

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



BÙI QUỐC HÙNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
THIỆU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH
CỦA BÀI THUỐC “HOÀNG KỲ BỔ HUYẾT THANG”
KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



BÙI QUỐC HÙNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
THIỆU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH
CỦA BÀI THUỐC “HOÀNG KỲ BỔ HUYẾT THANG”
KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. TRẦN THỊ THU VÂN

HÀ NỘI – 2023

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả lòng kính trọng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, phòng Đào tạo sau đại học, các phòng ban, các bộ môn của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại trường và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn PGS.TS. Trần Thị Thu Vân người Thầy trực tiếp hướng dẫn, tận tâm giảng dạy, giúp đỡ và chỉ bảo tôi những kinh nghiệm quý báu trong học tập và quá trình thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các Thầy giáo, Cô giáo trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng đạo đức, Hội đồng chấm Luận văn Thạc sỹ Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người Thầy đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Xin gửi tới Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo các khoa phòng, cùng toàn thể cán bộ, viên chức Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình lời cảm tạ sâu sắc vì đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin gửi tới các bệnh nhân đã tham gia vào công trình nghiên cứu của tôi lời cảm ơn chân thành nhất.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bạn bè, đồng nghiệp, những người thân yêu trong gia đình đã luôn ở bên tôi chia sẻ, động viên và tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi yên tâm học tập và nghiên cứu.

Mặc dù đã cố gắng rất nhiều, nhưng luận văn không thể tránh khỏi những thiếu sót, tôi rất mong nhận được sự thông cảm, chỉ dẫn, giúp đỡ và đóng góp ý kiến của các nhà khoa học, của quý Thầy Cô, các cán bộ quản lý và các bạn đồng nghiệp.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 03 tháng 12 năm 2023

Học viên

Bùi Quốc Hưng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Bùi Quốc Hưng, học viên lớp Cao học 14, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của PGS.TS. Trần Thị Thu Vân.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 03 tháng 12 năm 2023

Người viết cam đoan

Bùi Quốc Hưng

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo YHHD	3
1.1.1. Đặc điểm giải phẫu, sinh lý ĐM sống nền và hệ ĐM nuôi não.....	3
1.1.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	3
1.1.3. Triệu chứng lâm sàng của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	4
1.1.4. Chẩn đoán thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	6
1.1.5. Điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	9
1.2. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo YHCT	10
1.2.1. Bệnh danh.....	10
1.2.2. Bệnh nguyên.....	11
1.2.3. Cơ chế bệnh sinh.....	12
1.2.4. Phân loại thể bệnh và điều trị.....	13
1.2.5. Tổng quan về bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”.....	14
1.2.6. Các nghiên cứu TNTHNMT theo YHCT.....	15
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	19
2.1. Chất liệu nghiên cứu	19
2.1.1. Thành phần bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”.....	19
2.1.2. Thuốc đối chứng.....	20
2.1.3. Phác đồ, thủ thuật xoa bóp bấm huyệt sử dụng trong nghiên cứu.....	21
2.2. Đối tượng nghiên cứu	23
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.....	23
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi diện nghiên cứu.....	25
2.3. Địa điểm nghiên cứu	25
2.4. Thời gian nghiên cứu	25
2.5. Phương pháp nghiên cứu	25

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu.....	25
2.5.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	25
2.5.3. Cách chọn mẫu.....	25
2.6. Quy trình tiến hành nghiên cứu.....	26
2.7. Các chỉ số và biến số nghiên cứu.....	26
2.7.1. Chỉ số đánh giá hiệu quả của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	26
2.7.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn.....	27
2.8. Phương pháp thu thập thông tin và đánh giá.....	27
2.8.1. Điểm triệu chứng theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTHNMT của Khadjev.....	27
2.8.2. Mức độ đau đầu theo thang điểm VAS.....	28
2.8.3. Trắc nghiệm Wechsler (Đánh giá khả năng nhìn nhớ).....	29
2.8.4. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý Schuller.....	30
2.8.5. Hiệu quả điều trị chung.....	30
2.9. Phương pháp xử lý số liệu.....	31
2.10. Khống chế sai số.....	31
2.11. Đạo đức trong nghiên cứu.....	31
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	34
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.....	34
3.2. Đánh giá kết quả điều trị.....	40
3.3. Tác dụng không mong muốn.....	45
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	47
4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.....	47
4.2. Hiệu quả điều trị TNTHNMT của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt.....	51
4.3. Tác dụng không mong muốn.....	64
KẾT LUẬN.....	66

KIẾN NGHỊ.....	67
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
BN	Bệnh nhân	
D ₀	Ngày 0 (ngày bắt đầu điều trị)	
D ₅	Ngày 5 (ngày điều trị thứ 5)	
D ₁₀	Ngày 10 (ngày điều trị thứ 10)	
D ₁₅	Ngày 15 (ngày điều trị thứ 15)	
ĐM	Động mạch	
ĐNĐ	Điện não đồ	
LLMN	Lưu lượng máu não	
NĐC	Nhóm đối chứng	
NNC	Nhóm nghiên cứu	
TNTHNMT	Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính	
TBMMN	Tai biến mạch máu não	
VAS	Thang điểm đánh giá mức độ đau	Visual analogue Scale
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt	
XVĐM	Xơ vữa động mạch	
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHĐ	Y học hiện đại	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Bảng điểm chẩn đoán lâm sàng của Khadjev.....	6
Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”.....	19
Bảng 2.2. Bảng đánh giá triệu chứng theo lâm sàng của Khadjev.....	27
Bảng 2.3. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale).....	29
Bảng 2.4. Đánh giá khả năng nhìn nhớ bằng trắc nghiệm Wechsler.....	29
Bảng 2.5. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp của Schuller.....	30
Bảng 2.6. Phân loại hiệu quả điều trị chung.....	30
Bảng 3.1. Đặc điểm giới tính của bệnh nhân nghiên cứu.....	34
Bảng 3.2. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	34
Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	35
Bảng 3.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh mạn tính kèm theo của đối tượng nghiên cứu.....	35
Bảng 3.5. Đặc điểm thời gian mắc bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của đối tượng nghiên cứu.....	35
Bảng 3.6. Đặc điểm phân bố thể bệnh YHCT của đối tượng nghiên cứu.....	36
Bảng 3.7. Đặc điểm tần suất xuất hiện triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	36
Bảng 3.8. Đặc điểm mức độ đau đầu theo thang điểm VAS của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	37
Bảng 3.9. Đặc điểm mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	37
Bảng 3.10. Đặc điểm khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuller của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	38
Bảng 3.11. Đặc điểm mức độ nặng nhẹ theo điểm Khadjev của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	38
Bảng 3.12. Đặc điểm về chỉ số sinh tồn trước điều trị ở hai nhóm.....	39

Bảng 3.13. So sánh đặc điểm triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.....	40
Bảng 3.14. So sánh sự cải thiện mức độ đau đầu theo thang điểm VAS trước và sau điều trị	41
Bảng 3.15. So sánh mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler trước và sau điều trị.....	41
Bảng 3.16. So sánh khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuller trước và sau điều trị.....	42
Bảng 3.17. So sánh sự thay đổi điểm Khadjev trước và sau điều trị.....	42
Bảng 3.18. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị (n=60).....	43
Bảng 3.19. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền sau điều trị.....	44
Bảng 3.20. Hiệu quả điều trị chung.....	45
Bảng 3.21. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	45

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu.....	33
----------------------------------	----

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 2.1. Thuộc đối chứng sử dụng trong nghiên cứu.....	20
Hình 2.2. Thước đo thang điểm VAS.....	29

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (mã ICD-10: I67.8) là tình trạng bệnh lý có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, nhưng có cùng một cơ chế bệnh sinh, đó là thiếu máu nuôi não, nguyên nhân chính là do xơ vữa mạch máu não và các nguyên nhân khác gây giảm lưu lượng tuần hoàn não, bệnh tiến triển nặng dần có thể gây thiếu máu não cục bộ tạm thời, mức độ nặng nhất là nhồi máu não [1],[2].

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (TNTHNMT) có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến nhất là ở người cao tuổi đặc biệt là ở người lao động trí óc. Theo tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc TNTHNMT chiếm từ 0,2% đến 2,5% dân số. Thống kê khoảng 2/3 người cao tuổi mắc bệnh này, chiếm 9-25% tổng số các bệnh nhân tai biến mạch máu não. Chẩn đoán sớm và điều trị TNTHNMT kịp thời và tích cực là một vấn đề cấp thiết, có ý nghĩa cực kỳ quan trọng vì có thể hạn chế quá trình tiến triển của bệnh, hạn chế tỷ lệ tai biến mạch máu não [1].

Theo y học hiện đại (YHHĐ), việc điều trị TNTHNMT chủ yếu là điều trị nội khoa, kết hợp với các biện pháp dự phòng. Việc điều trị bằng YHHĐ có ưu điểm là tác động nhanh có tính đa dạng theo nhiều cơ chế bệnh, nhưng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và tác dụng không được lâu dài nên kết quả điều trị vẫn hiện nay còn có những hạn chế nhất định [5].

Y học cổ truyền (YHCT), tuy không có bệnh danh TNTHNMT nhưng những biểu hiện lâm sàng hay gặp của bệnh như hoa mắt, chóng mặt, đau đầu, mất ngủ, giảm trí nhớ... đã được các Y gia thời xưa mô tả trong các phạm trù: “huyễn vựng” (hoa mắt chóng mặt); “đầu thống” (đau đầu); “thất miên” (mất ngủ); “kiện vong” (hay quên, giảm trí nhớ)...Cơ chế bệnh sinh do tỳ khí hư, thận hư, can huyết hư và tâm huyết hư kết hợp với đàm ẩm, huyết ú. Phương pháp điều trị chủ yếu là kiện tỳ, ích thận, bổ can huyết dưỡng tâm, an thần, hóa đàm, hành khí, hoạt huyết. Một số phương pháp điều trị của YHCT như dùng thuốc và các phương pháp không

dùng thuốc như châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, dưỡng sinh, mỗi phương pháp điều trị đều cho kết quả nhất định [4],[5],[6].

Bài thuốc cổ phương “Hoàng kỳ bổ huyết thang” có tên gọi khác là Phù tỳ sinh mạch tán. Bài thuốc có tác dụng kiện tỳ, phục mạch được chỉ định: dùng cho những người khí hư, âm suy biểu hiện triệu chứng như hoa mắt, chóng mặt, tim hay hồi hộp, thở đoản hơi, mất ngủ, mạch hư tế... tương tự các triệu chứng thường gặp ở người bệnh TNTHNMT [56].

Trên thực tế, việc điều trị bệnh lý TNTHNMT hiện nay tuy đã được chú trọng nhưng vẫn còn hạn chế nhất định, chưa đem lại hiệu quả như kì vọng và cũng chưa phát huy được hết các thế mạnh vốn có của YHCT. Điều này cho thấy vẫn cần có những nghiên cứu sâu hơn, tìm ra các phương pháp điều trị mới, hoặc kết hợp nhiều phương pháp điều trị với nhau, hy vọng sẽ có một phương pháp mới điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân TNTHNMT nhằm mục tiêu rút ngắn thời gian điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và góp phần nâng cao hiệu quả điều trị trên lâm sàng. Với mục đích chứng minh tác dụng lâm sàng của bài thuốc cổ phương “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt đối với người bệnh TNTHNMT trên cơ sở khoa học, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt”** với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt
2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo y học hiện đại

1.1.1. Đặc điểm giải phẫu, sinh lý ĐM sừng nền và hệ ĐM nuôi não

Não được nuôi dưỡng bởi các mạch máu chính: Hai động mạch cảnh trong và hai động mạch đốt sừng- thân nền đều xuất phát từ động mạch chủ [14], [49]. Hai động mạch cảnh trong cung cấp máu cho khoảng 2/3 trước bán cầu đại não. Hai động mạch này có bốn nhánh tận là động mạch não trước, động mạch não giữa, động mạch thông trước và động mạch thông sau. Mỗi động mạch tận lại chia làm hai nhánh là nhánh nông và nhánh sâu; nhánh nông tạo nên mạng lưới động mạch vỏ não và nhánh sâu đi thẳng vào các cấu trúc của trung tâm tưới máu cho các nhân xám trung ương. Đặc điểm cần chú ý là hai hệ thống nông và sâu của các nhánh tận không có hệ thống nối thông. Hai động mạch đốt sừng- thân nền cung cấp máu cho 1/3 sau của bán cầu não và thân não. Các mạch máu não có sự tiếp nối phong phú, đảm bảo cho sự lưu thông máu, tưới máu được an toàn [14], [49].

1.1.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh TNTHTNMT đa dạng và phức tạp, các nguyên nhân chủ yếu gồm :

1.1.2.1. *Vữa xơ động mạch*

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính chủ yếu do vữa xơ động mạch. Vữa xơ động mạch thường tiến triển thầm lặng trong thời gian dài không có triệu chứng, mảng vữa xơ làm động mạch mất dần tính đàn hồi, hẹp lòng mạch dẫn đến giảm lưu thông máu gây thiếu máu não mạn tính [13], [24]. Tuổi càng cao vữa xơ động mạch có xu hướng càng phát triển và gây nhiều biến chứng; ở tuổi trẻ, nam giới chiếm ưu thế, ở tuổi già, nam nữ có khuynh hướng ngang nhau [25].

Tăng huyết áp, đái tháo đường, yếu tố di truyền, thuốc lá, trạng thái ít vận động thể lực, béo phì là những yếu tố thúc đẩy vữa xơ động mạch [13], [24].

1.1.2.2. Thoái hóa cột sống cổ

Cột sống cổ mang trọng lượng của đầu trong toàn bộ thời gian hoạt động của mỗi cá nhân trừ khi nghỉ. Trong một tư thế lao động bắt buộc, cố định không thay đổi, hoặc các tư thế sai lệch kéo dài cũng như diễn biến tuổi tác, một số điểm chịu áp lực trọng tải thường xuyên dễ hình thành các gai xương hoặc các biến đổi phì đại làm thay đổi cấu trúc của các bờ tận cùng thân đốt sống, khớp đốt sống, các dây chằng, đĩa đệm được gọi chung là thoái hóa cột sống [1], [2].

Trong thoái hóa xương, khớp, đĩa đệm ở cột sống cổ, quá trình sản xương đã làm chồi lên những gai xương, mỏ xương, gồ dày xương có thể chèn đẩy ĐM sống ở tại lỗ gian đốt sống. Do phản ứng của thoái hóa có thể làm xơ các tổ chức xung quanh ĐM và làm hẹp những ĐM rễ [2].

ĐM đốt sống nền trước khi vào não phải đi qua một vùng bất lợi giữa các cơ thang và ống ĐM chật hẹp, ngay cả một số động tác vận động cổ quá mức cũng có thể gây chèn ép ĐM tạm thời, làm hạn chế dòng máu lên não. Nếu có thêm các bệnh lý về đốt sống cổ gây co cứng các cơ thang thì sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới ĐM đốt sống, làm giảm lưu lượng máu não quá trình này kéo dài sẽ gây thiếu máu mạn tính ở não [14], [22].

1.1.2.3. Huyết khối động mạch

Do hư hại thành mạch kích hoạt hệ đông máu tạo huyết khối làm nghẽn tắc mạch máu, ngoài ra bệnh tim mạch, các bệnh thiếu oxy mãn tính như thiếu máu, giảm thông khí phổi... đều làm giảm khối lượng tuần hoàn gây thiếu máu não. Một số nguyên nhân ít gặp như viêm ĐM, dị tật bẩm sinh mạch máu não, chèn ép bên ngoài do u, K đốt sống cổ, chấn thương cột sống cổ... [15].

1.1.3. Triệu chứng lâm sàng của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Triệu chứng lâm sàng của TNTHNMT rất phong phú và thường xuất hiện

sớm. Các triệu chứng này đứng đầu trong các căn cứ để chẩn đoán thiếu năng tuần hoàn não [1], [2], [25]

- Đau đầu: Là triệu chứng hay gặp nhất đồng thời cũng là triệu chứng xuất hiện sớm nhất, chiếm trên 91% các trường hợp. Đau đầu vùng chẩm và lan tỏa khắp đầu, có cảm giác căng nặng trong đầu, đau tăng khi căng thẳng thần kinh hay vận động thể lực.

- Chóng mặt: Gặp trên 87%, bệnh nhân luôn có cảm giác bồng bênh, có khi thấy mọi vật quay xung quanh mình, nhất là khi thay đổi tư thế, xoay đầu, có người chóng mặt, tối sầm mắt mày, đứng không vững.

- Dị cảm: Là triệu chứng sớm, bệnh nhân có cảm giác tê bì, kiến bò, tê mõi chân tay. Một số người ù tai, có cảm nghe thấy tiếng ve kêu, tiếng xay lúa trong tai.

- Rối loạn giấc ngủ: Rất hay gặp và có đặc điểm là dai dẳng làm bệnh nhân khó chịu. Có thể mất ngủ hoàn toàn hoặc rối loạn giấc ngủ.

- Nhân cách tính tình, xúc cảm: Những thay đổi nhân cách và tính tình phụ thuộc nhiều vào trạng thái tâm lý, sinh lý và bệnh lý trước đó của người bệnh. Schneider phân ra loại tiến triển của rối loạn nhân cách hay gặp: thứ nhất là sáng khoái, ba hoa, nói nhiều; thứ hai là vô cảm, nghèo nàn về tư duy trí tuệ và thứ ba là loại tình cảm thất thường dễ kích động.

- Rối loạn chú ý: cũng thường gặp từ giai đoạn đầu của bệnh, giảm khả năng làm việc, rất khó chuyển sự chú ý từ việc này sang việc khác, về sau nặng hơn có thể dẫn đến sa sút trí tuệ.

- Rối loạn về tri giác: Có mối quan hệ khăng khít với rối loạn về sự chú ý. Theo Kehrler, thị giác và thính giác vẫn bình thường nhưng bệnh nhân thấy và nghe được ít hơn người trẻ. Các chức năng phân tích của não bị rối loạn, rõ nhất với thị giác và thính giác, hay giảm thính lực, hẹp thị trường... rối loạn khác của tri giác là độ nhạy quá mức, tăng cảm giác với mọi kích thích.

- Rối loạn vận động: Con “sụp đổ” dấu hiệu này rất đặc hiệu nhưng ít gặp, đột nhiên khuỵu 2 chân khi quay cổ đột ngột, không mất ý thức, thời gian diễn biến ngắn, chỉ vài giây, nhiều trường hợp chỉ biểu hiện bằng cảm giác yếu 2 chi dưới.

- Rối loạn về trí nhớ: Là biểu hiện sớm nhất và phổ biến nhất, có đặc điểm là giảm trí nhớ gần, giảm sút khả năng tư duy và trí tuệ, biểu hiện kém minh mẫn và sáng tạo.

Các dấu hiệu khi thăm khám: Nhìn chung các dấu hiệu thực thể không có gì đặc hiệu, đôi khi có dấu hiệu run tay, tăng phản xạ gân gối không đối xứng, rối loạn ngôn ngữ, có thể có rối loạn điều phối động tác, rối loạn thăng bằng...[1], [15]

1.1.4. Chẩn đoán thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Trong các chỉ tiêu để chẩn đoán TNTHNMT, những triệu chứng lâm sàng giữ vị trí hàng đầu. Những triệu chứng này có ý nghĩa định hướng cho việc chỉ định các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán xác định [25].

1.1.4.1. Bảng tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng TNTHNMT của Khadjev (1979)

Đánh giá cho điểm các triệu chứng theo bảng chẩn đoán TNTHNMT của Khadjev (1979), chẩn đoán xác định khi bệnh nhân (BN) có tổng số điểm 23,9 điểm trở lên [51].

Bảng 1.1. Bảng điểm chẩn đoán lâm sàng của Khadjev (1979)

STT	Triệu chứng	Điểm	
		Có	Không
1	Thường xuyên bị nhức đầu	2,5	0
2	Cảm giác nặng trong đầu	1,8	0
3	Thỉnh thoảng nhức đầu thất thường	0	0,9

4	Nhức đầu vùng thái dương	0	0,9
5	Nhức đầu vùng chẩm gáy	1,7	0
6	Chóng mặt	2	0
7	Thỉnh thoảng vầng đầu thất thường	0	0,9
8	Chóng mặt khi quay đầu ngửa cổ	2,3	0
9	Ù tai khi làm việc căng thẳng	0	0,6
10	Tỉnh dậy lúc nửa đêm	3,2	0
11	Tỉnh dậy lúc gần sáng	0	3,1
12	Hay quên những việc mới xảy ra	4	0
13	Giảm trí nhớ liên tục	3	0
14	Đôi khi giảm trí nhớ	2,8	0
15	Dễ xúc động mũi lòng	2,2	0
16	Dễ nổi nóng, bực tức không tự chủ	2,2	0
17	Thần kinh luôn căng thẳng mệt mỏi	2,6	0
18	Giảm khả năng làm việc trí óc	3,5	0
19	Giảm tốc độ làm việc, chậm chạp	1,8	0
20	Khó khăn khi di chuyển sang việc khác	1,7	0

1.1.4.2. Các phương pháp cận lâm sàng chẩn đoán TNTNMT

*** Lưu huyết não đồ (REG)**

Lưu huyết não đồ đánh giá một cách khách quan tình trạng của thành ĐM, trương lực mạch ở não, thể tích tưới máu não và gián tiếp đánh giá mức độ tổn thương XVĐM não [25], [27].

Tuy nhiên có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến lưu lượng máu não làm biến đổi các chỉ số lưu huyết não nên lưu huyết não đồ không phải là phương pháp đặc hiệu để chẩn đoán TNTHNMT mà chỉ là phương pháp hỗ trợ [22], [25].

*** Điện não đồ (EEG)**

Ghi điện não đồ là phương pháp nghiên cứu chức năng của não dựa trên việc ghi lại các điện thế phát sinh trong hoạt động sống của tế bào thần kinh. Từ khi ra đời cho đến nay, với sự phát triển và hoàn thiện không ngừng, EEG đóng góp vai trò đáng kể trong chẩn đoán, điều trị, tiên lượng bệnh của hệ thống thần kinh trung ương [25].

