

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**HOÀNG THANH TUẤN**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC  
THẬN TRƯỚC THANG HV  
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ  
HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2021**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**HOÀNG THANH TUẤN**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC  
THẬN TRƯỚC THANG HV  
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ  
HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Chuyên ngành: Y học cổ truyền**

**Mã số: 8720115**

**Người hướng dẫn khoa học:**

1. TS. Vũ Minh Hoàn
2. TS. Tống Thị Tam Giang

**HÀ NỘI - 2021**

## **LỜI CẢM ƠN**

*Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Ban Giám đốc, Phòng quản lý Đào tạo Sau đại học, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, các thầy cô của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam đã tận tình dạy dỗ, giúp đỡ tôi hoàn thành luận văn này.*

*Tôi xin cảm ơn Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, các bác sỹ và nhân viên khoa Lão khoa, bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình triển khai nghiên cứu đề tài nghiên cứu.*

*Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới **TS.BS Vũ Minh Hoàn** và **TS.BS Tống Thị Tam Giang** đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo tận tình và tạo mọi điều kiện tốt nhất giúp tôi hoàn thành luận văn này. Sự tận tâm và kiến thức hai cô là tấm gương sáng cho tôi noi theo trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.*

*Cuối cùng, tôi xin cảm ơn những tình cảm chân thành, sự giúp đỡ nhiệt tình, tạo điều kiện tốt nhất của những người thân trong gia đình và bạn bè đã luôn bên cạnh, giúp đỡ, động viên tôi trong suốt thời gian qua.*

Hà Nội, ngày      tháng      năm 2020

**Hoàng Thanh Tuấn**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Hoàng Thanh Tuấn**, cao học khoá 10, chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi thực hiện dưới sự hướng dẫn trực tiếp của TS.BS Vũ Minh Hoàn và TS.BS Tống Thị Tam Giang.

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 của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

*Hà Nội, ngày tháng năm 2020*

**Người thực hiện**

**Hoàng Thanh Tuấn**

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CLS	Cận lâm sàng
ĐC	Đối chứng
EEV	The European Evaluation of Vertigo scale
NC	Nghiên cứu
HCTĐ	Hội chứng tiền đình
VAS	Visual Analog Scale
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. Tổng quan về Hội chứng tiền đình theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Cấu tạo giải phẫu và chức năng của cơ quan tiền đình.....	3
1.1.2. Dịch tế học, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh HCTĐ .....	5
1.1.3. Chẩn đoán.....	7
1.1.4. Điều trị hội chứng tiền đình ngoại biên .....	12
1.2. Tổng quan về HCTĐ ngoại biên theo Y học cổ truyền.....	13
1.2.1. Bệnh danh.....	13
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	14
1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị .....	16
1.3. Tổng quan về bài thuốc nghiên cứu.....	19
1.4. Tổng quan về điện châm.....	21
1.4.1. Khái niệm về điện châm.....	21
1.4.2. Cơ chế tác dụng theo Y học hiện đại .....	21
1.5. Tình hình nghiên cứu điều trị hội chứng tiền đình trong nước và trên thế giới .....	22
1.5.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới.....	22
1.5.2. Nghiên cứu tại Việt Nam .....	23
<b>CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG, CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP</b>	
<b>NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>25</b>
2.1. Chất liệu, phương tiện nghiên cứu.....	25
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu .....	25
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu.....	26
2.2. Đối tượng nghiên cứu .....	27
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn .....	27

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ .....	27
2.3. Phương pháp nghiên cứu .....	28
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	28
2.3.2. Cách chọn mẫu, cỡ mẫu .....	28
2.3.3. Quy trình nghiên cứu.....	28
2.3.4. Các chỉ tiêu theo dõi.....	29
2.3.5. Phương pháp đánh giá kết quả điều trị.....	30
2.4. Thời gian địa điểm nghiên cứu .....	31
2.5. Xử lý và phân tích số liệu .....	31
2.6. Phương pháp không chế sai số .....	31
2.7. Đạo đức nghiên cứu.....	31
<b>CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>34</b>
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	34
3.2. Kết quả điều trị .....	38
3.2.1. Tác dụng theo YHHD .....	38
3.2.2. Tác dụng theo YHCT .....	42
3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	43
3.3.1. Tác dụng mong muốn trên lâm sàng .....	43
3.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng .....	45
<b>CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....</b>	<b>47</b>
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	47
4.1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi .....	47
4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới .....	47
4.1.3. Đặc điểm về tiền sử bệnh .....	48
4.1.4. Đặc điểm về thời gian chóng mặt trước và sau khi điều trị .....	49
4.2. Kết quả điều trị .....	50
4.2.1. Hiệu quả cải thiện mức độ chóng mặt, rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV .....	50

4.2.2. Hiệu quả cải thiện giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh .....	52
4.2.3. Hiệu quả cải thiện đau đầu trên thang điểm VAS.....	54
4.2.4. Tác dụng lên mạch và huyết áp trước và sau điều trị.....	56
4.2.5. Kết quả điều trị chung .....	57
4.2.6. Sự liên quan giữa kết quả điều trị với thời gian mắc bệnh .....	57
4.2.7. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT .....	58
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	61
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>63</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ.....</b>	<b>64</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Phân biệt HCTĐ ngoại biên với HCTĐ trung ương .....	11
Bảng 1.2. Phân biệt chóng mặt tiền đình và không tiền đình .....	12
Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc Thận trước thang .....	25
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	34
Bảng 3.2. So sánh các chỉ số BMI, cân nặng giữa hai nhóm.....	35
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh .....	36
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh trước khi nhập viện .....	36
Bảng 3.5. Đặc điểm phân bố các chứng trạng liên quan đến huyền vựng thể đàm trọc theo YHCT trước điều trị .....	37
Bảng 3.6. Sự thay đổi thang điểm EEV .....	38
Bảng 3.7. So sánh sự thay đổi điểm Pittsburgh trước và sau điều trị .....	39
Bảng 3.8. So sánh sự thay đổi điểm VAS trước và sau điều trị.....	39
Bảng 3.9. So sánh kết quả điều trị chung giữa hai nhóm.....	40
Bảng 3.10. Sự liên quan giữa kết quả điều trị với thời gian mắc bệnh.....	40
Bảng 3.11. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT.....	42
Bảng 3.12. So sánh sự thay đổi mạch và huyết áp trung bình .....	43
Bảng 3.13. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của hai nhóm.....	44
Bảng 3.14. Các chỉ số huyết học trước và sau điều trị.....	45
Bảng 3.15. Chức năng gan thận cơ bản trước và sau điều trị .....	46

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới .....	35
--	----

## **DANH MỤC HÌNH**

Hình 1.1. Cấu tạo cơ quan tiền đình.....	3
Hình 1.2. Dấu Romberg .....	10
Hình 1.3. Thử bước đi hình sao .....	10

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tiền đình (HCTĐ), với triệu chứng điển hình là chóng mặt, rối loạn cảm giác thăng bằng và đau đầu, là một trong những phân nản phổ biến nhất trong y khoa, gây ảnh hưởng tới 15%-35% dân số thế giới [1],[2] và có xu hướng gia tăng. Mức độ và diễn biến bệnh có thể nhẹ, nặng hay nghiêm trọng tùy nguyên nhân [1]. Bên cạnh các nguyên nhân liên quan đến tổn thương thực sự hoặc có rối loạn của hệ thống tiền đình, hội chứng này đôi khi không có tổn thương thực thể [1],[3]. Hội chứng tiền đình tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, có thể dẫn đến những sang chấn tâm lý như: lo âu hoặc trầm cảm. [4]

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị Hội chứng tiền đình, chủ yếu là điều trị nội khoa kết hợp luyện tập chức năng tiền đình, thay đổi chế độ sinh hoạt, ăn uống hợp lý để hạn chế nguy cơ tái phát các triệu chứng. Các phương pháp điều trị Y học hiện đại có nhiều ưu điểm như hiệu quả điều trị nhanh, sử dụng thuận tiện tuy nhiên hầu hết các loại thuốc không được dùng kéo dài và có một số tác dụng không mong muốn [5].

Trong các Y văn của Y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh Hội chứng tiền đình nhưng căn cứ vào các triệu chứng của bệnh cho thấy bệnh thuộc phạm vi của chứng "Huyễn vựng". Bệnh nguyên, bệnh cơ, phương pháp điều trị chứng huyễn vựng đã được các y gia xưa nghiên cứu và đưa ra nhiều lý luận khác nhau. Tuy nhiên, hội chứng này thường do bản hư tiêu thực, liên quan đến sự rối loạn trong công năng của thận, tỳ. Có thể khái quát nguyên nhân gây chứng huyễn vựng chủ yếu gồm: đàm, phong, hư, hỏa [6],[7],[8].

Y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị chứng huyễn vựng bằng thuốc và không dùng thuốc như: dưỡng sinh, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt. Các phương pháp điều trị này đã mang lại những hiệu quả điều trị nhất định

trong điều trị Hội chứng tiền đình. "Thận trước thang" là bài thuốc cổ phương được nhắc tới trong Cảnh Nhạc toàn thư để điều trị chứng huyễn vựng thể đàm thấp trung trở [8]. Tuy nhiên, ở Việt Nam và trên thế giới hiện chưa có nghiên cứu nào chứng minh về tác dụng của bài thuốc này trong điều trị Hội chứng tiền đình. Vì vậy, với mong muốn chứng minh hiệu quả của bài thuốc trong điều trị Hội chứng tiền đình cũng như giúp các thầy thuốc có thêm sự lựa chọn trên lâm sàng, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc Thận trước thang HV kết hợp điện châm điều trị Hội chứng tiền đình”** với mục tiêu:

- 1. Đánh giá tác dụng của bài thuốc Thận trước thang HV kết hợp điện châm điều trị Hội chứng tiền đình.*
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.*

# CHƯƠNG 1

## TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Tổng quan về Hội chứng tiền đình theo Y học hiện đại

#### 1.1.1. Cấu tạo giải phẫu và chức năng của cơ quan tiền đình

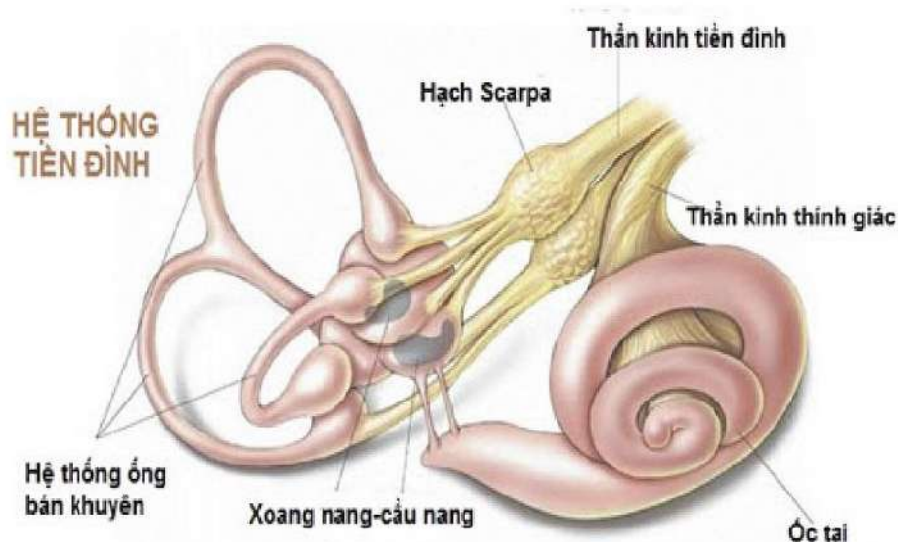
##### 1.1.1.1. Cấu tạo giải phẫu và chức năng

\* Cơ quan tiền đình gồm có [9],[10]:

- Mê đạo màng: nằm trong mê đạo xương ở tai trong, chứa nội dịch. Bao gồm: Ốc tai, xoang nang, cầu nang và các ống bán khuyên.

- Ống bán khuyên: mỗi tai có 3 ống bán khuyên: bên, trước và sau, nằm thẳng góc với nhau, phần phình ra mỗi ống đổ vào soan nang gọi là bóng (ampulla) chứa các thụ thể kích thích khi quay đầu.

- Xoang nang, cầu nang: có các thụ thể cho cảm giác về trọng lực và gia tốc thẳng.



Hình 1.1. Cấu tạo cơ quan tiền đình

- Cơ quan nhận cảm:

+ Mào: nằm trong bóng, được cấu tạo bởi các tế bào lông, phía trên các tế bào phủ phủ một lớp gelatin gọi là đài (cupula), lông của tế bào nằm trong đài gồm có lông rung (kinocilium) và lông lập thể (stereocilia), còn đáy của tế bào tiếp xúc với neuron của nhánh tiền đình.

+ Vết: ở trên xoang nang và cầu nang được cấu tạo bởi các tế bào lông, phủ lên trên tế bào lông là sỏi tai (otoliths).

\* **Nhân tiền đình** [9],[10]:

- Các bộ phận nhận cảm của tiền đình ngoại biên nằm ở mê đạo màng, thân tế bào ở hạch tiền đình, nhánh tiền đình của dây tiền đình ốc tai (dây VIII) đi đến nhân tiền đình nằm giữa cầu não và hành não.

- Chức năng nhân tiền đình:

+ Đồng nhất các thông tin đến từ mỗi bên của đầu

+ Nhận các tín hiệu và tiếp tục truyền tới tiểu não

+ Nhận các tín hiệu và tiếp tục truyền tới vỏ não cho nhận thức về giác quan vị trí và vận động

+ Gửi mệnh lệnh đến các nhân vận động nằm ở thân não và tủy sống, các lệnh được đưa đến dây sọ (III, IV, VI, XI), bó tiền đình tủy sống chi phối trương lực cơ ngoại biên và bổ sung vận động đầu và cổ.

\* **Đường dẫn truyền** [11]:

Thân tế bào của khoảng 19.000 neuron tiền đình ngoại biên xuất phát từ mào và vết mỗi bên tập trung ở hạch tiền đình và chấm dứt ở nhân tiền đình (ranh giới hành-cầu não) và thùy nhừng nút của tiểu não. Các neuron tiền đình trung ương (từ nhân tiền đình) đi xuống tủy sống theo bó tiền đình sống và đi lên thân não theo bó dọc giữa đến các nhân dây thần kinh sọ điều khiển cử động mắt.

### *1.1.1.2. Chức năng của hệ thống tiền đình*

Hệ thống tiền đình nằm ở phía sau ốc tai, đóng vai trò quan trọng trong duy trì tư thế thăng bằng, dáng bộ, phối hợp cử động mắt, đầu và thân mình, đảm bảo cho các hoạt động của cơ thể được vững vàng khi bạn di chuyển, cúi xuống, xoay người, nằm, đứng.

### **1.1.2. Dịch tễ học, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh HCTĐ**

#### *1.1.2.1. Dịch tễ học*

Theo khảo sát về sức khỏe quốc gia của Mỹ, có khoảng 14,8% người trưởng thành bị chóng mặt hoặc rối loạn thăng bằng [12]. Trong số những người cao tuổi, 19,6% có các vấn đề chóng mặt hoặc rối loạn thăng bằng liên tục hoặc ngắt quãng tới 12 tháng [13]. Theo một báo cáo mới nhất, mỗi năm có khoảng 26 triệu người phải vào khoa cấp cứu vì chóng mặt và mất thăng bằng [14]. Sự suy giảm trong chất lượng cuộc sống từ HCTĐ gần đây được tính tương đương với 64,929 đô la trong mỗi đời người bệnh nhân, hoặc tổng số 227 triệu đô la cho dân số trên 60 tuổi ở Mỹ [15]. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra HCTĐ rất phổ biến trong cộng đồng người châu Á với con số ngày càng gia tăng [16]. Tại Việt Nam, mặc dù chưa có khảo sát trên diện rộng, nhưng số lượng bệnh nhân mắc HCTĐ ngoại biên cần được điều trị là rất lớn.

#### *1.1.2.2. Nguyên nhân*

HCTĐ ngoại biên chủ yếu là tình trạng tổn thương dây thần kinh số VIII do nhiều nguyên nhân khác nhau khiến thông tin dẫn truyền bị sai lệch làm cho cơ thể mất khả năng kiểm soát thăng bằng, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, buồn nôn...

Nguyên nhân được chia làm 2 loại gồm: nguyên nhân tác động từ bên ngoài và từ bên trong cơ thể.

Nguyên nhân bên trong:

- ***Tai ngoài và tai giữa:***

- + Nhọt ống tai ngoài: viêm tấy, kích ứng tai ngoài gây chóng mặt.

- + Viêm tai giữa cấp tính.
- + Viêm tai thanh dịch.
- + Viêm tai giữa cấp do Phế cầu khuẩn (*Streptococcus pneumoniae*) và *Haemophilus influenzae*.

• **Tai trong:**

- + Viêm tai trong tiết dịch gây chóng mặt ghê gớm kèm ù tai, nghe kém.
- + Viêm thần kinh tiền đình (*Vestibularis Neuronitis*) do virus hoặc nhiễm khuẩn gây chóng mặt, quay cuồng, chóng mặt tư thế rõ nhưng khi đo thính lực lại bình thường.
- + Viêm tai trong nhiễm độc, viêm mê nhĩ cấp, mạn tính.
- + Bệnh Ménière: Tổn thương do sưng nước mê nhĩ. Bệnh gây điếc tiếp nhận, ù tai, chóng mặt từng cơn.

• **Các bệnh lý sau mê nhĩ:**

- + U thần kinh số VIII.
- + U các dây thần kinh V, VII, u màng não hay viêm màng não khu trú, các tổn thương tiền đình và ốc tai.

Nguyên nhân bên ngoài:

- + Ảnh hưởng của tuổi tác
- + Stress (căng thẳng, lo lắng, mất ngủ...)
- + Ảnh hưởng của bệnh lý
- + Những chấn thương
- + Môi trường làm việc
- + Môi trường sống
- + Ảnh hưởng từ thói quen sinh hoạt

Rối loạn tiền đình là bệnh lý gây ra trạng thái mất cân bằng về tư thế, khiến người bệnh thường xuyên bị chóng mặt, hoa mắt, ù tai, buồn nôn, đi đứng lảo đảo. Bệnh rất hay tái phát, làm ảnh hưởng tới công việc và chất lượng cuộc sống.



Ngoài ra, tình trạng tắc nghẽn mạch máu nuôi não hoặc thiếu máu cũng khiến cho hệ thống tiền đình tiếp nhận thông tin chậm hoặc sai lệch từ não bộ, gây hội chứng rối loạn tiền đình.

### **1.1.3. Chẩn đoán**

#### **1.1.3.1. Chẩn đoán xác định HCTĐ ngoại biên**

##### ***Triệu chứng chủ quan***

- Chóng mặt là triệu chứng chủ yếu. Người bệnh có cảm giác bị dịch chuyển, mọi vật xung quanh xoay tròn, hoặc chính bản thân người bệnh xoay tròn so với những vật xung quanh. Trong những trường hợp rõ ràng, cảm giác bị dịch chuyển rất rõ, có thể xảy ra trên mặt phẳng đứng dọc hoặc mặt phẳng đứng ngang. Tuy nhiên trong một vài trường hợp chóng mặt không rõ ràng, người bệnh chỉ có cảm giác dịch chuyển hoặc lắc lư thân mình, hoặc cảm giác bay lên, rớt xuống hoặc cảm giác mất thăng bằng.

- Các dấu hiệu đi kèm thường hằng định [17],[21],[18]:

+ Người bệnh thường có cảm giác khó chịu, thường là sợ hãi, mất thăng bằng.

+ Té ngã có thể xảy ra lúc chóng mặt, lúc này người bệnh không thể đứng được.

+ Đau đầu không rõ vị trí, đau có tính chất liên tục.

