượng bệnh mắc, TB (ĐLC)	3 (3)

Ghi chú: ĐLC, độ lệch chuẩn; TB, trung bình

Mô hình bệnh chính

Bảng 2 cho thấy hầu hết các chương bệnh đều xuất hiện với tỷ lệ khác nhau. Kết quả nổi bật nhất là chương XIII (bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết) chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,28%, vượt trội so với các chương còn lại.

Các chương XII (bệnh da và tổ chức dưới da), XI (bệnh hệ tiêu hóa), IX (bệnh hệ tuần hoàn), VI (bệnh hệ thần kinh), X (bệnh hệ hô hấp) và IV (bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa) lần lượt chiếm từ 6,36-10,29%. Trong khi các Chương bệnh chính còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn rõ rệt.

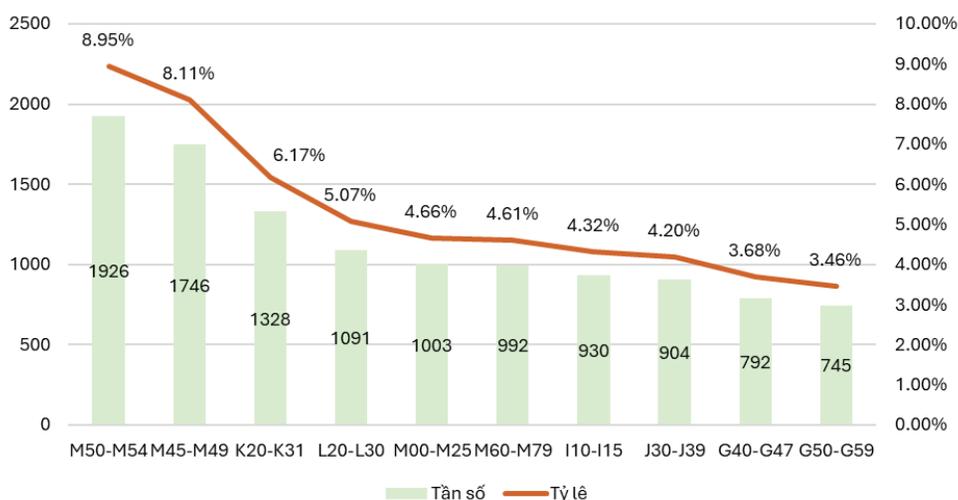
Bảng 2. Phân bố chương bệnh chính theo ICD-10 (N=21.525)

Mã chương	Tên chương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chương XIII	Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết	6.733	31,28
Chương XII	Bệnh da và tổ chức dưới da	2.214	10,29
Chương XI	Bệnh hệ tiêu hóa	1.969	9,15

Mã chương	Tên chương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chương IX	Bệnh hệ tuần hoàn	1.841	8,55
Chương VI	Bệnh hệ thần kinh	1.702	7,91
Chương X	Bệnh hệ hô hấp	1.491	6,93
Chương IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	1.368	6,36
Chương XIV	Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	815	3,79
Chương XVIII	Các triệu chứng cơ năng, thực thể và bất thường về lâm sàng và cận lâm sàng không phân loại nơi khác	713	3,31
Chương II	U tân sinh	513	2,38
Chương I	Bệnh nhiễm trùng, ký sinh trùng	444	2,06
Chương VIII	Bệnh tai và xương chũm	401	1,86
Chương XXI	Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế	348	1,62
Chương V	Rối loạn tâm thần và hành vi	299	1,39
Chương XVII	Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường nhiễm sắc thể	297	1,38
Chương XIX	Tổn thương, ngộ độc và một số hậu quả do nguyên nhân ngoại sinh	135	0,63
Chương VII	Bệnh mắt và phần phụ mắt	113	0,52
Chương III	Bệnh máu, cơ quan tạo máu và bệnh liên quan đến cơ chế miễn dịch	76	0,35
Chương XV	Mang thai, sinh đẻ và hậu sản	31	0,14
Chương XX	Các nguyên nhân ngoại sinh của bệnh tật và tử vong	22	0,1

Hình 1 thể hiện 10 nhóm bệnh chính thường gặp nhất với đa dạng các chuyên khoa khác nhau như cơ xương khớp, tiêu hóa, da liễu, hô

hấp và tim mạch. Trong đó, nhóm bệnh khác của cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất với 8,95%, tiếp đến là bệnh lý cột sống (8,11%).