Trong trường hợp thiếu năng tuần hoàn não hệ động mạch đốt sống – thân nền do thoái hóa cột sống cổ có chèn ép động mạch đốt sống, những biến đổi trên điện não đồ thường mang tính chất lan tỏa trong dạng giảm chỉ số nhịp Alpha, giảm biên độ tất cả các sóng, xuất hiện sóng chậm Theta không đều đặn. Biên độ và chỉ số sóng Alpha trên điện não đồ nền giảm. Biên độ và chỉ số sóng Theta tăng [27].

ĐNĐ và lưu huyết não đồ là phương pháp không gây nguy hiểm, ít tốn kém, trong nhiều trường hợp rất có giá trị để chẩn đoán sớm hội chứng TNTHNMT [25].

*** Đo tốc độ dòng máu bằng phương pháp siêu âm Doppler**

Hiện nay với khoa học phát triển, kỹ thuật siêu âm Doppler xuyên sọ có thể đánh giá mức độ tổn thương và rối loạn huyết động các ĐM chính trong não nhưng kỹ thuật này chưa phổ cập và hiện ưu tiên trên các BN đột quy não [2], [18].

*** Chụp mạch não (AG)**

AG cho phép đánh giá trực tiếp toàn bộ hệ thống ĐM đốt sống thân nền. Qua AG còn cho thấy hệ thống tuần hoàn bàng hệ nhưng chỉ định rất hạn chế (trong các trường hợp cần phải can thiệp ngoại khoa hoặc nghi ngờ có huyết khối) vì khi

chụp có thể gây tổn thương (tụ máu, nhiễm thuốc quanh ĐM, hạ HA) nên hiện nay không dùng [1], [2].

*** Chụp hệ mạch kỹ thuật số sống nền (DSA):**

Cho phép đánh giá trực tiếp toàn bộ hệ thống ĐM đốt sống thân nền nhưng chỉ định hạn chế do kỹ thuật này hiện nay chưa phổ cập và ưu tiên cho bệnh nhân đột quy [1], [2].

*** X quang đánh giá tình trạng thoái hóa cột sống cổ:**

Tư thế thẳng: Phát hiện các biến đổi ở mỏm nha và khớp đội trực. Tư thế nghiêng phát hiện tổn thương diện khớp, thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, mất đường cong sinh lý cột sống cổ. Tư thế chéch 3/4 phải, chéch 3/4 trái để phát hiện các biến đổi của lỗ ghép [1], [2].

1.1.5. Điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Hiện nay ở nước ta cũng như trên thế giới, điều trị TNTHNMT bằng nội khoa là xu hướng chính. Điều trị ngoại khoa chỉ đề cập đến khi bệnh nhân có tai biến mạch máu não tạm thời hay thực thể.

Thuốc điều trị TNTHNMT có nhiều loại khác nhau, công dụng và kết quả cũng khác nhau. Các thuốc này tạm chia thành bốn nhóm [1], [2]:

+Nhóm 1: Các chất tổng hợp hữu cơ gồm các loại: Có tác dụng kháng Histamin (Stugeron).

Có tác dụng ức chế thụ thể giao cảm alpha (Bencyclase).

+Nhóm 2: Thuốc sử dụng các chất giống sinh học

Các dẫn chất của acid nicotinic có khả năng làm giãn tiểu động mạch và mao mạch do tác dụng tiêu cơ như Nicyl, Bradilas...

Các chất có hoạt tính vitamin B1, B6, C1P...như Vasocalin.

+Nhóm 3: Thuốc dùng các chất có nguồn gốc thực vật Rutin, Raubasin...

+Nhóm 4: Thuốc sử dụng các chất khác: Piracetam, Tanakan, Vasobral.

Ngoài ra, còn có thể sử dụng biện pháp không dùng thuốc để điều trị TNTHNMT. Phương pháp này vừa mang tính điều trị vừa mang tính dự phòng, an toàn và có hiệu quả. Các phương pháp chủ yếu là chế độ ăn uống, chế độ luyện tập, xoa bóp bấm huyệt... được nhiều nhà y học quan tâm nghiên cứu và đánh giá cao [1], [9].

1.2. THIỂU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH THEO QUAN NIỆM CỦA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Y học cổ truyền tuy không có bệnh danh “thiểu năng tuần hoàn não mạn tính” nhưng các biểu hiện lâm sàng thường được mô tả trong các chứng đầu thống (đau đầu), huyễn vựng (chóng mặt), thất miên (mất ngủ) trích dẫn trong Thương cổ thiên chân luận. Hoàng đế nội kinh Tố Vấn. [31], [32], [33], [35]

1.2.1. Bệnh danh

1.2.1.1. Chứng huyễn vựng

Huyễn là hoa mắt, vựng là cảm giác chòng chành như ngồi thuyền, quay chuyển không yên cũng gọi là chóng mặt. Nhẹ thì hết ngay khi nhắm mắt, nặng thì kèm theo buồn nôn, nôn, ra mồ hôi, có thể ngã. Hai triệu chứng này kết hợp với nhau gọi là huyễn vựng [32], [33], [35].

Sách Tố Vấn - Chí chân yếu Đại luận nói rằng “mọi chứng phong chóng mặt đều thuộc về Can”. Đan Khê tâm pháp viết rằng “không có đàm thì không chóng mặt”. Sách Cảnh Nhạc toàn thư nói: “Không có hư thì không có chóng mặt”. Hải Thượng y tông tâm lĩnh có viết: “Âm huyết của hậu thiên hư thì hỏa động lên chân thủy của tiên thiên suy thì hỏa bốc lên gây chứng huyễn vựng” [47].

1.2.1.2. Chứng đầu thống

Đầu là nơi hội tụ của các đường kinh dương của 2 mạch Nhâm, Đốc nên khí thanh dương của các phủ cũng như huyết tinh hoa của các tạng đều hội tụ ở đây. Khi khí huyết không lên được đầu hoặc bị trở trệ, nghịch loạn đều có thể gây đau

đầu, sách Nội Kinh Tố Vấn viết: “Thận hư thì đầu nặng, tủy hải không đủ thì não chuyển ù tai” [30], [35].

1.2.1.3. Chứng thất miên

Thất miên là không ngủ được, có thể là khi ngủ không nhập giấc ngay, hoặc trong đêm thức giấc không ngủ lại được, hoặc lúc ngủ lúc tỉnh. Chứng mất ngủ thường kèm theo các triệu chứng đau đầu, hay quên, hồi hộp, đánh trống ngực. Triệu chứng về chứng thất miên sách Nội kinh ghi “Vì âm hư nên mắt không nhắm được”. Sách Loại chứng trị tài có viết “Lo nghĩ hại tỳ quanh năm mất ngủ”. Sách Cổ kim y thống cho rằng: “Do thận thủy thiếu, chân âm không thăng mà tâm hỏa khô nóng làm cho mất ngủ”. Sách Trương Thị y thông có viết: “Mạch hoạt sắc hữu lực làm mất ngủ, bên trong có đờm hỏa ú trệ” [30], [33].

1.2.1.4. Chứng kiện vong

Về chứng kiện vong theo Uông Ngang: “Tinh chí người ta đều chứa ở thận, tinh của thận không đủ thì chính khí suy, không thông lên tâm được, cho nên nhầm lẫn hay quên”. Theo Tuệ Tĩnh trong Hồng nghĩa giác tư y thư: biết hay quên phần nhiều do tâm tỳ và thận suy tổn mà sinh ra. Bởi vì tâm tỳ chủ huyết, thận chủ về tủy. Khi tinh thiếu, tủy giảm thì não mất sự nuôi dưỡng đều làm cho người ta hay quên. Ngoài ra người tuổi già tinh thần suy nhược cũng sinh ra chứng này [33].

1.2.2. Bệnh nguyên

Theo Hoàng Đế nội kinh Tố Vấn và Linh Khu: các chứng “đầu thống”, “huyễn vựng”, “thất miên” có liên quan chặt chẽ đến các tạng can, tỳ, thận. Có rất nhiều nguyên nhân ảnh hưởng đến công năng hoạt động của 3 tạng này như: [33], [35].

- Nội nhân (thất tình): Tình chí bất hoà làm hư yếu chính khí dễ cảm ngoại tà, đồng thời biến hoá của bản thân thất tình cũng có thể gây bệnh như: tư lự quá hại tỳ, giận dữ hại can, sợ hãi hại thận [33].

- Bất nội ngoại nhân : Theo lý luận y học cổ truyền, nguồn gốc phát sinh bệnh do sinh hoạt không điều độ, tình chí bị tổn thương, mất cân bằng âm dương trong cơ thể, huyết quản mạch lạc không hoà, khí huyết suy hư, khí trệ huyết ứ, kinh lạc bế trở; hoặc do ẩm thực thất tiết ...tổn thương tỳ thổ, tỳ hư kiện vận thất điều, thấp tụ sinh đàm, đàm uất hoá hoả, can phong hiệp đàm thượng kháng, kinh lạc rối loạn mà phát bệnh. Đặc biệt là thận thuỷ bất túc, can mất nuôi dưỡng, can dương thượng kháng, huyết uất không thăng dẫn đến bệnh [31], [35]. Thiên “Tuyên minh ngũ khí luận” trong sách Tố Vấn viết “Cửu ngoạ thương khí, cửu toạ thương nhục” thương khí dẫn đến khí hư, thương nhục dẫn đến tỳ hư, tỳ khí hư suy mà gây ra bệnh [35].

1.2.3. Cơ chế bệnh sinh:

Trong sách Nội Kinh Tố Vấn viết: “Thận hư thì đầu nặng, tủy hải không đủ thì não chuyển ù tai” [35].

Hải Thượng Lãn Ông viết: “ Âm huyết của hậu thiên hư thì hoả động lên, chân thuỷ của tiên thiên suy thì hoả bốc lên mà gây chứng huyễn vựng”. Phần lớn đau đầu thuộc chứng hư (dương hư, huyết hư, nặng hơn là hoả hư, thuỷ suy nên trong điều trị, nhẹ thì bổ khí huyết, nặng thì bổ thuỷ hoả [47].

Sách Linh Khu viết: “Để nuôi dưỡng cơ thể không có gì quan trọng bằng huyết.” Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm cho huyết vận hành không thông, ứ đọng lại thì sinh ra mọi thứ bệnh.

Theo lý luận YHCT, não là bả của tủy, là cơ quan quan trọng của cơ thể, quan hệ rất lớn đến đời sống, không được để hao tổn. Não tủy có công dụng là chủ việc thông sáng của tai mắt, sự linh hoạt của chân tay, mình mẩy, và mọi hoạt động tinh thần. Tâm chủ thần minh tức là chủ về hoạt động tinh thần, ý thức, tư duy. Tâm lại chủ về huyết mạch, nên khi công năng của tạng Tâm được kiện toàn, huyết mạch thịnh vượng thì sắc mặt hồng hào, tinh thần thông tuệ, thân thể khoẻ mạnh...Não tủy và Tâm lại chủ yếu nhờ tinh huyết của Can Thận nhu dưỡng, nhờ

sự vận hoá tinh hoa của đồ ăn thức uống, sự phân bố khí huyết của Tỳ vị để nuôi dưỡng.

Tóm lại, cho dù là mắc bệnh do nguyên nhân nào thì đều dẫn đến việc phần huyết của cơ thể bị thiếu hoặc bị hư tổn làm sự vận hành huyết dịch bị trở ngại, huyết bị ngừng trệ, khí huyết bất hoà làm cho Tâm, Thận và não tuỷ kém nuôi dưỡng, công năng hoạt động của ngũ tạng bị giảm sút, từ đó xuất hiện các chứng như: đau đầu, chóng mặt, mất ngủ, hồi hộp, buồn bực, dễ cáu giận, hay quên, mộng mị, tức ngực khó chịu, sườn đau, tê tay chân, tinh thần ủ rũ hoặc nặng thì xây sẩm mặt mày, ngã ra hôn mê...[17].

1.2.4. Phân loại thể bệnh và điều trị

1.2.4.1. Tỳ hư đàm trệ

Triệu chứng: Đầu luôn căng đau, choáng váng, tối sầm hoặc đầu nặng đau nhức, người mệt mỏi nặng nề buồn nôn, chán ăn, mất ngủ, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch trầm hoạt hoặc nhu hoạt.

Pháp: Kiện tỳ hóa đàm.

Phương: Ôn đởm thang gia giảm. [5]

1.2.4.2. Can thận âm hư

Triệu chứng: Chóng mặt, váng đầu, tai ù, họng khô, bứt rứt ít ngủ, ngủ hay mê, lưng gối nhức mỏi, chất lưỡi đỏ khô, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch tế sác.

Pháp: Bổ can thận

Phương: Lục vị địa hoàng hoàn gia giảm [5]

1.2.4.3. Khí huyết lưỡng hư

Triệu chứng: Váng đầu hoặc có cảm giác đầu như trống rỗng, chóng mặt, hoa mắt, hồi hộp hay quên, mất ngủ, mệt mỏi, hơi thở ngắn, ăn kém, đầy bụng, sắc mặt nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, chất lưỡi nhợt, mạch tế nhược.

Pháp: Bổ khí huyết, kiện vận tỳ vị

Phương: Bát trân thang gia giảm. [5]

1.2.4.4. Tâm tỳ hư

Triệu chứng: đau đầu, chóng mặt, tăng lên khi thay đổi tư thế, ngủ kém, ăn ít, lưỡi bệu, nhợt, có hàn răng, rêu trắng mỏng nhợt.

Pháp: Kiện tỳ dưỡng huyết an thần

Phương: Quy tỳ thang gia giảm [5]

1.2.4.5. Can dương thượng khang

Chứng trạng: chóng mặt, ù tai, đầu có lúc đau căng, khi tức giận thì đau tăng, ngủ ít, hay mơ, hay tức giận, miệng đắng, chất lưỡi đỏ, mạch huyền.

Pháp: Bình can, tiềm dương, thanh hỏa, tức phong.

Phương: Thiên ma câu đằng ẩm gia giảm [5]

1.2.5. Tổng quan về bài thuốc cổ phương “Hoàng kỳ bổ huyết thang”

1.2.5.1. Nguồn gốc, xuất xứ

“Hoàng kỳ bổ huyết thang” có tên gọi khác là Phù tỳ sinh mạch tán, là bài thuốc cổ phương được viết trong cuốn Y học nhập môn - Quyển 7, do tác giả Lý Diên thuộc thời nhà Minh, Trung Quốc, biên soạn năm 1575 và được ghi lại trong Trung y phương tể đại từ điển – Tập 5 do Đại học Trung y Dược Nam Kinh biên soạn năm 1996. Nguyên phương bài thuốc Phù tỳ sinh mạch tán gồm: Nhân sâm, Đương quy, Bạch thược đều 1 tiền; Tử uyển, Hoàng kỳ đều 2 tiền; Mạch môn, Ngũ vị tử, Cam thảo đều 5 phân được dùng dưới dạng thuốc tán [56].

Với tác dụng kiện tỳ, phục mạch, bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” được chỉ định dùng cho những người khí hư, âm suy biểu hiện triệu chứng như hoa mắt, chóng mặt, tim hay hồi hộp, thở đoản hơi, mất ngủ, mạch hư tế... tương tự các triệu chứng thường gặp ở người bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.

Khi sử dụng thuốc bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang dưới dạng thang sắc, liều lượng các vị thuốc đã được điều chỉnh phù hợp, và tuân thủ theo Dược điển Việt Nam 5 [46]. Cụ thể thành phần và liều lượng bài thuốc dưới dạng thang sắc như

sau: Hoàng kỳ 16g, Nhân sâm 8g, Mạch môn đông 12g, Đương quy 8g, Bạch thược 8g, Tử uyển 12g, Ngũ vị tử 4g, Cam thảo 4g.

1.2.5.2. Phân tích bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”

- + **Hoàng kỳ:** Bổ khí thăng dương, sinh tân dưỡng huyết là quân dược.
- + **Nhân sâm:** Đại bổ nguyên khí, phục mạch cố thoát, bổ tỳ, ích phế, sinh tân dưỡng huyết, an thần, ích trí là thần dược.
- + **Mạch môn:** Dưỡng âm sinh tân, thanh tâm là thần dược.
- + **Đương quy:** Bổ huyết, hoạt huyết là thần dược.
- + **Bạch thược:** Dưỡng huyết, liễm âm là thần dược.
- + **Tử uyển:** Nhuận phế, hoá đàm, làm đàm thấp không khốn tỳ giúp cho tỳ vượng là tá dược.
- + **Ngũ vị tử:** Ích khí sinh tân, ninh tâm là tá dược.
- + **Cam thảo:** Bổ tỳ, ích khí, điều hòa vị thuốc là sứ dược.

Toàn phương có tác dụng: Kiện tỳ phục mạch, bổ khí thăng dương, hoạt huyết dưỡng huyết, ninh tâm an thần, ích trí rất phù hợp điều trị các chứng như hoa mắt chóng mặt, đau đầu, hồi hộp, mất ngủ, giảm trí nhớ thường gặp trong bệnh lý TNTHNMT.

1.2.6. Các nghiên cứu về điều trị TNTHNMT bằng YHCT

1.2.6.1 Một số nghiên cứu trong nước

Nguyễn Thị Vân Anh (2000): “Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng trên BN có hội chứng TNTHNMT”. Phương pháp nghiên cứu mở, có so sánh trước và sau đợt tập. Kết quả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân sau 45 ngày điều trị cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đỡ nhiều 62%, đỡ ít 38%, điểm Khadjev giảm rõ rệt từ $30,52 \pm 3,41$ xuống $14,56 \pm 3,31$ [26].

Trần Kim Dung (2004) “Nghiên cứu tác dụng điều trị TNTHNMT của viên Cracetin” Nghiên cứu theo phương pháp mở, có so sánh trước và sau điều trị. Kết quả trên 50 bệnh nhân sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân cải thiện tốt các triệu

chứng lâm sàng trong hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính như: nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, dị cảm trên 90% [29].

Hoàng Thị Hòa (2010) “Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ”. Nghiên cứu theo phương pháp mở, có so sánh trước và sau điều trị. Kết quả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân, sau 30 ngày điều trị cho thấy tỷ lệ cải thiện các triệu chứng: đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi trên 90%, tỷ lệ triệu chứng mất ngủ, giảm trí nhớ trên 70% [39].

Trần Quốc Bình (2011) “Tác dụng của bài thuốc ích khí điều vinh thang trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính”. Nghiên cứu theo phương pháp mở, có so sánh trước sau điều trị. Kết quả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân trong thời gian 30 ngày, điểm Khadjev giảm rõ rệt từ $29,26 \pm 2,68$ xuống $12,86 \pm 3,8$ [6].

Nguyễn Văn Toại (2011), “Đánh giá tác dụng của cao thông u trên lâm sàng và xét nghiệm trong điều trị thiếu năng tuần hoàn sống nền do thoái hóa cột sống cổ”. Nghiên cứu theo phương pháp mở, có so sánh trước sau điều trị. Kết quả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân trong thời gian 30 ngày. Kết quả điểm Khadjev giảm rõ rệt từ $26,32 \pm 7,74$ xuống $13,76 \pm 3,80$ [42].

Dương Trọng Nghĩa (2013), “Nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị thiếu máu não mạn tính qua một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng”. Nghiên cứu theo phương pháp mở, có so sánh trước và sau điều trị. Kết quả trên 50 bệnh nhân, cho thấy sự cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng trong hội chứng TNTNMT như: Kết quả điểm Khadjev giảm được từ $30,76 \pm 3,13$ xuống còn $16,28 \pm 3,85$, tỷ lệ kết quả khá đạt 83,33%, trung bình 16,67% [7].

Trần Thị Thanh Loan (2014) “Đánh giá tác dụng bài Tứ vật đào hồng điều trị hội chứng thiếu năng tuần hoàn sống nền”. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở có đối chứng và so sánh trước sau điều trị. Kết quả

ngiên cứu trên 60 bệnh nhân cho thấy, tỷ lệ cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng trong hội chứng TNTHNMT như: Khá 72,50%, Trung bình 27,50% [36].

Nguyễn Đức Đường (2015) “Đánh giá tác dụng của cebraton đối với đau đầu mạn tính, suy giảm trí nhớ và các rối loạn chức năng não”. Nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, trên cỡ mẫu 60 bệnh nhân trong thời gian 30 ngày. Kết quả điểm Khadjev giảm >90% [8].

Phí Ngọc Thuận (2017) “Đánh giá tác dụng của “Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc” trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư”. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu so sánh trước sau điều trị giữa hai nhóm theo thể bệnh YHCT. Kết quả trong 60 bệnh nhân sau 30 ngày điều trị cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng trong hội chứng TNTHNMT như: Tốt 10%, Khá 73,3% [11].

Nguyễn Thu Trang (2018) “Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Bổ não thông mạch HV” trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não”. Nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, trên cỡ mẫu 60 bệnh nhân trong thời gian 30 ngày. Kết quả điểm VAS giảm rõ rệt từ $4,25 \pm 1,92$ xuống $1,31 \pm 1,23$. Điểm Khadjev giảm từ $26,78 \pm 2,31$ xuống $18,67 \pm 2,08$. Hiệu quả điều trị chung: Tốt 13.3%; Khá 66,7%; Trung bình 16% [23].

1.2.6.2 Một số nghiên cứu ở ngoài nước

Dương Tự Cát (2014) với đề tài “Đánh giá tác dụng của dịch truyền Hoàng kỳ trên các bệnh nhân TNTHNMT”, phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở có đối chứng và so sánh trước sau điều trị, kết quả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân trong thời gian 30 ngày cho thấy, tỷ lệ có hiệu quả 43 bệnh nhân chiếm 90,7% [52].