+ Rối loạn giấc ngủ.

+ Buồn nôn, ói mửa xuất hiện khi làm những cử động nhẹ nhàng.

+ Ngoài ra người bệnh có thể có rối loạn dáng đi.

- Chúng ta cần lưu ý tất cả những đặc điểm của chóng mặt:

+ Kiểu xuất hiện của chóng mặt: Có thể xuất hiện đột ngột và có tính chất xoay tròn, hoặc có thể xuất hiện từ từ với những cơn chóng mặt nhỏ nối tiếp nhau hoặc chỉ mất thăng bằng nhẹ lúc đi lại và sau đó triệu chứng này trở thành mạn tính. Chóng mặt xảy ra lúc thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi không, chóng mặt có lệch về một bên nào không.

+ Các dấu hiệu đi kèm: quan trọng nhất là các dấu hiệu về thính lực (giảm thính lực, ù tai, cảm giác tai bị đầy, điếc đặc), kế đến là các dấu hiệu về thần kinh thực vật (buồn nôn, nôn ói, lo lắng). Lưu ý là bệnh nhân hoàn toàn không mất ý thức.

+ Tiền sử của bệnh nhân về tai mũi họng (viêm tai kéo dài), về thần kinh, chấn thương (chấn thương sọ não), về ngộ độc (ngộ độc thuốc, đặc biệt là các kháng sinh độc với tai), về mạch máu, về dị ứng.

+ Đặc điểm diễn tiến và tần số cơn chóng mặt: Khác với chóng mặt sinh lý xảy ra khi não có sự mất cân đối trong ba hệ thống giữ thăng bằng (hệ tiền đình, hệ thị giác, hệ thống cảm giác bản thể hay còn gọi là hệ cảm giác sâu), Chóng mặt bệnh lý do tổn thương hệ thị giác, hệ cảm giác bản thể hoặc hệ tiền đình.

\* Chóng mặt thị giác là do thấy những hình ảnh mới hoặc hình ảnh không thích hợp, hoặc do xuất hiện liệt đột ngột cơ vận nhãn kèm theo song thị; trong trường hợp này hệ thần kinh trung ương sẽ nhanh chóng bù trừ tình trạng chóng mặt này.

\* Chóng mặt do rối loạn cảm giác sâu hiếm khi là triệu chứng đơn độc. Chóng mặt lúc này thường do bệnh lý thần kinh ngoại biên (có rối loạn cảm giác sâu) làm giảm những xung động cảm giác cần thiết đến hệ thống bù trừ trung ương kèm với rối loạn chức năng của hệ tiền đình hoặc hệ thị giác.

\* Chóng mặt do rối loạn chức năng hệ tiền đình là nguyên nhân thường gặp nhất, chóng mặt thường kèm theo buồn nôn, rung giật nhãn cầu, thất điều đáng đi. Do chóng mặt tăng lên khi cử động đầu nhanh, bệnh nhân thường có khuynh hướng giữ đầu nằm yên không nhúc nhích.

### **. Triệu chứng khách quan**

*Rung giật nhãn cầu (nystagmus):*

- Rung giật nhãn cầu nhãn cầu do nguyên nhân tiền đình thường đánh theo nhịp. Đó là cử động của nhãn cầu theo nhịp gồm sự nối tiếp nhau giữa

hai pha: pha chậm đưa nhãn cầu sang một phía (do tác động của hệ tiền đình), kế đến là pha nhanh đưa nhãn cầu theo chiều ngược lại, đưa mắt về vị trí nghỉ ngơi (do tác động của chất lưới cầu não).

- Khi có triệu chứng rung giật nhãn cầu, chúng ta cần xác định hướng, chiều và mức độ của nó để xác định loại tổn thương.

#### *Rối loạn thăng bằng*

- Các rối loạn tĩnh trạng: chú ý đến sự di lệch của thân, trục cơ thể: sự di lệch này đi theo hướng của dòng nội dịch.

+ Dấu Romberg: khi bệnh nhân đứng, hai chân khép lại, ta sẽ thấy thân mình bệnh nhân nghiêng về một bên, hiếm hơn là nghiêng ra phía trước hoặc phía sau nhưng thường là cùng một phía. Rối loạn này tăng lên khi người bệnh nhắm mắt (dấu Romberg tiền đình). Nếu nặng hơn, bệnh nhân có thể bị té ngã, đôi khi xảy ra đột ngột, lúc này đứng và đi không thể thực hiện được.

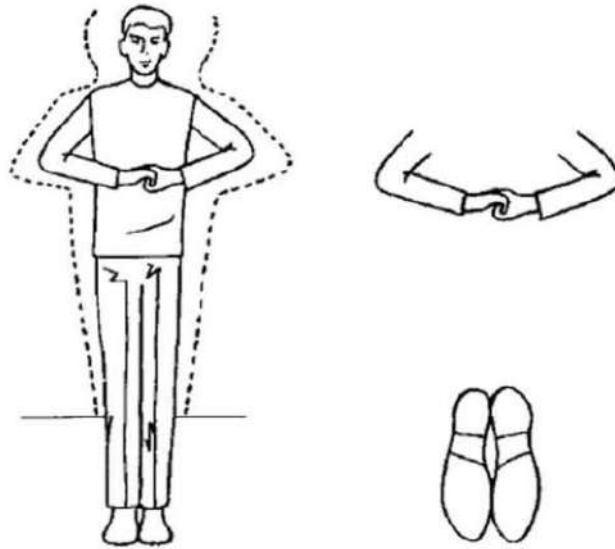
+ Nghiệm pháp đi bộ (Unterberger test), nghiệm pháp giơ thẳng tay.

- Rối loạn động trạng: Sự di lệch của các chi theo hướng của dòng nội dịch.

+ Nghiệm pháp bước đi hình sao (Test Babinski-Weil): Yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt, bước tới 5 bước sau đó lùi lại 5 bước lập lại nhiều lần khoảng 30 giây. Nếu giảm chức năng tiền đình một bên, bệnh nhân có khuynh hướng lệch về một bên (bên bệnh) khi tiến lên và lệch theo hướng ngược lại khi lùi ra sau vẽ nên hình ngôi sao.

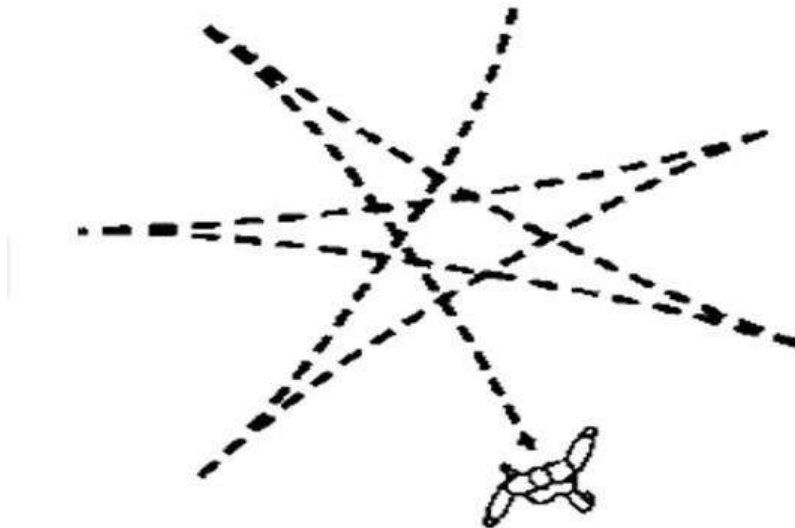
+ Nghiệm pháp past pointing: Bệnh nhân giơ thẳng hai tay ra trước, ngón trỏ chạm vào ngón trỏ của người khám, sau đó yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt, đưa tay lên và hạ xuống chạm vào tay người khám lần nữa. Đối với người có rối loạn tiền đình hai ngón trỏ không chạm tay người khám mà bị di lệch sang một bên, chúng ta ghi nhận độ di lệch đó. Càng làm nhiều lần, góc độ di lệch có thể càng tăng. Trong khi khám luôn chú ý chiều của hướng đi lệch, hướng tay lệch và chiều chậm của rung giật nhãn cầu xem có sự tương hợp, sự hài hoà không.

**Thử Romberg**



*Hình 1.2. Dấu Romberg*

**Thử bước đi hình sao**



*Hình 1.3. Thử bước đi hình sao*

*Các nghiệm pháp khác như nghiệm pháp nhiệt, nghiệm pháp ghé quay (Bárány), nghiệm pháp Nysten-Bárán cũng thường được dùng.*

- Ngoài ra còn phải khám thêm về thần kinh đôi bệnh nhân có tổn thương dây VIII thính lực, dây VII, dây V, tổn thương tiểu não, và các tổn thương về vận động, cảm giác.

### 1.1.3.2. Chẩn đoán phân biệt [13]

\* Chẩn đoán phân biệt với HCTĐ trung ương

**Bảng 1.1. Phân biệt HCTĐ ngoại biên với HCTĐ trung ương**

	HCTĐ ngoại biên	HCTĐ trung ương
Nguyên nhân	Tổn thương bộ phận cảm nhận hoặc dây thần kinh ngoại biên	Tổn thương nhân tiền đình hoặc các đường liên hệ nhân tiền đình với hệ thần kinh trung ương
Triệu chứng chủ quan	Chóng mặt dữ dội, mất cảm giác thăng bằng, xảy ra từng cơn kịch phát hoặc kéo dài liên tục.	Không toàn bộ: Không đầy đủ các triệu chứng của HCTĐ ngoại biên, các cảm giác thường có chỉ là cảm giác tròn trành như ngồi trên thuyền mà ít có sự chóng mặt thực sự.
Triệu chứng khách quan	+ Toàn diện: Tất cả các rối loạn tiền đình đều hiện diện như rung giật nhãn cầu (ngang-xoay tròn), lệch các ngón tay, rối loạn tĩnh trạng, rối loạn dáng đi.  + Hoà hợp: Các triệu chứng đều cùng về một phía, thường là bên bệnh, kèm theo các rối loạn thính giác như ù tai, giảm thính lực.	Không hài hòa: Rối loạn có hướng khác nhau so với các rối loạn về hướng của HCTĐ ngoại biên.

\* Phân biệt chóng mặt tiền đình và chóng mặt không tiền đình [23]

**Bảng 1.2. Phân biệt chóng mặt tiền đình và không tiền đình**

Chỉ số đánh giá	Tiền đình	Không tiền đình
Biểu hiện	Quay tròn, nghiêng ngả, vật thể xung quanh di chuyển	Cảm giác bập bênh
Tần suất xuất hiện	Theo từng cơn	Xuất hiện thường xuyên
Yếu tố ảnh hưởng đến chóng mặt	Các cử động đầu	Cơ thể bị tổn thương, thở nhanh, thở gấp, tim đập bất thường
Triệu chứng đi kèm	Buồn nôn, nôn ói, đi đứng lão đảo, ù tai, suy giảm khả năng nghe	Đỏ mề hôi, da nhợt nhạt, chân tay tê cứng không cử động được

#### **1.1.4. Điều trị hội chứng tiền đình ngoại biên**

Dựa trên bệnh sử, kết quả khám lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán, bác sĩ có thể lựa chọn phương pháp điều trị rối loạn tiền đình phù hợp với bệnh nhân, từ thay đổi lối sống cho đến điều trị bằng thuốc và cuối cùng là phẫu thuật [21]:

##### **1.1.4.1. Thay đổi lối sống [21]**

- Tập thể dục và phục hồi chức năng: Có các bài tập chuyên biệt phù hợp với từng bệnh nhân nhằm phục hồi chức năng tiền đình.

- Điều chỉnh chế độ ăn uống: chế độ ăn hợp lý đặc biệt là kiểm soát đường huyết là một trong những yếu tố quan trọng vì nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rối loạn chuyển hóa đường trong máu dù ở mức độ tiềm tàng cũng là yếu tố nguy cơ của HCTĐ [21],[18],[22]

#### *1.1.4.2. Điều trị bằng thuốc*

Nguyên tắc cơ bản để điều trị HCTĐ nói chung là điều trị nguyên nhân. Tuy nhiên, chẩn đoán nguyên nhân các bệnh tiền đình có những khó khăn nhất định. Vì thế trước tiên phải điều trị giảm triệu chứng [23].

Sử dụng 3 nhóm chính: nhóm kháng histamin, nhóm kháng cholinergic và Sedative.

- Nhóm kháng Histamin: ngăn chặn kích thích cơ quan tiền đình ngoại vi và trung ương. Điển hình như: Stugeron, piperazin, phenothiazine.

- Nhóm kháng cholinergic: kiềm chế kích động nhân tiền đình. Điển hình như scopolamine.

- Nhóm Sedative: chủ yếu làm dịu, có tác dụng ở cả ngoại vi và trung ương. Thường dùng: Diazepam, Phenothiazin ... [19].

#### *1.1.4.3. Phẫu thuật*

- Chỉ định khi các phương pháp nêu trên không đạt hiệu quả trong việc kiểm soát tình trạng chóng mặt và các triệu chứng khác do HCTĐ.

- Một số trường hợp chóng mặt do chấn thương đầu vỡ xương sọ chèn ép, hoặc khối u.

- Điều trị Ménière bằng phẫu thuật để giảm cảm giác chóng mặt, trong khi đó cố gắng bảo tồn chức năng ốc tai [24].

## **1.2. Tổng quan về HCTĐ ngoại biên theo Y học cổ truyền**

### ***1.2.1. Bệnh danh***

HCTĐ ngoại biên được mô tả trong chứng huyễn vựng là thuật ngữ ghép giữa mục huyễn và đầu vựng của YHCT. Huyễn là hoa mắt, vựng là chóng mặt. Mục huyễn chỉ mắt hoa như nẩy đom đóm, nhìn đồ vật như có màn che. Đầu vựng là cảm giác cơ thể hay đồ vật bên ngoài chao đảo, xoay chuyển, chũn đủng chòng chành kể cả khi nhắm mắt. Hai triệu chứng này thường hay kết hợp với nhau nên gọi là huyễn vựng [25] [7],[8].

### ***1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh***

Về nguyên nhân bệnh này, thầy thuốc các thời đại có phân biệt ra nhiều ý kiến khác nhau nhưng đều xuất phát từ thực tế bệnh tật và có quan hệ trên lâm sàng.

Thiên khẩu vấn nói: “Khí ở trên không đủ nên não không đầy, tai ù kêu, đầu nghiêng ngả quay cuồng mắt hoa đen”. Câu này ý nói do não không đủ do khí hư.

Đan Khê tâm pháp nói: “Không có đàm không thể có xây sấm hôn hoa”, đàm ẩm là chỉ cái sản vật dịch thể tích đọng dưới tác dụng của nguyên nhân gây bệnh ra trong cơ thể con người, nếu không được bài trừ thì sẽ gây ra chứng rối loạn tiền đình (huyễn vựng).

Kim quỹ yếu lược nói: “Dưới tâm có đàm ẩm, ngực sườn có đàm ẩm nên hoa mắt chóng mặt”. Lại nói: “Dưới rốn có rung động, nôn ra bã bọt mà xây sấm, đó là thủy vậ”. Như vậy điều trị cần chú ý đến kiện tỳ, trừ đàm trệ.

Trương Trọng Cảnh lấy đàm ẩm gây nên “Huyễn vựng” là chủ yếu – Chu Đan Khê tuân theo thuyết của Hà Gian bảo “Không đàm không thể thành Huyền, không hỏa không thành vựng”. Nội kinh nói “Tinh hư sinh huyễn,” – Lại nói: “Thận hư thì đầu nặng lay lắc, bễ ủy không đủ thì não chuyển tai ù...”.

Hải luận nói: “Bễ ủy không đủ thì não chuyển tai ù kêu, chân đau, mặt mắt xây sấm, trĩ nải còn việc, đây là nói bệnh ở trên mà gốc ở dưới” [8].

Sách Linh Khu nói: "Thanh khí không đưa lên đầy đủ, não là bễ ủy không đầy đủ sinh huyễn vựng" [26].

Theo sách Chu Đan Khê nói: "Không có đàm không thành huyễn vựng và đề ra cách chữa, phải chữa đàm"; “vô đàm bất tác huyễn” [27], nghĩa là không có đàm thì không thể tạo thành chứng huyễn. Trong chứng thận dương hư, chân hỏa hư thiếu, không đủ sức sưởi ấm cơ thể, không chuyển hóa được thủy giúp thủy phát huy tác dụng. Thủy ứ trệ không sinh hóa được mà thành



đàm ẩm. Đàm thấp lẩn át, ngăn trở các khiếu, làm thanh dương không thăng mà gây huyễn vựng [30].

Theo Cảnh Nhạc toàn thư viết: "Cũng có trường hợp người cao tuổi phần tinh hư suy, lao lực quá độ mà không ngủ được cũng gây huyễn vựng" [28].

Thánh tể tổng lược nói: "Huyễn vựng là do khí hư sợ, trong người bẩm thụ không đầy đủ, dương khí không thể lên đến não, phong tà dễ vào, cùng khí cùng khí cùng nổi lên". Câu này ý nói do dương khí không đầy đủ, khí hư gây nên HCTĐ [8].

Hải Thượng Lãn Ông nói: Thận thủy thiếu dương lẻ loi, không có chủ mà hư hỏa bốc lên". Lại nói: Thận thủy hư thì thủy không trở về nguồn được mà sinh ra đàm ở tỳ". Hai câu này có ý là cái hỏa hư bốc lên, cái đàm sinh ra ấy, đều là do thận thủy hư suy mà hư hỏa bốc lên vậy. Do đó khi điều trị phải lấy thận lấy tỳ là trọng tâm [29].

Nhìn chung, những lý luận trên đều có ý nghĩa chỉ đạo về nguyên nhân và cơ chế bệnh. Bệnh này phát sinh thuộc về hư nhiều hơn như âm hư dễ làm can phong động; huyết kém thì não mất nuôi dưỡng; tinh suy thì bễ tuỷ không đầy đủ, đều dễ gây ra huyễn vựng; mặt khác có đàm trọc ứng tắc, che lấp hoặc hoá hoả bốc lên che mờ ở trên mà gây huyễn vựng.

Huyễn vựng là một chứng bệnh thường thấy trên lâm sàng, bệnh tình có nặng có nhẹ, bệnh cơ tuy rất phức tạp, nhưng quy nạp lại không ra ngoài bốn phương diện phong, hoả, đàm, hư. Các thể bệnh huyễn vựng có thể xuất hiện đơn độc, cũng có thể xuất hiện xen lẫn vào nhau như những chứng can dương cương thịnh, can thận âm hư hoặc huyết hư kiêm can dương cương vượng hoặc can dương hiệp với đàm thấp. Trên lâm sàng cần xét tới chứng bản, chứng tiêu, chứng hư, chứng thực cho rõ ràng rồi định pháp điều trị cho thích hợp [30].

Khi nhắc đến chứng Huyễn vựng, nói hư là nói gốc bệnh hư – nói thực là nói hình tượng bệnh – kỳ thực vẫn là nhất quán vậy. Do Huyễn vựng chỉ là

một chứng trạng mà không phải tên bệnh, nên rất nhiều bệnh có thể dẫn đến chứng trạng “Huyễn vựng” mà Tây Y gọi là hội chứng tiền đình.

### **1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị [31],[8],[32]**

#### **1.2.3.1. Đàm trọc trung trở**

Người uống rượu hoặc ăn đồ ngon béo hoặc ăn uống thất thường, làm việc khó nhọc, thận giảm công năng, tỳ vị mất kiện vận, làm cho cơm nước không hoá thành được tinh vi, tỳ thấp sinh đàm, đàm cản trở ở trung tiêu, thanh dương không đưa lên được, trọc âm không giáng xuống được, mà gây ra huyễn vựng [31].