Hình 1. Mười nhóm bệnh chính thường gặp nhất (N=21.525)

Ghi chú: M50–M54, Bệnh khác của cột sống; M45–M49, Bệnh lý cột sống; K20–K31, Bệnh của thực quản, dạ dày và tá tràng; L20–L30, Viêm da và chàm; M00–M25, Bệnh khớp; M60–M79, Các bệnh lý mô mềm; I10–I15, Bệnh lý tăng huyết áp; J30–J39, Các bệnh khác của đường hô hấp trên; G40–G47, Bệnh

chu kỳ và kịch phát; G50–G59, Bệnh dây, rễ và đám rối thần kinh.

Hình 2 cho thấy 10 bệnh chính thường gặp nhất, thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau gồm cơ xương khớp, tim mạch, da liễu, tiêu hóa. Trong đó, thoái hóa cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất với 5,23%.

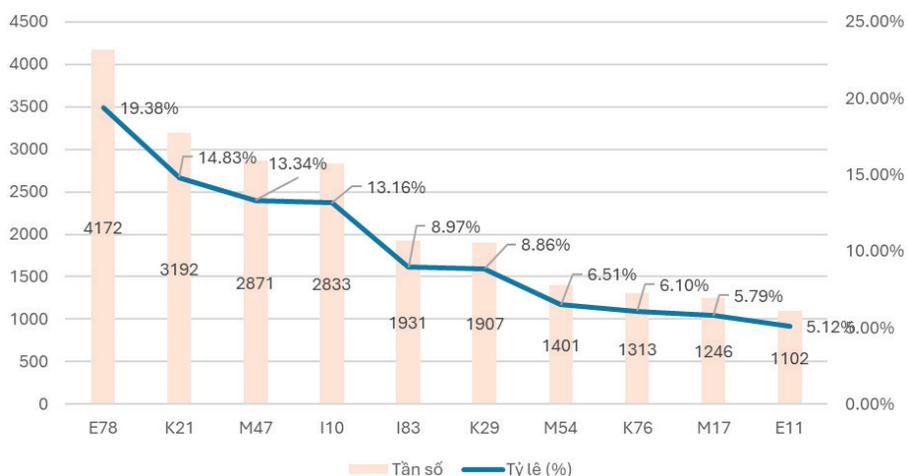


Hình 2. Mười bệnh chính thường gặp nhất (N=21.525)

Ghi chú: M47, Thoái hóa cột sống; I10, Tăng huyết áp vô căn; M17, Thoái hóa khớp gối; M54.2, Đau cổ gáy; L20, Viêm da cơ địa; K29, Viêm dạ dày và tá tràng; K52.9, Rối loạn tiêu hóa; K21.9, Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản không có viêm thực quản; M79.1, Đau cơ; M47.2, Tổn thương cột sống do tổn thương rễ sống.

Mô hình bệnh kèm

Hình 3 cho thấy 10 bệnh kèm theo thường gặp nhất chủ yếu thuộc các nhóm bệnh mạn tính về chuyển hóa - nội tiết, tiêu hóa, cơ xương khớp và tim mạch. Trong đó, rối loạn chuyển hóa lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất với 19,38%.



Hình 3. Mười bệnh kèm thường gặp nhất (N=21.525)

Ghi chú: E78, Rối loạn chuyển hóa lipid máu; K21, Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản; M47, Thoái hóa cột sống; I10, Tăng huyết áp vô căn; I83, Giãn tĩnh mạch chi dưới; K29, Viêm dạ dày – tá tràng; M54, Đau lưng; K76, Bệnh gan khác; M17, Thoái hóa khớp gối; E11, Bệnh đái tháo đường type 2.