Hoàng Kinh Bách, Phan Huy (2011) với đề tài “Nghiên cứu tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính bằng phương pháp cứu bách hội kết hợp xoa bóp”. Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước sau điều trị,

có đối chứng. Kết quả trên 60 bệnh nhân: Ở NNC tỷ lệ đạt hiệu quả tốt 90,9%, tỷ lệ ở NĐC là 62,9% với $p < 0,05$ [53].

Trương Vi, La Đào (2009) với đề tài “Nghiên cứu tác dụng điều trị TNTHNMT bằng bài thuốc “Thông não thang” kết hợp châm cứu”. Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước sau điều trị, có đối chứng. Kết quả trên 60 bệnh nhân: Tỷ lệ đạt kết quả tốt 93,3% ở NNC, NĐC là 83,3% với $p < 0,05$ [54].

Triệu Cẩm (2013), với đề tài “Châm dục kết hợp điều trị mất ngủ ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não” Kết quả trên 60 bệnh nhân: Tỷ lệ đạt kết quả tốt 90,5% , luận văn thạc sĩ, Đại học Y dược Thành Đô - Trung Quốc [57].

Đường Nguyên (2013), Với đề tài nghiên cứu lâm sàng pháp "ích thận điền tinh" trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Kết quả trên 60 bệnh nhân: Tỷ lệ đạt kết quả tốt 89,6%, luận văn thạc sĩ, Đại học Y dược Bắc Kinh, Trung Quốc [58].

Đinh Thần Vân (2011), Với đề tài “nghiên cứu hiệu quả điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính thể can thận âm hư, khí hư huyết ứ của Kiện não hoàn”. Kết quả trên 50 bệnh nhân: Tỷ lệ đạt kết quả tốt 90,6% , luận văn Thạc sĩ, Đại học Y khoa Nam Kinh, Trung Quốc [59].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU

2.1.1. Thành phần bài thuốc

Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”

Thành phần	Tên khoa học	Liều lượng	Tiêu chuẩn
Hoàng kỳ	<i>Astragalus membranaceus</i>	16g	DĐVN V
Nhân sâm	<i>Panax ginseng</i>	8g	DĐVN V
Mạch môn đông	<i>Ophiopogon japonicus</i>	12g	DĐVN V
Đương quy	<i>Radix Angelicae Sinensis</i>	8g	DĐVN V
Bạch thược	<i>Radix Pacomiae Lactiflorae</i>	8g	DĐVN V
Tử uyển	<i>Aster tataricus</i>	12g	DĐVN V
Ngũ vị tử	<i>Fructus Schisandrae</i>	4g	DĐVN V
Cam thảo	<i>Glycyrrhiza uralensis</i>	4g	DĐVN V

Tên khoa học của các vị thuốc viết theo thông tư 05, năm 2015 của Bộ Y tế [28]. Thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam lần xuất bản thứ 5 [46]. Tổng hàm lượng một thang thuốc là 72g (gam) dược liệu được sắc dưới dạng nước sắc thành 300ml/thang, đóng 2 túi, mỗi túi 150ml tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình. Bệnh nhân uống ngày 1 thang tương ứng 2 túi thuốc 150ml chia 02 lần, mỗi lần 01 túi, uống ấm sau ăn 30 phút, liệu trình 15 ngày.

2.1.2. Thuốc đối chứng



Hình 2.1. Thuốc đối chứng sử dụng trong nghiên cứu

- Số lô: 200322
- Ngày sản xuất: 12/08/2022
- Hạn sử dụng: 12/08/2025
- Hàm lượng: 400mg/viên nang

THÔNG TIN CHI TIẾT

- Công thức

Mỗi viên nang chứa:

Piracetam.....400 mg

Tá dược (Colloidal silicon dioxid, Magnesi stearat, Talc)...vđ...1 viên

- Liều dùng, cách dùng

Uống 400mg/lần x 3 lần/ngày trong 15 ngày.

2.1.3. Phác đồ, thủ thuật xoa bóp bấm huyết kết hợp sử dụng trong nghiên cứu cứu

Phác đồ huyết vị và thủ thuật xoa bóp bấm huyết tuân thủ theo : Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu (*Ban hành kèm theo Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế*), công thức số 397 [40].

2.1.3.1. Công thức huyết vị

+ Bách hội	+ Thượng tinh	+ Thái dương
+ An miên	+ Thần môn	+ Tam âm giao
+ Phong trì	+ Ấp phong	+ Nội quan
+ Can du	+ Thận du	+ Thái khê
+ Hợp cốc	+ Huyết hải	+ Túc tam lý

2.1.3.2. Thủ pháp bổ tả

Bổ pháp (Thực hiện thủ thuật XBBH nhẹ nhàng, thuận đường kinh)

2.1.3.3. Các bước tiến hành

- Chuẩn bị :

+ Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

+ Phương tiện

Phòng xoa bóp bấm huyết, giường xoa bóp bấm huyết

Gối, ga trải giường

Bột talc

Cồn sát trùng

+ Người bệnh

Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết.

Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Thực hiện thủ thuật :

- + Tư thế người bệnh : Nằm ngửa
- + Thầy thuốc : Xoa, xát, miết, day, bóp các huyết tại chỗ và toàn thân vùng đầu - mặt, cổ - gáy - vai - tay, lưng – chân
- + Xát dọc trên cột sống cổ: Dùng mô ngón cái, mô ngón út hoặc gốc bàn tay xát lên da chỗ đau.
- + Xoa dọc trên cột sống cổ: Dùng gốc bàn tay hoặc mô ngón tay út, ngón tay cái xoa trên chỗ đau.
- + Day dọc trên cột sống cổ: Lấy mô ngón út hay gốc bàn tay ấn xuống da vùng huyết của người bệnh, di động theo đường tròn, tay thầy thuốc và da người bệnh di động theo tay thầy thuốc. Làm khoan thai, sức ấn vừa sức chịu đựng của người bệnh, có thể tác động trực tiếp vào nơi đau.
- + Lăn trên cột sống cổ: Dùng mặt bên của mô ngón út (ngoài lòng bàn tay phía ngón út) hoặc mặt ngoài ngón út (ngón 5). Thầy thuốc vận động khớp cổ tay theo nhịp điệu nhất định, gây một sức ép nhất định của phần bàn tay nói trên lăn trên vùng định xoa bóp trên cơ thể người bệnh.
- + Bóp vùng cổ gáy: thầy thuốc dùng ngón 1 và ngón 2 của hai bàn tay hay cả 5 ngón bóp vào da. Khi bóp hơi kéo cơ vùng đó của người bệnh lên. Động tác bóp nên vừa phải, tránh gây đau đớn cho người bệnh.
- + Day huyết: thầy thuốc dùng đầu ngón tay cái, phần bụng ngón tay tỳ nhẹ vào da tương ứng vùng huyết, day nhẹ theo chiều kim đồng hồ tới khi bệnh nhân có cảm giác tức nặng, duy trì và day nhẹ 15 đến 30 giây.
- + Ấn huyết: thầy thuốc dùng đầu ngón tay cái ấn từ từ vào da tương ứng vùng huyết, khi bệnh nhân thở ra thì từ từ tăng lực tác dụng, khi bệnh nhân hít vào giữ nguyên lực tác dụng tới khi bệnh nhân có cảm giác tức nặng thì giữ nguyên từ 15 – 30 giây.

+ Bấm huyết: thầy thuốc dùng đầu ngón tay cái ấn từ từ vào da tương ứng vùng huyết, tương tự như ấn huyết khi bệnh nhân đã có cảm giác tức nặng tại vùng huyết thì thầy thuốc rung nhẹ ngón tay cái và tác động thêm lực tới ngưỡng bệnh nhân chịu được từ 15 – 30 giây.

- Liệu trình điều trị :

Một liệu trình điều trị 15 ngày

Xoa bóp 30 phút/lần/ngày

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TNTHNMT điều trị nội trú, ngoại trú tại bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 80, không phân biệt giới tính nghề nghiệp.
- Không dùng thuốc khác làm ảnh hưởng tới chẩn đoán (giảm đau, cải thiện tuần hoàn não khác, chống lo âu...)
- Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi đã được thầy thuốc điều trị giải thích ý nghĩa và mục đích nghiên cứu

2.2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHĐ

*Tiêu chuẩn lâm sàng :

- Chọn bệnh nhân được chẩn đoán TNTHNMT theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2020) dựa trên triệu chứng chính sau [2]:

+ Nhức đầu

+ Chóng mặt

+ Đau vai gáy

+ Rối loạn trí nhớ

+ Rối loạn giấc ngủ

+ Dị cảm.

- Mức độ đau theo thang điểm VAS: $3 \leq VAS \leq 6$

- Cho điểm các triệu chứng theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTNMT của Khadjev (1979), chọn những bệnh nhân có tổng số điểm từ 23,9 trở lên [51].

*Tiêu chuẩn cận lâm sàng :

- Điện não đồ:

Thông số EEG ở nhịp alpha và nhịp theta có sự thay đổi ở các trạng thái: Tần số, biên độ, chỉ số so với giá trị bình thường [27]

2.2.1.2 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

Dựa vào vọng, vãn, vẩn, thiết, căn cứ theo biện chứng luận trị của YHCT, để lựa chọn thể bệnh phù hợp với chỉ định của bài thuốc là thể bệnh: Tâm tỳ hư và Khí huyết lưỡng hư của chứng Huyền vựng [5], [55]

Thế LS Tứ chẩn	Tâm tỳ hư	Khí huyết lưỡng hư
Vọng	Béo bệu, sắc mặt hồng, chất lưỡi bệu, có hàn răng, rêu lưỡi dày, nhòn	Gầy, sắc mặt nhợt, chất lưỡi nhợt, khô, rêu lưỡi trắng mỏng
Vãn	Tiếng nói nhỏ, rõ, hơi thở không hôi	Tiếng nói nhỏ rõ, hơi thở không hôi
Vẩn	Nhức đầu, cảm giác căng nặng, chóng mặt, mệt mỏi, nặng nề, bụng đầy, buồn nôn, chán ăn	Chóng mặt, vầng đầu, ù tai, mất ngủ, mệt mỏi, hồi hộp hay quên, bụng đầy, ăn kém
Thiết	Mạch trầm hoạt, hoặc nhu hoạt	Mạch tế nhược

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi diện nghiên cứu

Không lựa chọn và đưa vào diện nghiên cứu những bệnh nhân có 1 trong các mục sau:

- + Tiền sử đột quy não, u não, dị dạng mạch não.
- + Tăng HA.
- + Suy gan, suy thận, suy tim nặng.
- + Bệnh nhân đang mắc các bệnh truyền nhiễm và bệnh cấp tính khác.
- + Phụ nữ có thai, cho con bú.
- + Bệnh nhân rối loạn tâm thần.
- + Bệnh nhân bỏ thuốc > 2 ngày, không tuân thủ điều trị.

2.3. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình - Số 219 Đường Lê Đại Hành, Thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình

2.4. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5 năm 2023 đến hết tháng 12 năm 2023.

2.5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiền cứu, so sánh trước sau điều trị và có đối chứng.

2.5.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Gồm 60 BN, lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện, phân bố ngẫu nhiên vào 2 nhóm.

2.5.3. Cách chọn mẫu

BN nghiên cứu được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm:

Nhóm nghiên cứu (NNC): 30 BN (được dùng Hoàng kỳ bổ huyết thang liều 1 thang/ngày + XBBH)

Nhóm đối chứng (NĐC): 30 BN (dùng Piracetam 400mg liều 3 viên/ngày + XBBH).

2.6. QUY TRÌNH TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU

Bước 1: Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình qua khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng theo YHHĐ được chẩn đoán xác định là TNTHNMT thuộc chứng Huyền vụng thể bệnh Tâm tý hư và Khí huyết lưỡng hư của YHCT, được thông báo về nghiên cứu và mời tham gia.

Bước 2: Tất cả các bệnh nhân chấp thuận tham gia nghiên cứu đều được ký cam kết tình nguyện (Phụ lục 2).

Bước 3: Phân làm 2 nhóm ngẫu nhiên

- Nhóm nghiên cứu: Uống “Hoàng kỳ bổ huyết thang” ngày 1 thang dưới dạng nước sắc, liều 300ml/ngày/2 lần sáng chiều, uống ấm sau ăn 30 phút, liệu trình 15 ngày liên tục kết hợp xoa bóp bấm huyệt vùng cột sống cổ, đầu, vai gáy 30 phút/lần/ngày x 15 ngày theo phác đồ số 397 Bộ Y tế (2013) [40]

- Nhóm đối chứng: Uống Piracetam 400mg liều 3 viên/ngày/3 lần, liệu trình 15 ngày liên tục kết hợp xoa bóp bấm huyệt vùng cột sống cổ, đầu, vai gáy 30 phút/lần/ngày x 15 ngày theo phác đồ số 397 Bộ Y tế (2013) [40]

Bước 4: Đánh giá hiệu quả trước ngày điều trị (D_0), sau 5 ngày điều trị (D_5), sau 10 ngày điều trị (D_{10}), sau 15 ngày điều trị (D_{15}) và tác dụng không mong muốn của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp XBBH trong quá trình nghiên cứu.

2.7. CÁC CHỈ SỐ VÀ BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

2.7.1. Chỉ số đánh giá hiệu quả của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Các chỉ số lâm sàng được theo dõi vào thời điểm trước ngày điều trị (D_0), sau 5 ngày điều trị (D_5), sau 10 ngày điều trị (D_{10}), sau 15 ngày điều trị (D_{15}).

- Các triệu chứng cơ năng:

+ Sự thay đổi điểm Khadjev (1979) vào ngày (D₀), (D₅), (D₁₀), (D₁₅) (phụ lục 5).

+ Mức độ đau đầu theo thang điểm VAS (phụ lục 4).

- Triệu chứng thực thể:

+ Đánh giá khả năng nhìn nhớ bằng trắc nghiệm Wechsler: cho đối tượng nhìn vào một bảng có 12 số trong thời gian 30 giây. Yêu cầu viết lại các con số trong 2 phút không theo thứ tự, đánh giá kết quả dựa vào chữ số nhớ đúng (bảng 2.4)

+ Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler: đưa cho bệnh nhân một bảng có 25 chữ số sắp xếp lộn xộn, sau đó yêu cầu bệnh nhân sắp xếp lại các số trên theo thứ tự từ nhỏ đến lớn, từ trái sang phải trong vòng hai phút (bảng 2.5)

+ Các chỉ số mạch, nhiệt độ và huyết áp.

2.7.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn

- Các biểu hiện đau bụng, đi ngoài phân nát, lỏng, dị ứng, sản ngứa, buồn nôn, nôn, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt xuất hiện trong suốt quá trình can thiệp.

- Bệnh nhân có triệu chứng hoa mắt, chóng mặt tăng nặng lên

2.8. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP THÔNG TIN VÀ ĐÁNH GIÁ

2.8.1. Điểm triệu chứng theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTNMT của Khadjev (1979)

Bảng 2.2. Bảng đánh giá triệu chứng theo lâm sàng của Khadjev (1979)

STT	Triệu chứng	Điểm	
		Có	Không
1	Thường xuyên bị đau đầu	2,5	0
2	Cảm giác nặng trong đầu	1,8	0

3	Đau đầu thất thường thỉnh thoảng	0	0,9
4	Đau đầu vùng thái dương	0	0,9
5	Đau đầu vùng chẩm gáy	1,7	0
6	Chóng mặt	2	0
7	Váng đầu thất thường, thỉnh thoảng	0	0,9
8	Chóng mặt khi quay đầu ngửa cổ	2,3	0
9	Ù tai khi làm việc căng thẳng	0	0,6
10	Tỉnh dậy lúc nửa đêm	3,2	0
11	Tỉnh dậy lúc gần sáng	0	3,1
12	Hay quên những việc mới xảy ra	4	0
13	Giảm trí nhớ liên tục	3	0
14	Đôi khi giảm trí nhớ	2,8	0
15	Dễ xúc động mũi lòng	2,2	0
16	Dễ nổi nóng, bực tức không tự chủ	2,2	0
17	Thần kinh luôn căng thẳng mệt mỏi	2,6	0
18	Giảm khả năng làm việc trí óc	3,5	0
19	Giảm tốc độ làm việc chậm chạp	1,8	0
20	Khó khăn khi di chuyển sang việc khác	1,7	0

Cho điểm các triệu chứng theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTNMT của Khadjev (1979), chọn những bệnh nhân có tổng số điểm từ 23,9 trở lên [51].

2.8.2. Mức độ đau đầu theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale):

Thước đo là 1 đoạn thẳng chia làm 11 điểm, bệnh nhân sẽ chọn điểm nào phù hợp nhất với mức độ đau của mình.

Hình 2.2. Thước đo thang điểm VAS**Bảng 2.3. Đánh giá mức độ đau**

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Thang điểm
$VAS < 1$	Không đau	4 điểm
$1 \leq VAS \leq 3$	Đau nhẹ	3 điểm
$3 < VAS \leq 6$	Đau vừa	2 điểm
$7 < VAS \leq 10$	Đau nặng	1 điểm

2.8.3. Trắc nghiệm Wechsler (Đánh giá khả năng nhìn nhớ):

Đánh giá khả năng nhìn nhớ bằng trắc nghiệm Wechsler: Cho đối tượng nhìn vào một bảng có 12 số trong thời gian 30 giây. Yêu cầu viết lại các con số trong 2 phút không theo thứ tự, đánh giá kết quả dựa vào chữ số nhớ đúng (bảng 2.4)

Bảng 2.4. Đánh giá khả năng nhìn nhớ

Loại	Kém				Trung bình		Khá		Tốt	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9-10	11-12
Chữ số nhớ đúng	1	2	3	4	5	6	7	8	9-10	11-12
Điểm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.8.4. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp của Schuller:

Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp của Schuller: đưa cho bệnh nhân một bảng có 25 chữ số sắp xếp lộn xộn, sau đó yêu cầu bệnh nhân sắp xếp lại các số trên theo thứ tự từ nhỏ đến lớn, từ trái sang phải trong vòng hai phút.(bảng 2.5)

Loại	Kém				Trung bình		Khá		Tốt	
	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25
Chữ số sắp xếp đúng										
Điểm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.8.5. Hiệu quả điều trị chung

Hiệu quả điều trị chung được đánh giá dựa trên tổng điểm Khadjev trước và sau điều trị dựa trên phương pháp trị số tuyệt đối [51]. Áp dụng công thức này đánh giá theo 2 thể bệnh YHCT được lựa chọn trong nghiên cứu.

$$\text{Hiệu quả} = \frac{\text{Tổng điểm Khadjev trước điều trị} - \text{Tổng điểm Khadjev sau điều trị}}{\text{Tổng điểm Khadjev trước điều trị}} \times 100\%$$

Bảng 2.6. Phân loại hiệu quả điều trị chung

Đánh giá kết quả	Dấu hiệu lâm sàng
Tốt	Số điểm lâm sàng giảm $\geq 80\%$
Khá	Số điểm lâm sàng giảm $60\% - < 80\%$
Trung bình	Số điểm lâm sàng giảm $40\% - < 60\%$
Kém	Số điểm lâm sàng giảm $< 40\%$

2.9. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê.

Áp dụng các phương pháp phân tích mô tả: tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

Các kiểm định như: T-Test , kiểm định χ^2 , số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

2.10. KHÔNG CHẾ SAI SỐ

Để hạn chế các sai số trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi thực hiện một số quy định yêu cầu được tuân thủ như sau:

- Bệnh nhân nghiên cứu được thực hiện đánh giá theo 1 mẫu phiếu thống nhất.
- Nghiên cứu viên được tập huấn trực tiếp thăm khám và đánh giá bệnh nhân trong quá trình nghiên cứu can thiệp.
- Số liệu được làm sạch trước khi xử lý thống kê.

2.11. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

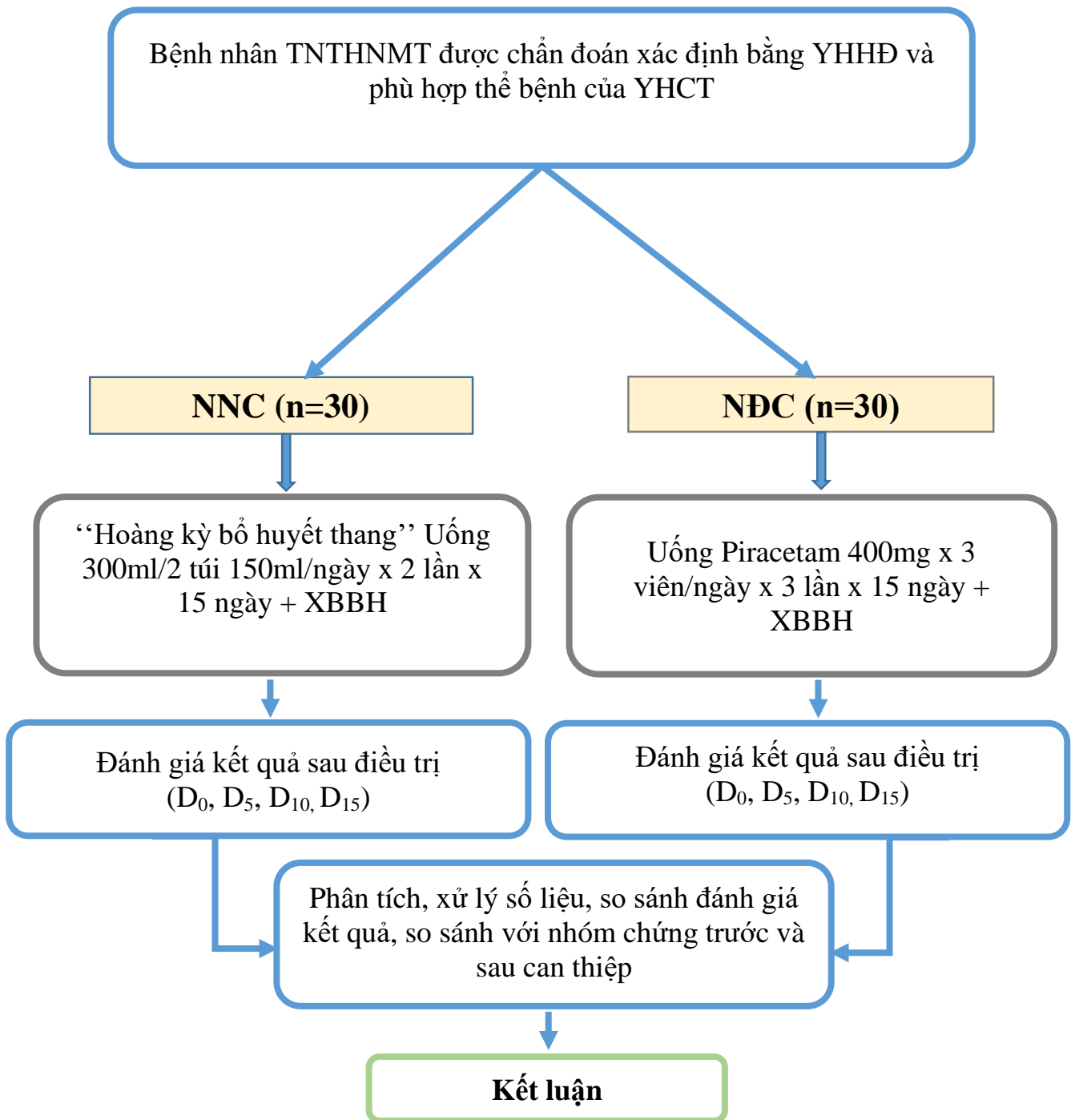
Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng đạo đức của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam trước khi tiến hành nghiên cứu, được sự chấp thuận và cho phép tiến hành nghiên cứu của Ban lãnh đạo bệnh viện tại Bệnh viện y học cổ truyền tỉnh Thái Bình.