##### **\* Triệu chứng**

Chóng mặt, đầu đau nặng, mất ngủ, người nặng nề mệt mỏi, lợm giọng buồn nôn, ăn ít, rêu lưỡi trắng nhợt, mạch nhu hoạt.

##### **\* Biện chứng**

- Đàm trọc che mờ thanh dương gây huyễn vựng, đầu nặng như băng bó.
- Đàm trọc ngăn trở ở trung tiêu, làm cho trọc âm không giáng được, khí cơ không thông lợi, gây ngực tức, buồn nôn.
- Tỳ dương không phán chấn, gây ăn ít, người nặng nề mệt mỏi.
- Thận khí không thăng làm đau đầu, chóng mặt.
- Rêu lưỡi trắng nhờn, mạch nhu hoạt đều do đàm trọc chứa ở trong gây ra.

**\* Pháp điều trị:** Táo thấp trừ đàm, kiện tỳ hoà vị

**\* Phương điều trị:** Bán hạ bạch truật thiên ma thang gia giảm.

#### **1.2.3.2. Khí huyết lưỡng hư**

Bệnh lâu ngày không khỏi, khí huyết bị hao tổn hoặc sau khi mất huyết không hồi phục được hoặc tỳ vị hư nhược, không kiện vận được cơm nước để hoá sinh khí huyết, làm cho khí huyết đều hư; khí hư thì thanh dương không phán chấn, huyết hư thì não mất nuôi dưỡng đều có thể sinh huyễn vựng [31],[32].

*\* Chứng trạng*

Hễ động thì huyết vụng tăng thêm, khó nhọc thì lại phát ra, sắc mặt trắng nhợt, môi mỏng không tươi, râu tóc không mượt, tim đập nhanh, khó ngủ, tinh thần mệt mỏi, ngại nói, ăn uống giảm sút, chất lưỡi nhợt, mạch tế nhược.

*\* Biện chứng*

- Khi khó nhọc thì càng làm cho khí hư nên bệnh phát ra.
- Huyết hư không vinh nhuận lên trên làm cho sắc mặt trắng nhợt, môi mỏng, không tươi, râu tóc không mượt.
- Huyết hư không nuôi dưỡng được tâm cho nên tim đập nhanh, khó ngủ.
- Tinh thần mệt mỏi, ngại nói, ăn uống giảm sút, chất lưỡi nhợt, mạch tế nhược là biểu hiện của khí huyết hư.

*\* Pháp điều trị:* bổ ích khí huyết, kiện vận tỳ vị

*\* Phương điều trị:* Quy tỳ thang gia giảm.

*1.2.3.3. Thận tinh hao tổn*

Thận là gốc của tiên thiên, chủ việc tàng tinh sinh tuỷ; nếu tiên thiên không đủ, thận âm suy hao hoặc người già thận yếu, hoặc bệnh lâu hại thận hoặc phòng lao quá độ, làm cho thận tinh suy hao không sinh được tuỷ, mà não là bể của tuỷ, bể tuỷ không đủ (trên dưới đều hư) phát sinh huyết vụng [31],[8],[32].

*\* Chứng trạng*

Huyết vụng mà tinh thần rã rời, ít ngủ, nhiều chiêm bao, hay quên, lưng gối đau mỏi, di tinh, tai ù.

Thiên về âm hư có biểu hiện ngũ tâm phiền nhiệt, chất lưỡi đỏ, mạch huyền tế. Thiên về dương hư có biểu hiện chân tay lạnh, người rét, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, mạch trầm tế vô lực.

*\* Biện chứng*

- Vì tinh tủy không đủ, không lên nuôi dưỡng được não, cho nên sinh huyền vựng mà tinh thần rã rời; thận hư thì tâm thận không giao gây ít ngủ, nhiều chiêm bao, hay quên.

- Eo lưng là phủ của thận, thận hư lưng gối đau mỏi, thận khai khiếu ra tai, thận hư thính thoảng tai ù; thận hư cửa tinh không kiên cố gây di tinh.

- Âm hư thì sinh nội nhiệt, ngũ tâm phiền nhiệt, chất lưỡi đỏ, mạch huyền tể sắc.

- Dương hư thì sinh ngoại hàn nên chân tay lạnh, người lạnh, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, mạch trầm tể vô cực.

*\* Pháp điều trị:* Bổ thận điền tinh.

*\* Phương điều trị:* Tả quy hoàn hoặc Hữu quy hoàn gia giảm.

*1.2.3.4. Can dương thượng cương*

Người vốn là dương thịnh, can dương bốc lên phát thành huyền vựng hoặc vì lo giận uất ức kéo dài, khí uất hoá hoả, làm cho can âm hao dần, dương động bốc lên nhiều lên các khiếu trên (thanh khiếu); hoặc thận âm vốn suy, can không được nuôi dưỡng (thủy không hàn mộc), làm cho can âm không đủ, không tiềm được can dương làm can dương bốc lên phát thành huyền vựng [31],[8],[32],

*\* Chứng trạng*

Huyền vựng, ù tai, đầu nhức mà trướng, môi khi giận giữ nhiều hoặc lo phiền nhiều thì đau đầu, đầu choáng nhiều hơn, mặt có lúc đỏ lên, dễ nóng nảy, giận giữ, ít ngủ, nhiều chiêm bao, miệng đắng, chất lưỡi đỏ rêu vàng, mạch huyền.

*\* Biện chứng*

- Can dương cương thịnh lên xâm phạm các thanh khiếu, cho nên đầu choáng, đầu đau mỗi khi phiền não hoặc giận dữ làm hại đến thận, đấn can làm cho can dương cương thịnh thêm, cho nên đầu choáng, đầu đau tăng thêm.

- Mặt đỏ từng lúc là do dương thăng lên, can vượng thì hay nóng nảy, giận giữ.

- Can hoá mà nhiều động tâm thần thì ít ngủ, nhiều chiêm bao.

- Miệng đắng, chất lưỡi đỏ, rêu vàng thuộc can dương cang.

- Mạch huyền tế sắc đỏ là hiện tượng nội nhiệt, can thận âm hư.

\* *Pháp điều trị*: bình can tiềm dương, tư dưỡng can thận

\* *Phương điều trị*: *Thiên ma câu đằng ẩm hoặc Long đởm tả ca thang gia giảm*.

Ngoài ra có thể kết hợp các phương pháp không dùng thuốc khác như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, khí công dưỡng sinh...để nâng cao hiệu quả điều trị.

### **1.3. Tổng quan về bài thuốc nghiên cứu**

Bài thuốc sử dụng trong nghiên cứu là bài Thận trước thang gồm Bạch linh 15g, Bạch truật 15g, Chích thảo 8g và Can khương 8g. Đây là bài thuốc cổ phương do danh y Tôn Tư Mạc đề ra (Bị cấp thiên kim yếu phương), được đề cập trong “Cảnh Nhạc toàn thư” để điều trị chứng “Thận trước” hay thái âm hư hàn: thân thể nặng nề, eo lưng lạnh như có nước bên trong, không khát, tiểu tiện tự lợi (không cầm), ăn uống kém, từ eo lưng trở xuống đau nặng như đeo đá [33].

Chứng Thận trước và chứng Thận dương hư: Chứng Thận trước là tà khí hàn thấp bám vào ngoại phủ của Thận ở vùng lưng làm cho lưng lạnh và nặng. Chứng Thận dương hư do nguyên khí thận bất túc, Mệnh môn hỏa suy, âm hàn thịnh ở trong gây nên. Nhưng ở người thận dương hư cũng dễ cảm nhiễm tà khí hàn thấp vì tà sở dĩ quấy rối do chính khí hư. Mà bên ngoài tổn thương do hàn thấp lâu ngày có thể dẫn đến thương dương bất túc. Cho nên với hai chứng này, ôn bổ tỳ thận dương là mấu chốt [33],[8],[34]

Theo y học cổ truyền, chứng huyền vụng chủ yếu do đàm thấp ứ trệ gây ra. Vì vậy, việc điều trị chủ yếu là trừ thấp. Ở đây sử dụng bài “Thận

trước thang” gồm các vị thuốc: Bạch linh, Bạch truật, Chích cam thảo, Can Khương với mục tiêu điều trị là ôn ấm trung tiêu, kiện tỳ, trừ thấp đối với các bệnh nhân mắc HCTĐ thuộc chứng Đàm trọc trung trở của YHCT. Phương pháp này dựa trên tư duy trị vào gốc bệnh, một trong điểm ưu thế của YHCT.

#### *Bạch linh*

Tên khoa học: *Poria prac parata*

Tính vị: vị ngọt, nhạt, tính bình.

Quy kinh: Vào kinh Tâm. Phế, Thận, Tỳ, Vị.

Tác dụng: thuốc lợi thủy và cường tráng, nhuận táo, bổ tỳ, ích khí, sinh tân, chỉ khát. [35],[36]

#### *Bạch truật*

Tên khoa học : *Rhizoma Atractylodis macrocephalae*.

Tính vị: vị ngọt đắng, mùi thơm nhẹ, tính ấm

Quy kinh: Tỳ

Tác dụng: kiện tỳ, táo thấp, chỉ tả, hòa trung, lợi thủy, an thai [35],[36].

#### *Chích cam thảo*

Tên khoa học: *Radix et Rhizoma Glycyrrhizae preparata*

Tính vị: vị ngọt, tính ôn.

Qui kinh: Tỳ, Vị, Phế, Tâm.

Tác dụng: bổ trung ích khí, bổ hư giải độc, kiện tỳ vị, điều âm dương, hòa dinh vệ [35],[36].

#### *Can khương*

Tên khoa học: *Rhizoma Zingiberis officinalis*

Tính ấm, Vị cay.

Quy kinh: Phế, Tỳ, Vị.

Công dụng: tán hàn ôn trung, hồi dương, tiêu đàm, hành thủy, giải độc [35],[36].

- Phân tích tác dụng của bài thuốc:

Trong bài thuốc có Can khương vị cay,tính ấm có tác dụng ôn ấm trung tiêu là vị quân. Bạch linh là thần có tác dụng lợi niệu thẩm thấp,kiện tỳ. Hai vị thuốc này phối hợp với nhau vừa có tác dụng trừ hàn tà,vừa có tác dụng lợi thủy trừ đàm thấp. Bạch truật để tăng công dụng kiện tỳ,táo thấp. Chích cam thảo điều hòa công năng các vị thuốc,điều hòa tỳ vị lại có tác dụng bổ trung khí,giúp tỳ vị kiện vận tốt hơn khi dùng với bạch linh,bạch truật.Các vị thuốc kết hợp với nhau vừa có tác dụng ôn ấm trung tiêu tán hàn vừa có tác dụng thanh lợi trừ đàm thấp.

#### **1.4. Tổng quan về điện châm**

##### ***1.4.1. Khái niệm về điện châm***

Châm là một phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của YHCT. Mục đích của châm nhằm “điều khí”, tạo ra một kích thích vào huyết để tạo nên trạng thái sinh lý, để loại trừ bệnh tật, đưa cơ thể trở lại hoạt động của chức năng bình thường.

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của kim châm vào huyết, với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm.

Đây là phương pháp kết hợp giữa YHCT và YHHĐ để phát huy mạnh mẽ tác dụng đặc khí và dẫn khí của kinh huyết khi châm cứu.

##### ***1.4.2. Cơ chế tác dụng theo Y học hiện đại***

Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Châm cứu tạo ra một cung phản xạ mới, dập tắt cung phản xạ bệnh lý.

Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và liên quan giữa các tạng phủ đối với các vùng của cơ thể do tiết đoạn chi phối: Khi nội tạng có bệnh, sợi thần kinh giao cảm bị kích thích, dẫn truyền vào tủy sống, làm thay đổi cảm giác ở vùng da tương ứng. Vậy nội tạng có tổn thương dùng châm cứu tác động vào các vùng da trên cùng một tiết đoạn sẽ chữa được các bệnh.

Nguyên lý về cơ năng sinh lý linh hoạt của hệ thần kinh Widekski: Trường hợp thần kinh ở trạng thái yên tĩnh một kích thích nhẹ hay mạnh

thường hay gây ra một phản ứng hưng phấn nhẹ hoặc mạnh tương ứng. Nhưng trạng thái bị hưng phấn do bệnh, kích thích mạnh hơn làm cho hoạt động thần kinh chuyển sang quá trình ức chế nên giảm đau.

Vai trò thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh: Người ta đã xác định được công thức hóa học của chất morphine – like là những chất chủ yếu do hậu yên tiết ra, ngoài ra còn thấy ở trên ruột và nhiều cơ quan khác [37],[19],[38].

#### *1.4.2.3. Cơ chế tác dụng theo Y học cổ truyền*

Theo YHCT, bệnh tật là do sự mất cân bằng âm dương gây ra bởi các tác nhân ngoại nhân (tà khí lục dâm), nội nhân (thất tình, công năng tạng phủ suy kém), bất nội ngoại nhân (sang chấn, ăn uống...). Châm cứu giúp thiết lập lại sự cân bằng âm dương giữa các bộ phận trong cơ thể thông qua đường kinh lạc tương ứng.

Theo Y học cổ truyền, hệ kinh lạc bao gồm những đường kinh (thẳng) và những đường lạc (đường ngang). Trong kinh lạc có kinh khí (The Energy of life) vận hành để điều hoà khí huyết làm cơ thể luôn khoẻ mạnh, chống được các tác nhân gây bệnh. Hệ kinh lạc cũng là nơi biểu hiện các trạng thái bệnh lý của cơ thể, đồng thời cũng là nơi tiếp nhận các hình thức kích thích (dùng châm, cứu, xoa bóp, ấn huyết giác...) thông qua các “huyệt” để chữa bệnh.

Mỗi đường kinh mang tên một tạng hoặc một phủ nhất định. Khi tạng phủ có bệnh thường có những biểu hiện thay đổi cơ quan biểu lí với nó. Khi châm cứu, người ta tác dụng vào các huyệt trên các kinh mạch đó để điều chỉnh các rối loạn chức năng (bế tắc) của kinh mạch [38] [39],[77].

### **1.5. Tình hình nghiên cứu điều trị hội chứng tiền đình trong nước và trên thế giới**

#### *1.5.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới*

Tác giả Hàn Lệ và Dương Minh Huy (2019) qua nghiên cứu đã chứng Họa đàm hoạt huyết thang (Ngô thù du 5g, Cảo bản 10g, Trạch tả 10g, Bạch



truật 15g, Bán hạ 10g, Sinh khương 15g, Trần bì 16g, Phục linh 20g, Đan sâm 20g, Xuyên khung 10g...) có hiệu quả hơn flunarizine kết hợp betahistamine trong điều trị chóng mặt thể đàm uất huyết ú [40].

Qua một phân tích tổng hợp dữ liệu từ 10 nghiên cứu lâm sàng trên hơn 8000 bệnh nhân có hội chứng tiền đình, ZhuanZhuan Hou và cộng sự (2017) đã chứng minh châm cứu có ưu thế hơn hẳn so với thuốc trong cải thiện các triệu chứng chóng mặt, đau đầu [41].

Tong-Chien Wu và cộng sự (2017) trong một báo cáo lâm sàng điều trị cho một phụ nữ 31 tuổi bị hội chứng tiền đình 7 năm. Sau 4 tháng dùng Quy tỳ thang 8g/ngày x 3 lần/ngày, Bán hạ bạch truật thiên ma thang 7g/ngày x 3 lần/ngày và Sài hồ 1g/ngày kết hợp với giáo dục sức khỏe. Kết quả là từ 2 đến 3 lần tái phát HCTĐ/tháng trở thành ba tháng mới bị một lần [42].

Đặng Văn Đình và cộng sự (2014) nghiên cứu thuốc tiêm Danhong, chiết suất thuốc YHCT, với tác dụng giãn mạch máu và tăng cường tuần hoàn vi mạch, cho hiệu quả điều trị rõ rệt với hội chứng tiền đình ngoại biên ở tuần thứ hai đến tuần thứ sáu so với nhóm không dùng Danhong [43].

### ***1.5.2. Nghiên cứu tại Việt Nam***

Hiện nay đã có một số những nghiên cứu như sau:

Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) thực hiện nghiên cứu tác dụng của điện châm trong hỗ trợ điều trị hội chứng tiền đình. Kết quả cho thấy: Điện đầu châm có tác dụng tốt trong việc hỗ trợ điều trị các triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng tiền đình [64].

Phí Ngọc Thuận (2017) nghiên cứu dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc trong thành phần có Ginkgobiloba cho hiệu quả cải thiện tốt các chứng đầu thống, huyễn vựng, thất miên trên bệnh nhân thiếu máu mạn tính.. [44]

Tác giả Nguyễn Thị Thanh Vân (2013) nghiên cứu tác dụng của đầu châm kết hợp cao thông u trong điều trị chứng huyễn vựng. Kết quả cho thấy có tác dụng trong điều trị chứng huyễn vựng trong kết hợp điều trị [45].

Theo tác giả Đỗ Hồng Giang (2006) thực hiện nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2006 có hiệu quả cao với phần lớn người bị những rối loạn tiền đình hoặc hệ thống thăng bằng trung ương [46].

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG, CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Chất liệu, phương tiện nghiên cứu

##### 2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

❖ Thuốc nghiên cứu: Thận trước thang.

**Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc Thận trước thang**

TT	Tên vị thuốc	Tên khoa học	Liều lượng
1	Bạch linh	<i>Poria prac parata</i>	15g
2	Bạch truật	<i>Rhizoma Atractylodis macrocephalae</i>	15g
3	Chích cam thảo	<i>Radix et Rhizoma Glycyrrhizae preparata</i>	8g
4	Can khương	<i>Rhizoma Zingiberis officinalis</i>	8g

- Nguồn dược liệu: Các vị thuốc được bào chế và cung cấp bởi khoa Dược, đạt tiêu chuẩn cơ sở của Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội và Dược điển Việt Nam V

- Dạng thuốc và cách dùng: mỗi thang thuốc được sắc và đóng 2 túi 150ml, uống 1 túi/lần và 2 lần/ngày, uống ấm sau ăn.

❖ Thuốc đối chứng: *Cinnarizin 25mg*

+ Tên gốc: Cinarizine

+ Hàm lượng: 25mg

+ Nơi sản xuất: Công ty cổ phần Dược-Vật tư y tế Nghệ An.

+ Liều dùng: uống 02 viên/ lần × 02 lần/ngày sau khi ăn

- *Nootripam 400mg*

+ Tên gốc: Piracetam

+ Hàm lượng: 400mg

+ Nơi sản xuất: Công ty cổ phần dược phẩm Cửu Long (Pharimexco).

+ Liều dùng: uống 02 viên/lần  $\times$  02 lần/ngày sau khi ăn.

❖ Phác đồ huyết [47]:

Châm tả các huyết 2 bên: Bách hội, Suất cốc, Trung đô, Phong trì, Hợp cốc, Thượng tinh, Thái dương.

Châm bổ các huyết 2 bên: Túc tam lý, Nội quan.

+ Tần số tả: 5-10 Hz; tần số bổ: 1-3 Hz

+ Cường độ: nâng dần từ 0-150 micro Ampe tùy theo mức chịu đựng của người bệnh

+ Thời gian điện châm: 30 phút/ lần, ngày châm 01 lần

+ Thủ thuật: Xác định và sát trùng da vùng huyết. Châm kim vào huyết theo các thì sau: Thì 1 tay trái dùng ngón cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết, tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết; Thì 2 đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho tới khi đạt "Đắc khí" (bệnh nhân có cảm giác căng tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, bác sĩ cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết). Kích thích huyết bằng máy điện châm với tần số và thời gian phù hợp. Sau đó rút kim và sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

### ***2.1.2. Phương tiện nghiên cứu***

- Máy điện châm Electronic Acupuncture do công ty trách nhiệm hữu hạn thương mại và sản xuất thiết bị y tế Hà Nội sản xuất, số đăng ký 12/2009/BYT.