BÀN LUẬN

Về mô hình bệnh tật, kết quả cho thấy chương XIII (Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết) chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,28% số lượt khám. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây và nhận định chung về thể mạnh của YHCT trong việc điều trị các bệnh lý đau và rối loạn chức năng của hệ vận động, vốn là lý do hàng đầu khiến người bệnh tìm đến các cơ sở YHCT (4). Tuy nhiên, điểm khác biệt mang tính cốt lõi cần được nhấn mạnh là tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với các báo cáo từ những cơ sở YHCT khác, đặc biệt là ở khối điều trị nội trú. Chẳng hạn, một nghiên cứu tại 3 bệnh viện tuyến huyện ở Quảng Bình ghi nhận tỷ lệ bệnh cơ xương khớp chiếm từ 77,9% đến 80,86% (5), trong khi các khảo sát tại khoa YHCT Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện Hữu Nghị cũng cho thấy tỷ lệ này lần lượt là 54,4% và 48,2% (3, 6).

Sự khác biệt này không phản ánh sự suy giảm vai trò của chuyên khoa cơ xương khớp, mà ngược lại, cho thấy sự thành công của chiến lược đa dạng hóa và chuyên khoa hóa dịch vụ tại bệnh viện. Việc thành lập và phát triển đồng bộ các phòng khám chuyên khoa khác đã thu hút một lượng lớn người bệnh với các vấn đề sức khỏe đa dạng, từ đó làm thay đổi cơ cấu tổng thể của mô hình bệnh tật. Tỷ lệ 31,28% của bệnh cơ xương khớp dù vẫn dẫn đầu, nhưng nay nằm trong một bức tranh bệnh tật phong phú hơn nhiều. Điều này chứng tỏ bệnh viện đã và đang mở rộng thành công phạm vi phục vụ, vượt ra khỏi khuôn khổ truyền thống vốn tập trung chủ yếu vào các bệnh lý cơ xương khớp.

Một trong những phát hiện nổi bật và có ý nghĩa nhất của nghiên cứu là sự vươn lên của chương XII (Bệnh da và tổ chức dưới da) ở vị trí thứ 2 với tỷ lệ 10,29%. Tỷ lệ này cao hơn rõ rệt so với các mô hình bệnh tật tại những cơ sở YHCT khác, nơi các bệnh da liễu thường không nằm trong 5 hoặc 10 nhóm bệnh hàng đầu (5). Sự gia tăng này là minh chứng trực tiếp cho hiệu quả của việc triển khai phòng khám chuyên khoa Da liễu mỹ YHCT và Dịch vụ – Miễn dịch. Mô hình này kết hợp các phương pháp chẩn đoán và điều trị của YHHĐ với các liệu pháp YHCT, đã tạo ra một hướng tiếp cận mới, hấp dẫn và hiệu quả cho các bệnh da liễu mạn tính, khó điều trị như viêm da cơ địa hay các vấn đề thẩm mỹ da.

Bên cạnh đó, sự hiện diện đáng kể của các chương bệnh khác như bệnh hệ tiêu hóa (9,15%), hệ tuần hoàn (8,55%) và hệ thần kinh (7,91%) trong nhóm các bệnh thường gặp nhất càng khẳng định thêm sự đa dạng trong nhu cầu khám chữa bệnh của người bệnh. Điều này cho thấy mô hình phòng khám chuyên khoa tích hợp đã đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện, không chỉ giới hạn ở một vài lĩnh vực thể mạnh truyền thống.