Nội dung nghiên cứu phù hợp, được thực hiện nhằm chứng minh tác dụng của bài thuốc cổ phương kết hợp XBBH trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận tham gia của đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân có quyền rời khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không cần giải thích lý do.

Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	NĐC (n=30)		NNC (n=30)		Chung		p(NC-ĐC)
	n	%	n	%	n	%	
18-49	12	40,0	13	43,3	25	41,7	>0,05
50-59	11	36,7	8	26,7	19	31,7	
≥60	7	23,3	9	30,0	16	26,7	
$\bar{X} \pm SD$	54,1 ± 10,0		47,3 ± 15,6		51,2 ± 13,3		>0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,3 \pm 15,6$ tuổi và của nhóm đối chứng là $54,1 \pm 10,0$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiên cứu là từ 18-49 tuổi với 43,3%. Đây cũng là nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm đối chứng với 40,0%.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.2. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	NĐC (n=30)		NNC (n=30)		p(NC-ĐC)
	n	%	n	%	
Nữ	21	70,0	21	70,0	>0,05
Nam	9	30,0	9	30,0	

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm, tỷ lệ nữ giới đều cao hơn nam giới. Tuy nhiên, số liệu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	NĐC (n=30)		NNC (n=30)		P(NC-ĐC)
	n	%	n	%	
Lao động trí óc	17	43,6	22	56,4	>0,05
Lao động chân tay	13	61,9	8	38,1	

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng lao động trí óc trong nhóm nghiên cứu là 56,4% và trong nhóm đối chứng 43,6%. Số liệu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh mạn tính kèm theo

Bảng 3.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh mạn tính kèm theo của đối tượng nghiên cứu

Thời gian mắc bệnh kèm theo	NĐC (n=30)		NNC (n=30)		P(NC-ĐC)
	n	%	n	%	
< 6 tháng	20	66,7	18	60,0	>0,05
≥ 6 tháng	10	33,3	12	40,0	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính từ 6 tháng trở lên ở nhóm nghiên cứu là 63,3%; cao hơn so với nhóm đối chứng với 60,0%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm thời gian mắc bệnh

Bảng 3.5. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Thời gian mắc bệnh	NĐC (n=30)		NNC (n=30)		P(NC-ĐC)
	n	%	n	%	
< 6 tháng	13	43,3	15	50,0	>0,05
≥ 6 tháng	17	56,7	15	50,0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh TNTHNMT trung bình giữa 2 nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu ($p>0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân mắc TNTHNMT từ 6 tháng trở lên ở nhóm đối chứng (56,7%) cao hơn so với nhóm nghiên cứu (50,0%). Tuy nhiên số liệu không có ý nghĩa thống kê với ($p>0,05$).

3.1.6. Phân bố thể bệnh theo YHCT của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.6. Đặc điểm phân bố thể bệnh YHCT của đối tượng nghiên cứu

Thể bệnh	NĐC (n=30)		NNC (n=30)		P(NC-ĐC)
	n	%	n	%	
Tâm tý hư	9	30,0	8	26,7	>0,05
Khí huyết lưỡng hư	21	70,0	22	73,3	

Nhận xét: Ở 2 nhóm có sự tương đồng về tỷ lệ các thể bệnh theo y học cổ truyền. Tuy nhiên số liệu không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.1.7. Tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.7. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của hai nhóm nghiên cứu trước điều trị

Triệu chứng	NĐC (n=30)		NNC (n=30)		P(NC-ĐC)
	n	%	n	%	
Đau đầu	22	50,0	22	50,0	>0,05
Chóng mặt	25	49,0	26	51,0	>0,05
Giảm trí nhớ	21	45,6	25	54,4	>0,05
Rối loạn giấc ngủ	22	44,0	28	56,0	<0,05

Nhận xét: Có sự tương đồng về đặc điểm triệu chứng lâm sàng đau đầu, chóng mặt và giảm trí nhớ ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Tuy nhiên, có sự khác biệt về đặc điểm triệu chứng rối loạn giấc ngủ ở nhóm ($p<0,05$).

3.1.8. Mức độ đau đầu theo thang điểm VAS của bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.8. Đặc điểm mức độ đau đầu theo thang điểm VAS trước điều trị ở 2 nhóm

Mức độ đau đầu theo điểm VAS	NĐC (n=30)	NNC (n=30)	p _(NC-ĐC)
Điểm VAS $\bar{X} \pm SD$	4,4 ± 2,1	4,9 ± 2,3	>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, có sự tương đồng về mức độ đau đầu giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

3.1.9. Mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler của bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.9. Đặc điểm mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Mức độ giảm trí nhớ theo điểm Wechsler	NĐC(n=30)	NNC(n=30)	p _(NC-ĐC)
Điểm Wechsler $\bar{X} \pm SD$	5,0 ± 0,8	4,6 ± 1,3	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mức độ giảm trí nhớ theo thang điểm trắc nghiệm Wechsler của bệnh nhân ở 2 nhóm nghiên cứu.

3.1.10. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler của bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.10 Đặc điểm khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Khả năng tập trung Schuler	NĐC (n=30)	NNC (n=30)	p(NC-ĐC)
Điểm Schuler $\bar{X} \pm SD$	4,9 ± 0,7	4,7 ± 0,8	>0,05

Nhận xét: Có sự tương đồng về khả năng tập trung di chuyển chú ý của bệnh nhân ở 2 nhóm nghiên cứu ($p < 0,05$). Điểm Schuler trung bình của nhóm đối chứng ($4,9 \pm 0,7$) và nhóm nghiên cứu ($4,7 \pm 0,8$).

3.1.11. Đánh giá mức độ nặng nhẹ theo điểm Khadjev của bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.11. Đặc điểm mức độ nặng nhẹ theo điểm Khadjev của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Khả năng tập trung Khadjev	NĐC (n=30)	NNC (n=30)	p(NC-ĐC)
Điểm Khadjev $\bar{X} \pm SD$	27,5 ± 3,5	27,4 ± 2,9	>0,05

Nhận xét: Điểm trung bình Khadjev của nhóm đối chứng là $27,5 \pm 3,5$ không khác biệt so với nhóm nghiên cứu $27,4 \pm 2,9$.

3.1.12. Đặc điểm về chỉ số sinh tồn trước điều trị ở hai nhóm

Bảng 3.12. Dấu hiệu sinh tồn trước điều trị ở hai nhóm

Chỉ số sinh tồn	NNC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	NĐC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	p
Mạch (lần/phút)	74,3 ± 4,3	75,1 ± 3,9	>0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	104,7 ± 3,3	106,9 ± 3,7	>0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	68,9 ± 4,1	68,1 ± 3,2	>0,05
Huyết áp TB (mmHg)	72,2 ± 7,9	74,3 ± 7,6	>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, các chỉ số sinh tồn như mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình của người bệnh ở cả 2 nhóm đều không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.2. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

3.2.1. So sánh sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Bảng 3.13. So sánh đặc điểm triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu

Triệu chứng		D ₀		D ₅		D ₁₀		D ₁₅		p (D ₀ -D ₁₅)
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Đau đầu	NĐC	22	73,3	16	53,3	15	50,0	13	43,3	<0,001
	NNC	22	73,3	17	56,7	12	40,0	8	26,7	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		
Chóng mặt	NĐC	25	83,3	15	50,0	14	46,7	14	46,7	<0,001
	NNC	26	86,7	22	73,3	14	46,7	7	23,3	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		
Giảm trí nhớ	NĐC	21	70,0	19	63,3	18	60,0	13	43,3	<0,001
	NNC	25	83,3	21	70,0	13	43,3	9	30,0	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		
Rối loạn giấc ngủ	NĐC	22	73,3	20	66,7	19	63,3	17	56,7	<0,001
	NNC	28	93,3	24	80,0	15	50,0	7	23,3	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		<0,05		

Nhận xét: So sánh cùng nhóm trước - sau điều trị, các triệu chứng lâm sàng đều được cải thiện rõ rệt cả 2 nhóm, số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khi so sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm ở ngày thứ 15, triệu chứng rối loạn giấc ngủ đã được cải thiện tốt hơn ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng, số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. So sánh sự thay đổi mức độ đau đầu theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Bảng 3.14. So sánh sự thay đổi mức độ đau đầu theo thang điểm VAS trước và sau điều trị ở 2 nhóm

VAS TB $\bar{X} \pm SD$	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅	D₀ - D₁₅	p_{D0-D5}	p_{D0-D10}	p_{D0-D15}
NĐC (n=30)	4,4 ± 2,1	3,6 ± 1,3	3,3 ± 1,1	2,7 ± 1,3	1,7 ± 1,4	>0,05	<0,05	<0,05
NNC (n=30)	4,9 ± 2,3	4,2 ± 1,0	3,2 ± 1,5	2,0 ± 1,1	2,9 ± 2,2	>0,05	<0,001	<0,001
p_(NC-ĐC)	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05			

Nhận xét: Sau điều trị, điểm VAS trung bình của cả 2 nhóm đều có sự cải thiện tại thời điểm D10 và D15 ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu tại thời điểm D15 có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

3.2.3. So sánh sự thay đổi mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler trước và sau điều trị

Bảng 3.15. So sánh mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler trước và sau điều trị ở 2 nhóm

Wechsler TB $\bar{X} \pm SD$	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅	D₀ - D₁₅	p_{D0-D5}	p_{D0-D10}	p_{D0-D15}
NĐC (n=30)	5,0 ± 0,8	5,1 ± 0,7	6,1 ± 1,1	7,9 ± 1,0	2,9 ± 1,4	>0,05	<0,001	<0,001
NNC (n=30)	4,6 ± 1,3	5,6 ± 0,8	6,2 ± 1,4	7,3 ± 0,8	2,7 ± 1,2	<0,05	<0,001	<0,001
p_(NC-ĐC)	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05			

Nhận xét: So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, điểm Wechsler ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện qua các thời điểm D0, D10 và D15 trong khi ở nhóm đối chứng, sự cải thiện chỉ so sánh được ở thời điểm D10 và D15. Khi so sánh giữa 2

nhóm sau điều trị, nhóm nghiên cứu cải thiện điểm Wechsler tốt hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

3.2.4. So sánh khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler trước và sau điều trị

Bảng 3.16. So sánh khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler trước và sau điều trị ở 2 nhóm

Schuler TB $\bar{X} \pm SD$	D ₀	D ₅	D ₁₀	D ₁₅	D ₀ - D ₁₅	p _{D0-D5}	p _{D0-D10}	p _{D0-D15}
NĐC (n=30)	4,9 ± 0,7	5,2 ± 1,3	7,1 ± 1,0	7,8 ± 1,0	2,9 ± 1,4	>0,05	<0,001	<0,001
NNC (n=30)	4,7 ± 0,8	5,4 ± 0,5	6,5 ± 1,3	7,7 ± 0,6	3,0 ± 1,2	<0,001	<0,001	<0,001
p _(NC-ĐC)	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05			

Nhận xét: Sau điều trị, điểm Schuler trung bình của nhóm nghiên cứu tăng rõ rệt qua từng thời điểm ($p < 0,001$) trong khi đối với nhóm đối chứng, điểm Schuler trung bình thời điểm D₀ và D₅ không có sự khác biệt.

3.2.5. So sánh sự thay đổi điểm Khadjev trước và sau điều trị

Bảng 3.17. So sánh sự thay đổi điểm Khadjev trước và sau điều trị ở 2 nhóm

KhadjevTB $\bar{X} \pm SD$	D ₀	D ₅	D ₁₀	D ₁₅	D ₀ - D ₁₅	p _{D0-D5}	p _{D0-D10}	p _{D0-D15}
NĐC (n=30)	27,5 ± 3,5	22,5 ± 2,3	21,9 ± 4,1	9,4 ± 4,2	18,1 ± 4,2	<0,001	0,001	<0,001
NNC (n=30)	27,4 ± 2,9	23,1 ± 5,0	19,9 ± 4,7	7,9 ± 2,0	19,5 ± 3,4	<0,001	<0,001	<0,001
p _(NC-ĐC)	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05			

Nhận xét: Sau điều trị, điểm Khadjev trung bình của cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có sự cải thiện rõ rệt ($p < 0,001$). Tuy nhiên, sự khác biệt về điểm Khadjev trung bình tại các thời điểm giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.6. So sánh đặc điểm về chỉ số sinh tồn sau điều trị ở hai nhóm

Bảng 3.18. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn sau điều trị ở hai nhóm

Chỉ số sinh tồn	NNC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	NĐC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	p
Mạch (lần/phút)	76,5 ± 3,4	76,9 ± 3,1	>0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	109,5 ± 4,3	111,4 ± 4,9	>0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	74,7 ± 3,8	76,0 ± 3,9	>0,05
Huyết áp TB (mmHg)	77,2 ± 7,9	75,8 ± 9,9	>0,05

Nhận xét: Sau điều trị, các chỉ số sinh tồn như mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình của người bệnh ở cả 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.7. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền sau điều trị

Bảng 3.19. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền sau điều trị

Triệu chứng lâm sàng	Tâm tỳ hư				Khí huyết lưỡng hư			
	NNC (n=8)		NĐC (n=9)		NNC (n=22)		NĐC (n=21)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sắc mặt	8	100,0	8	88,9	14	63,6	18	85,7
p	>0,05				>0,05			
Chất lưỡi	8	100,0	9	100,0	16	72,7	21	100,0
p	-				<0,05			
Rêu lưỡi	7	87,5	9	100,0	19	86,4	20	95,2
p	>0,05				>0,05			
Đau đầu	8	100,0	9	100,0	17	77,3	21	100,0
p	-				<0,05			
Chóng mặt	7	87,5	9	100,0	12	54,5	18	85,7
p	>0,05				<0,05			
Mệt mỏi	8	100,0	8	88,9	14	63,6	19	90,5
p	>0,05				>0,05			
Mạch	8	100,0	8	88,9	14	63,6	20	95,2
p	>0,05				<0,05			

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị bằng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt”, các triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu đều được cải thiện. Có sự khác biệt về tỷ lệ đối tượng có sự cải thiện về chất lưỡi, đau đầu, chóng mặt và mạch tượng ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng của thể bệnh khí huyết lưỡng hư ($p < 0,05$).

3.2.8. Hiệu quả điều trị chung

Bảng 3.20. Hiệu quả điều trị chung

Hiệu quả chung	Tâm tỳ hư				Khí huyết lưỡng hư			
	NNC (n=8)		NĐC (n=9)		NNC (n=22)		NĐC (n=21)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	2	25,0	1	11,1	4	18,2	2	9,5
Khá	4	50,0	5	55,6	16	72,7	9	42,8
Trung bình	2	25,0	3	33,3	2	9,1	8	38,2
Kém	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5
p	>0,05				<0,05			

Nhận xét: Sau điều trị, có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị khá/tốt ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng ở thể bệnh khí huyết lưỡng hư ($p < 0,05$). Tuy nhiên, đối với thể bệnh tâm tỳ hư, tỷ lệ này chưa có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

3.3.1. Tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu

Bảng 3.21. Tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu (n=30)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Buồn nôn	0	0
Nôn	0	0
Mãn ngứa	0	0
Dị ứng	0	0
Sôi bụng	1	3,3
Đi ngoài phân lỏng	0	0
Bầm tím	1	3,3
Chóng mặt tăng lên	0	0

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị bằng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt”, Có 3,33% bệnh nhân có hiện tượng sôi bụng và 3,33% người bệnh xuất hiện bầm tím sau xoa bóp bấm huyệt ở ngày điều trị đầu tiên. Tuy nhiên các triệu chứng không cần phải xử lý đặc biệt và hết triệu chứng ở những ngày tiếp theo.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Kết quả (Bảng 3.1) cho thấy, trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi 18 - 49 tuổi chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm với 56,7%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,3 \pm 8,6$ tuổi, và của nhóm đối chứng là $54,1 \pm 10,0$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiên cứu là từ 18 - 49 tuổi với 73,3%. Đây cũng là nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm đối chứng với 40,0%.

Kết quả này tương đồng với số liệu nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Thị Vân Anh, tuổi trung bình là $59,90 \pm 12$ [26]. Theo nghiên cứu của Dương Trọng Nghĩa, tuổi trung bình là $60,2 \pm 7,94$ [7].

Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, đây là độ tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thoái hóa cao, đặc biệt là thoái hóa cột sống cổ gây chèn ép hệ động mạch sọ nên làm giảm lượng cấp máu cho não gây TNTHNMT [4], [36], [42].

Theo YHCT, ở độ tuổi trên 40 chính khí của cơ thể con người bắt đầu giảm sút, chức năng tạng phủ bắt đầu suy giảm. 50 tuổi can khí bắt đầu suy, 60 tuổi tâm khí bắt đầu suy, 70 tuổi tỳ khí suy yếu da khô nhăn nheo, 80 tuổi phế khí suy, 90 tuổi thận khí suy, kinh mạch khắp cơ thể cũng bắt đầu trống rỗng nên bệnh tật hay phát sinh ở giai đoạn này [33], [35]. Như vậy, bước đầu quan sát trong nghiên cứu của chúng tôi về độ tuổi của bệnh TNTHNMT có sự phù hợp với lý luận của YHCT.

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Kết quả (Bảng 3.2) cho thấy, về phân bố đối tượng nghiên cứu ở hai nhóm phần lớn là nữ giới, tỷ lệ nữ giới chiếm 70% ở cả hai nhóm, nữ giới mắc bệnh cao trên 2 lần so với nam giới. Tuy nhiên số liệu chưa có ý nghĩa thống kê.

So sánh với các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của: Nguyễn Thị Vân Anh (tỷ lệ nữ/nam là 2) [26], Hoàng Thị Hòa

(tỷ lệ nữ/nam là 1,78) [39], Nguyễn Thu Trang (tỷ lệ nữ/nam là 3), Phí Ngọc Thuận (tỷ lệ nữ/nam là 2,3).

Lý giải cho điều này, chúng tôi cho rằng phụ nữ có nguy cơ cũng như khả năng mắc thiếu năng tuần hoàn não mạn tính cao hơn nam giới có thể do một số nguyên nhân như: Người phụ nữ sau khi trải qua giai đoạn sinh đẻ thường mất máu (huyết thiếu), thêm vào đó là việc thiếu hụt canxi (do nguồn cung thiếu và tiêu thụ nhiều trong thời kỳ mang thai, cho con bú, cũng khiến tình trạng thoái hóa nặng lên theo thời gian, đồng nghĩa với việc các triệu chứng của thiếu năng tuần hoàn não (chủ yếu là đau đầu, chóng mặt, giảm trí nhớ) ngày càng tăng [1]. Mặt khác theo YHCT nữ giới 35 tuổi (7x5) mạch dương minh bắt đầu suy, 49 tuổi (7x7) thiên quý kiệt như vậy có sự suy kém về khí huyết sớm hơn nam giới nên có thể tỷ lệ mắc các chứng đầu thống, thất miên, kiện vong huyễn vựng nhiều hơn. Tuy nhiên cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn chưa đủ lớn nên chưa phản ánh được tỷ lệ giới tính trong bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính nói chung.

4.1.3 Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Kết quả (Bảng 3.3) cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân nhóm lao động trí óc ở NNC là 56,4% và nhóm lao động chân tay là 38,1%. Tỷ lệ này ở NĐC lần lượt là 43,6% và 61,9% (lao động trí óc/lao động chân tay). Tuy nhiên số liệu chưa có ý nghĩa thống kê, thực tế do cỡ mẫu còn chưa nhiều, do đó sự liên quan giữa đặc điểm nghề nghiệp và bệnh lý TNTHNMT chưa được đánh giá một cách đầy đủ. Nhưng, cùng với xu thế phát triển chung của thời đại, chúng tôi nhận thấy rằng, thiếu năng tuần hoàn não mạn tính không chỉ đơn thuần xảy ra trên nhóm đối tượng thường xuyên lao động, mang vác nặng (khiến quá trình thoái hóa diễn ra nhanh chóng hơn dẫn đến hiện tượng chèn ép) mà còn xảy ra khá thường xuyên trên nhóm đối tượng lao động trí óc, đặc biệt là những người thường xuyên làm việc văn phòng, ít vận động. Việc ngồi nhiều giờ đồng hồ cùng một tư thế khiến cột sống không được vận động, lâu ngày gây đau, co cứng cơ, cộng thêm với đời sống xã hội, áp lực công việc cao, lạm

dụng các chất kích thích, đồ ăn nhanh...khiến việc trẻ hóa tuổi thoái hóa đã tác động khiến tỷ lệ TNTHNMT gia tăng trên nhóm đối tượng này và khá tương đồng về cơ chế với các đối tượng lao động chân tay.