- Máy sắc thuốc và đóng túi.

- Kim vô khuẩn, dài từ 5-6 cm, dùng một lần.

- khay men, bông, cồn 70°, kẹp.

## 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng tiền đình ngoại biên điều trị nội trú tại khoa Lão khoa, Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2020.

### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi từ 18 trở lên, không phân biệt giới tính.
- \* Theo Y học hiện đại:
  - Lâm sàng: Bệnh nhân có đầy đủ các triệu chứng sau:
    - + Cơ năng: Chóng mặt, rối loạn thăng bằng.
    - + Thực thể: Dương tính ở các nghiệm pháp Romberg dương tính, bước đi hình sao và ngón tay trở mũi.
  - Cận lâm sàng: không có tổn thương sọ não trên phim MRI.
  - Tự nguyện tham gia nghiên cứu, và tuân thủ nguyên tắc điều trị.
- \* Theo Y học cổ truyền: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Hội chứng tiền đình theo YHHĐ thuộc phạm vi của chứng Huyền vựng thể Đàm trọc trung trở của YHCT.

Tứ chẩn	Chứng trạng
Vọng – Văn	Người béo bệu, chất lưỡi bệu, rêu trắng dày nhớt.
Vấn	Chóng mặt, đau đầu, mệt mỏi, lợm giọng, ngực bụng đầy tức, sáng dây khạc đàm, miệng nhạt
Thiết	Mạch hoạt

### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi.
- Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý về thần kinh: tai biến mạch máu não, Parkinson,...
- Bệnh nhân chóng mặt do nguyên nhân khác như: chấn thương, bệnh lý mắt (Ví dụ: Glacom), thiếu máu,...
- Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính: Suy tim, xơ gan, suy thận...

- Bệnh nhân mắc các bệnh truyền nhiễm.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân bỏ thuốc, không tuân thủ yêu cầu điều trị.

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở, tiến cứu, so sánh trước sau, có đối chứng.

#### **2.3.2. Cách chọn mẫu, cỡ mẫu**

*Cách chọn mẫu:* mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, đảm bảo sự tương đồng về giới, tuổi, thời gian mắc bệnh.

*Cỡ mẫu:* 30 bệnh nhân cho mỗi nhóm, đây là mẫu nhỏ nhất được đồng thuận cho một nghiên cứu lâm sàng.

#### **2.3.3. Quy trình nghiên cứu**

**Bước 1:** Chọn 60 bệnh nhân rối loạn chức năng tiền đình phù hợp với tiêu chuẩn được phân vào 2 nhóm đảm bảo sự tương đồng về giới, tuổi, thời gian mắc bệnh.

**Bước 2:** Làm các xét nghiệm trước điều trị:

- Huyết học: Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, Hematocrite
- Sinh hoá: Ure, Creatinin, AST, ALT, Glucose.

**Bước 3:** Tiến hành điều trị trong 15 ngày liên tục. Bệnh nhân được theo dõi, ghi lại các triệu chứng lâm sàng hàng ngày, thông tin ngày D0, D7 và D15 được điền vào bệnh án nghiên cứu.

#### **❖ Nhóm nghiên cứu (Nhóm NC):**

- Thuốc nghiên cứu: Bài thuốc Thận trước thang uống theo phác đồ.
- Điện châm: châm theo phác đồ của Bộ Y tế.

❖ **Nhóm đối chứng ( Nhóm ĐC):**

- Thuốc nghiên cứu: Cinnarizin 25mg và Nootripam 400mg theo phác đồ.
- Điện châm: châm theo phác đồ của Bộ Y tế.

**2.3.4. Các chỉ tiêu theo dõi**

- Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá theo dõi trong 15 ngày.
- Các chỉ tiêu theo dõi được đánh giá ở các thời điểm trước nghiên cứu (D0), sau 7 ngày điều trị (D7), sau 15 ngày điều trị (D15).

**2.3.4.1. Chỉ tiêu về đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu**

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới.
- BMI và cân nặng.
- Phân bố theo tiền sử bệnh
- Phân bố theo thời gian mắc bệnh.

**2.3.4.2. Chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng**

**Lâm sàng:**

**Theo YHHD**

- Chóng mặt, rối loạn thăng bằng được đánh giá theo thang điểm EEV [48]. (phụ lục 2)

- Chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng thang điểm Pittsburgh [49]. (Phụ lục 3)

- Đau đầu được đánh giá theo thang điểm VAS. (Phụ lục 4)

**Theo YHCT**

- Các chứng trạng: chóng mặt, đau đầu, mệt mỏi, lợm giọng, mất ngủ, đầy tức ngực bụng, khạc đờm buổi sáng, nhạt miệng được hỏi theo ba mức độ Khởi – Đỡ - Không đỡ.

**Cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm máu:

+ Công thức máu: Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, hematocrite.

+ Sinh hóa máu: Ure, creatinine, AST, ALT, Glucose.

- Các chỉ số sinh tồn: Mạch, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu.

***Các triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng:***

+ Tác dụng không mong muốn của điện châm: vụng kim, gãy kim, nhiễm trùng tại chỗ châm, ban dị ứng ngoài da tại chỗ châm, chảy máu, ...

+ Tác dụng không mong muốn của thuốc: đi ngoài, tiêu chảy, buồn nôn, nôn, ...

***2.3.5. Phương pháp đánh giá kết quả điều trị***

***2.3.5.1. Đánh giá kết quả lâm sàng***

- ✓ Dựa vào thang điểm EEV đánh giá mức độ hoa mắt chóng mặt, rối loạn thăng bằng để so sánh và đánh giá kết quả trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm.
- ✓ Dựa vào thang điểm đau đầu VAS để so sánh và đánh giá kết quả trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm.
- ✓ Dựa vào thang điểm Pittsburgh đánh giá rối loạn giấc ngủ để so sánh và đánh giá kết quả trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm.
- ✓ Dựa vào câu hỏi về chứng hậu YHCT phân làm ba mức độ Khỏi – Đỡ - Không khỏi để đánh giá kết quả trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm.

***2.3.5.2. Đánh giá kết quả điều trị chung theo phân loại dựa vào EEV***

- ✓ Loại tốt: Thang điểm EEV giảm  $\geq 90\%$ .
- ✓ Loại khá:  $70\% \leq$  Thang điểm EEV giảm  $< 90\%$ .
- ✓ Loại trung bình:  $50\% \leq$  Thang điểm EEV giảm  $< 70\%$ .
- ✓ Loại kém: Thang điểm EEV giảm  $< 50\%$  hoặc các triệu chứng nặng thêm.

***2.3.5.3. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị***

- Trên lâm sàng: Theo dõi có hoặc không có tác dụng không mong muốn của điện châm, bài thuốc trên lâm sàng.



- Trên cận lâm sàng: Theo dõi các biến đổi thông số Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu, Hematocrite, Glucose, Ure, AST, ALT, Creatinin trước và sau điều trị. Theo dõi các chỉ số sinh tồn về nhiệt độ, mạch, huyết áp trước và sau điều trị.

#### **2.4. Thời gian địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Lão khoa - Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.

#### **2.5. Xử lý và phân tích số liệu**

Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0 trong đó có sử dụng các thuật toán:

- Tính giá trị trung bình ( $\bar{X}$ ), tỷ lệ phần trăm (%) và độ lệch chuẩn (SD).
- So sánh sự khác biệt về giá trị trung bình bằng T-test, kiểm định  $\chi^2$  để so sánh giữa các tỷ lệ %.
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **2.6. Phương pháp 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 nằm nội trú tại bệnh viện, được giải thích, hướng dẫn đầy đủ về yêu cầu của điều trị, được theo dõi và giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị.
- Nhóm nghiên cứu được đào tạo và huấn luyện thành thạo về quy trình khám, điều trị và khai thác thông tin theo phác đồ của nghiên cứu.
- Không sử dụng các thuốc có tác dụng điều trị Hội chứng tiền đình ngoại biên khác trong thời gian nghiên cứu.

#### **2.7. Đạo đức nghiên cứu**

- Đề tài nghiên cứu được thông qua của Hội đồng đề cương luận văn cao học Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, và được sự chấp

thuận của Bệnh viện Đa khoa YHCT Hà Nội.

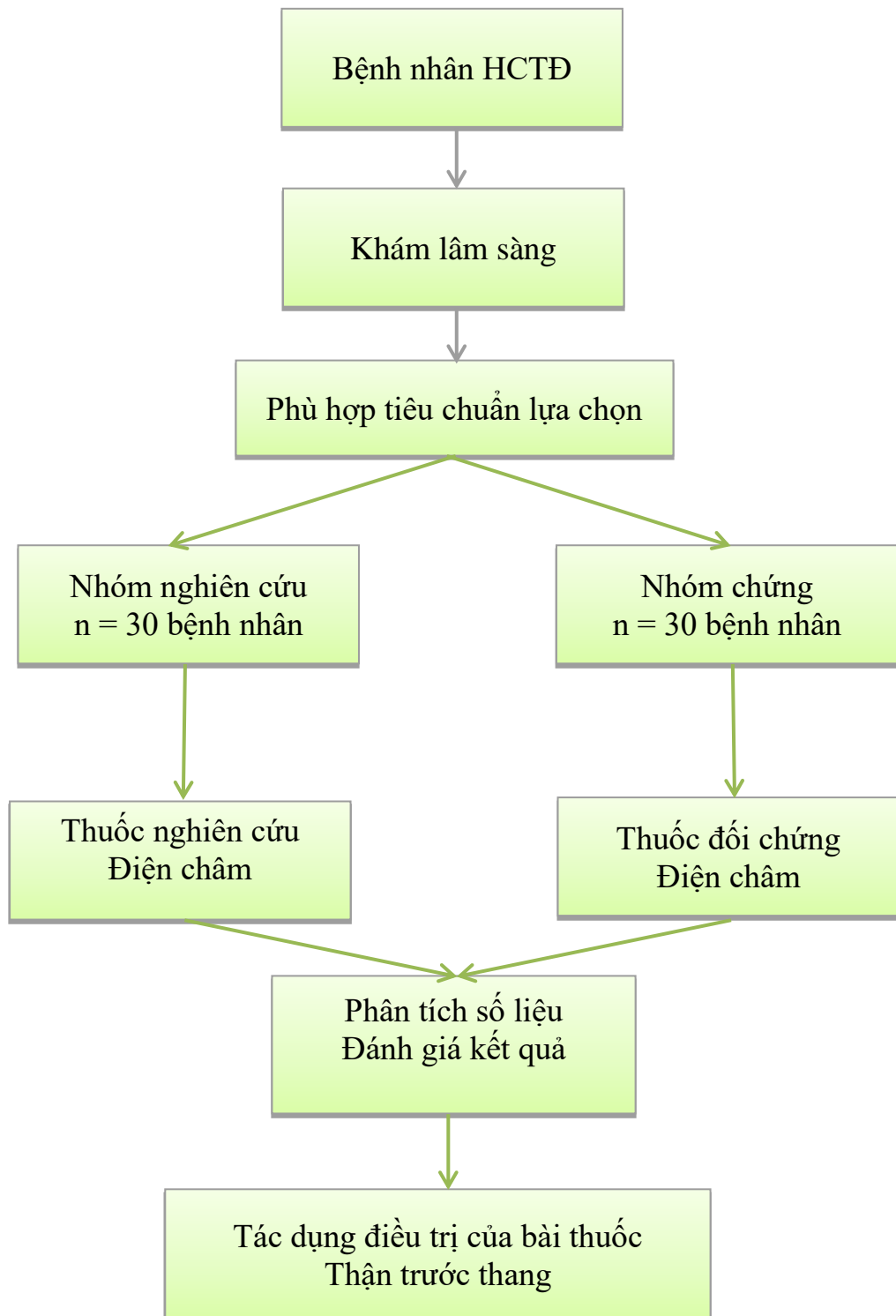
- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu (có đơn tình nguyện).

- Nghiên cứu đảm bảo quyền riêng tư, tính an toàn và sức khỏe cho bệnh nhân.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cho người bệnh ngoài ra không có mục đích nào khác.

- Trong thời gian nghiên cứu, nếu bệnh nhân không muốn hoặc có biểu hiện của tác dụng không mong muốn sẽ chuyển sang điều trị theo phương pháp khác.

- Kết quả nghiên cứu được công bố cho bệnh nhân biết.

**QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU**

## CHƯƠNG 3

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, 60 bệnh nhân được chẩn đoán là hội chứng tiền đình ngoại biên thuộc thể đàm trọc trung trở của YHCT sau điều trị nội trú 15 ngày tại Khoa Lão khoa – Bệnh viện Đa khoa YHCT Hà Nội theo phác đồ cho những kết quả như sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

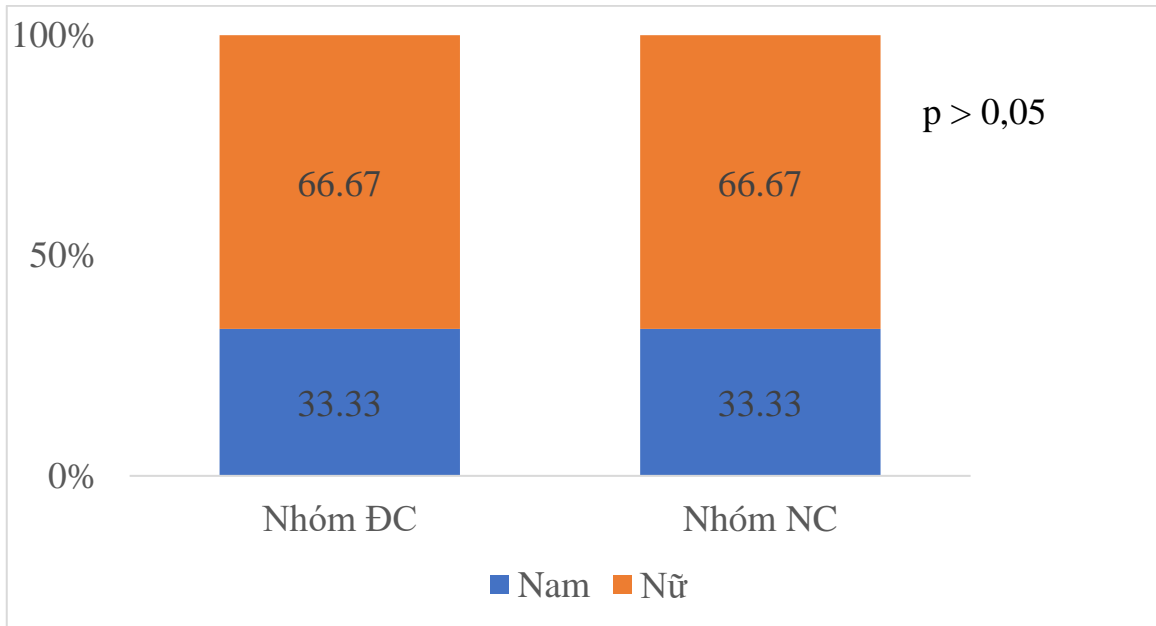
**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Nhóm tuổi	Nhóm ĐC (n=30)		Nhóm NC (n=30)		pĐC-NC
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
< 60 tuổi	7	23,33	6	20	> 0,05
60-69	13	43,33	8	26,67	
≥ 70	10	33,33	16	53,33	
<b>Tuổi trung bình (<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	68,27 ± 10,77		70,37 ± 11,9		> 0,05

#### **Nhận xét:**

Bảng 3.1 cho thấy ở nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm trên 70 tuổi (53,33%), nhóm đối chứng có tỷ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm 60 – 70 tuổi (43,33%), tuy nhiên sự khác biệt về phân loại nhóm tuổi ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $70,37 \pm 11,9$ , nhóm đối chứng là  $68,27 \pm 10,77$ ; sự khác biệt về tuổi trung bình ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:**

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ nữ/nam ở cả hai nhóm đối chứng và nghiên cứu là như nhau; nam giới chiếm 33,33% thấp hơn nữ giới là 66,67%.

Sự phân bố theo giới ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.2. So sánh các chỉ số BMI, cân nặng giữa hai nhóm**

Nhóm	Cân nặng ( $\bar{x} \pm SD$ )	BMI ( $\bar{x} \pm SD$ )	Phân Loại BMI				Tổng	
			Thiếu cân	Bình thường	Thừa cân	Béo phì độ I		
NC	54,2 ± 7,44	21,77 ± 3,09	n	1	27	1	1	30
			%	3,33	90	3,33	3,33	100
ĐC	56,2 ± 5,55	22,68 ± 2,04	n	2	25	3	0	30
			%	6,67	83,33	10,00	0	100
p	> 0,05							

**Nhận xét:** Cân nặng và chỉ số khối cơ thể của 2 nhóm đa phần trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh**

Tiền sử bệnh	Nhóm ĐC (n=30)		Nhóm NC (n=30)		pĐC-NC
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Rối loạn lipid máu	8	26,67	11	36,67	> 0,05
Thoái hoá cột sống cổ	14	46,67	15	50	
Khác	8	26,66	4	13,33	

**Nhận xét:**

Bảng 3.3. cho thấy các bệnh nhân trong nghiên cứu ở cả hai nhóm đều có tiền sử mắc bệnh về thoái hoá cột sống cổ là chủ yếu chiếm tỷ lệ 46,67% ở nhóm đối chứng và 50% ở nhóm nghiên cứu.

Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lipid máu chiếm 26,67% ở nhóm đối chứng và 36,67% ở nhóm nghiên cứu.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh trước khi nhập viện**

Thời gian	Nhóm ĐC (n=30)		Nhóm NC (n=30)		pĐC-NC
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Dưới 1 tuần	13	43,33	12	40,00	> 0,05
1 tuần – 1 tháng	8	26,67	11	36,67	
1 tháng – 3 tháng	7	23,22	4	13,33	
Trên 3 tháng	2	6,67	3	10,00	

**Nhận xét:**

Bảng 3.4. cho thấy bệnh nhân có thời gian chóng mặt dưới 1 tuần nhiều nhất ở cả hai nhóm, ở nhóm nghiên cứu là 43,33%, và 40% ở nhóm đối chứng. Số bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng ít nhất, lần lượt là 2 và 3 người ở nhóm nghiên cứu và đối chứng.

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.5. Đặc điểm phân bố các chứng trạng liên quan đến huyễn vựng thể đàm trọc theo YHCT trước điều trị**

Chứng trạng	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)		p <sub>ĐC-NC</sub>
	n	%	n	%	n	%	
Chóng mặt	30	100	30	100	60	100	>0,05
Đau đầu	30	100	30	100	60	100	>0,05
Mệt mỏi	29	96.97	30	100	59	98.33	>0,05
Lợm giọng	20	66.67	17	56.67	37	61.67	>0,05
Mất ngủ	26	86.87	25	83.33	51	85.00	>0,05
Đầy tức	25	83.33	24	80.00	49	81.67	>0,05
Nhật miệng	23	76.67	27	90.00	50	83.33	>0,05

**Nhận xét:**

Các triệu chứng chóng mặt, đau đầu, lưỡi bệu nhớt, mạch hoạt gập ở 100% các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong khi đó các triệu chứng mệt mỏi, lợm giọng, mất ngủ và nhật miệng chiếm tỉ lệ cao.