Khía cạnh YHCT kết hợp YHHĐ trong nghiên cứu này được thể hiện rõ nhất qua mô hình vận hành của bệnh viện: tất cả người bệnh đều được thăm khám ban đầu theo cả hai hệ thống y học, tạo ra một chẩn đoán toàn diện trước khi đưa ra quyết định điều trị. Chính mô hình tiếp cận khoa học và toàn diện này đã tạo ra một sức hút đặc biệt, ảnh hưởng trực tiếp đến đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh. Kết quả cho thấy đối tượng đến khám chủ yếu là thuộc độ tuổi lao động chính từ 16-64 tuổi (83,10%), với độ tuổi trung bình là 43,58. Hồ sơ nhân khẩu học này trẻ hơn đáng kể so với các nghiên cứu tại các khoa YHCT nội trú, nơi người bệnh thường lớn tuổi hơn (ví dụ, 71,4% thuộc nhóm 50-79 tuổi) (5). Đặc biệt, nhóm tuổi dưới 16 xuất hiện thấp nhất nhưng vẫn chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với hầu hết các

nghiên cứu trước đây, điều này cho thấy rằng sự chuyên khoa hóa trong nhi khoa YHCT đã đa dạng đối tượng đến khám và điều trị YHCT bao gồm cả người lớn và trẻ em (6, 7).

Có thể lý giải rằng, nhóm dân số trẻ thường năng động và có trình độ nhận thức cao hơn có xu hướng tìm kiếm các giải pháp chăm sóc sức khỏe hiện đại, tích hợp và dựa trên bằng chứng. Họ không chỉ tìm đến YHCT để điều trị các bệnh mạn tính của người già, mà còn chủ động chăm sóc sức khỏe cho nhiều vấn đề khác nhau (8, 9). Tỷ lệ khám thu phí chiếm đa số (86,32%) càng củng cố nhận định này, cho thấy người bệnh sẵn sàng chi trả để tiếp cận một mô hình y tế mà họ tin tưởng về chất lượng và hiệu quả.

Thêm vào đó, tình trạng đa bệnh lý với số bệnh mắc trung bình là 3, gồm 1 bệnh chính và 2 bệnh kèm trên mỗi lượt khám, trong đó rối loạn chuyển hóa lipid máu là bệnh đi kèm phổ biến nhất (19,38%), phản ánh gánh nặng bệnh tật phức tạp của người bệnh hiện đại. Thực tế này đòi hỏi một phương pháp tiếp cận tổng thể và mô hình khám kết hợp YHCT-YHHĐ chính là câu trả lời cho thách thức đó, cho phép các bác sĩ có cái nhìn bao quát để quản lý đồng thời nhiều tình trạng bệnh lý, tối ưu hóa hiệu quả điều trị và hạn chế tương tác bất lợi.

Hạn chế của nghiên cứu: Một số hạn chế vẫn cần được xem xét. Thứ nhất, với thiết kế hồi cứu dựa trên dữ liệu bệnh án điện tử, kết quả phụ thuộc vào tính chính xác và đầy đủ của thông tin được ghi nhận. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một cơ sở duy nhất, do đó khả năng khái quát hóa kết quả cho các quần thể và bối cảnh y tế khác có thể bị hạn chế. Các nghiên cứu đa trung tâm trong tương lai sẽ cần thiết để xác thực những phát hiện này trên quy mô rộng hơn.

KẾT LUẬN

Mô hình bệnh tật ngoại trú kết hợp YHCT – YHHĐ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 sau khi thành lập