4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc các bệnh mạn tính kèm theo

Qua kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.4) cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh kèm theo dưới 6 tháng ở NNC chiếm 36,7%, ở NĐC chiếm 66,7%. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh kèm theo từ 6 tháng trở lên ở NNC chiếm 63,3%, ở NĐC chiếm 33,3%. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc các bệnh mạn tính kèm theo cũng phản ánh 1 phần tình trạng bệnh tật của bệnh nhân nghiên cứu, hầu hết do lao động quá sức, do ăn uống không đầy đủ hay nghỉ ngơi không hợp lý, khi thấy có các triệu chứng lâm sàng: hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, choáng váng, mất ngủ, đau đầu...mới bắt đầu đi khám chữa bệnh.

Theo YHCT các yếu tố như tuổi cao, ẩm thực bất túc, sinh hoạt không điều độ, lao lực quá độ, bệnh tật lâu ngày làm cho các tạng phủ bị suy tổn, nhất là ở nữ giới (nữ giới $7 \times 7 = 49$ thiên quý kiệt). Khi tỳ vị tổn thương sẽ mất chức năng kiện vận, không vận hóa được chất tinh vi của thủy cốc dẫn đến nguồn sinh hóa hậu thiên bị suy giảm, nếu kéo dài lâu ngày sẽ sinh ra huyết hư. Huyết hư không đủ nuôi dưỡng được các tạng phủ, tứ chi bách hài. Khí là soái của huyết, khí vận hành thì huyết vận hành, huyết là mẹ của khí, cuối cùng là khí huyết lưỡng hư mà gây ra bệnh. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác như của Nguyễn Trung Kiên và Trần Quốc Bình [4], [6].

4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh TNTHNMT

Qua kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.5) cho thấy: Không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh TNTHNMT trung bình giữa 2 nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân mắc TNTHNMT từ 6 tháng trở lên ở nhóm đối chứng (56,7%) tương đồng so với nhóm nghiên cứu (50,0%).

Trên thực tế lâm sàng, thiếu năng tuần hoàn não mạn tính thường được chẩn đoán phân biệt với hội chứng tiền đình ngoại vi, bởi các triệu chứng khá giống nhau. Để chẩn đoán xác định, thầy thuốc phải thăm khám, đưa ra một số chỉ định cận lâm sàng cần thiết nhằm khẳng định và xác lập chẩn đoán. Chẩn đoán cơ bản dựa vào bảng điểm lâm sàng Khadjev trên 23,9 điểm [51]. Đây là thang điểm được xây dựng trên cơ sở 20 triệu chứng điển hình của thiếu năng tuần hoàn não (đau đầu, chóng mặt và rối loạn giấc ngủ, giảm trí nhớ). Mặc dù việc chẩn đoán bằng các triệu chứng lâm sàng có sai số bởi chịu một phần ảnh hưởng chủ quan của bệnh nhân và bác sỹ điều trị, tuy nhiên, vị trí hàng đầu của các triệu chứng lâm sàng có giá trị trong chẩn đoán thiếu năng tuần hoàn não đã được rất nhiều nhà y học lâm sàng nghiên cứu áp dụng khẳng định [57].

4.1.6. Phân bố thể bệnh theo YHCT của bệnh nhân nghiên cứu

Qua kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.6) cho thấy: Ở 2 nhóm nghiên cứu, tỷ lệ thể bệnh tâm tỳ hư ở NĐC chiếm 30%, NNC chiếm 26,7%. Trong khi đối với thể bệnh khí huyết lưỡng hư, tỷ lệ này ở NĐC (70%), NNC chiếm 73,3%. Tuy nhiên số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Theo lý luận YHCT, não là bễ của tủy, là cơ quan quan trọng của cơ thể, quan hệ rất lớn đến đời sống, không được để hao tổn. Não tủy có công dụng là chủ việc thông sáng của tai mắt, sự linh hoạt của chân tay, mình mẩy, và mọi hoạt động tinh thần. Bệnh lý của não tủy liên quan chặt chẽ tới công năng hoạt động của các tạng tâm, tỳ... Tâm chủ thần minh tức là chủ về hoạt động tinh thần, ý thức, tư duy. Tâm lại chủ về huyết mạch, nên khi công năng của tạng Tâm được kiện toàn, huyết mạch thịnh vượng thì sắc mặt hồng hào, tinh thần thông tuệ, thân thể khoẻ mạnh... Não tủy và Tâm lại chủ yếu nhờ tinh huyết của Can Thận nhu dưỡng, nhờ sự vận hoá tinh hoa của đồ ăn thức uống, sự phân bố khí huyết của Tỳ vị để nuôi dưỡng.

Tóm lại, cho dù là mắc bệnh do nguyên nhân nào thì đều dẫn đến việc phân huyết của cơ thể bị thiếu hoặc bị hư tổn làm sự vận hành huyết dịch bị trở ngại,

huyết bị ngừng trệ, khí huyết bất hoà làm cho Tâm, Thận và não tuỷ kém nuôi dưỡng, công năng hoạt động của ngũ tạng bị giảm sút, từ đó xuất hiện các chứng như: đau đầu, chóng mặt, mất ngủ, hồi hộp, buồn bực, dễ cáu giận, hay quên, mộng mị, tức ngực khó chịu, sườn đau, tê tay chân, tinh thần ủ rũ hoặc nặng thì xây sầm mặt mày, ngã ra hôn mê...những triệu chứng điển hình của bệnh lý này. [17],[34],[35].

4.2. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TNTHNMN CỦA BÀI THUỐC “HOÀNG KỲ BỔ HUYẾT THANG” KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYẾT

4.2.1. Đánh giá sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Kết quả (Bảng 3.13) cho thấy, sau liệu trình điều trị 15 ngày, các triệu chứng lâm sàng chính của bệnh nhân đều được cải thiện khá rõ ở cả 2 nhóm NNC và NĐC. Triệu chứng đau đầu giảm từ 73.3% xuống còn 26.7% ở NNC; giảm từ 73.3% xuống còn 43.3% ở NĐC. Triệu chứng chóng mặt giảm từ 86,7% xuống còn 23,3% ở NNC; giảm từ 83,3% xuống còn 46,7% ở NĐC. Triệu chứng giảm trí nhớ giảm từ 83,3% xuống còn 30,0% ở NNC; giảm từ 70,0% xuống còn 43,3% ở NĐC. Triệu chứng rối loạn giấc ngủ (thức giấc sớm, tỉnh dậy không ngủ lại được, khó ngủ) giảm rõ rệt sau điều trị từ 93,3% xuống còn 23,3% ở NNC; giảm từ 73,3% xuống còn 56,7% ở NĐC. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước trong việc sử dụng các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc để điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính như:

Trần Kim Dung (2004). Nghiên cứu tác dụng điều trị TNTHNMT của viên Cracetin có nguồn gốc từ cây đở non và cây hoa hòe, dùng điều trị TNTHNMT cho 3 thể bệnh chính: Tâm tý hư, khí huyết lưỡng hư, can thận âm hư. Nghiên cứu với cỡ mẫu $n=50$ trong thời gian 30 ngày, bệnh nhân TNTHNMT với các triệu chứng: Nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, dị cảm: Cải thiện tốt trên 90% [29]

Hoàng Thị Hòa (2010). Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị Thiếu năng tuần hoàn mạn tính do thoái hóa cột sống cổ. Điều trị cho 3 thể bệnh chính: Tỳ hư đàm trệ, can thận âm hư. Nghiên cứu theo phương pháp mở có so sánh trước và sau điều trị với cỡ mẫu $n=50$ trong thời gian 30 ngày. Các triệu chứng cải thiện rõ rệt như: Đau đầu 82%, chóng mặt 92%, rối loạn giấc ngủ 84,2%, giảm trí nhớ 70% [39]

Nguyễn Thị Vân Anh (2000). Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương trên BN có hội chứng Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Điều trị cho 3 thể bệnh chính: Can thận âm hư, Khí huyết lưỡng hư, Tâm tỳ hư. Nghiên cứu theo phương pháp mở có so sánh trước và sau đợt tập với cỡ mẫu $n=50$ trong thời gian 45 ngày. Các triệu chứng cải thiện tốt: Đau đầu 62%, mệt mỏi 72%, chóng mặt 66,7%, rối loạn giấc ngủ 81% [26]

Nguyễn Thu Trang (2018) “Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Bổ não thông mạch HV” trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não”. Điều trị cho 2 thể bệnh chính: Can thận âm hư, Tâm tỳ hư. Nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, nhãn mở, có đối chứng với $n=60$ trong thời gian 30 ngày. Các triệu chứng cải thiện tốt: Đau đầu 62%, mệt mỏi 72%, chóng mặt 66,7%, rối loạn giấc ngủ 81% [23]

Phí Ngọc Thuận (2017) “Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bác trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư”. Điều trị 2 thể bệnh: Can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư. Nghiên cứu theo phương pháp tiền cứu so sánh trước sau điều trị với $n=60$ trong thời gian 30 ngày. Các triệu chứng cải thiện tốt trên 80% [11]

Như vậy khi so sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, mặc dù liệu trình điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian 15 ngày ngắn hơn các tác giả trên, nhưng hiệu quả rất đáng khích lệ. Nếu có được nghiên cứu trong thời gian dài hơn việc so sánh đánh giá sẽ còn toàn diện hơn nữa.

4.2.2. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng đau đầu theo thang điểm VAS

Theo YHCT, đau đầu thuộc phạm vi chứng Đầu thống do hai căn nguyên chính là ngoại cảm và nội thương. Tuy nhiên chứng đau đầu là triệu chứng trong bệnh lý huyễn vựng, các bệnh nhân nghiên cứu có thời gian mắc bệnh lâu, tuổi cao thì nguyên nhân chính lại do yếu tố nội thương. Nội thương làm nguyên khí suy kém, huyết phạm không đầy đủ, khí huyết không thông được lên đầu hoặc bị trở trệ, nghịch loạn dẫn đến đau đầu [33].

Kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.14) cho thấy:

Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều đau đầu ở điểm trung bình lần lượt là $4,9 \pm 2,3$ ở NNC và $4,4 \pm 2,14$ ở NĐC. Sự khác biệt ở mức độ đau đầu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 5 ngày điều trị, không có sự khác biệt về mức độ đau đầu theo thang điểm VAS ở nhóm nghiên cứu trước và sau 5 ngày điều trị ($p > 0,05$). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu tại thời điểm D_0 là $4,9 \pm 2,3$ trong khi tại thời điểm D_5 là $4,2 \pm 1,0$

Sau 10 ngày điều trị, có sự khác biệt về mức độ đau đầu theo thang điểm VAS ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng trước và sau 10 ngày điều trị ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu sau 10 ngày điều trị đã giảm từ 4,9 xuống 3,2 điểm

Sau 15 ngày điều trị, điểm đau VAS ở NNC giảm từ $4,9 \pm 2,3$ (điểm) xuống còn $2,0 \pm 1,1$ (điểm); NĐC giảm từ $4,4 \pm 2,1$ (điểm) xuống $2,7 \pm 1,3$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm mạnh từ $4,9 \pm 2,3$ điểm xuống $2,0 \pm 1,1$ điểm

Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của 1 số tác giả khác như: Hoàng Thị Hòa điều trị thiếu năng tuần hoàn não bằng phương pháp điện châm có tỷ lệ khỏi đau là 82% [39]; Nguyễn Văn Toại điều trị bằng Cao thông U, có tỷ lệ cải thiện là 87,50% (chuyển mức độ về đau vừa và đau nhẹ) [42].

Lý giải cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi mặc dù thời gian can thiệp chưa dài, thời gian can thiệp trong 15 ngày so với các nghiên cứu trên có liệu trình can thiệp 30 - 45 ngày dùng 1 phương pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc đơn thuần nhưng kết quả có sự tương đồng, điều đó có thể do tác động đến từ phương pháp điều trị kết hợp dùng thuốc và không dùng thuốc.

4.2.3. Đánh giá sự cải thiện mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler

Qua kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.15) cho thấy: bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều giảm trí nhớ, trí nhớ ở mức độ trung bình theo trắc nghiệm Wechsler. Điểm Wechsler của nhóm nghiên cứu là $4,6 \pm 1,3$ trong khi của nhóm đối chứng là $5,0 \pm 0,8$. Sự khác biệt về mức độ giảm trí nhớ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So với thời điểm nhập viện, sau điều trị điểm Wechsler trung bình đã tăng rõ rệt ở cả 2 NNC và NĐC cụ thể:

Kết quả (Bảng 3.15): Sau 5 ngày điều trị, điểm Wechsler chưa có sự cải thiện nhiều ở NĐC ($p > 0,05$). Điểm Wechsler ở NNC tăng từ $4,6 \pm 1,3$ điểm lên $5,6 \pm 0,8$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Kết quả (Bảng 3.15): Sau 10 ngày điều trị, điểm Wechsler của NĐC tăng từ $5,0 \pm 0,8$ điểm lên $6,1 \pm 1,1$ điểm; trong khi với NNC là $4,6 \pm 1,3$ điểm lên $6,2 \pm 1,4$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Kết quả (Bảng 3.15) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, điểm Wechsler của NĐC tăng từ $5,0 \pm 0,8$ điểm lên $7,9 \pm 1,0$ điểm; trong khi với nhóm nghiên cứu là $4,6 \pm 1,3$ điểm lên $7,3 \pm 0,8$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả khác chúng tôi thấy rằng, kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của 1 số tác giả khác như:

Phí Ngọc Thuận (2017) “Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bác trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư”. Điều trị 2 thể bệnh: Can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư. Nghiên cứu

theo phương pháp tiến cứu so sánh trước sau điều trị với $n=60$ trong thời gian 30 ngày. Sự cải thiện mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler tăng từ $4,65 \pm 0,69$ lên $8,54 \pm 0,32$ ở nhóm can thận âm hư, tăng từ $4,78 \pm 0,42$ lên $8,99 \pm 0,46$ ở nhóm khí huyết lưỡng hư [11]

Hoàng Thị Hòa (2010). Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị Thiếu năng tuần hoàn mạn tính do thoái hóa cột sống cổ. Điều trị cho 2 thể bệnh chính: Tỳ hư đàm trệ, can thận âm hư. Nghiên cứu theo phương pháp mở có so sánh trước và sau điều trị với cỡ mẫu $n=50$ trong thời gian 30 ngày. Các triệu chứng cải thiện rõ rệt, điểm trung bình Wechsler trước điều trị là $5,3 \pm 0,8$, sau điều trị là $8,1 \pm 0,9$ điểm [39]

Nguyễn Thị Vân Anh (2000). Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân có hội chứng Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Điều trị cho 3 thể bệnh chính: Can thận âm hư, Khí huyết lưỡng hư, Tâm tỳ hư. Nghiên cứu theo phương pháp mở có so sánh trước và sau đợt tập với cỡ mẫu $n=50$ trong thời gian 45 ngày. Các triệu chứng cải thiện tốt: điểm trung bình Wechsler trước tập là $13,04 \pm 4,09$, sau đợt tập là $14,32 \pm 3,63$ điểm [26]

Như vậy khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả khác, chúng tôi thấy rằng kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của 1 số tác giả khác như:

Phí Ngọc Thuận (2017) “Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bác trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư” có sự cải thiện về mức độ giảm trí nhớ là 3,89 điểm ở nhóm can thận âm hư, và 4,21 điểm ở nhóm khí huyết lưỡng hư [11]

Hoàng Thị Hòa (2010), “Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị Thiếu năng tuần hoàn mạn tính do thoái hóa cột sống cổ” có sự cải thiện mức độ giảm trí nhớ là 2,8 điểm [39]

Nguyễn Thị Vân Anh (2000), “Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương trên bệnh nhân có hội chứng Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính” có sự cải thiện mức độ giảm trí nhớ là 1,28 điểm [26]

Lý giải cho kết quả nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng TNTHNMT theo YHHĐ, não trong tình trạng thiếu oxy kéo dài làm ảnh hưởng tới quá trình oxy hóa, năng lượng giải phóng ra ít làm ảnh hưởng tới hoạt động của não bộ làm bệnh nhân hay quên, trí nhớ giảm sút. Theo YHCT, giảm trí nhớ thuộc chứng kiện vong phần nhiều do tâm, tỳ, thận hư dẫn đến huyết thiếu, tinh tủy giảm não, mất nuôi dưỡng dẫn đến tình trạng hay quên [33]

Bài thuốc cổ phương “Hoàng kỳ bổ huyết thang” gồm các vị thuốc: Nhân sâm, Đương quy, Bạch thược, Tử uyển, Hoàng kỳ, Mạch môn, Ngũ vị tử, Cam thảo [56]. Với tác dụng: Kiện tỳ phục mạch, bổ khí thăng dương, hoạt huyết dưỡng huyết, ninh tâm an thần, ích trí rất phù hợp điều trị các chứng như hoa mắt chóng mặt, đau đầu, hồi hộp, mất ngủ, giảm trí nhớ thường gặp trong bệnh lý TNTHNMT. Ngoài ra, bài thuốc còn kết hợp với phương pháp điều trị xoa bóp bấm huyết tác động vào vùng đầu mặt cổ vai gáy của người bệnh có tác dụng giảm đau, lưu thông khí huyết kinh lạc nên hiệu quả điều trị các triệu chứng suy giảm trí nhớ càng được cải thiện rõ rệt.

4.2.4. Đánh giá sự cải thiện khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuller

Qua kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.16) cho thấy: bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều giảm khả năng tập trung di chuyển chú ý, chưa có sự khác biệt về khả năng tập trung di chuyển chú ý của bệnh nhân ở 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Điểm Schuller trung bình của nhóm nghiên cứu ($4,7 \pm 0,8$) tương đương so với nhóm đối chứng ($4,9 \pm 0,7$)

Kết quả nghiên cứu so với thời điểm D_0 , điểm Schuler trung bình đã tăng sau thời gian điều trị ở cả 2 NNC và NĐC. Điểm trung bình theo phương pháp Schuler của cả 2 nhóm nghiên cứu đều được cải thiện ($p < 0,05$)

Kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.16) cho thấy sự khác biệt về điểm trung bình theo phương pháp Schuler ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tiếp tục tăng lên sau khi điều trị 10 ngày. Số liệu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm nghiên cứu, điểm Schuler trung bình tăng hơn so với nhóm đối chứng từ $4,7 \pm 0,8$ điểm lên $6,5 \pm 1,3$ điểm sau 10 ngày điều trị

Kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.16) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, điểm trung bình đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý theo phương pháp Schuler ở 2 nhóm bệnh nhân tiếp tục tăng sau 15 ngày điều trị, tăng từ $4,7 \pm 0,8$ điểm lên $7,7 \pm 0,6$ điểm. Số liệu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm về điểm trung bình không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả khác, chúng tôi thấy rằng kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của 1 số tác giả khác như:

Hoàng Thị Hòa (2010), “Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị Thiếu năng tuần hoàn mạn tính do thoái hóa cột sống cổ” có sự cải thiện khả năng tập trung di chuyển chú ý thay đổi từ $5,1 \pm 0,8$ điểm lên $7,4 \pm 1,0$ điểm [39]

Nguyễn Thị Vân Anh (2000), “Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương trên bệnh nhân có hội chứng Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính” có sự cải thiện khả năng tập trung di chuyển chú ý thay đổi từ $10,42 \pm 3,94$ điểm lên $15,38 \pm 4,35$ điểm [26]. Như vậy trên phương diện cải thiện thiện khả năng tập trung di chuyển chú ý, phương pháp kết hợp dùng thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang và xoa bóp bấm huyệt mặc dù liệu trình ngắn hơn các nghiên cứu trên nhưng cũng cho kết quả đáng khích lệ.

4.2.5. So sánh sự cải thiện điểm Khadjev trước và sau điều trị

Qua kết quả nghiên cứu ở (Bảng 3.17) cho thấy: Điểm trung bình Khadjev thời điểm D_0 của nhóm đối chứng là $27,5 \pm 3,5$ tương đương so với nhóm nghiên cứu $27,4 \pm 2,9$ tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều có biểu hiện TNTHNMT trên lâm sàng ở mức độ vừa và nhẹ.

Trước can thiệp, điểm Khadjev của NNC là $27,4 \pm 2,9$ (điểm) giảm xuống còn $23,1 \pm 5,0$ (điểm) vào ngày D_5 ; ở NĐC điểm Khadjev giảm từ $27,5 \pm 3,5$ xuống còn $22,5 \pm 2,3$, số liệu có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$). Tuy nhiên, sự khác biệt về điểm Khadjev giữa NNC và NĐC chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Kết quả (Bảng 3.17) ta thấy ở NNC, sau 10 ngày điều trị, điểm Khadjev giảm xuống còn $19,9 \pm 4,7$ (điểm), NĐC là $21,9 \pm 4,1$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$)

Kết quả (Bảng 3.17) ta thấy sau 15 ngày vào viện, điểm Khadjev ở NNC tiếp tục giảm xuống rõ rệt còn $7,9 \pm 2,0$ (điểm), NĐC là $9,4 \pm 4,2$ (điểm). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$).

So sánh với kết quả nghiên cứu các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy kết quả cũng có tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác:

Hoàng Thị Hòa (2010). Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ. Điều trị cho 2 thể bệnh chính: Tỳ hư đàm trệ, can thận âm hư. Nghiên cứu theo phương pháp mở có so sánh trước và sau điều trị với cỡ mẫu $n=50$ trong thời gian 30 ngày. Các triệu chứng cải thiện rõ rệt, điểm trung bình Khadjev trước điều trị là $29,10 \pm 3,40$, sau điều trị là $9,70 \pm 4,10$ điểm, vậy số điểm Khadjev giảm 19,4 điểm [39].