Sự khác biệt trong phân bố các chứng trạng YHCT giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 3.2. Kết quả điều trị

### 3.2.1. Tác dụng theo YHHĐ

**Bảng 3.6. Sự thay đổi thang điểm EEV  
(chóng mặt – không có sự khác biệt)**

<b>Thời điểm</b> \ <b>Nhóm</b>	<b>Nhóm ĐC (n=30)</b> $\bar{X} \pm SD$	<b>Nhóm NC (n=30)</b> $\bar{X} \pm SD$	<b>PĐC-NC</b>
D0	13,13 ± 1,5	13,83 ± 1,69	0,48
D7	4,47 ± 1,41	4,3 ± 1,42	0,32
D15	0,1 ± 0,31	0,23 ± 0,43	0,08
P <sub>D0-D7</sub>	<b>&lt; 0,01</b>	<b>&lt; 0,01</b>	
P <sub>D0-D15</sub>	<b>&lt; 0,01</b>	<b>&lt; 0,01</b>	

**Nhận xét:** Từ bảng 3.6. cho thấy

Trước điều trị không có sự khác biệt về điểm EEV giữa 2 nhóm nghiên cứu..

Sau 7 ngày điều trị, điểm EEV trung bình ở cả 2 nhóm đều giảm và có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p < 0,01$ ). Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm thì sự cải thiện về mức độ đánh giá trung bình không chênh nhau nhiều với  $p > 0,05$ .

Sau 15 ngày điều trị, điểm EEV trung bình của hai nhóm tiếp tục giảm với  $p < 0,01$ . Nhóm đối chứng có xu hướng giảm nhiều hơn nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



**Bảng 3.7. So sánh sự thay đổi điểm Pittsburgh trước và sau điều trị**

Nhóm Điểm Pittsburgh	Nhóm NC (n = 30) $\bar{X} \pm SD$		Nhóm ĐC (n = 30) $\bar{X} \pm SD$		p <sub>NC-ĐC</sub> (D <sub>15</sub> )
	D <sub>0</sub>	D <sub>15</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>15</sub>	
Điểm Pittsburgh	10,78 ± 2,67	8,56 ± 2,76	10,45 ± 9.03	9,03 ± 2,76	0,032
p <sub>D0-D15</sub>	0,0024		0,036		

**Nhận xét:**

- Điểm Pittsburgh có sự cải thiện đáng kể ở thời điểm 15 ngày sau khi được điều trị so với thời điểm bắt đầu ( $p < 0,05$ ). Khi so sánh sự thay đổi giữa ngày đầu và ngày thứ 15 của 2 nhóm nghiên cứu, sự thay đổi ở nhóm nghiên cứu lớn hơn so với nhóm đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.8. So sánh sự thay đổi điểm VAS trước và sau điều trị**

Nhóm Điểm VAS	Nhóm NC (n = 30) $\bar{X} \pm SD$		Nhóm ĐC (n = 30) $\bar{X} \pm SD$		p <sub>NC-ĐC</sub> (D <sub>15</sub> )
	D <sub>0</sub>	D <sub>15</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>15</sub>	
Điểm VAS	2.34 ± 0.56	0.5 ± 0.42	2.54 ± 0.72	1.03 ± 0.54	p < 0,05
p <sub>D0-D15</sub>	<0.001		<0.001		

**Nhận xét:**

- Điểm VAS ở ngày đầu tiên của nhóm nghiên cứu là  $2.34 \pm 0.56$  xuống còn  $0.5 \pm 0.42$ . Cùng với nhóm đối chứng, sự cải thiện về điểm VAS là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.001$ ). Tuy nhiên, giá trị thay đổi điểm VAS giữa ngày đầu và ngày thứ 15 ở nhóm nghiên cứu lớn hơn so với nhóm đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.9. So sánh kết quả điều trị chung giữa hai nhóm**

Kết quả \ Nhóm	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Tốt	16	53.33	13	43.33	0,786
Khá	10	33.33	11	36.67	
Trung bình	4	13.34	6	20.00	

**Nhận xét:** Ở cả 2 nhóm, kết quả điều trị tốt ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là 53,33% và 43,33%. Kết quả điều trị khá ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là 33,33% và 36,67%. Không có sự khác biệt về kết quả nghiên cứu giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.10. Sự liên quan giữa kết quả điều trị với thời gian mắc bệnh**

	n	Nhóm NC (n = 30)						n	Nhóm ĐC (n = 30)					
		Tốt		Khá		TB			Tốt		Khá		TB	
		n (16)	%	n (10)	%	n (4)	%		n (4)	%	n (15)	%	n (11)	%
<1 tuần	13	9	69.2	4	30.8	0	0.0	12	2	16.7	9	75.0	1	8.3
1 tuần - 1 tháng	8	5	62.5	3	37.5	0	0.0	11	2	18.2	3	27.3	6	54.5
1 tháng - 3 tháng	7	2	28.6	2	28,6	3	42.9	4	0	0.0	2	50.0	2	50.0
>3 tháng	2	0	0.0	1	50.0	1	50,0	3	0	0.0	1	33.3	2	66.7
p	>0,05						>0,05							

**Nhận xét:**

- Xu hướng thời gian mắc bệnh càng ngắn thì kết quả cải thiện lâm sàng càng tốt và ngược lại. Ở nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện hơn nhóm đối chứng. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

- Nhóm thời gian mắc bệnh dưới 1 tuần: Nhóm nghiên cứu có kết quả tốt đạt 69,2%, khá là 30,8% và không có bệnh nhân nào đạt kết quả trung bình, nhóm đối chứng đạt kết quả tốt là 16,7%, khá là 75,0%, trung bình là 8,3%.

- Nhóm thời gian mắc bệnh từ 1 tuần đến 1 tháng: Nhóm nghiên cứu có kết quả tốt là 62,5%, khá là 37,5%, trong khi đó nhóm đối chứng đạt kết quả tốt là 18,2%, khá là 27,3% và trung bình là 54,5%.

- Nhóm thời gian mắc bệnh từ 1 tháng đến 3 tháng: Nhóm nghiên cứu có kết quả tốt là 28,6%, khá là 28,6%, trung bình là 42,9%, nhóm đối chứng đạt khá là 50,0%, và trung bình là 50,0%.

- Nhóm thời gian mắc bệnh trên 3 tháng: Nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều không có kết quả tốt. Trong nhóm nghiên cứu kết quả trung bình chiếm 50% trong khi đó ở nhóm đối chứng là 66,7%.

### 3.2.2. Tác dụng theo YHCT

**Bảng 3.11. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT**

Triệu chứng	Nhóm	Trước điều trị	Sau điều trị						p <sub>D0-D15</sub>
			Không đỡ		Đỡ		Khỏi		
			n	%	n	%	n	%	
Chóng mặt	NC	30	1	3.33	13	43.33	16	53.33	>0,05
	ĐC	30	1	3.33	15	50.00	14	46.67	
Đau đầu	NC	30	2	6.67	9	30.00	19	63.33	< 0,05
	ĐC	30	5	16.67	16	53.33	9	30.00	
Mệt mỏi	NC	30	1	3.45	9	31.03	20	68.97	<0,05
	ĐC	30	4	13.33	15	50.00	11	36.67	
Lợm giọng	NC	20	1	5.00	14	70.00	5	25.00	> 0,05
	ĐC	17	3	17.65	12	70.59	2	11.76	
Mất ngủ	NC	26	1	3.85	4	15.38	21	80.77	<0,05
	ĐC	25	4	16.00	10	40.00	11	44.00	
Đầy tức	NC	25	1	4.00	3	12.00	21	84.00	<0,05
	ĐC	24	4	16.67	8	33.33	12	50.00	
Nhạt miệng	NC	23	1	4.35	2	8.70	20	86.96	< 0,05
	ĐC	27	22	81.48	4	14.81	1	3.70	

**Nhận xét:** So với nhóm đối chứng, trừ triệu chứng chóng mặt và lợm giọng, các triệu chứng đau đầu, mệt mỏi, mất ngủ, đầy tức và nhạt miệng ở nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện đáng kể với  $p < 0,05$ .

### 3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

#### 3.3.1. Tác dụng mong muốn trên lâm sàng

**Bảng 3.12. So sánh sự thay đổi mạch và huyết áp trung bình**

Nhóm		Nhóm NC (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	$p_{NC-ĐC}$
Chỉ số				
Mạch (lần/phút)	D <sub>0</sub>	75,23 ± 6,90	78,23 ± 7,35	> 0,05
	D <sub>7</sub>	75,46 ± 5,89	77,45 ± 6,88	
	D <sub>15</sub>	76,76 ± 5,35	76,87 ± 5,34	
	$p_{D0-D7}$	>0,05	>0,05	
	$p_{D0-D15}$	> 0,05	> 0,05	
	$p_{D7-D15}$	> 0,05	> 0,05	
HATB (mmHg)	D <sub>0</sub>	87,32 ± 5,67	88,34 ± 7,43	> 0,05
	D <sub>7</sub>	87,50 ± 5,05	88,05 ± 7,45	
	D <sub>15</sub>	87,45 ± 3,78	87,03 ± 6,23	
	$p_{D0-D7}$	>0,05	>0,05	
	$p_{D0-D15}$	> 0,05	> 0,05	
	$p_{D7-D15}$	> 0,05	> 0,05	

**Nhận xét:** Chỉ số mạch và huyết áp trung bình của bệnh nhân ở thời điểm trước và sau điều trị đều có sự thay đổi trong mỗi nhóm và giữa hai nhóm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.13. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của hai nhóm**

Triệu chứng	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	n	Thời gian/xử trí	n	Thời gian/xử trí
Đau bụng	0		0	
Đi phân lỏng	0		0	
Mẫn ngứa	0		0	
Vụng châm	0		0	
Chảy máu	0		0	
Nhiễm trùng	0		0	
...				

**Nhận xét:**

Trong quá trình điều trị 15 ngày ở cả hai nhóm, không ghi nhận được trường hợp nào bị tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như vụng kim, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng, dị ứng ngoài da, đau bụng, buồn nôn, đi ngoài phân lỏng ...

### 3.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

**Bảng 3.14. Các chỉ số huyết học trước và sau điều trị**

Chỉ số	Nhóm	Trước điều trị ( $\bar{x} \pm SD$ )	Sau điều trị ( $\bar{x} \pm SD$ )	$p_{D0-D15}$
<b>Hồng cầu (T/l)</b>	<b>NC</b>	4,8 ± 0,73	4,8 ± 0,64	> 0,05
	<b>ĐC</b>	4,22 ± 0,48	4,33 ± 0,38	> 0,05
	<b>p<sub>chứng-nc</sub></b>	> 0,05	> 0,05	
<b>Hematocrit (l/l)</b>	<b>NC</b>	0,37 ± 0,03	0,38 ± 0,02	> 0,05
	<b>ĐC</b>	0,39 ± 0,28	0,41 ± 0,03	> 0,05
	<b>p<sub>chứng-nc</sub></b>	> 0,05	> 0,05	
<b>Bạch cầu (G/l)</b>	<b>NC</b>	6,83 ± 2,29	6,75 ± 1,97	> 0,05
	<b>ĐC</b>	8,67 ± 2,21	9,12 ± 2,01	> 0,05
	<b>p<sub>chứng-nc</sub></b>	> 0,05	> 0,05	
<b>Tiểu cầu (G/l)</b>	<b>NC</b>	220,5±35,5	219,17±29,7	> 0,05
	<b>ĐC</b>	203,23 ± 28,2	200,7± 24,5	> 0,05
	<b>p<sub>chứng-nc</sub></b>	> 0,05	> 0,05	

**Nhận xét:**

Sau 15 ngày điều trị, các chỉ số huyết học ở hai nhóm bệnh nhân đều có thay đổi, cụ thể như sau:

Trong nhóm đối chứng các chỉ số bạch cầu, HCT tăng, tiểu cầu giảm sau điều trị, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Trong nhóm nghiên cứu các chỉ số về bạch cầu, HCT tăng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Không có sự khác nhau giữa hai nhóm trong các chỉ số huyết học khai thác trong nghiên cứu này.

**Bảng 3.15. Chức năng gan thận cơ bản trước và sau điều trị**

Chỉ số	Nhóm	Trước điều trị ( $\bar{x} \pm SD$ )	Sau điều trị ( $\bar{x} \pm SD$ )	$P_{D0-D15}$
Ure máu (mmol/l)	NC	6,06 ± 0,78	6,28 ± 0,84	> 0,05
	ĐC	5,91 ± 1,01	6,2 ± 1,26	> 0,05
	$P_{ĐC-NC}$	> 0,05	> 0,05	
Creatinin ( $\mu$ mol/l)	NC	74,7 ± 12,3	77,8 ± 6,99	> 0,05
	ĐC	77,15 ± 12,9	81,09 ± 9,8	> 0,05
	$P_{ĐC-NC}$	> 0,05	> 0,05	
AST (u/l)	NC	23,98 ± 5,4	23,23 ± 6,1	> 0,05
	ĐC	25,29 ± 5,5	25,21 ± 3,9	> 0,05
	$P_{ĐC-NC}$	> 0,05	> 0,05	
ALT (u/l)	NC	25,32 ± 6,2	25,6 ± 5,99	> 0,05
	ĐC	21,12 ± 4,1	22,6 ± 4,9	> 0,05
	$P_{ĐC-NC}$	> 0,05	> 0,05	
Glucose (mmol/l)	NC	6,01 ± 1,12	5,69 ± 0,92	> 0,05
	ĐC	5,91 ± 0,93	5,97 ± 0,75	> 0,05
	$P_{ĐC-NC}$	> 0,05	> 0,05	

**Nhận xét:**

Sau 15 ngày điều trị, các chỉ số hóa sinh ở hai nhóm bệnh nhân đều có thay đổi, cụ thể như sau:

Trong nhóm nghiên cứu các chỉ số ALT, Ure tăng và AST, Creatinine, Glucose giảm sau điều trị nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Trong nhóm đối chứng các chỉ số ALT, Ure, Creatinine, Glucose tăng và AST giảm sau điều trị nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Không có sự khác nhau giữa hai nhóm trong các chỉ số sinh hóa máu khai thác trong nghiên cứu này và các chỉ số này đều trong ngưỡng bình thường.



## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

##### 4.1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Trong nghiên cứu đối tượng bệnh nhân tại khoa Lão khoa của bệnh viện; trong đó số bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,33% ở nhóm nghiên cứu và bệnh nhân có độ tuổi từ 60 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm đối chứng là 43,33%. Không có sự khác biệt về tuổi ở cả hai nhóm nghiên cứu. Trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 41 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 90 tuổi.

Kết quả nghiên cứu tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $70,37 \pm 11,9$ ; nhóm đối chứng là  $68,27 \pm 10,77$ , nhóm tuổi hay gặp là trên 70 cao hơn với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) lần lượt là  $53,47 \pm 12,67$  và  $52,77 \pm 13,26$ ; tuổi hay gặp nhất là nhóm từ 50-59 [64].

Chóng mắt là một triệu chứng xuất hiện đồng thời với sự lão hóa, là một triệu chứng quan trọng nhất hay gặp trên lâm sàng và thường thấy ở những người có độ tuổi trên [50], [51]. Sự lão hóa theo tuổi sẽ biểu hiện trên mạng lưới thần kinh như các receptor thần kinh tiền đình, thị giác, hệ thống nhận cảm... Tế bào có lông của cơ quan tiền đình và sợi thần kinh trong hệ thống thần kinh tiền đình cũng theo đó mà thoái hóa theo [52]. Chính vì vậy việc dự phòng hội chứng tiền đình cho người cao tuổi, đặc biệt là người có tiền sử bệnh, là vô cùng quan trọng. Điều này giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người cao tuổi, đồng thời làm giảm các ảnh hưởng tới kinh tế và nền y tế toàn dân.

##### 4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Hội chứng tiền đình gặp ở cả hai giới, sự phân bố tỷ lệ nam nữ khác nhau tùy theo từng nghiên cứu. Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nữ gặp

nhều hơn nam giới. Tỷ lệ nữ/nam ở cả hai nhóm đối chứng và nghiên cứu là như nhau với tỷ lệ nữ giới chiếm 66,67%; sự phân bố theo giới ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này tương đồng với kết quả các nghiên cứu của tác giả: Silvia Ferrari (2014) đã thấy tỷ lệ nữ chiếm ưu thế hơn ở nam giới [53], Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) tỷ lệ nữ giới chiếm 81,67%; tỷ lệ nam giới chiếm 18,33% [64]. Kết quả này khác với nghiên cứu đánh về dạng cơ thể của Wang [54] khi thấy tỷ lệ nam nữ đàm thấp gần tương đương nhau là 27,42% và 21,28%.

Theo YHCT, phụ nữ sau khi sinh nở khí huyết đều bị hư tổn, dẫn đến công năng tạng phủ suy giảm nhất là hai tạng can và thận. Chức năng của hai tạng can và thận bị rối loạn sẽ làm ảnh hưởng hai phủ đờm và bàng quang, làm ảnh hưởng tới sự chu lưu của khí huyết của kinh tức thái dương bàng quang, tức thiếu dương đờm, tức quyết âm can và tức thiếu âm thận. Hơn nữa, ở nữ giới 7x7 bằng 49 là tuổi thiên quý bắt đầu suy kiệt, chính vì vậy công năng tạng thận ở nữ giới thường suy yếu sớm hơn so với nam giới. Như vậy, có thể giải thích tỷ lệ nữ giới bị bệnh ngày càng cao hơn nam giới [55].

#### **4.1.3. Đặc điểm về tiền sử bệnh**

Ở nhóm người cao tuổi những bệnh lý thường gặp về cơ xương khớp, huyết áp, gout và một số những bệnh khác. Kết quả nghiên cứu ở cả hai nhóm đều cho thấy các bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh về thoái hoá cột sống cổ là chủ yếu chiếm tỷ lệ 46,67% ở nhóm đối chứng và 50% ở nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lipid máu chiếm 26,67% ở nhóm ĐC và 36,67% ở nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả tương đương với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Thu Hà (2007) với tỷ lệ thoái hoá cột sống cổ chiếm 64%; tỷ lệ thoái hoá cột sống cổ kèm hẹp lỗ liên hợp đốt sống là 12,5%.

Các bệnh lý đốt sống cổ ở các mức độ làm chèn ép mạch máu và rễ thần kinh khiến não không được cung cấp đủ lượng máu, gây nên tình trạng thiếu

máu não cũng như rối loạn dẫn truyền thần kinh, lâu ngày dẫn đến hội chứng tiền đình. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rối loạn tiền đình có liên quan đến bệnh lý cột sống cổ là một trong những nhóm phổ biến nhất của hội chứng tiền đình. Tình trạng này sẽ tăng dần theo tuổi, do tuổi càng cao thì tỷ lệ thoái hóa cột sống càng tăng [56],[57]. Thêm một lý do nữa có thể giải thích là ở nhiều người có tư thế xấu như cúi nhiều, mang vác nặng trên vai, đứng nhiều... làm cột sống bị mất đường cong sinh lý, dần dần dẫn tới các bệnh lý như thoái hóa cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm.

Theo YHCT, nam giới từ  $8 \times 8 = 64$  tuổi và nữ giới từ  $7 \times 7 = 49$  là tuổi thiên quý bắt đầu suy tổn đến kiệt quệ. Sự suy kiệt này biểu hiện trên chính chức năng của ngũ tạng trong đó có thận và tỳ. Thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy nuôi xương. Khi thận hư, tinh tủy không đủ nuôi dưỡng xương cốt, vì thế dẫn đến đau xương cốt. Đồng thời chính khí suy làm khí không đủ thăng lên được, dẫn tới chóng mặt, hoa mắt, đau đầu, mất ngủ. Thêm nữa, người già tỳ mất kiện vận, tỳ không vận hóa được thủy thấp, thấp uất hóa đàm trở trệ ở trung tiêu, cũng làm khí không thăng lên được. Vì vậy, khi điều trị cần chú ý đến chức năng của tạng thận, tạng tỳ, bổ khí, trừ đàm.