các phòng khám chuyên khoa cho thấy có sự đa dạng nhiều chuyên khoa khác nhau. Mặc dù vậy, mô hình bệnh tật vẫn tập trung chủ yếu là các bệnh lý cơ xương khớp, bên cạnh là các bệnh về da liễu, tiêu hóa, tuần hoàn, thần kinh, hô hấp và các bệnh lý nội tiết chuyển hóa. Bên cạnh việc mở rộng thêm chuyên khoa hóa còn thiếu để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh, việc đẩy mạnh đào tạo nhân lực, kỹ thuật chuyên môn và công tác quảng bá đến cộng đồng về hiệu quả điều trị kết hợp YHCT – YHHĐ trong nhiều chuyên khoa khác nhau cũng cần được thực hiện.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 đã tạo điều kiện thuận lợi nhất để thực hiện đề tài nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu này là một phần của đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 và được tài trợ một phần kinh phí theo Hợp đồng thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học số 259/2024/HĐ-ĐHYD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Geneva: WHO; 2013.
2. Thủ Tướng Chính Phủ. Chỉ thị về đẩy mạnh phát triển nền y học cổ truyền Việt Nam trong giai đoạn mới. Hà Nội: Chính phủ; 2025.
3. Nguyễn Thị Phương, Nguyễn Tuyết Trang, Tạ Đăng Quang. Mô hình bệnh tật và tình hình điều trị bệnh nhân nội trú tại Khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Hữu Nghị năm 2022. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025;188:300-9.
4. Mei F, Dong S, Li J, Xing D, Lin J. Preference of musculoskeletal pain treatment in middle-aged and elderly chinese people: a machine learning analysis of the China health and retirement longitudinal study. BMC Musculoskelet Disord. 2023;24(1):528.
5. Nguyễn Tuấn Linh, Đoàn Quang Huy. Mô hình bệnh tật tại Khoa Y học Cổ truyền một số bệnh viện huyện tỉnh Quảng Bình. Khoa học Y - Dược. 2022;66(5):40-2.
6. Hoàng Thị Hồng Nhung, Lê Thị Hạnh, Trần Thị

- Hoàng Oanh, Đản NV. Khảo sát mô hình bệnh tật bệnh nhân nội trú tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Thống Nhất năm 2023. Tạp chí Y học Cộng Đồng. 2024;65(CĐ10 - Bệnh viện Thống Nhất):16-21.
7. Võ Tuyết Ngân, Lê Minh Hoàng, Nguyễn Ngọc Chi Lan, Trần Chúc Linh. Tổng quan tình hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1):368-72.
8. Friedman JC, Sheeder J, Polotsky AJ, Lazowitz A. Herbal Supplement Use Among Adolescent and Young Adult Women in a Family Planning Clinic. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2024;37(3):323-9.
9. Kim SN, Kim B, Kim J. The Use of Complementary and Alternative Medicine among Korean Young Adult Members of Fitness Centers. Evid Based Complement Alternat Med. 2019;2019:7648237.

Morbidity Pattern of Outpatient Care in Traditional Medicine Combined with Western Medicine after the Establishment of Specialty Clinics at University Medical Center Ho Chi Minh City - Campus 3

Le Ngo Minh Nhu¹, Nguyen Trong Tin¹, Ho Hong Thuy¹, Phan Le Dinh Trung¹, Tran Hoa An^{1,2}

¹University Medical Center Ho Chi Minh City - Campus 3

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

ABSTRACT

Objective: To identify the outpatient morbidity pattern (MP) under integrated traditional medicine (TM) and western medicine (WM) care after the establishment of specialty clinics at the University Medical Center Ho Chi Minh City - Campus 3. **Methods:** This was a retrospective descriptive cross-sectional study of all 21,525 outpatient electronic medical records over one year (01/04/2024 - 31/03/2025). The MP was determined using ICD-10 codes. **Main findings:** Males accounted for 63.21%; the mean age was 43.58 years; the mean number of diseases per person was 3, including one primary and two comorbid conditions. The MP was diverse, with chapter XIII (musculoskeletal system and connective tissue) accounting for 31.28% and chapter XII (skin and subcutaneous tissue) for 10.29%; the digestive, circulatory, nervous, respiratory, and endocrine chapters ranged from 6.36-9.15% of a total of 21,525 visits. Comorbid conditions were mainly chronic diseases in the endocrine-metabolic, digestive, musculoskeletal, and cardiovascular groups. **Conclusions:** The outpatient MP under integrated TM-WM care is diverse but concentrates on musculoskeletal disorders, while also recording substantial demand in dermatology and the burden of noncommunicable chronic diseases. It is recommended to continue strengthening musculoskeletal services, expand specialties, and enhance management of chronic multimorbidity.

Keywords: Morbidity pattern, ICD-10, traditional medicine.