Nguyễn Thị Vân Anh (2000). Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương trên bệnh nhân có hội chứng Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Điều trị cho 3 thể bệnh chính: Can thận âm hư, Khí huyết lưỡng hư, Tâm tỳ hư. Nghiên cứu theo phương pháp mở có so sánh trước và sau đợt tập với cỡ mẫu

n=50 trong thời gian 45 ngày. Các triệu chứng cải thiện tốt: điểm trung bình Khadjev trước tập là $30,52 \pm 3,41$, sau đợt tập là $14,56 \pm 3,31$ điểm, vậy số điểm Khadjev giảm 15,96 điểm [26]

Phí Ngọc Thuận (2017) “Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư”. Điều trị 2 thể bệnh: Can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư. Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu so sánh trước sau điều trị với n=60 trong thời gian 30 ngày. Các triệu chứng cải thiện tốt trên 80%, điểm trung bình Khadjev trước điều trị là $27,47 \pm 1,11$, sau điều trị là $15,68 \pm 1,92$ điểm ở nhóm can thận âm hư, điểm trung bình Khadjev trước điều trị là $27,23 \pm 1,51$, sau điều trị là $15,23 \pm 1,01$ điểm ở nhóm khí huyết lưỡng hư [11]. Như vậy trên phương diện cải thiện điểm Khadjev, phương pháp kết hợp dùng thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang và xoa bóp bấm huyết mặc dù liệu trình ngắn hơn các nghiên cứu trên nhưng cũng cho kết quả đáng khích lệ.

4.2.6. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn

Từ kết quả ở (Bảng 3.18) cho thấy: Chỉ số sinh tồn trước và sau 15 ngày điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bệnh nhân có tần số mạch và huyết áp sau 15 ngày điều trị ở cả hai nhóm đều nằm trong giới hạn bình thường. Điều này có nghĩa phương pháp kết hợp dùng thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang và xoa bóp bấm huyết không làm ảnh hưởng tới lưu lượng tuần hoàn mạch.

Sơ bộ đánh giá, phương pháp dùng thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang và xoa bóp bấm huyết không gây ra tác dụng không mong muốn trên mạch và huyết áp của bệnh nhân nghiên cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu 15 ngày.

4.2.7. Đánh giá hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền

Từ kết quả ở (Bảng 3.19) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị bằng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyết, các triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu đều được cải thiện tốt. Triệu chứng YHCT sắc mặt, chất

lưỡi, đau đầu, mệt mỏi, mạch tượng ở nhóm nghiên cứu thể bệnh tâm tỳ hư được cải thiện 100%. Trong khi đó, nhóm nghiên cứu thể bệnh khí huyết lưỡng hư có sự cải thiện tốt nhất về tình trạng rêu lưỡi (86,4%) và đau đầu (77,3%).

Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả khác, chúng tôi thấy rằng kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của 1 số tác giả khác như:

Hoàng Thị Hòa (2010). Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ. Các triệu chứng YHCT cải thiện rõ rệt tỷ lệ cải thiện trung bình đạt 86% [39]

Nguyễn Thị Vân Anh (2000). Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương trên bệnh nhân có hội chứng Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Điều trị cho 3 thể bệnh chính: Can thận âm hư, Khí huyết lưỡng hư, Tâm tỳ hư. Các triệu chứng cải thiện tốt đạt 79% [26]

Phí Ngọc Thuận (2017) “Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bäck trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư”. Điều trị 2 thể bệnh: Can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư. Các triệu chứng cải thiện tốt trên 80% [11].

Kết quả ở (Bảng 3.20) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị theo thể bệnh y học cổ truyền giữa các nhóm đạt kết quả tích cực. Ở thể bệnh tâm tỳ hư, hiệu quả điều trị tốt, khá lần lượt ở NNC đạt 25% so với 11,1% ở NĐC và 50,0% ở NNC so với 55,6% ở NĐC và hiệu quả điều trị trung bình ở NNC đạt 25% so với 33,3% ở NĐC, không có bệnh nhân điều trị có kết quả kém. Còn ở thể bệnh khí huyết lưỡng hư, hiệu quả điều trị tốt, khá lần lượt ở NNC đạt 18,2% so với 9,5% ở NĐC và 72,7% ở NNC so với 42,8% ở NĐC, hiệu quả điều trị trung bình, kém ở NNC đạt 9,1% so với 38,2% ở NĐC và 0,0% ở NNC so với 9,5% ở NĐC. Sau điều trị, có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị tốt, khá ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng ở thể bệnh khí huyết lưỡng hư ($p < 0,05$). Tuy nhiên, đối với thể bệnh tâm tỳ hư, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 NNC và NĐC ($p > 0,05$).

Để giải thích cho hiệu quả của phương pháp điều trị, chúng tôi lý giải trên 2 phương diện: dùng thuốc, xoa bóp bấm huyệt.

Trong bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”, các vị thuốc được phối ngũ với nhau chặt chẽ theo quân, thần, tá, sứ của YHCT.

Hoàng kỳ có tác dụng bổ khí thăng dương, sinh tân dưỡng huyết là quân dược, tăng cường chức năng miễn dịch của cơ thể, điều tiết miễn dịch, thúc đẩy sự hình thành kháng thể, lợi tiểu, chữa suy tim tăng lực co bóp tim, tăng sức đề kháng của mao mạch, giãn mạch ngoại vi, có tác dụng bổ tỳ vị, bổ trung ích khí, lợi thủy, sinh cơ [37], [38], [46]. Tuy nhiên trong nghiên cứu, tình trạng mạch và huyết áp của bệnh nhân trong giới hạn bình thường, thuốc lại không làm thay đổi tần số mạch và huyết áp.

Nhân sâm có tác dụng đại bổ nguyên khí, phục mạch cố thoát, bổ tỳ, ích phế, sinh tân dưỡng huyết, an thần, ích trí là thần dược, tác dụng hồi phục huyết áp do mất máu vừa hạ huyết áp ở những người bị cao huyết áp. Tăng hiệu suất hoạt động của thể lực và tư duy, giảm mệt mỏi. Cải thiện chức năng não bộ ở người cao tuổi, chống lão hóa và tăng trí nhớ, độ tập trung của não bộ, thúc đẩy chuyển hóa lipid trong gan. Nhân sâm có tác dụng ngăn ngừa tăng cholesteron và hạn chế hình thành xơ vữa động mạch, tăng chức năng thải độc của gan, bảo vệ gan [37], [38], [46]

Mạch môn dưỡng âm sinh tân, thanh tâm là thần dược, có tác dụng trong điều trị thiếu máu cơ tim, chống rối loạn nhịp tim, tăng huyết lượng động mạch vành và cải thiện lực co bóp cơ tim. Trên thực nghiệm còn cho thấy dược liệu này có tác dụng an thần [37], [38], [46]

Đương quy bổ huyết, hoạt huyết là thần dược, theo kết quả nghiên cứu dược lý hiện đại, đương quy có tác dụng chống thiếu máu, hạ mỡ máu, tăng tốc độ lưu huyết, cải thiện lưu lượng máu nuôi dưỡng cơ tim, tăng khả năng thu nhận oxy của hồng cầu, tăng khả năng miễn dịch. Ngoài ra đương quy có tác dụng bổ huyết, thông

huyết mạch tác dụng này có thể hỗ trợ trong điều trị chứng đau đầu tốt hơn [37], [38], [46]

Bạch thực dưỡng huyết, liễm âm là thần dược. Theo kết quả nghiên cứu dược lý glucozit trong bạch thực có tác dụng ức chế trung khu thần kinh nên có khả năng giảm đau và an thần. Glucozit trong bạch thực có tác dụng chống hình thành huyết khối, bảo vệ gan, hạ men transaminase, tăng lưu lượng máu, dinh dưỡng cơ tim. Bạch thực có khả năng hạ áp nhẹ và giãn mạch ngoại vi nhờ vào cơ chế chống co thắt cơ trơn mạch máu. Glucozit trong bạch thực có khả năng hạ nhiệt và chống viêm. Ngoài ra bạch thực có tác dụng lợi tiểu và cầm mồ hôi [37], [38], [46]

Tử uyển: Nhuận phế, hoá đàm, làm đàm thấp không khốn tỳ giúp cho tỳ vượng là tá dược, chữa ho, khí xuyên, ho ra máu mũi, tiểu tiện đỏ. Phần âm hư, phổi ráo, viêm khí quản cấp tính hoặc mãn tính. Theo kết quả nghiên cứu dược lý hiện đại, thành phần sponin có trong cây tử uyển sẽ làm tăng chất tiết khí quản nên có tác dụng hóa đờm. Tác dụng giảm ho nhờ chất ceton, tác dụng ức chế các loại trực khuẩn mũi xanh, đại tràng và thương hàn. Tử uyển còn có tác dụng kháng tế bào ung thư, tán huyết mạnh. [37], [38], [46]

Ngũ vị tử, ích khí sinh tân, ninh tâm bổ nguyên khí bất tức là tá dược, tác dụng điều trị suy nhược. Nghiên cứu dược lý hiện đại cho thấy, cồn chiết xuất từ ngũ vị tử có khả năng cải thiện các triệu chứng do thần kinh suy nhược như mất ngủ, hồi hộp, đau đầu, chóng mặt,...[37], [38], [46]

Cam thảo, bổ tỳ, ích khí, điều hòa vị thuốc là sứ dược. Một số nghiên cứu dược lý hiện đại cho thấy, tác dụng tương tự như corticoid nội sinh. Ngoài ra cam thảo còn có tác dụng giải độc, bảo vệ gan nhờ: Thành phần Glycyridin trong cam thảo có khả năng bảo vệ gan khỏi các tác nhân gây hại như Carbon tetrachloride. Glycyridin còn giảm bớt độc tố của Atropin, Stibium và Atropin, tác dụng chỉ khát hóa đờm, chống loét đường tiêu hóa, Glycyricin trong cam thảo còn có khả năng

giảm tỉ lệ mỡ trong cơ thể. Cam thảo còn có tác dụng giải nhiệt, chống rối loạn nhịp tim và chống lợi niệu [37], [38], [46]

Toàn phương Hoàng kỳ bổ huyết thang có tác dụng: Kiện tỳ phục mạch, bổ khí thăng dương, hoạt huyết dưỡng huyết, ninh tâm an thần, ích trí rất phù hợp điều trị các chứng như hoa mắt chóng mặt, đau đầu, hồi hộp, mất ngủ, giảm trí nhớ thường gặp trong bệnh lý TNTHNMT.

Từ kết quả ở (Bảng 3.19) về hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng YHCT, (Bảng 3.20) về hiệu quả điều trị chung cho bệnh nhân TNTHNMT cho thấy: Kết hợp thủ thuật xoa bóp bấm huyết đây là một trong những phương pháp vận dụng lý luận y học cổ truyền và cơ chế tác dụng của xoa bóp theo y học hiện đại, với đặc điểm dùng bàn tay, ngón tay là chính để tác động lên huyết da thịt gân khớp của người bệnh, nhằm đạt tới mục đích phòng bệnh và chữa bệnh TNTHNMT rất hiệu quả. Ở Việt Nam, nhiều danh y nổi tiếng như Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) trong “Hồng nghĩa giác tư y thư”. Hải Thượng Lãn Ông – Lê Hữu Trác (thế kỷ XVIII) trong “Vệ sinh yếu quyết” đã đề cập đến xoa bóp bấm huyết như một y thuật chữa bệnh có hiệu quả cao. Xoa bóp bấm huyết được ứng dụng để điều trị nhiều bệnh khác nhau, trong đó có TNTHNMT.

Đối với các triệu chứng thường gặp của TNTHNMT như: Đau đầu, chóng mặt, giảm trí nhớ và rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi...Xoa bóp bấm huyết đều có các cơ chế tác động trực tiếp hoặc gián tiếp giúp cải thiện tốt quá trình điều trị bệnh cho bệnh nhân như:

Tác dụng trên da: Nâng cao quá trình dinh dưỡng và năng lực hoạt động của hệ thần kinh, vì khi xoa bóp trực tiếp tác động vào các cảm thụ thể gây nên các phản xạ thần kinh có ích làm tiết ra các nội tố tế bào (Histamin, cholin và các hợp chất Axetylcholin).

Tác dụng với hệ thần kinh: Xoa bóp có tác dụng làm thay đổi điện não đồ, nếu kích thích nhẹ (bổ) gây hưng phấn, nếu kích thích mạnh (tả) gây ức chế. Hệ

thần kinh thực vật: Xoa bóp làm thay đổi hoạt động của nội tạng và mạch máu. Áp dụng điều trị cao huyết áp, đau nửa đầu.

Tác dụng đối với cơ, gân, khớp: Làm tăng cường sức bền của cơ giúp cơ làm việc lâu hơn. Rút ngắn thời gian hồi phục của cơ khi bị mệt mỏi, chữa các chứng co cứng, đau, phù nề cơ. Tăng cường dinh dưỡng cho cơ, tăng cường tích lũy glycogen ở cơ và chữa chứng teo cơ. Xoa bóp có tác dụng tăng cường sự đàn hồi của gân và các dây chằng, thúc đẩy việc tiết dịch trong ổ khớp và tuần hoàn quanh khớp chống lại hiện tượng ứ trệ, sưng nề ở khớp và cải thiện tuần hoàn bạch huyết.

Tác dụng đối với hệ tuần hoàn: Xoa bóp làm dẫn mạch máu ngoại vi từ đó làm đỡ gánh nặng cho tim, tăng cường máu đến não giúp điều trị TNTNMT hiệu quả hơn.

Tác dụng đối với hệ hô hấp: Khi xoa bóp vào vùng ngực do kích thích trực tiếp và do phản xạ thần kinh làm bệnh nhân thở sâu hơn, tác dụng đối với hệ tiêu hoá, tác dụng đối với quá trình trao đổi chất.

Tất cả các cơ chế tác dụng của XBBH đã đem lại nhiều kết quả điều trị tốt cho bệnh nhân mắc TNTNMT, ngoài ra xoa bóp bấm huyết lại là một phương pháp đơn giản, dễ làm không xâm lấn. Là một phương pháp tác động lên huyết nhưng không xuyên da, không chảy máu nên chỉ định của bấm huyết rất rộng rãi, có thể thực hiện mọi lúc mọi nơi khi bệnh nhân cần ít xảy ra tai biến và không phụ thuộc vào phương tiện máy móc. Vì vậy xoa bóp bấm huyết ngày càng được áp dụng rộng rãi trong dự phòng và điều trị bệnh, đặc biệt là ở tuyến cơ sở.

4.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

4.3.1. Tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu

Sau 15 ngày điều trị bằng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyết”:

Có 1 người bệnh phản hồi sau khi uống thuốc sắc ở hai ngày đầu tiên có hiện tượng sôi bụng nhưng không có triệu chứng đi ngoài. Triệu chứng này cũng không

cần xử lý gì, sau đó tự hết. Có 1 người bệnh xuất hiện bầm tím sau khi xoa bóp ngày đầu tiên, sau đó điều chỉnh mức độ tác động triệu chứng cũng tự hết không cần xử lý gì thêm.

Qua tìm hiểu và khai thác triệu chứng, lý giải cho hiện tượng sôi bụng sau khi dùng thuốc đó là một bệnh nhân để túi thuốc trong tủ lạnh, khi uống chưa làm ấm có hiện tượng sôi bụng trên, sau đó được hướng dẫn làm ấm túi thuốc khi sử dụng thì triệu chứng tự hết. Lý giải theo YHCT tỳ thích ôn ấm, ở bệnh nhân tỳ hư nên dùng đồ ấm nóng tốt cho tỳ vị. Một bệnh nhân khác thể trạng yếu, khi XBBH ngày đầu do tác động hơi mạnh, mặt khác theo YHCT người bệnh tỳ hư không thống nhiếp huyết nên dễ bị bầm tím, triệu chứng này cũng hết sau khi điều chỉnh lực tác động ở những lần XBBH sau.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu được tiến hành trên 60 người bệnh được chẩn đoán xác định TNTHNMT chia làm 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu điều trị bằng “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp XBBH, nhóm đối chứng điều trị bằng “Piracetam 400mg kết hợp XBBH, bước đầu chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt có tác dụng cải thiện tình trạng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

- Cải thiện triệu chứng đau đầu: Giảm điểm VAS trung bình sau điều trị ở NNC (2,9 điểm), giảm nhiều hơn so với NĐC (1,7 điểm) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

- Cải thiện khả năng nhìn nhớ: Điểm Wechsler trung bình của NNC tăng (2,7 điểm), NĐC tăng (2,9 điểm), tuy nhiên tác dụng cải thiện này chưa bằng nhóm đối chứng ($p < 0.05$).

- Cải thiện khả năng tập trung di chuyển: Điểm Schuller trung bình của nhóm NNC tăng (3,5 điểm) lớn hơn NĐC tăng (3,1 điểm) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

- Cải thiện điểm triệu chứng lâm sàng: Điểm Khadjev trung bình của NNC giảm (19,5 điểm) tốt hơn so với NĐC giảm (16,2 điểm) với ($p < 0,05$).

- So sánh kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT: Với thể bệnh khí huyết lưỡng hư NNC tỷ lệ điều trị kết quả tốt, khá là 90,9% cao hơn NĐC là 52,4% ($p < 0,05$). Thể bệnh tâm tỳ hư hiệu quả tốt, khá ở NNC là 75,0% cao hơn NĐC 66,7%, tuy nhiên số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong quá trình điều trị

Bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp với XBBH trong điều trị TNTHNMT an toàn trên lâm sàng trong quá trình can thiệp liệu trình 15 ngày.

KIẾN NGHỊ

Từ các kết quả thu được ở nghiên cứu cho thấy, bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt” có tác dụng tốt trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, đồng thời an toàn không gây tác dụng phụ, dễ áp dụng được ở cả tuyến y tế cơ sở trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng nói chung và người bệnh TNTHNMT nói riêng. Khuyến nghị ứng dụng phương pháp này trong điều trị TNTHNMT với thể bệnh tâm tỳ hư và khí huyết lưỡng hư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Bay** (2007). *Bệnh học và điều trị nội khoa*. Bộ y tế. Nhà xuất bản y học Hà Nội; tr 9-33, 482-496
2. **BỘ Y TẾ**. (2020) *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não (ban hành kèm theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020)*
3. **Phạm Khuê** (1993). *Rối loạn tuần hoàn não của người có tuổi*. Nhà xuất bản Y học. 1-24, 238-270, 293-334
4. **Nguyễn Trung Kiên** (2017), “*Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Sinh mạch tán gia giảm điều trị bệnh huyết áp thấp*”, Tạp chí Y học Việt Nam, số 2, tập 450, 4-7
5. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự** (2017). *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học; tr 203-207.
6. **Trần Quốc Bình** (2011). “*Tác dụng của bài thuốc ích khí điều vinh thang trong điều trị TNTHNMT*”. Tạp chí y học phụ trợ 74(3)-2011. Trường Đại học Y Hà Nội, tr 399–403.
7. **Dương Trọng Nghĩa** (2013), “*Nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị thiếu máu não mạn tính qua một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng*”. Báo cáo đề tài khoa học Bệnh viện YHCT Trung Ương, tr 67-68.
8. **Nguyễn Đức Đường** (2015) “*Đánh giá tác dụng của Cebraton đối với đau đầu mạn tính, suy giảm trí nhớ và các rối loạn chức năng não*”. Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Bệnh viện YHCT Trung Ương.
9. **Khoa y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội** (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Nhà xuất bản Y học; tr 320-322.
10. **Viện nghiên cứu Trung y** (2013). *Chứng đầu thống*. Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y, in lần thứ 3, Nhà xuất bản văn hóa dân tộc, Hà Nội, tr 336-346

11. **Phí Ngọc Thuận (2017)** “*Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư*”. Luận văn Thạc sỹ. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
12. **Viện nghiên cứu y học Thượng Hải (2000)**. *Chữa bệnh nội khoa bằng Y học cổ truyền Trung Quốc*. Nhà xuất bản Thanh Hóa, tr 57-64
13. **Bộ môn sinh lý học Đại học Y Hà Nội (2008)**. *Chuyên đề sinh lý học*. Tài liệu giảng dạy cho đối tượng sau đại học, tr 13-28
14. **Đỗ Xuân Hợp (1981)**. *Giải phẫu đại cương, giải phẫu đầu mặt cổ*. Nhà xuất bản Y học, tr 279-280.
15. **Nguyễn Xuân Thản (2004)**. *Bệnh mạch máu não và tủy sống*. Nhà xuất bản Y học, tr 16-20, 36-38
16. **Nguyễn Đức Phúc, Võ Văn Thắng, Nguyễn Thị Hoài Thu (2022)** *Tỷ lệ nhập viện muộn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại bệnh viện Đà Nẵng*. Tạp chí Y học Việt Nam, 515(2), tr 187-191
17. **Nguyễn Nhược Kim (2012)**. *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản y học, tr 54-56
18. **Dương Văn Hạng (1994)** *Thiếu năng tuần hoàn não hệ thống mạch sống nền*. Lâm sàng thần kinh. Học viện quân y, tr 81-101
19. **Trương Lê Tuấn Anh (2016)**. *Điều trị can thiệp đường động mạch trên bệnh nhân thiếu máu não cục bộ cấp*. Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2016. Tạp chí nghiên cứu Y học, số 1, tập 149.
20. **Phạm Khuê (1992)**. *Vữa xơ động mạch não*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. **Phạm Khuê (2013)**. *Bệnh học lão khoa*. Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật, Hà Nội.