#### ***4.1.4. Đặc điểm về thời gian chóng mặt trước và sau khi điều trị***

Một cơn chóng mặt của hội chứng tiền đình thường kéo dài vài giây, vài phút, vài giờ, nhiều ngày hay thậm chí nhiều tuần với hội chứng tiền đình do viêm dây thần kinh [58]. Trong nghiên cứu này, thời gian xuất hiện hội chứng được tính từ lúc xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên cho đến khi bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện. Qua việc khai thác lâm sàng, thời gian ngắn thường ở các bệnh nhân đã từng bị và hiểu về bệnh này, có kinh tế ổn định và quan tâm đến sức khỏe của mình. Thời gian dài thường hay gặp ở bệnh nhân bị bệnh lần đầu, bệnh nhẹ, kinh tế chưa tốt hoặc tự điều trị ở nhà không khỏi.

Trong kết quả nghiên cứu ở nhóm nghiên cứu bệnh nhân có thời gian chóng mặt trước khi vào viện dưới 01 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,33%, trong khi ở nhóm đối chứng thời gian chóng mặt trước khi vào viện dưới 01 tuần và từ 01 tuần đến 01 tháng không chênh lệch nhau nhiều với tỷ lệ lần lượt là: 40% ; 36,67%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt trên 10 ngày ở nhóm đối chứng chiếm 10% và 20 % ở nhóm nghiên cứu. Điều này cho thấy trình độ hiểu biết về bệnh tật, mức độ quan tâm tới sức khỏe, cũng như kinh tế của bệnh nhân đã được nâng cao. Hội chứng tiền đình nếu được phát hiện và điều trị sớm thì điều trị nội khoa triệu chứng sẽ mang lại kết quả cao hơn và tiết kiệm chi phí, giúp giảm tỷ lệ bệnh nhân phải can thiệp [59].

Như vậy, kết quả nghiên cứu có sự tương đồng giữa 2 nhóm đối tượng, cũng như phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nên chưa đánh giá được đầy đủ vấn đề này.

Về thời gian nằm viện trung bình giữa 2 nhóm không có sự chênh lệch nhiều, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân sau khi có những triệu chứng về tiền đình ngoại biên cụ thể là cảm thấy chóng mặt đến khám và nhập viện điều trị.

## **4.2. Kết quả điều trị**

### ***4.2.1. Hiệu quả cải thiện mức độ chóng mặt, rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV***

Chóng mặt là triệu chứng chính của các bệnh ảnh hưởng và liên quan đến hệ thống tiền đình của cơ thể. Chúng có thể được gây ra bởi các rối loạn mạn tính hoặc tạm thời, với sự tái phát không thể dự đoán trước và các đặc điểm lâm sàng thay đổi [60]. Nhận thức chủ quan của chúng chóng mặt bị ảnh hưởng bởi tính cách của bệnh nhân, sự tái phát chứng chóng mặt liên quan đến sự lo lắng hoặc các tiên tri khó lường của các bệnh mạn tính tiềm ẩn.

Bởi vì chóng mặt ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống hàng ngày ngay cả trong giai đoạn không có triệu chứng, cho nên chóng mặt, rối loạn thăng bằng chính là dấu hiệu sớm nhất để bệnh nhân chú ý đến bệnh của bản thân và đây cũng là lý do chính để bệnh nhân phải nhập viện điều trị.

Để đánh giá mức độ này, xác định theo thang điểm EEV bằng bộ câu hỏi đánh giá. Bộ câu hỏi về độ chóng mặt là một bảng bao gồm các đánh giá về triệu chứng của hội chứng tiền đình: ảo giác về sự chuyển động, thời gian của ảo giác, không dung nạp khi chuyển động, rối loạn thần kinh thực vật và rối loạn thăng bằng.

Trước điều trị các bệnh nhân có điểm EEV trung bình ở nhóm đối chứng là  $13,13 \pm 1,5$  và ở nhóm nghiên cứu là  $13,83 \pm 1,69$ . Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 7 ngày điều trị, điểm EEV trung bình ở cả 2 nhóm đều giảm và có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p < 0,01$ ). Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm thì sự cải thiện về mức độ đánh giá trung bình không chênh nhau nhiều với  $p > 0,05$ . Sau 15 ngày điều trị, điểm EEV trung bình của hai nhóm tiếp tục giảm với  $p < 0,01$ . Nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm nhiều hơn nhóm đối chứng. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở cả hai nhóm trong nghiên cứu đều dùng phương pháp điều trị là điện châm, điều trị về giảm nhẹ triệu chứng. Sự chênh lệch về tác dụng giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị khi tác động thêm bằng bài thuốc Thận trước thang trên nhóm nghiên cứu. Bài thuốc Thận trước thang hay còn gọi là Cam thảo can khương phục linh bạch truật thang dùng để điều trị chứng đàm thấp trung trở gây ra chứng huyễn vựng. Cơ chế bệnh chủ yếu là do tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp hàn ứ tại trung tiêu hóa đàm ẩm gây ra bệnh cho tạng thận vì thận khí không thăng dương. Chính vì vậy, dùng Thận trước thang với tác dụng kiện tỳ hóa đàm, táo thấp lợi niệu, ôn trung tán hàn là chữa bệnh ở thận bằng việc bổ tỳ ích thổ.

#### 4.2.2. *Hiệu quả cải thiện giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh*

Pittsburgh là thang điểm đánh giá mức độ rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng với các triệu chứng cơ năng do bệnh nhân tự đánh giá. Thang điểm gồm 7 yếu tố bao gồm Chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen (tỷ lệ toàn bộ thời gian ngủ và thời gian nằm trên giường), các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ (bao gồm cả thuốc được kê đơn và không kê đơn) và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Đây là thang điểm đánh giá khách quan với độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc phân biệt người ngủ ngon và ngủ kém [61]. Năm 2001, ở Việt Nam, PSQI đã được chuẩn hóa. Các tác giả đã nhận thấy thang đo này có giá trị sử dụng đáng tin cậy trong lâm sàng để đánh giá mức độ mất ngủ và có thể dùng nó để theo dõi tiến triển mất ngủ [62].

Trước điều trị, 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có rối loạn giấc ngủ với điểm Pittsburgh trung bình là  $10,78 \pm 2,67$  ở nhóm nghiên cứu và  $10,45 \pm 9,03$  ở nhóm đối chứng. Rối loạn giấc ngủ là tình trạng phổ biến, thường gặp trong đời sống hàng ngày, bệnh gặp nhiều ở người cao tuổi và ở nữ nhiều hơn nam. Bốn triệu chứng chính đặc trưng cho hầu hết các rối loạn giấc ngủ là mất ngủ, ngủ nhiều, giấc ngủ bất thường và rối loạn nhịp thức - ngủ, những triệu chứng này có thể gặp riêng rẽ hoặc chồng lấp lên nhau [63]. Rối loạn giấc ngủ có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng tất cả đều để lại hậu quả là làm ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng học tập và làm việc, lâu ngày khiến cho chất lượng cuộc sống của người bệnh không được đảm bảo.

Đối tượng trong nghiên cứu đa số là bệnh nhân tuổi cao, giấc ngủ dễ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau. Đôi khi, mất ngủ xảy ra ở người cao tuổi không chỉ là triệu chứng của rối loạn chức năng tiền đình, mà còn là do sinh lý tuổi già kết hợp nhiều nguyên nhân khách quan bên ngoài. Theo Sung Kyun Kim (2018), có đến 90% bệnh nhân rối loạn chức năng

tiền đình có các triệu chứng rối loạn giấc ngủ với điểm Pittsburgh từ 5 trở lên. [78]

Trong nghiên cứu điểm Pittsburgh có sự cải thiện đáng kể ở thời điểm 14 ngày sau khi được điều trị so với thời điểm bắt đầu ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ). Ở nhóm bệnh nhân sử dụng điện châm kết hợp thuốc nền, chỉ số Pittsburgh giảm từ  $10,45 \pm 9,03$  điểm xuống  $9,03 \pm 2,76$  điểm. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) sử dụng điện đầu châm trên bệnh nhân tiền đình cho kết quả điểm Pittsburgh giảm từ  $10,00 \pm 2,89$  giảm xuống còn  $9,07 \pm 2,58$  điểm [64].

Cả 2 nhóm đều được sử dụng chung phác đồ huyết: châm tả các huyết trên đầu (Bách hội – mạch Đốc, Suất cốc – kinh Đờm, Trung đô – kinh Can, Phong trì – kinh Đờm, Hợp cốc – kinh Đại trường, Thượng tinh – mạch Đốc, Thái dương) đều là các huyết có tác dụng điều trị chứng trạng đau đầu, mất ngủ, và châm bổ các huyết Túc tam lý thuộc kinh vị phối hợp với Nội quan thuộc kinh tâm bào có tác dụng trừ đàm thấp, an thần. Thêm vào đó, các huyết vùng đầu như bách hội, suất cốc... nằm trên đường giao thoa của nhiều đường kinh lạc trong cơ thể, do đó, điện châm các huyết này sẽ điều hòa công năng của toàn bộ các tạng phủ kinh lạc của người bệnh. Theo Y học hiện đại, châm cứu vào huyết gây kích thích cơ thể sản sinh, làm tăng nồng độ beta - endorphin và ACTH trong máu. Một số nghiên cứu cho thấy rằng endorphin nội sinh đóng vai trò trong đáp ứng đối với căng thẳng, nó hoạt động như các hormon dinh dưỡng trong tuyến tụy và tuyến thượng thận, làm tăng trung gian giải phóng adrenalin và glucagon để đáp ứng với căng thẳng [65]. Bệnh nhân bớt căng thẳng, cơ thể được giải tỏa, chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân sẽ được cải thiện.

Sự thay đổi ở nhóm nghiên cứu lớn hơn so với nhóm đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) cho thấy việc sử dụng bài thuốc “Thận trước

thang” có tác dụng cải thiện giấc ngủ của bệnh nhân. Tuy trong thành phần bài thuốc không có các vị thuốc có tác dụng an thần, nhưng tổng hòa cả bài thuốc với tác dụng ôn âm trung tiêu, kiện tỳ trừ thấp, giúp tỳ được kiện vận, thủy thấp được vận hóa tốt, không bị nên trệ, kinh mạch thông suốt, chất lượng giấc ngủ được cải thiện, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng tốt hơn. Mặt khác, bệnh nhân huyễn vựng phần nhiều do đàm. Theo Đan Khê tâm pháp viết “Không có đàm thì không gây huyễn” [8], điều trị huyễn vựng nhất thiết phải trừ đàm. Bạch truật, bạch linh là những vị thuốc có tác dụng kiện tỳ, trừ thấp [66], giúp công năng của tỳ được kiện vận, thủy thấp được vận hóa, các triệu chứng của đàm sẽ dần dần mà hết.

#### **4.2.3. Hiệu quả cải thiện đau đầu trên thang điểm VAS**

Điểm VAS ở ngày đầu tiên của nhóm nghiên cứu là  $2,34 \pm 0,56$  xuống còn  $0,5 \pm 0,42$ . Ở nhóm đối chứng, điểm VAS thay đổi từ  $2,54 \pm 0,72$  điểm xuống còn  $1,03 \pm 0,54$  điểm. Sự cải thiện về điểm VAS ở cả 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Nghiên cứu cho kết quả tương tự với 1 số nghiên cứu khác trên thế giới. Zhuanzhuan Hou (2017) tiến hành phân tích gộp trên 10 nghiên cứu với 914 người tham gia cho thấy kết quả châm cứu có tác dụng tốt hơn các liệu pháp tây Y đơn thuần trong cải thiện tỉ lệ chóng mặt, đau đầu và tăng tốc độ dòng máu qua động mạch sống nền [41].

Chih Wen Chiu và cộng sự (2015) đã nghiên cứu rằng điện châm có tác dụng điều trị các triệu chứng đau đầu và chóng mặt cấp tính tại khoa cấp cứu. Điểm VAS của bệnh nhân giảm từ  $5,49 \pm 1,91$  điểm xuống  $4,49 \pm 1,82$  điểm sau 30 phút châm cứu và chỉ còn  $2,88 \pm 1,85$  điểm sau 7 ngày điều trị [67].

Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) có nghiên cứu thấy điểm VAS của bệnh nhân huyễn vựng điều trị bằng điện đầu châm giảm từ  $2,70 \pm 0,70$  điểm xuống còn  $0,40 \pm 0,49$  điểm sau 21 ngày điều trị. [64]



Đau đầu là triệu chứng thường gặp của bệnh nhân rối loạn chức năng tiền đình. Đau đầu thường đi kèm với hoa mắt và chóng mặt [68]. Có đến hơn 60% bệnh nhân rối loạn tiền đình có kèm triệu chứng đau đầu. Đau có thể xuất phát từ đỉnh đầu, từ 1 phía thái dương hoặc đau toàn bộ vùng đầu.

Châm cứu các huyệt vùng đầu có tác dụng tốt trong việc cải thiện các triệu chứng đau. Điều này là do, phương pháp điện đầu châm làm tăng tuần hoàn, tạo cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, có tác dụng tức thời hoặc lâu dài [69]. Đầu là nơi dương khí hội tụ, khí thanh dương của lục phủ, tinh hoa của huyết ở ngũ tạng đều hội tụ ở đó, vì vậy, bất luận là các tà khí ngoại cảm hay do nội thương bất túc hay do ứ đọng ở kinh mạch làm cho khí thanh dương không được thư thái mà sinh các chứng huyễn vựng. Do đó, khi châm cứu trực tiếp lên các vùng trên da đầu tương ứng với các vùng chức năng vỏ não đã tác động lên tế bào vỏ não gây được tác dụng kích thích, phóng ra các xung động dẫn truyền tới cơ quan nội tạng do vỏ não chi phối, từ đó khôi phục công năng sinh lý bình thường.

Giá trị thay đổi điểm VAS giữa ngày đầu và ngày thứ 15 ở nhóm nghiên cứu lớn hơn so với nhóm đối chứng một cách có ý ( $p < 0,05$ ). Kết quả này cho thấy, sau điều trị, triệu chứng đau của bệnh nhân đã giảm đáng kể ở cả 2 nhóm, tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu có sử dụng kết hợp châm cứu và bài thuốc “Thận trước thang” cho thấy mức độ giảm nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân chỉ sử dụng châm cứu đơn thuần. Điều này cho thấy việc sử dụng bài thuốc có tác dụng trong điều trị chứng đau của bệnh nhân.

Nguyên nhân gây đau đầu chủ yếu do đàm trọc nội sinh, là âm tà che lấp thanh khiếu ở trên nên u ám nặng nề mà đau, điều trị cần phải kiện tỳ trừ đàm. Đàm thấp sinh ra có thể do nhiều nguyên nhân: do tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, lâu ngày ứ trệ lại thành đàm, do thấp tà từ ngoài xâm phạm vào cơ thể, lâu ngày không điều trị ứ đọng lại thành đàm,... Tỳ chủ vận hóa thủy

thấp, nhưng thấp xâm phạm lại làm trở ngại công năng vận hóa của tỳ, vì vậy, trừ đàm thấp cốt phải kiện tỳ.

Trong bài thuốc nghiên cứu có Bạch truật vị ngọt, tính ấm, quy vào kinh tỳ vị có tác dụng kiện tỳ táo thấp, dùng để chữa các chứng tỳ hư không vận hóa được thủy cốc sinh ra đàm ẩm gây chứng bụng đầy chướng, đau đầu, chóng mặt. Trong bài thuốc nghiên cứu, Bạch truật được kết hợp thêm với Bạch linh là các vị thuốc có tác dụng lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, giúp công năng vận hóa của tỳ được cải thiện. [20] Thủy thấp nhờ sự vận hóa của tỳ mà chuyển hóa được liên tục, không ứ thừa, ngưng đọng, thanh dương thăng lên, trọc âm giáng xuống được điều hòa, các chứng đau của bệnh nhân từ từ mà hết.

#### ***4.2.4. Tác dụng lên mạch và huyết áp trước và sau điều trị***

Chỉ số mạch và huyết áp trung bình của bệnh nhân ở cả hai nhóm đều nằm trong giới hạn bình thường ở thời điểm trước và sau điều trị. Sau quá trình điều trị, các chỉ số mạch và huyết áp thay đổi không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Điều này thể hiện rằng bài thuốc “Thận trước thang” và phương pháp châm cứu không ảnh hưởng đến các chỉ số mạch và huyết áp ở bệnh nhân rối loạn chức năng tiền đình.

Một trong những nguyên nhân gây ra hội chứng tiền đình là do huyết áp thấp, thiếu năng tuần hoàn não hay một số bệnh lí tim mạch khác như xơ vữa mạch, làm tắc nghẽn mạch máu. Khi máu không được cung cấp đủ đến hệ thống tiền đình, sẽ gây ra những triệu chứng đặc trưng của bệnh mà chúng ta thường nhắc đến như đau đầu, chóng mặt, ù tai, buồn nôn nhiều [70]. Khi sử dụng thuốc, không chỉ các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân được thuyên giảm, mà chỉ số mạch và huyết áp của bệnh nhân không bị ảnh hưởng. Vì vậy, việc sử dụng bài thuốc là tương đối an toàn với bệnh nhân nghiên cứu, có thể đưa vào sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

#### **4.2.5. Kết quả điều trị chung**

Kết quả điều trị chung được tính là tổng số của thang điểm EEV – là thang điểm quan trọng nhất để thăm khám cũng như đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng tiền đình ngoại biên. Kết quả thu được chia làm các mức độ: kết quả điều trị tốt, khá, trung bình.

Ở nhóm nghiên cứu, số bệnh nhân có kết quả điều trị tốt chiếm tỉ lệ cao nhất là 53.33%, kết quả điều trị khá chiếm 33.33% và kết quả điều trị mức trung bình chiếm 13.34%. Ở nhóm đối chứng, kết quả điều trị tốt chiếm tỉ lệ cao nhất với 43.33%, bệnh nhân có kết quả điều trị khá và trung bình chiếm tỉ lệ ít hơn, lần lượt là 36.67% và 20.00%. Như vậy, kết quả điều trị tốt ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Điều này cho thấy rằng, việc sử dụng bài thuốc “Thận trước thang” kết hợp với điện châm có tác dụng tương đương với điện châm kết hợp thuốc YHHT trong điều trị các rối loạn liên quan đến ảo giác về sự chuyển động, thời gian của ảo giác, không dung nạp khi chuyển động, thần kinh thực vật và thăng bằng trong hội chứng tiền đình ngoại biên thuộc thể đàm trọc trung trở của YHCT.

#### **4.2.6. Sự liên quan giữa kết quả điều trị với thời gian mắc bệnh**

Xu hướng thời gian mắc bệnh càng ngắn thì kết quả cải thiện lâm sàng càng tốt và ngược lại. Ở nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện hơn nhóm đối chứng. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Nhóm thời gian mắc bệnh dưới 1 tuần: Nhóm nghiên cứu có kết quả tốt đạt 69,2%, khá là 30,8% và không có bệnh nhân nào đạt kết quả trung bình, nhóm đối chứng đạt kết quả tốt là 16,7%, khá là 75,0%, trung bình là 8,3%.

Nhóm thời gian mắc bệnh từ 1 tuần đến 1 tháng: Nhóm nghiên cứu có kết quả tốt là 62,5%, khá là 37,5%, trong khi đó, nhóm đối chứng đạt kết quả tốt là 18,2%, khá là 27,3% và trung bình là 54,5%.

Nhóm thời gian mắc bệnh từ 1 tháng đến 3 tháng: Nhóm nghiên cứu có kết quả tốt là 28,6%, khá là 28,6%, trung bình là 42,9%, nhóm đối chứng đạt khá là 50,5%, và trung bình là 50,0%.

Nhóm thời gian mắc bệnh trên 3 tháng: Nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều không có kết quả tốt. Trong nhóm nghiên cứu kết quả trung bình chiếm 50% trong khi đó ở nhóm đối chứng là 66,7%.

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy, ở cả 2 nhóm thời gian mắc bệnh càng ngắn thì đáp ứng điều trị của bệnh nhân càng tốt, thời gian mắc bệnh càng kéo dài thì khả năng điều trị khỏi bệnh càng hạn chế. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh dưới 1 tuần có kết quả điều trị tốt và khá chiếm tỷ lệ cao (nhóm nghiên cứu 100%, nhóm đối chứng 91,7%). Ở cả 2 nhóm đều cho thấy bệnh nhân có thời gian mắc bệnh càng lâu, tỷ lệ bệnh nhân đạt được hiệu quả điều trị tốt càng giảm. Điều này phù hợp với báo cáo của Suwicha Kaewsiri Isaradisaikul và cộng sự khi khuyến cáo thời gian mắc bệnh ngắn hiệu quả điều trị bệnh cao và ngược lại [71]. Do đó, để đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất, người bệnh cần đến các cơ sở y tế để được khám và điều trị ngay khi có những triệu chứng đầu tiên để được chẩn đoán và điều trị sớm nhất, từ đó đạt được hiệu quả điều trị cao nhất.

#### ***4.2.7. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT***

So với nhóm đối chứng, ở nhóm nghiên cứu, các triệu chứng lâm sàng đều có sự cải thiện một cách có ý nghĩa thống kê sau khoảng thời gian điều trị với  $p < 0,05$ .

Trong đó cải thiện tốt nhất có chóng mặt chiếm 53,33%, đau đầu 63,33%, mệt mỏi 66,67%, mất ngủ 80,77%, nhạt miệng 86,96%.

Các triệu chứng khạc đàm và lợm giọng chủ yếu cải thiện ở mức độ khá với tỷ lệ lần lượt là 63,64% và 87,50%.

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân huyết vận thể đàm trọc trung trở, là thể bệnh có triệu chứng chính là chóng mặt, đau đầu, mệt mỏi nhiều.

Theo Nội kinh, “Tinh hư sinh Huyết”, lại nói “Thận hư thì đầu nặng hay lắc, bể tủy không đủ thì não chuyển tai ù ...”. Thận sinh ra tủy là cái gốc của tiên thiên. Tiên thiên bất túc hoặc ở người cao tuổi thận khí suy yếu, hoặc phòng lao quá độ làm thận tinh suy hao. Não là bể của tủy, thận tinh suy hao thì bể của tủy bất túc nên sinh ra chứng đầu choáng. Đầu choáng lâu ngày khó khỏi lại có chứng tinh thần mệt mỏi hay quên, tai ù, mắt hoa, lưng gối đau mỏi [72]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần nhiều là bệnh nhân tuổi cao, chính khí kém, công năng tạng phủ suy giảm, tạng thận dễ hư nhược trước tiên. Khí của thận hư tất nhiên khí của tỳ cũng kém vì thận là tổ khí của tiên thiên, tỳ là sinh khí của hậu thiên, mà sinh khí tất phải phụ thuộc vào tổ khí [73]. Thêm vào đó, chính khí hư khiến bệnh nhân dễ cảm nhiễm tà khí hàn thấp, lâu ngày làm chức năng vận hóa của tỳ bị ảnh hưởng. Tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp đình trệ lâu ngày ứ đọng lại thành đàm, đàm thấp ngăn trở ở trong khiến thanh dương không thăng được, trọc âm không giáng được nên phần đầu hay nặng nề, choáng váng, bệnh nhân hay nằm, có khi không ngồi dậy được.

Thấp là âm tà, xâm phạm ngăn trở trung tiêu, làm cản trở công năng vận hóa của tỳ vị làm tỳ vị hư yếu, mất chức năng điều tiết, phân bố khiến cho bệnh nhân miệng nhạt, vô vị, không muốn ăn uống. Người bệnh miệng nhạt không muốn ăn, ăn không ngon miệng, hay tỳ vị hư yếu làm cho ăn vào không hấp thu đều dẫn đến nguồn sinh khí huyết không đủ, ngũ tạng không được nuôi dưỡng, cơ thể sinh mệt mỏi nặng nề dai dẳng [74]. Khi công năng

của tỳ được kiện vận, thủy cốc được vận hóa nhạp nhàng, vị khí trở lại, người bệnh cảm thấy đói, muốn ăn, ăn cảm giác ngon miệng.

Đàm ẩm là hiện tượng bệnh lí do sự phân bố và chuyển hóa của tân dịch trong cơ thể bị rối loạn ngưng trệ ẩm hình thành. Đàm ẩm được phân thành đàm vô hình và đàm hữu hình. Đàm vô hình là chứng trạng người bệnh hay gặp trong huyễn vựng như hoa mắt chóng mặt, choáng váng, buồn nôn, thậm chí mê sảng. Đàm hữu hình chỉ những gì có thể quan sát được như đàm khạc ra trong các bệnh khái thấu [39]. Ở trong nghiên cứu của chúng tôi có 37 bệnh nhân có cảm giác lợm giọng (20 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và 17 bệnh nhân ở nhóm chứng), 23 bệnh nhân có chứng trạng khạc đàm (10 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và 13 bệnh nhân ở nhóm chứng). Sau điều trị, ở nhóm nghiên cứu chỉ còn 1 bệnh nhân không giảm triệu chứng lợm giọng và 1 bệnh nhân còn khạc đàm, con số này ở nhóm chứng lần lượt là 17 và 9 bệnh nhân. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  cho thấy sự cải thiện các triệu chứng của nhóm nghiên cứu là nhiều hơn nhóm chứng, bài thuốc nghiên cứu có tác dụng trừ đàm, vận thấp, đẩy lùi hầu hết các triệu chứng của bệnh.

Bài thuốc “Thận trước thang” có Can khương vị cay, tính ấm, có tác dụng ôn ấm trung tiêu là vị quân. Bạch linh là thần, có tác dụng lợi niệu thâm thấp, kiện tỳ. Hai vị thuốc này phối hợp với nhau vừa có tác dụng trừ hàn tà, vừa có tác dụng lợi thủy trừ đàm thấp, đẩy lùi nguyên nhân gây bệnh. Bài thuốc có bổ sung thêm Bạch truật để tăng công dụng kiện tỳ, táo thấp. Chích cam thảo điều hòa công năng của các vị thuốc, điều hòa tỳ vị, lại có tác dụng bổ trung khí, giúp tỳ vị kiện vận được tốt hơn khi dùng với bạch linh, bạch truật. [75],[20] Cả bài thuốc có tác dụng ôn dương tán hàn, kiện tỳ trừ thấp,

chủ trị các chứng thận bị hàn thấp xâm phạm làm lưng lạnh, đau, bụng nặng, lại thêm kiện vận tỳ vị, điều trị chính vào nguyên nhân gây bệnh.

#### **4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị**

Trong quá trình điều trị 15 ngày cho 60 bệnh nhân thuộc cả hai nhóm, không ghi nhận trường hợp nào có tác dụng không mong muốn như đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, dị ứng da, vụng kim, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng, ... trên lâm sàng.

Sự thay đổi về các chỉ số huyết học, hoá sinh ở hai nhóm bệnh nhân hầu hết có xu hướng tăng nhưng trước sau nghiên cứu đều trong giới hạn bình thường. Trong nhóm đối chứng, các chỉ số bạch cầu, HCT, ALT, Ure, Creatinine tăng sau 15 ngày điều trị. Chỉ số tiểu cầu và AST giảm sau điều trị. Trong nhóm nghiên cứu, các chỉ số về bạch cầu, HCT, Ure, Creatinine tăng sau 15 ngày điều trị. Tuy nhiên toàn bộ các sự thay đổi này có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 15 ngày điều trị, các chỉ số về mạch, nhiệt độ và huyết áp trung bình đều có sự thay đổi, cụ thể như sau: trong nhóm đối chứng, chỉ số về huyết áp tâm trương, nhiệt độ, mạch tăng sau 15 ngày điều trị; chỉ số về huyết áp tâm thu giảm vào ngày thứ 15. Tuy nhiên, toàn bộ các sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Trong nhóm nghiên cứu, chỉ số về huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, nhiệt độ, mạch tăng sau 15 ngày điều trị. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm và trong chính mỗi nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Các chỉ số ở hai nhóm đều trong giới hạn bình thường.

Bàn luận về chỉ số glucose máu của bệnh nhân, hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào tìm mối liên quan giữa rối loạn chuyển hóa glucose máu với hội chứng tiền đình. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối quan hệ chặt chẽ giữa chỉ số đường huyết với hội chứng tiền đình

ngoại biên [21],[18],[22]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, chỉ số đường huyết của các bệnh nhân đều không có sự thay đổi trước và sau nghiên cứu. Như vậy bài thuốc không làm tăng nguy cơ bị bệnh nặng hơn nếu như đề cập đến chỉ số đường huyết. Và kiểm soát đường huyết cũng là một chiến thuật mới trong điều trị hội chứng tiền đình ngoại biên.

Như vậy, trong qui mô nghiên cứu này, kết quả cho thấy bài Thận trước thang không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân mắc hội chứng tiền đình ngoại biên thể đàm thấp trung trở.



## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân hội chứng tiền đình được điều trị bằng điện châm kết hợp bài thuốc Thận trước thang so sánh với nhóm dùng điện châm và thuốc y học hiện đại, sau 15 ngày điều trị liên tục, tôi rút ra một số kết luận như sau:

### **1. Bài thuốc Thận trước thang có hiệu quả trong điều trị hội chứng tiền đình thể đàm trọc trung trở với kết quả như sau:**

- **Hiệu quả cải thiện điểm EEV:** Ở nhóm nghiên cứu, điểm EEV trung bình giảm từ  $10,83 \pm 2,29$  (điểm) xuống  $0,23 \pm 0,43$  (điểm) với  $p < 0,01$ . So với nhóm đối chứng thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- **Hiệu quả cải thiện điểm Pittsburgh:** Ở nhóm nghiên cứu, điểm Pittsburgh trung bình giảm từ  $10,78 \pm 2,67$  (điểm) xuống  $8,56 \pm 2,76$  (điểm) với  $p < 0,05$ , giảm nhiều hơn nhóm đối chứng với  $p < 0,05$ .

- **Hiệu quả cải thiện điểm VAS:** Ở nhóm nghiên cứu, điểm VAS trung bình giảm từ  $2,34 \pm 0,56$  (điểm) xuống  $0,5 \pm 0,42$  (điểm) với  $p < 0,001$ , giảm nhiều hơn nhóm đối chứng với  $p < 0,05$ .

- **Hiệu quả cải thiện chứng trạng YHCT:** So với nhóm đối chứng, ở nhóm nghiên cứu các chứng hậu thuộc thể đàm thấp trung trở gồm đau đầu, mệt mỏi, lợm giọng, mất ngủ, đầy tức ngực sườn, khạc đàm, nhạt miệng đều cải thiện có ưu thế hơn với  $p < 0,05$ .

### **2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp**

Bài thuốc Thận trước thang không gây ra bất cứ tác dụng mong muốn nào trên lâm sàng và cận lâm sàng trong phạm vi nghiên cứu.

## **KHUYẾN NGHỊ**

1. Bài thuốc Thận trước thang kết hợp điện châm theo phác đồ của Bộ Y Tế là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị hội chứng tiền đình thuộc thể đàm thấp trung trở của YHCT, không yêu cầu máy móc trang thiết bị phức tạp, vì thế nên phổ biến rộng rãi nhất là các tuyến điều trị cơ sở để áp dụng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá một cách toàn diện hiệu quả điều trị lâm sàng và các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của phương pháp điều trị hội chứng tiền đình thuộc thể đàm thấp trung trở và các thể khác của YHCT. Theo dõi thời gian tái phát trên lâm sàng của bệnh nhân để hoàn thiện quy trình điều trị của phương pháp điện châm kết hợp sử dụng bài thuốc Thận trước thang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neuhauser, H.K. (2016). [*Handbook of Clinical Neurology*] *Neuro-Otology Volume 137 // The epidemiology of dizziness and vertigo.* , ( ), 67–82.
2. Mendel B, Bergenius J, Langius-Eklöf A (2010), Dizziness: a common, troublesome symptom but often treatable. *J Vestib Res*, 20: 391-398.
3. Herdman S.J., Blatt P., Schubert M.C. và cộng sự. (2000). Falls in patients with vestibular deficits. *Am J Otol*, **21**(6), 847–851.
4. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2016;67:489-96.
5. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, Holmberg JM, Mahoney K, Hollingsworth DB, Roberts R, Seidman, Steiner RW, Do BT, Voelker CC, Waguespack RW, Corrigan (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* ;156(3\_suppl):S1-S47.
6. Lê Hữu Trác, Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh – Y Trung Quan Kiện, NXB Y Học, 637-638.
7. Trần Quốc Bảo (2020), Bệnh học Nội khoa YHCT và Ứng dụng lâm sàng – Chứng huyễn Vọng, NXB Y học, 413-426.
8. Hoàng Văn Vinh (2001), Chữa bệnh rối loạn tiền đình bằng phương pháp Đông Y – Châm cứu, NXB Y Học, 7-15.
9. Nguyễn Văn Huy và cộng sự (2018), *Bài giảng giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y Học, 290.
10. Phạm Đăng Diệu (2012). *Giải phẫu đầu mặt cổ*, Nhà xuất bản Y học, 128 - 213.

11. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M et al (2008). Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med*, **168(19)**, 2118–2124
12. Ward BK, Agrawal Y, Hoffman HJ et al. (2013). Prevalance and impact of bilateral vestibular hypofunction: results from the 2008 US National Health Interview Survey. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 139: 803-810.
13. Lin HW, Bhattacharyya N (2012), Balance disorders in the elderly: epidemiology and functional impact. *Laryngoscope* 122: 1858-1861.
14. Kerber KA, Meurer WJ, West BT, et al. Dizziness presentations in US emergency departments, 1995-2004 . *Acad Emerg Med*. 2008;15:744–750.
15. Agrawal Y, Pineault KG, Semenov YR. Health-related quality of life and economic burden of vestibular loss in older adults. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2018;3(1):8–15.
16. Carlos M. Coelho, Kullaya Pisitsungkagarn, et al (2019), Comparing dizziness and vertigo inventory responses in Thai and Thai-Chinese people, *Neuropsychologica*, 17(1): 56-67.
17. Shih CP, Wang CH, Chung CH, Lin HC, Chen HC, Lee JC, Chien WC. Increased risk of benign paroxysmal positional vertigo in patients with non-apnea sleep disorders: a nationwide, population-based cohort study. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(12):2021–2029.
18. Agrawal, Yuri; Carey, John P.; Della Santina, Charles C.; Schubert, Michael C.; Minor, Lloyd B. (2010). *Diabetes, Vestibular Dysfunction, and Falls*. *Otology & Neurotology*, (6), 1–9.
19. Khoa YHCT, Đại học Y Hà Nội (2012), *Châm cứu*, NXB Y học.
20. Khoa YHCT – Đại học Y Hà Nội (2009), *Dược học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
21. Bittar, R. S. M., Santos, M. D., & Mezzalira, R. (2016). Glucose metabolism disorders and vestibular manifestations: evaluation through computerized dynamic posturography. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 82(4), 372–376.

22. L. J. D'silva; J. Lin; H. Staecker; S. L. Whitney; P. M. Kluding (2015). *Impact of Diabetic Complications on Balance and Falls: Contribution of the Vestibular System.* , (7), 550 – 567.
23. Nguyễn Cường (2007), *Bách khoa bệnh học thần kinh*, NXB Hà Nội.
24. Rine RM (2019). Growing evidence for balance and vestibular problems in children. *Audiol Med*, **7**(3), 138–142.
25. Nguyễn Thiên Quyển, Đào Trọng Cường (2008), *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y*, NXB văn hoá dân tộc.
26. Nguyễn Bá Tĩnh (2007), *Tuệ Tĩnh toàn tập*, NXB Y học.
27. Tần Bá Vị, Lý Nham, Trương Điền Nhân, Ngụy Chấp Chân (2015), *Phương pháp chẩn đoán và điều trị 417 bệnh theo Trung y*, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau.
28. 张景岳.景岳全书.眩运 (2006), 山西科学技术出版社.
29. Lê Hữu Trác, Hải Thượng Y Tông tâm lĩnh, NXB Y học.
30. Khoa Y học cổ truyền–Trường Đại học y Hà Nội (2003), *Chuyên đề nội khoa Y học Cổ truyền*, NXB Y học.
31. Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu (1994). *Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, 447 – 451
32. Nguyễn Xuân Hương (2013), *Bệnh chứng đông y phương pháp chẩn đoán và cách điều trị*, NXB Y học.
33. Khoa Y học cổ truyền–Trường Đại học y Hà Nội (2012), *Chuyên đề nội khoa Y học Cổ truyền*, NXB Y học.
34. Bộ Y Tế, Lão khoa Y học cổ truyền (2010), Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
35. Bộ Y Tế, Dược điển V (2018), NXB Y học. 1077-1078, 1095-1096.
36. Khoa YHCT, Đại học Y Hà Nội, Bào chế Đông Dược, NXB Y học.
37. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, NXB Y học, Hà Nội.

38. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam (2016), Lý luận cơ bản YHCT, NXB Y học.
39. Khoa YHCT – ĐHYHN (2012), Lý luận Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
40. Han Li, Minghui Yang (2019), Clinical effect of self-made “Huotan Huoxue prescription” for the treatment of unexplained vertigo: a randomized, open label, positive drug control trial, *International Journal of Clinical Experient Medicine*, 12(11): 12886-12895.
41. Zhuanzhuan Hou, Shibing Xu, Qinglin Li et al (2017), The Efficacy of Acupuncture for the Treatment of Cervical Vertigo: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Volume 2017, Article ID 7597363
42. Tong-Chien Wu (2017), A case report of vertigo with Chinese medicine treatment upon syndrome differentiation, *Alternative & Integrative Medicine*, 6(6): 50-56.
43. Deng W, Yang C, Xiong M, Fu X, Lai H, Huang W (2014). Danhong enhances recovery from residual dizziness after successful repositioning treatment in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otolaryngol*;35(6):753-7.
44. Phí Ngọc Thuận (2017), *Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bặc trong điều trị thiếu máu não mạn tính*, Luận văn thạc sỹ, Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam.
45. Nguyễn Thị Thanh Vân (2013), *Đánh giá tác dụng của dầu châm kết hợp cao thông u trong điều trị chứng huyễn vựng theo Y học cổ truyền*, Luận văn Bác Sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
46. Đỗ Hồng Giang (2006). Ứng dụng các bài tập luyện tập phục hồi chức năng tiền đình để điều trị bệnh nhân chóng mặt và mất thăng bằng nhân một số ca thực hiện tại bv tai mũi họng. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, **10(1)**.

47. Bộ Y tế (2013). Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013 của Bộ Y Tế về Quy trình, kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.
48. Megnigbeto AC, Sauvage JP, Launois R (2001). Revue Laryngologie otologie rhinology: The European Evaluation of Vertigo scale (EEV): Clinical Validation Study.
49. Aloba OO, Adewuya AO, Ola BA, Mapayi BM. Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Nigerian university students. *Sleep Med* 2007;8:266-70.
50. Moraes SA, Soares WJ, Rodrigues RA, Fett WC, Ferriolli E, Perracini MR. Dizziness in community-dwelling older adults: A population-based study. *Braz J Otorhinolaryngol* 2011;77:691-9
51. Swain SK, Anand N, Mishra S. Vertigo among elderly people: Current opinion. *J Med Soc* 2019;33:1-5
52. Sayyid ZN, Kim GS, Cheng AG. Molecular therapy for genetic and degenerative vestibular disorders. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;26:307-11.
53. Ferrari, Silvia; Monzani, Daniele; Baraldi, Sara; Simoni, Elena; Prati, Giada; Forghieri, Matilde; Rigatelli, Marco; Genovese, Elisabetta; Pingani, Luca (2014). *Vertigo “In the Pink”*: The Impact of Female Gender on Psychiatric-Psychosomatic Comorbidity in Benign Paroxysmal Positional Vertigo Patients. *Psychosomatics*, 55(3), 280–288.
54. Wang, Q., H.Y. Gong and J.H. Gao. Study on characteristics of peripheral blood gene expression profile in the obesity with phlegm-dampness constitution. *J. Tradit. Chin. Med.* 11: 851–853, 2006a
55. Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội (2012), Học thuyết tạng tượng, 34-50.