22. **Vũ Đăng Nguyên** (1994). *Nghiên cứu điện não, lưu huyết não ở người vận hành máy trong một số nghề đặc biệt*. Luận án Phó tiến sĩ khoa học y dược. Học viện Quân y. Công trình nghiên cứu Y học Quân sự, số 1994, tr 41-54
23. **Nguyễn Thu Trang** (2018) “*Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Bổ não thông mạch HV” trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não*” Luận văn Thạc sĩ y học. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
24. **Nguyễn Mạnh Hùng, Trịnh Trọng Đạt** (2009). *Biến đổi điện não đồ ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính trước và sau điều trị bằng từ trường*. Tạp chí sinh lý học tập 13, tr 9-14
25. **Lê Quang Cường, Pierre Jallon** (2023). *Điện não đồ lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, tr 214-215
26. **Nguyễn Thị Vân Anh** (2000). *Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính*. Luận án Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, tr 42-44, 47-50
27. **Vũ Đăng Nguyên** (1998). *Phương pháp chuẩn đoán điện não*. Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ thần kinh. Nhà xuất bản Y học, tr 35-71
28. **Bộ Y tế** (2015). *Thông tư số 05/2015/TT-BYT Ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế, ngày 17 tháng 3 năm 2015*.
29. **Trần Kim Dung** (2004). *Nghiên cứu tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của viên Cracetin*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội
30. **Trần Thúy và các cán bộ giảng dạy khoa YHCT trường Đại học Y Hà Nội** (2001) *Nội kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr 161-211
31. **Hoàng Bảo Châu** (2006). *Nội khoa học Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học

32. **Nguyễn Nhược Kim** (2001). *Huyền vọng*. Bài giảng cho học viên sau đại học, tr 3-5
33. **Tuệ Tĩnh** (1978). *Đầu thống, thất miên, huyền vọng*. Hồng nghĩa giác tư y thư. Nhà xuất bản Y học, tr 151,183,192.
34. **Tuệ Tĩnh** (1978), “*Nam dược thần hiệu*”, Nhà xuất bản Y học. Quyển 5, tr 150
35. **Nguyễn Tử Siêu** (1992). *Thương cổ thiên chân luận. Hoàng đế Nội kinh tố vấn*. Nhà xuất bản Y học, tr 9-10.
36. **Trần Thị Thanh Loan** (2014). *Đánh giá tác dụng bài Tư vật đào hồng điều trị hội chứng thiếu năng tuần hoàn sống nền*. Luận văn Thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội.
37. **Đỗ Huy Bích và cộng sự** (2004), *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*. Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, tập I.
38. **Đỗ Tất Lợi** (2006). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học.
39. **Hoàng Thị Hòa** (2010). *Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị Thiếu năng tuần hoàn mạn tính do thoái hóa cột sống cổ*. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
40. **Bộ Y Tế** (2013), *Quyết định về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*.
41. **Hạ Bá Dũng** (2007). *Nghiên cứu tác dụng cao thông u điều trị hội chứng thiếu năng tuần hoàn sống nền*. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Trường ĐH Y Hà Nội.
42. **Nguyễn Văn Toại** (2011). *Đánh giá tác dụng của cao thông u trên lâm sàng và xét nghiệm trong điều trị hội chứng thiếu năng tuần hoàn sống nền do thoái hóa cột sống cổ*. Tạp chí nghiên cứu khoa học, tập 76 (số 51), tr 31-35
43. **Nguyễn Xuân Thán** (1997). *Chẩn đoán và điều trị thiếu máu não cục bộ tạm thời*. Học viện Quân y, tr 30-34

44. **Nguyễn Thị Kim Oanh** (2001). *Nghiên cứu tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội tr 35-36
45. **Nguyễn Khắc Viện, cộng sự (1995)**. *Kết quả nghiên cứu về độc tính và tác dụng phụ của thuốc Cerebralysin bào chế từ Đinh lăng và Bạch quả*.
46. **Bộ Y tế (2017)**, *Dược điển Việt Nam, tập 2, xuất bản lần thứ 5*, Nhà xuất bản Y học. Chuyên luận Dược liệu, tr 1063
47. **Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác (2012)**. *Hải Thượng Y tông tâm lĩnh*. Hà Nội. Nhà xuất bản Y học. Tr 40-42, 484-512
48. **Nguyễn Thị Tâm Thuận** (2016). "*Đánh giá tác dụng của hoạt huyết bổ máu Đại Bäck trong điều trị TNTHNMT*". Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.
49. **Frank.H.Netter** (1997). "*Atlas of Human Anatomy*".
50. **Cook JP** (2003). *Folow, NO and atherogenesis*. PNAS vol.100, no.3, tr 768-770
51. **Khadjev** (1979). *Qualitative evnluntion of total and regronal cerebral blood how by impedance methods*, Neural psichiata in nevro chiurgi.sfia. 75,4, tr 250-254
52. **Dương Tự Cát** (2014) ."*Đánh giá tác dụng của dịch truyền Hoàng Kỳ trên các bệnh nhân TNTHNMT*". Tạp chí Y dược Nội Mông, 2012 (31), tr 28-29.
53. **Hoàng Kinh Bách, Phan Huy** (2011) "*Nghiên cứu tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính bằng phương pháp cứu bách hội kết hợp xoa bóp*", Tạp chí châm cứu lâm sàng, số 27, tr 23-24
54. **Trương Vi, La Đào** (2009) "*Nghiên cứu tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính bằng tự nghị thông não thang kết hợp châm cứu*", Tạp chí bệnh khó Trung Quốc, số 10, tr 31
55. **Đậu Xuân Cảnh** (2017). *Giáo trình Nội khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản y học, tr 197-203

56. 彭怀仁 (1996). *中医方剂大辞典, 第五册, 南京中医学院, 人民卫生出版社*
Bành Hoài Nhân (1996), *Trung y phương tễ đại từ điển, Tập 5, Đại học Trung y dược Nam Kinh*, Nhà xuất bản Y học Nhân dân. Số 41579, tr 387
57. **Martynov – Ius, Girich – YI, Kuntsevich – GI at al** (1998). “*The diagnosis, treatment and prevention of early stages of cerebral blood flow insufficiency*”. *Zh-Nevrol-Psikhiatr-Im-S-S-Korsakova*, 98(8),tr 14-18.
58. **Viji, V. and A. Helen**, Inhibition of lipoxygenases and cyclooxygenase-2 enzymes by extracts isolated from *Bacopa monniera* (L.) Wettst. *J Ethnopharmacol*, 2008
59. **Sivaramakrishna, C, et al.** Triterpenoid glycosides from *Bacopa monnieri*. *Phytochemistry*, 2005.66(23):p.2719-28
60. **Murthy, P.B, et al.** Estimation of twelve bacopa saponins in *Bacopa monnieri* extracts and formulations by high-performance liquid chromatography. *Chem Pharm Bull (Tokyo)*, 2006.54(6):p.907-11

PHỤ LỤC 1

CÁC VỊ THUỐC TRONG BÀI THUỐC CỔ PHƯƠNG “HOÀNG KỲ BỔ HUYẾT THANG”

1. Hoàng kỳ (*Astragalus membranaceus*)



Bộ phận dùng: Rễ phơi hoặc sấy khô

Tính vị quy kinh: Vị ngọt, tính hơi ôn
quy Kinh Phế, Tỳ và Tâm

Tác dụng: Bổ tỳ vị, bổ khí huyết, bổ
trung ích khí, lợi thủy, sinh cơ

Chủ trị: Khí hư mệt mỏi, kém ăn; trung khí hạ hãm, tiêu chảy lâu ngày, sa
tạng phủ, tiện huyết, rong huyết; ra mồ hôi; nhọt độc khó vỡ; nội nhiệt tiêu khát

Liều dùng: 12 – 20g/ngày

Thành phần hóa học : Tinh bột, Saccharose, Glucose, Chất nhầy, Cholin,
Betain, Các loại acid amin, Calycosin, Các loại Astragaloside

Tác dụng dược lý: Tăng cường chức năng miễn dịch của cơ thể, điều tiết
miễn dịch, thúc đẩy sự hình thành kháng thể, Lợi tiểu, Chữa suy tim tăng lực co
bóp tim, Tăng sức đề kháng của mao mạch, giãn mạch ngoại vi, có tác dụng hạ áp
[37], [38], [46]

2. Tử uyển (*Aster tataricus*)



Bộ phận dùng: phần rễ và thân rễ

Tính vị quy kinh: Vị đắng ngọt hơi ôn
quy kinh phế

Tác dụng: Ôn phế, hoá đờm, hạ khí chỉ
ho, thông điều thủy đạo.

Chủ trị: Chữa ho, khí suyễn, ho ra máu mủ, tiểu tiện đỏ. Phần âm hư, phổi ráo, viêm khí quản cấp tính hoặc mãn tính.

Liều dùng: 6-12g /ngày

Thành phần hóa học : astersaponin, aleic acid, acid aromatic, anethole, epifriedelinol, friedelin, shionone, lachnophyllol acetate, quercetin.

Tác dụng dược lý: Tác dụng hóa đờm: được thí nghiệm trên loài thỏ, thành phần sponin có trong cây tử uyển sẽ làm tăng chất tiết khí quản. Tác dụng giảm ho: chất ceton có trong cây tử uyển có công dụng giảm ho và đã được thử nghiệm trên chó mèo. Tác dụng ức chế các loại trực khuẩn mủ xanh, đại tràng và thương hàn. Kháng tế bào ung thư, tán huyết mạnh. [37], [38], [46]

3. Mạch môn đông (*Ophiopogon japonicus*)



Bộ phận dùng: Rễ củ sấy, phơi khô cây mạch môn đông

Tính vị quy kinh: Vị ngọt, hơi đắng, tính hàn quy vào kinh vị, phế, tâm

Tác dụng: Nhuận phế, trừ phiền, sinh tân, dưỡng âm, thanh tâm, ích vị

Chủ trị: Trị hồi hộp, hay quên, phế nhiệt phế táo, hư suyễn, hư lao, tỳ vị táo, tâm khí bất túc, lo sợ, tinh thần tán loạn, hơi thở ngắn, ho ra máu, sốt khi về chiều, táo bón

Liều dùng: 8 – 30g/ ngày

Thành phần hóa học : saponin steroid, homoisoflavonoid và polysacarid. Ngoài ra còn có chất nhầy và chất đường.

Tác dụng dược lý: Điều trị bệnh thiếu máu cơ tim, chống rối loạn nhịp tim, tăng huyết lượng động mạch vành và cải thiện lực co bóp cơ tim. Trên thực nghiệm còn cho thấy dược liệu này có tác dụng an thần. Dược liệu có tác dụng ức chế mạnh

trực khuẩn đại trường, tụ cầu trắng và trực khuẩn thương hàn. Bột mạch môn có khả năng ức chế E.coli và Staphylococcus albus. [37], [38], [46]

4. Đương quy (*Radix Angelicae Sinensis*)



Bộ phận dùng: là rễ phơi khô của cây đương quy, thuộc họ hoa tán Umbelliferae.

Tính vị quy kinh: vị ngọt, cay, ấm vào kinh: tâm – can – tỳ

Tác dụng: bổ huyết - hoạt huyết - điều kinh, thông kinh, dưỡng gân, tiêu sưng - nhuận tràng.

Chủ trị: chứng kinh nguyệt không đều, tắc kinh, đau kinh, các bệnh thai tiền sản hậu, tâm can huyết hư, đau tê chân tay, tổn thương do té ngã, chứng huyết hư trường táo kèm trĩ khái suyễn, nhọt lở loét.

Liều dùng: 4 – 16g/ngày

Thành phần hóa học : tinh dầu, coumarin; A. amin; Polyacetylen; Vitamin B₁, B₆, E; Sterol; các nguyên tố vi lượng...

Tác dụng dược lý: Tác dụng trên trung khu thần kinh. Tác dụng trên huyết áp và hô hấp [37], [38], [46]

5. Bạch thược (*Radix Paeoniae Lactiflorae*)



Bộ phận dùng: Rễ sấy, phơi khô cây thược dược

Tính vị quy kinh: Vị đắng, chua, khí hơi hàn vào kinh tỳ, can, phế

Tác dụng: Nhu can, chỉ thống, thu hãn, dưỡng huyết, hoãn trung, liễm âm

Chủ trị: Trị bụng đau, trướng ác khí, lưng đau, trị phế có tà khí, huyết khí ít, bụng giữa đau quặn. Trị cốt chung, ích tỵ, trướng ác khí, lưng đau, bụng đau, trị hen suyễn, can huyết bất túc, đái mạch bệnh làm cho bụng đau, phế cấp trướng nghịch, mắt dính, dương duy mạch có hàn nhiệt.

Liều dùng: 6 – 12g/ngày

Thành phần hóa học : Tinh bột, Tanin, Canxi oxalate, Tinh dầu, Axit benzoic, Paeoniflorin, Paeonol, Paeonin, Phytoestrogen...

Tác dụng dược lý: Glucozit trong thực dược có tác dụng ức chế trung khu thần kinh nên có khả năng giảm đau và an thần. Glucozit trong thực dược chống hình thành huyết khối, bảo vệ gan, hạ men transaminaza, tăng lưu lượng máu dinh dưỡng cơ tim. Thực dược có khả năng hạ áp nhẹ và giãn mạch ngoại vi nhờ vào cơ chế chống co thắt cơ trơn mạch máu. Glucozit trong thực dược có khả năng hạ nhiệt và chống viêm. Thực dược có tác dụng lợi tiểu và cầm mồ hôi. [37], [38], [46]

6. Nhân sâm (*Panax ginseng*)



Bộ phận dùng: Rễ củ phơi hoặc sấy khô

Tính vị quy kinh: Vị ngọt, hơi đắng, tính hơi hàn. Quy vào kinh Phế, thông 12 kinh lạc.

Tác dụng: bổ khí, cố thoát, điều tiết con khát, ích trí, an thần, kiện tỳ, bổ phế, trấn tĩnh, giảm đau mỏi và chống mệt mỏi.

Chủ trị: Đại bổ ích nguyên khí (an tinh thần, minh mục, thông huyết mạch, bổ ngũ tạng, điều trung trị khí, điều trung,...Dùng sống có tác dụng tả hỏa. Khi tẩm sao có tác dụng bổ nguyên khí và bổ tân dịch.

Liều dùng: 3 – 15g/ngày

Thành phần hóa học : Panaxisdes, maltose, nicotinic acid, panaxtriol, riboflavin, gensemin, protopanaxatriol,...

Tác dụng dược lý: Tác dụng hồi phục huyết áp do mất máu vừa hạ huyết áp ở những người bị cao huyết áp. Tăng hiệu suất hoạt động của thể lực và tư duy, giảm mệt mỏi. Cải thiện chức năng não bộ ở người cao tuổi, chống lão hóa và tăng trí nhớ, độ tập trung của não bộ, thúc đẩy chuyển hóa lipid trong gan. Nhân sâm có tác dụng ngăn ngừa tăng choslesterol và hạn chế hình thành xơ vữa động mạch. Tăng chức năng thải độc của gan, bảo vệ gan [37], [38], [46]

7. Ngũ vị tử (*Fructus Schisandrae*)



Bộ phận dùng: Quả chín phơi hoặc sấy khô của cây Ngũ vị bắc

Tính vị quy kinh: Toan, hàn, ôn. Quy vào kinh phế, thận.

Tác dụng: Tác dụng chỉ khát, chỉ tả, an thần, thu liễm phế khí, sáp trường và liễm hãn. Tác dụng sinh tân chỉ khát, bổ nguyên khí bất túc và trị tả lỵ.

Chủ trị: Chứng miệng khô, mệt mỏi, tả lỵ lâu ngày, ho, khát, di tinh và đổ mồ hôi trộm.

Liều dùng: 2 - 4g/ngày

Thành phần hóa học : beta-chamigrene, citral, tinh dầu, vitamin E, vitamin C, sesquiterpene, desoxy schisandrin, schizandrin,...

Tác dụng dược lý: Tác dụng điều trị suy nhược: Cồn chiết xuất từ dược liệu có khả năng cải thiện các triệu chứng do thần kinh suy nhược như mất ngủ, hồi hộp, đau đầu, chóng mặt,... Tác dụng đối với hệ tim mạch: Dịch alcol của thảo dược có tác dụng giãn mạch. Khi chích 1 lượng lớn thuốc thì nhận thấy có khả năng hạ huyết áp... [37], [38], [46]

8. Cam thảo (*Glycyrrhiza uralensis*)



Bộ phận dùng: Rễ hoặc thân rễ phơi hay sấy khô

Tính vị quy kinh: có vị ngọt, tính bình, không độc quy vào kinh Can, Tỳ, Thận, Phế

Tác dụng: Bổ trung, ích khí, nhuận Phế, chỉ khát, hoãn cấp, chỉ thống, thanh nhiệt, giải độc

Chủ trị: Trị tỳ vị hư yếu, tâm khí hư, mạch kết, mạch đại, ho suyễn, họng sưng đau, giải độc thuốc, thức ăn, đau cấp, hoãn

Liều dùng: 4-12g/ngày

Thành phần hóa học : Glycyrrhetic acid Glycyrrhizin, Uralenic acid, Liquiritigenin, Isoliquiritigenin, Liquiritin, Neoliquiritin, Neoisoliquiritin, Licurazid.

Tác dụng dược lý: Tác dụng tương tự như corticoid , tác dụng giải độc, bảo vệ gan: Thành phần Glycyridin trong cam thảo có khả năng bảo vệ gan khỏi các tác nhân gây hại như Carbon tetrachloride. Glycyridin còn giảm bớt độc tố của Atropin, Stibium và Atropin, tác dụng chỉ khát hóa đờm, chống loét đường tiêu hóa, Glycyricin trong cam thảo còn có khả năng giảm tỉ lệ mỡ trong cơ thể. Cây cam thảo còn có tác dụng giải nhiệt, chống rối loạn nhịp tim và chống lợi niệu. [37], [38], [46]

PHỤ LỤC 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông/Bà:.....

Nghiên cứu viên: Bs.Bùi Quốc Hưng

Đơn vị chủ trì: Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Tôi viết bản thông báo này gửi đến Ông/Bà với mong muốn Ông/Bà tham gia vào khảo sát: **“Đánh giá tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt”**

Mẫu thông tin dưới đây dành cho Ông/Bà chấp thuận tham gia nghiên cứu.

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính tại Việt Nam và trên thế giới ngày càng gia tăng. Phương pháp điều trị được khuyến cáo là phương pháp dùng thuốc và kết hợp không dùng thuốc. Trên lâm sàng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt hay được sử dụng điều trị chứng huyễn vựng – một chứng bệnh có quan hệ chặt chẽ với bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Tuy nhiên phương pháp này chưa được nghiên cứu trong và ngoài nước. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt và theo dõi tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

2. Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong 15 ngày.

Đối tượng: Ông/Bà được chẩn đoán, điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính tại bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình từ tháng 05/2023 – 12/2023.

Quá trình thu thập thông tin sẽ ngừng lại ngay nếu Ông/Bà có nhu cầu cần chăm sóc y tế ngay hoặc nhân viên y tế tại khoa điều trị cần tiến hành các công tác thăm khám điều trị cho Ông/Bà.

3. Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Sự tham gia của Ông/Bà góp phần quan trọng vào kết quả của nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt giúp nghiên cứu mang tính khách quan, khoa học hơn, giúp nâng cao hiệu quả điều trị sau này.

Trong quá trình trao đổi, Ông/Bà có thể được tư vấn sức khỏe từ nghiên cứu viên hoặc cộng tác viên nếu cần.

4. Bất lợi khi tham gia nghiên cứu

Ông/Bà sẽ được xử lý theo phác đồ của Bộ y tế trong trường hợp có diễn biến bất lợi. Ngoài những điều nêu trên, không còn tác động nào khác lên Ông/Bà.

5. Người liên hệ

Nếu Ông/bà có bất cứ thắc mắc gì, xin liên hệ với tôi.

Số điện thoại: 0376038382 gặp Bác sĩ Hưng.

Hoặc Email: Hungbui031293@gmail.com

6. Sự tự nguyện tham gia

Ông/Bà được quyền tự quyết định, không hề bị ép buộc tham gia.

Ông/Bà có thể rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng đến điều trị/chăm sóc mà Ông/Bà được hưởng.

7. Tính bảo mật

Họ tên của Ông/Bà được ghi trong phiếu thông tin là: Họ, Chữ lót và Chữ cái đầu của tên.

Ông/Bà không cần cung cấp địa chỉ chi tiết, cách thức liên lạc.

Mọi thông tin Ông/Bà cung cấp chỉ được sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu. Sau khi xử lý, thông tin sẽ công bố dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%), không trình bày dưới dạng cá nhân và không có dấu hiệu nhận dạng.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

1. Người tham gia nghiên cứu

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho người tham gia nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên:.....Chữ ký:.....

Ngày tháng năm:.....

2. Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng Ông/Bà tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/Bà và Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/Bà khi tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên:.....Chữ ký:.....

Ngày tháng năm:.....

PHỤ LỤC 3
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án :.....

A. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân :.....

Tuổi :.....Giới :.....

Địa chỉ :.....

Nghề nghiệp :.....

Ngày vào viện :.....

Ngày ra viện :.....

Địa chỉ liên lạc :.....

Tiền sử :.....

Thời gian bị bệnh :.....

Điện não đồ :.....

Chẩn đoán xác định :.....

B. KHÁM LÂM SÀNG

Chỉ số	D0	D5	D10	D15
Mạch (lần/phút)				
Huyết áp TB (mmHg)				
Điểm VAS/Mức độ đau				
Điểm Khadjev				
Tê bì/dị cảm				
Chóng mặt				
Rối loạn giấc ngủ				
Giảm trí nhớ				

C. Y HỌC CỔ TRUYỀN

Thể bệnh YHCT : Tâm tỳ hư Khí huyết lưỡng hư

Vọng :

Vấn :

Vấn :

Thiết :

D. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG

Tốt :

Khá :

Trung Bình :

Kém :

E. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Tác dụng không mong muốn	Thời điểm xuất hiện		
	Ngày	Diễn biến	Xử trí

Thái Bình, ngày tháng năm 2023

Nghiên cứu viên

PHỤ LỤC 4

THANG ĐIỂM VAS

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được đánh giá bằng thang điểm VAS (Visual analogue Scale). Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, không thể chịu được, có thể choáng ngất). Thang VAS được chia ra thành 6 mức độ sau.



Thang điểm VAS	Mức độ đau	Thang điểm
VAS < 1	Không đau	4 điểm
$1 \leq \text{VAS} \leq 3$	Đau nhẹ	3 điểm
$3 < \text{VAS} \leq 6$	Đau vừa	2 điểm
$6 < \text{VAS} \leq 10$	Đau nặng	1 điểm

PHỤ LỤC 5
BẢNG ĐIỂM KHADJEV

STT	Triệu chứng	Điểm	
		Có	Không
1	Thường xuyên bị đau đầu	2,5	0
2	Cảm giác nặng trong đầu	1,8	0
3	Nhức đầu thất thường thỉnh thoảng	0	0,9
4	Nhức đầu vùng thái dương	0	0,9
5	Nhức đầu vùng chẩm gáy	1,7	0
6	Chóng mặt	2	0
7	Váng đầu thất thường, thỉnh thoảng	0	0,9
8	Chóng mặt khi quay đầu ngửa cổ	2,3	0
9	Ù tai khi làm việc căng thẳng	0	0,6
10	Tỉnh dậy lúc nửa đêm	3,2	0
11	Tỉnh dậy lúc gần sáng	0	3,1
12	Hay quên những việc mới xảy ra	4	0
13	Giảm trí nhớ liên tục	3	0
14	Đôi khi giảm trí nhớ	2,8	0
15	Dễ xúc động mũi lòng	2,2	0
16	Dễ nổi nóng, bực tức không tự chủ	2,2	0
17	Thần kinh luôn căng thẳng mệt mỏi	2,6	0
18	Giảm khả năng làm việc trí óc	3,5	0

19	Giảm tốc độ làm việc, chậm chạp	1,8	0
20	Khó khăn khi di chuyển sang việc khác	1,7	0

Nếu tổng điểm của bệnh nhân đạt trên 23.9 là dương tính (có khả năng bị TNTHN) dưới 13.7 là âm tính (không có khả năng bị TNTHN)

Nếu tổng điểm nằm trong khoảng 13.7 đến 23.9 cần hỏi thêm các triệu chứng phụ sau :

STT	Triệu chứng
21	Đau đầu, có cảm giác bó chặt lấy đầu
22	Loạng choạng, mất thăng bằng
23	Chóng mặt khi thay đổi tư thế nhanh
24	Ù tai
25	Đau đầu thoáng qua
26	Chóng mặt sau khi gắng sức
27	Đau đầu toàn bộ
28	Giảm khả năng làm việc, công tác
29	Không tập trung sự chú ý được lâu

Nếu tổ hợp các chứng lại ta có các tổ hợp tương ứng với số điểm sau

STT	Tổ hợp triệu chứng	Điểm chuẩn		D0	D5	D10	D15
		Có	Không				
1	10, (11), 17	2,2	0				
2	(2), (3), 10, (17)	0	1,9				
3	(2), (3), (11), (17)	0	1,9				
4	(13), 29	0	2,2				

5	22, 21, 11, 28	0	1,9				
6	(23), 24	3,4	0				
7	(25), (26)	2,9	0				
8	24, 29	2,5	0				
9	23, 29	0	3				
10	(23),(27), (29)	2,7	0				
11	25, (3), (13)	0	2,1				

Những chữ biểu hiện là có mặt. Những chữ nằm trong ngoặc là những dấu hiệu triệu chứng vắng mặt tổng cộng điểm của bệnh nhân trên 16 coi như dương tính (có khả năng bị bệnh), nếu dưới 11 coi như âm tính (không có khả năng bị bệnh)

PHỤ LỤC 6

BẢNG ĐIỂM TRẮC NGHIỆM WECHSLER

- Trắc nghiệm Wechsler : Cho bệnh nhân nhìn vào một bảng có 12 chữ số trong thời gian 30 giây. Yêu cầu viết lại các con số trong 2 phút không theo thứ tự. Đánh giá kết quả dựa vào chữ số nhớ đúng trong bảng.

Loại	Kém				Trung bình		Khá		Tốt	
Số chữ số nhớ đúng	1	2	3	4	5	6	7	8	9-10	11-12
Điểm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Trắc nghiệm nhớ 10 từ : cho bệnh nhân nghe 10 từ, yêu cầu bệnh nhân nhắc lại 10 từ vừa nghe. Đánh giá khả năng nhớ của bệnh nhân

Loại	Kém				Trung bình		Khá		Tốt	
Số từ nhớ đúng	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Điểm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Cách đánh giá điểm sau khi tính được điểm nhớ số và nhớ từ của bệnh nhân cộng lại chia 2 :

D0	
D5	
D10	
D15	

PHỤ LỤC 7

BẢNG ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG TẬP TRUNG DI CHUYỂN SCHULTER

Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp của Schuller: đưa cho bệnh nhân một bảng có 25 chữ số sắp xếp lộn xộn, sau đó yêu cầu bệnh nhân sắp xếp lại các số trên theo thứ tự từ nhỏ đến lớn, từ trái sang phải trong vòng hai phút.

Loại	Kém				Trung bình		Khá		Tốt	
	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25
Chữ số sắp xếp đúng	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25
Điểm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PHỤ LỤC 8
TRUNG Y PHƯƠNG TỬ ĐẠI TỪ ĐIỂN

中
医
方
剂
大
辞
典

第五册

主编单位：南京中医学院

主编：彭怀仁

人民卫生出版社，1996

中医方剂大辞典

第九册

主编单位 南京中医学院

主 编 彭怀仁

人民卫生出版社

00225401

《青囊秘决》卷上。为《辨证录》卷十三“扶桑清肺丹”之异名。见该条。

41579 扶脾生脉散
【方源】《医学入门》卷七。

【异名】黄耆补血汤。
【组成】人参 当归 白芍各一钱 紫菀 黄耆各二钱 麦门冬 五味 甘草各五分
【用法】水煎，食后温服。
【主治】衄血，吐血不止，脾胃虚弱，气喘，精神短少。

41580 扶脾逐水丸

【方源】《玉案》卷五。
【组成】白茯苓 云白术 山药 苦苧苳 花椒目 巴戟各五钱 黄连 黑丑各八钱 北五味二钱 海金沙 泽泻各一两
【用法】上为末，荷叶煎汤为丸。每服三钱，空心白滚汤送下。
【主治】通身水肿，气往上逆，小便竟无，日不能食，夜不能卧。

41581 扶脾消肿汤

【方源】《鲁府禁方》卷二。
【组成】人参 白术（去芦） 茯苓 猪苓 泽泻 木通 滑石 木香 麦门冬（去心） 黄芩 大腹皮 桑白皮 茯苓皮 陈皮 生姜皮 灯草 甘草
【用法】水煎服。
【主治】水肿。

41582 扶脾调肝汤

【方源】《中医妇科治疗学》。
【组成】泡参五钱 白术 炒白芍各三钱 阿胶珠二钱 茯神三钱 软柴胡二钱 甘草一钱
【用法】水煎，食远温服。
【功用】扶气养血舒郁。
【主治】产后血崩，头晕目眩，精神抑郁，暖气太息，心烦善怒，胸闷，两肋胀痛，血色淡红，食欲减退，大便不调或溏薄不畅，舌苔薄白，脉弦，重按无力。
【加减】血量过多，甚至兼有血块者，加乌

鳃骨一两，茜草根、蒲黄炭各二钱。

41583 扶脾舒肝汤

【方源】《中医妇科治疗学》。
【组成】泡参五钱 白术 茯苓各三钱 柴胡二钱 白芍（土炒） 炒蒲黄各三钱 血余炭二钱 焦艾三钱
【用法】水煎服。
【功用】培土抑木，止血。

【主治】郁怒伤肝，暴崩下血，或淋漓不止，色紫兼有血块，少腹胀痛，连及胸肋，性急易怒，时欲叹息，气短神疲，食少消化不良，舌苔黄，脉弦涩。

41584 扶羸黑白丹

【方源】《普济方》卷二六五引《家藏经验方》。
【组成】黑丹：麋茸（去床骨皮毛，酒浸一宿，酥炙令黄） 鹿茸（事治如麋茸之法）各等分

白丹：钟乳粉
【用法】黑丹：共为细末，酒糊为丸，如梧桐子大。
白丹：糯米糊为丸。
上用此二丹，杂之而服。如觉血少，即多用黑丹。每服三十丸，空心、食前温酒或米饮送下。

【主治】年老气血虚耗，精血少不能荣卫经络，精神枯悴，行步战掉，筋脉缓纵，目视茫茫。

【备考】《寿亲养老》：如觉气不足，即多用白丹。

41585 扶桑延年至宝丹

【方源】《集验良方》卷二。
【组成】巨胜子一斤 枸杞子一斤 何首乌一斤 冬青八两 破故纸八两 山萸肉一斤 巴戟四两 桑叶十斤 柏子仁一斤 蛇床子一斤 川椒半斤
【用法】上为极细末，同金樱子膏十五斤、白蜜二十斤，同炼至滴水成珠，和群药为丸，如梧桐子大。每日清晨淡盐汤送服三钱，晚

图书在版编目 (CIP) 数据

中医方剂大辞典 第九册/彭怀仁主编. -北京: 人民卫生出版社, 1996
ISBN 7-117-01891-7

I. 中... I. 彭... III. 方剂-词典 IV. R289-61

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 08030 号

中医方剂大辞典

第九册

主编单位 南京中医学院

主编 彭怀仁

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 66 $\frac{1}{2}$ 印张 1508千字

1996年12月第1版 1996年12月第1版第1次印刷

印数: 00 001-3 000

ISBN 7-117-01891-7/R·1892 定价: 129.00 元

10482200

1 1 1

目 录

77587 黄香当归丸	325	77630 黄香建中汤	331	77573 黄香鳖甲饮	24
77588 黄香当归汤	325	77631 黄香建中汤	331	77674 黄香鳖甲散	716
77589 黄香当归汤	325	77632 黄香建中汤	331	77675 黄香鳖甲散	717
77590 黄香当归汤	325	77633 黄香建中汤	331	77676 黄香鳖甲散	718
77591 黄香当归散	325	77634 黄香建中汤	331	77677 黄香糯米汤	719
77592 黄香当归散	325	77635 黄香建中汤	331	77678 黄病灵磁丸	720
77593 黄香当归散	325	77636 黄香建中汤	332	77679 黄病降磁丸	721
77594 黄香竹叶汤	326	77637 黄香建中散	332	77680 黄病降磁丸	722
77595 黄香防己汤	326	77638 黄香茵陈散	332	77681 黄病降磁丸	723
77596 黄香防风汤	326	77639 黄香茯苓汤	332	77682 黄病降磁丸	724
77597 黄香防风汤	326	77640 黄香茯苓汤	332	77683 黄值立效方	725
77598 黄香芍药汤	326	77641 黄香茯苓散	332	77684 黄雌鸡内膏	726
77599 黄香赤风汤	326	77642 黄香茯苓散	332	77685 黄雌鸡内膏	727
77600 黄香赤昆汤	326	77643 黄香茯苓散	332	77686 黄雌鸡内膏	728
77601 黄香束气汤	326	77644 黄香姜苓汤	333	77687 黄雌鸡内膏	729
77602 黄香羌活丸	327	77645 黄香姜桂汤	333	77688 黄雌鸡内膏	730
77603 黄香羌活饮	327	77646 黄香除热丸	333	77689 黄雌鸡内膏	731
77604 黄香羌活散	327	77647 黄香桃红汤	333	77690 黄精地黄丸	732
77605 黄香补中汤	327	77648 黄香柴胡汤	333	77691 黄精地黄丸	733
77606 黄香补中汤	327	77649 黄香柴胡汤	333	77692 黄丹五倍子水	733
77607 黄香补气汤	327	77650 黄香柴胡汤	333	77693 黄甲串偷刀散	734
77608 黄香补气汤	327	77651 黄香益气汤	333	77694 黄香加半夏	734
77609 黄香补气汤	327	77652 黄香益气汤	333	77695 黄连天花散	735
77610 黄香补血汤	328	77653 黄香益气汤	333	77696 黄连白头散	735
77611 黄香补血汤	328	77654 黄香益损汤	333	77697 黄连赤石散	736
77612 黄香补血汤	328	77655 黄香益损汤	333	77698 黄连炉甘石散	737
77613 黄香补血汤	328	77656 黄香理中汤	334	77699 黄连清凉饮	737
77614 黄香补肺汤	328	77657 黄香散阴汤	334	77700 黄真君妙粘散	738
77615 黄香补肺汤	328	77658 黄香葛花丸	334	77701 黄香十四味丸	738
77616 黄香补胃汤	328	77659 黄香葛根汤	334	77702 黄香大补胃汤	739
77617 黄香补胃汤	328	77660 黄香搜风汤	334	77703 黄香五味子散	739
77618 黄香鸡首煎	328	77661 黄香解肌汤	334	77704 黄香六君子散	740
77619 黄香苦酒汤	328	77662 黄香解肌散	334	77705 黄香四君子散	740
77620 黄香固真汤	328	77663 黄香解暑饮	334	77706 黄香地骨皮散	741
77621 黄香固真汤	328	77664 黄香藜白汤	335	77707 黄香芍药散	741
77622 黄香建中丸	329	77665 黄香藜白汤	335	77708 黄香防风饮	742
77623 黄香建中汤	329	77666 黄香鳖甲汤	335	77709 黄香枫壳煎丸	742
77624 黄香建中汤	330	77667 黄香鳖甲汤	335	77710 黄香柏子仁散	743
77625 黄香建中汤	331	77668 黄香鳖甲汤	335	77711 黄香膏子煎丸	743
77626 黄香建中汤	331	77669 黄香鳖甲汤	335	77712 黄雌鸡内膏	744
77627 黄香建中汤	331	77670 黄香鳖甲饮	335	77713 黄香半夏生煎汤	744
77628 黄香建中汤	331	77671 黄香鳖甲饮	335	77714 黄香黄连甘草汤	744
77629 黄香建中汤	331	77672 黄香鳖甲饮	336	77715 黄连半夏解毒汤	744

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ	Mã bệnh án
1	VŨ THỊ T	36	Nữ	Xã Hòa Bình, Huyện Vũ Thư, Tỉnh Thái Bình	15857/23
2	TRẦN THỊ THU T	39	Nữ	Xã Đông Quang, Huyện Đông Hưng, Tỉnh Thái Bình	15866/23
3	ĐẶNG ĐỨC T	22	Nam	Xã Vũ Thắng, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	14959/23
4	NGUYỄN ĐĂNG T	30	Nam	Xã Thanh Tân, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	14630/23
5	TRỊNH THANH H	39	Nữ	Trần Lãm, TP Thái Bình, Thái Bình	14969/23
6	VŨ THỊ H	35	Nữ	Đông Hòa, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	13915/23
7	PHẠM THỊ T	36	Nữ	Phường Hoàng Diệu, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15120/23
8	NGUYỄN THỊ D	31	Nữ	Xã Vũ Trung, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	09710/23
9	LÊ THÀNH Đ	20	Nam	Xã Minh Tân, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	09769/23
10	NGUYỄN THỊ N	28	Nữ	Xã An Quý, Huyện Quỳnh Phụ, Tỉnh Thái Bình	09634/23
11	VŨ THỊ Á	33	Nữ	Thị trấn Diêm Điền, Huyện Thái Thụy, Tỉnh Thái Bình	14186/23
12	VŨ THỊ N	39	Nữ	Xã Hồng Dũng, Huyện Thái Thụy, Tỉnh Thái Bình	09892/23
13	LƯƠNG VĂN D	19	Nam	Xã Minh Tân, Huyện Đông Hưng, Tỉnh Thái Bình	12848/23
14	PHAN THỊ T	39	Nữ	Phường Quang Trung, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	14396/23
15	ĐẶNG THỊ H	18	Nữ	Xã Đông Quan, Huyện Đông Hưng, Tỉnh Thái Bình	14469/23



16	VÌ THỊ T	38	Nữ	Xã Chiềng Yên, Huyện Vân Hồ, Tỉnh Sơn La	12281/23
17	NGUYỄN THỊ Y	39	Nữ	Phường Trần Lãm, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	13773/23
18	VŨ THỊ H	35	Nữ	Phường Phú Khánh, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	08946/23
19	MAI THỊ T	37	Nữ	Xã Đông Hòa, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	12646/23
20	NGÔ THỊ T	39	Nữ	Xã Vũ Quý, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	09419/23
21	NGUYỄN ANH Đ	21	Nam	Thị trấn Kiến Xương, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	15180/23
22	NGUYỄN THỊ H	53	Nữ	Xã Thụy Bình, Huyện Thái Thụy, Tỉnh Thái Bình	15903/23
23	NGUYỄN VĂN H	38	Nam	Xã Vũ Phúc, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	09339/23
24	PHẠM THỊ HƯƠNG T	57	Nữ	Phường Trần Hưng Đạo, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15930/23
25	PHẠM THỊ HƯƠNG T	54	Nữ	Phường Lê Hồng Phong, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15862/23
26	NGUYỄN THỊ M	57	Nữ	Xã Duyên Hải, Huyện Hưng Hà, Tỉnh Thái Bình	15885/23
27	TRẦN VĂN L	58	Nam	Xã Việt Hùng, Huyện Vũ Thư, Thái Bình	15276/23
28	HÀ VĂN Q	59	Nam	Xã Đông Hòa, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15214/23
29	NGUYỄN ĐĂNG V	57	Nam	Xã Quỳnh Hồng, Huyện Quỳnh Phụ, Tỉnh Thái Bình	15352/23
30	VŨ THỊ L	52	Nữ	Xã Thanh Tân, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	15742/23
31	CHU THỊ U	55	Nữ	Xã Liên Hoa, Huyện Đông Hưng, Tỉnh Thái Bình	15549/23

32	HÀ MẠNH H	46	Nam	Xã Trọng Quan, Huyện Đông Hưng, Tỉnh Thái Bình	13051/23
33	NGUYỄN THỊ T	42	Nữ	Thị trấn Diêm Điền, Huyện Thái Thụy, Tỉnh Thái Bình	15638/23
34	DƯƠNG THỊ H	49	Nữ	Phường Quang Trung, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15162/23
35	NGUYỄN NAM T	44	Nam	Phường Kỳ Bá, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15339/23
36	PHẠM THỊ Q	52	Nữ	Xã Minh Lãng, Huyện Vũ Thư, Tỉnh Thái Bình	13908/23
37	VŨ THỊ Đ	44	Nữ	Xã Thụy Trường, Huyện Thái Thụy, Tỉnh Thái Bình	15329/23
38	ĐOÀN THỊ L	59	Nữ	Xã Vũ Đông, Thành phố Thái Bình, Thái Bình	15718/23
39	NGUYỄN MẠNH D	59	Nam	Phường Đề Thám, Thành phố Thái Bình, Thái Bình,	15851/23
40	NGUYỄN THỊ THUYẾT N	47	Nữ	Phường Kỳ Bá, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	13253/23
41	TRẦN THỊ H	48	Nữ	Xã Hồng An, Huyện Hưng Hà, Tỉnh Thái Bình	15793/23
42	TRẦN ĐÌNH M	53	Nam	Xã Vũ Chính, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15913/23
43	KHIẾU THỊ N	57	Nữ	Phường Trần Lãm, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	14851/23
44	PHẠM THỊ B	52	Nữ	Phường Trần Lãm, Thành phố Thái Bình, Tỉnh Thái Bình	15208/23
45	PHẠM THỊ H	40	Nữ	Xã Thụy Sơn, Huyện Thái Thụy, Tỉnh Thái Bình	15503/23
46	NGÔ THỊ T	44	Nữ	Xã Vũ Trung, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	15767/23
47	ĐỖ THANH H	55	Nam	Xã Bắc Hải, Huyện Tiền Hải, Tỉnh Thái Bình	15899/23

48	TRỊNH PHƯƠNG T	47	Nữ	Công ty CP may xuất khẩu Việt Thái	15154/23
49	VŨ THỊ THU H	44	Nữ	Xã Phú Xuân, Thành phố Thái Bình, Thái Bình	14543/23
50	PHẠM THỊ C	54	Nữ	Xã Việt Hùng, Huyện Vũ Thư, Thái Bình	15277/23
51	BÙI THỊ M	54	Nữ	Xã Vũ Bình, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	15455/23
52	TRẦN VĂN K	50	Nam	Xã Trà Giang, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	15386/23
53	LÊ MẠNH H	42	Nam	Xã Vũ Lăng, Huyện Tiền Hải, Tỉnh Thái Bình	15384/23
54	TRẦN THỊ V	63	Nữ	Xã Vũ Hội, Huyện Vũ Thư, Tỉnh Thái Bình	15109/23
55	HOÀNG THỊ P	70	Nữ	Xã Đông Quan, Huyện Đông Hưng, Tỉnh Thái Bình	15900/23
56	TRƯƠNG THẾ Đ	73	Nam	Xã Quỳnh Xá, Huyện Quỳnh Phụ, Tỉnh Thái Bình	15869/23
57	HÀ THỊ C	70	Nữ	Xã Duyên Hải, Huyện Hưng Hà, Tỉnh Thái Bình	15501/23
58	LÊ THỊ Đ	72	Nữ	Xã Quỳnh Hội, Huyện Quỳnh Phụ, Thái Bình	15909/23
59	NGUYỄN THỊ T	73	Nữ	Xã Bình Định, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	15854/23
60	VŨ XUÂN Ô	64	Nam	Xã Vũ Thắng, Huyện Kiến Xương, Tỉnh Thái Bình	15825/23

Xác nhận của giảng viên hướng dẫn

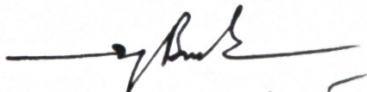

PGS.TS. Trần Thị Thu Vân

Xác nhận
Bệnh viện YHCT Thái Bình


Th.S. Nguyễn Huy Gia

Thái Bình, ngày tháng 10 năm 2023

Xác nhận của phòng Kế hoạch tổng hợp


Nguyễn Thanh Bình