56. Adam Thompson-Harvey, Timothy C. Hain, Symptoms in cervical vertigo, *Laryngoscope Investig Otolaryngol*, 4(1): 109-115.
57. Xiao-Rong Wang, Timothy C. Y. Kwok, James F. Griffith, et al (2019), Prevalence of cervical spine degenerative changes in elderly population and its weak association with aging, neck pain, and osteoporosis, *Ann Transl Med*, 7(18): 486.
58. Strupp, Michael; Brandt, Thomas (2008). *Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness.. Deutsches Arzteblatt international*, 105(10), 173–180.
59. Kovacs, Eva; Wang, Xiaoting; Grill, Eva (2019). *Economic burden of vertigo: a systematic review. Health Economics Review*, 9(1), 37–51.
60. Zwergal, Andreas; Dieterich, Marianne (2019). Vertigo and dizziness in the emergency room. *Current Opinion in Neurology*, (), 1–9.
61. Daniel J.B, Charles F.R, Timothy H.M et al,(1989) A new instrument for psychiatric practice and reseach, *Psychiatry Research*, Vol 28, Issue 2, page 193-213
62. T. V. T. Nguyễn, P. H. Nguyễn, B. H. Nguyễn Vũ và cộng sự. *Giới thiệu và sơ bộ khảo sát chỉ báo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI)*. Hà Nội, Viện sức khỏe Tâm thần trung ương; 2001.
63. Bùi Quang Huy (2016) *Rối loạn giấc ngủ*, NXB Y học, Hà Nội, tr7-194
64. Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) *Đánh giá tác dụng của điện đầu châm trong hỗ trợ điều trị rối loạn chức năng tiền đình*, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội
65. Terry Oleson (2008) *Auriculotherapy manual (Chinese and western systems of ear acupuncture)*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone – Elsevier
66. Đỗ Tất Lợi (2010) *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội



67. Chih-Wen Chiu, Tsung-Chieh Lee, Po-Chi Hsu et al (2015), Efficacy and safety of acupuncture for dizziness and vertigo in emergency department: a pilot cohort study, BMC Complementary and Alternative Medicine, 15:173
68. R. Teggi, M. Marfrin, C. Balzaneli et al (2016) Point prevalence of vertigo and dizziness in a sample of 2672 subjects and correlation with headaches, Acta Otorhinolaryngol Ital, Vol 36, 215 – 219
69. Phan Quan Chí Hiếu (2007), Châm cứu học tập 1 (sách đào tạo bác sĩ Y học cổ truyền), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
70. Trường Đại học Y Hà Nội (2015) Bài giảng Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
71. Isaradisaikul SK, Chowsilpa S, Hanprasertpong C, Rithirangsrirroj T. Single Cycle Versus Multiple Cycles of Canalith Repositioning Procedure for Treatment of Posterior Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo: A Randomized Controlled Trial. Otol Neurotol. 2020 Sep 17.
72. Lương Thiên Quyến dịch (2008), Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc, Hà Nội
73. Lê Hữu Trác, Hải thượng lãn ông Y tông tâm lĩnh, Nhà xuất bản Y học.
74. Hoàng Bảo Châu (2010), Nội khoa học cổ truyền, Nhà xuất bản Thời đại, Hà Nội.
75. Đỗ Tất Lợi (2006), Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
76. Bộ Y Tế (2018), *Dược điển V*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
77. Học viện Y học cổ truyền Trung Quốc, Châm cứu học Trung Quốc, NXB Y học.
78. Sung Kyyun Kim, Ji Hoon Kim, Seung Sik Jeon et al (2018), Relationship between sleep quaility and dizziness, Plos One

# PHỤ LỤC 1

## BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

### NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC THẬN TRƯỚC THANG HV TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH

#### THÔNG TIN CHUNG

Họ tên: ..... Tuổi..... Giới: 1 Nam 2 Nữ

Nghề nghiệp:.....

Địa chỉ:.....

Số bệnh án .....Ngày vào viện.....Ngày ra viện:.....

TTC1. Tổng số ngày nằm viện:.....

TTC2. Vào viện sau chóng mặt .....ngày.

TTC3. Tiền sử: .....

TTC4. Phương án điều trị:       YHCT                       YHHĐ

TTC5. Kết quả điều trị:

Khỏi bệnh       Đỡ               Nặng hơn, chuyển viện

TTC6. Lý do chuyển viện:

.....  
.....

## THEO DÕI QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

TT	Triệu chứng	D0	D3	D5	D7	D10	D15
TC1	Đau đầu						
TC2	Chóng mặt						
TC3	Rối loạn thăng bằng						
TC4	Ngủ kém						
TC5	Miệng nhạt						
TC6	Chán ăn, ăn kém						
TC7	Buồn nôn						
TC8	Đau bụng ia lỏng						
TC9	Romberg (+)						
TC10	Bước đi hình sao (+)						
TC11	Ngón tay chỉ mũi (+)						
TC12	Điểm EEV						
TC13	Điểm Pittsburgh						
TC14	Điểm VAS						
TC15	Nhiệt độ (°C)						
TC16	Mạch (lần/phút)						
TC17	Huyết áp tâm trương (mmHg)						
TC18	Huyết áp tâm thu (mmHg)						
TC19	Hồng cầu						
TC20	Bạch cầu (G/L)						
TC21	Tiểu cầu (G/L)						
TC22	HCT (%)						
TC23	<b>Chỉ số CLS khác</b>						
TC24	AST(U/L)						
TC25	ALT(U/L)						
TC26	Ure (mmol/L)						
TC28	Creatinine (μmol/L)						
TC29	Glucose (mmol/L)						

## **PHỤ LỤC 2**

### **THANG ĐIỂM EEV**

#### **Ảo giác về sự chuyển động**

- 0 Không có ảo giác
- 1 .....
- 2 Cảm giác lắc lư sang bên phải hoặc trái, đi lên hoặc đi xuống
- 3 .....
- 4 Cảm giác quay cuồng

#### **Thời gian của ảo giác**

- 0 không
- 1 ít hơn 1 phút
- 2 1 phút đến 1 tiếng
- 3 1 tiếng đến 2 tiếng
- 4 3 tiếng đến 24 tiếng

#### **Không dung nạp chuyển động**

- 0 không có dấu hiệu
- 1 hiếm khi
- 2 đôi khi hoặc vừa phải
- 3 thường xuyên hoặc rất nhiều
- 4 liên tục và dữ dội

#### **Rối loạn thần kinh thực vật**

- 0 không có dấu hiệu
- 1 buồn nôn không liên quan đến tác động đến tiền đình
- 2 buồn nôn liên quan đến tác động tiền đình
- 3 buồn nôn và nôn 1,2 lần
- 4 nôn nhiều lần

## **Rối loạn thăng bằng**

- 0 không có triệu chứng
- 1 rối loạn thăng bằng nhưng không ngã và không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày
- 2 rối loạn thăng bằng, không bị ngã nhưng ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày
- 3 rối loạn thăng bằng, thỉnh thoảng bệnh nhân bị ngã hoặc ngã khi đứng hoặc đi bộ
- 4 rối loạn thăng bằng: ngã ngay khi người bệnh đứng dậy

## **PHỤ LỤC 3**

### **THANG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PSQI**

Đánh giá chất lượng giấc ngủ theo “Thang đánh giá chất lượng giấc ngủ PSQI”. Sử dụng chỉ số chất lượng giấc ngủ - Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI là một phương pháp chủ quan đánh giá chất lượng và các yếu tố liên quan đến giấc ngủ. Chỉ số PSQI là tổng hợp điểm của một bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời gồm 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện và các mức độ tốt xấu khác nhau (sử dụng những từ đi theo cặp có ý nghĩa đối lập như là công cụ...) trên 7 phương diện: Chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen (tỷ lệ toàn bộ thời gian ngủ và thời gian nằm trên giường), các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ (bao gồm cả thuốc được kê đơn và không kê đơn) và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Nếu tổng điểm PSQI của bệnh nhân  $\geq 5$  điểm, bệnh nhân được đánh giá là chất lượng giấc ngủ kém.

**THANG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ  
PITTSBURGH (PSQI)**

Tên bệnh nhân: ..... Tuổi:.....  
 Nghề nghiệp: ..... Giới:.....  
 Địa chỉ:.....  
 Chẩn đoán:..... Ngày đánh giá:.....

**Các câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen đi ngủ thường ngày của anh (chị) trong tháng vừa qua. Anh (chị) hãy trả lời về tình trạng giấc ngủ của mình gần đúng nhất với tình trạng của anh (chị) trong đa số ngày và đêm của tháng vừa qua. Xin hãy trả lời tất cả các câu hỏi.**

1. Trong tháng qua, anh (chị) thường lên giường đi ngủ lúc mấy giờ?.....
2. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường mất bao nhiêu phút mới chợp mắt được?.....
3. Trong tháng qua, anh (chị) thường thức giấc ngủ buổi sáng lúc mấy giờ?.....
4. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ?.....

5. Trong tháng qua, anh (chị) có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho anh (chị) không?	Không có (0)	Ít hơn 1 lần/tuần (1)	1 hoặc 2 lần/tuần (2)	3 hoặc >3 lần/tuần (3)
a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút.				
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng.				
c. Phải thức dậy để tắm.				

d. Khó thở				
e. Ho hoặc ngứa to				
f. Cảm thấy rất lạnh				
g. Cảm thấy rất nóng				
h. Có ác mộng				
i. Thấy đau				
k. Lý do khác:..... ..... .....Trong tháng qua, vấn đề này có thường gây mất ngủ cho anh/chị không?				
6. Trong tháng qua, anh/chị có thường phải sử dụng thuốc ngủ không (Sử dụng theo đơn hoặc tự mua về dùng)?				
7. Trong tháng qua, anh/chị có hay gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo lúc lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xã hội hay không?				
8. Trong tháng qua, anh/chị có gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành các công việc hay không?				
	Rất tốt (0)	Tương đôi tốt (1)	Tương đôi kém (2)	Rất kém (3)



9. Trong tháng qua, nhìn chung anh/chị đánh giá về chất lượng giấc ngủ của mình thế nào?				
--	--	--	--	--

**Tổng số điểm:** .....

**Kết quả test**.....

*Hà Nội, ngày ..... tháng ..... năm 20....*

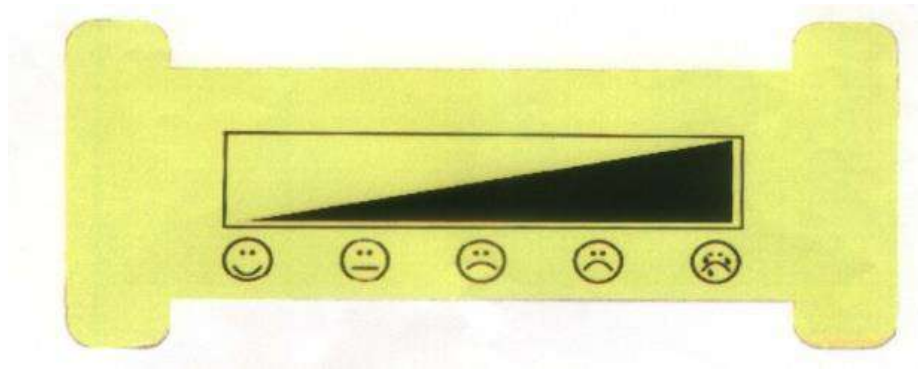
**NGƯỜI THỰC HIỆN**

## PHỤ LỤC 4

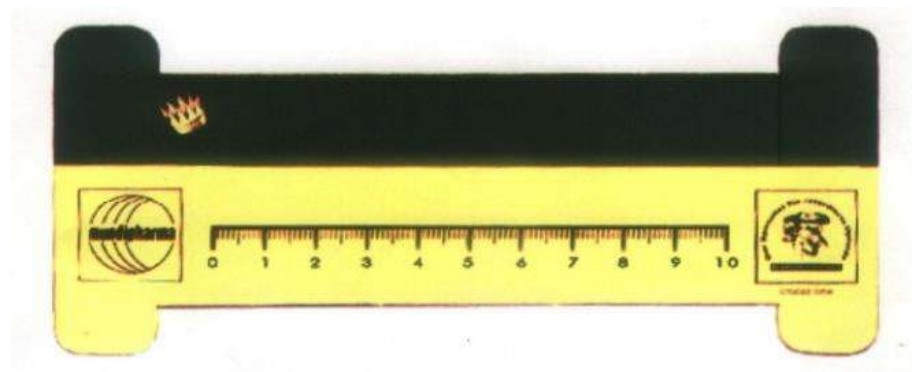
### CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ ĐAU THEO THANG ĐIỂM VAS

*(Visual Analog Scale)*

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10, thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:



*Mặt trước của thước*



*Mặt sau của thước*

- Mặt mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.
- Mặt mặt: có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ đau tăng dần.
- + Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân (VAS): Mức 0: bình thường; mức 10: Bệnh nhân thấy đau nhất.

## PHỤ LỤC 5

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

---

### PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi là: .....

Tuổi : ..... Giới: .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại:.....

Số thẻ bảo hiểm:.....

Tôi đã được nghe giải thích đầy đủ về nội dung đề tài “Đánh giá tác dụng của bài thuốc Thận trước thang HV trong điều trị HCTĐ”, lợi ích và nghĩa vụ của người tham gia nghiên cứu, những nguy cơ, tai biến có thể xảy ra trong quá trình nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia nghiên cứu và cam kết tuân thủ theo phác đồ điều trị đã được thông qua của bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, đồng ý trả lời đầy đủ các thông tin về tình trạng sức khỏe của bản thân theo yêu cầu của nghiên cứu. Việc tham gia nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện.

*Hà Nội, ngày tháng năm*

Người tham gia nghiên cứu

## DANH SÁCH BỆNH NHÂN NHÓM NGHIÊN CỨU

Đề tài “Đánh giá tác dụng của bài thuốc Thận trước thang trong điều trị hội chứng tiền đình” tại khoa Lão Bệnh viện Đa khoa y học cổ truyền Hà Nội năm 2019

STT	Họ tên	Giới	Tuổi	Địa chỉ	Số BA
1	Nguyễn Văn M	Nam	62	Mai Dịch-Cầu Giấy HN	7646
2	Ngô Thị Kim Ph	Nữ	75	Thịnh Quang-Đống Đa -HN	7858
3	Vũ Văn L	Nam	83	Bưởi-Tây Hồ-HN	7897
4	Nguyễn Hồng V	Nữ	56	Yên hòa -Cầu Giấy -HN	7931
5	Nguyễn Thị Q	Nữ	72	Cầu Diễn -Bắc từ liêm -HN	8036
6	Nguyễn Hữu Th	Nam	61	Đại Mỗ -Nam Từ Liêm -HN	8040
7	Phạm Đức T	Nam	60	Minh Khai-Bắc Từ Liêm-HN	8045
8	Nguyễn Thị Th	Nữ	74	Phương Canh-Nam Từ Liêm-HN	8083
9	Vũ Quốc Ch	Nam	54	Mỹ Đình 2-Nam Từ Liêm -HN	8104
10	Nguyễn Văn H	Nam	75	Tây Mỗ-Nam Từ Liêm-HN	8120
11	Nguyễn Xuân M	Nam	90	Phương Canh-Nam Từ Liêm -HN	8269
12	Nguyễn Thị L	Nữ	76	Phương Canh-Nam Từ Liêm -HN	8372
13	Đặng Thị T	Nữ	41	Sơn Dương -Tuyên Quang	8373
14	Nguyễn Hữu H	Nam	79	Hải Ba-Đông Anh-HN	8409
15	Nguyễn Thị Th	Nữ	76	Mai Dịch-Cầu Giấy-HN	8417
16	Lê Thanh V	Nữ	54	Dịch Vọng-Cầu Giấy-HN	8548
17	Trần thị Nh	Nữ	89	Tây mỗ -nam từ liêm HN	8673
18	Tào Thị Th	Nữ	66	Thạch thành-Thanh Hóa	8753
19	Nguyễn Thị H	Nữ	72	Đại Mỗ -Nam Từ Liêm -HN	8794
20	Nguyễn Thị M	Nữ	58	Minh Khai-Bắc Từ Liêm HN	8936
21	Lê Thị D	Nữ	71	Mai Dịch-Cầu Giấy HN	9042
22	Nguyễn Thị Nh	Nữ	78	Phương Canh-Nam Từ Liêm-HN	9293
23	Đoàn Thị Ng	Nữ	62	Mai Dịch -cầu giấy -Hn	9380
24	Nguyễn Thị M	Nữ	70	Tây Tựu -Bắc Từ Liêm HN	9421
25	Trần Đăng D	Nam	55	Yên Phụ-Tây Tò-HN	9559
26	Nguyễn Thị Th	Nữ	64	Mỹ đình 2-Nam Từ Liêm HN	9656
27	Nguyễn Th	Nam	73	Dịch Vọng-Cầu Giấy-HN	9863
28	Lê Văn C	Nam	83	Dịch Vọng hậu-Cầu Giấy -HN	9896
29	Nguyễn Văn Th	Nam	88	Cổ Nhuế -Bắc Từ Liêm- HN	9952
30	Phạm Thị V	Nữ	61	Xuân phương-nam từ liêm Hn	10288

## DANH SÁCH BỆNH NHÂN NHÓM ĐỐI CHỨNG

Đề tài “Đánh giá tác dụng của bài thuốc Thận trước thang trong điều trị hội chứng tiền đình” tại khoa Lão Bệnh viện Đa khoa y học cổ truyền Hà Nội năm 2019

STT	Họ và tên	Giới	Tuổi	Địa chỉ	Số bệnh án
1	Phạm Thị Th	Nữ	72	Yên Hòa –Cầu Giấy-HN	6516
2	Nguyễn Thị S	Nữ	86	Mai Dịch-Cầu Giấy-HN	6741
3	Vũ Thị Đ	Nữ	79	Quan Hoa-Cầu Giấy-HN	6834
4	Nguyễn Thị H	Nữ	58	Mỹ Đình 2 –Nam Từ Liêm-HN	7017
5	Lê Văn Q	Nam	79	Đại Mỗ-Nam Từ Liêm-HN	7242
6	Nguyễn Thị D	Nữ	66	Phúc Diễn-Bắc Từ Liêm HN	7279
7	Lê Thị B	Nữ	85	Mỹ Đình 2-Nam Từ Liêm HN	7356
8	Nguyễn Thị H	Nữ	67	Cầu Diễn-Nam Từ Liêm-HN	7411
9	Nguyễn Công S	Nam	77	Đại Mỗ-Nam Từ Liêm –HN	7501
10	Đình Văn H	Nam	69	Minh Khai –Bắc Từ Liêm- Hn	7518
11	Lê Thị T	Nữ	70	Phuong Canh-Nam Từ Liêm -HN	7532
12	Trần Thị T	Nữ	79	Tây Mỗ-Nam Từ Liêm HN	7608
13	Vũ Đình L	Nam	88	Phú Đô-Bắc Từ Liêm –HN	7737
14	Nguyễn Đình H	Nam	58	Nghĩa Đô-Cầu Giấy -HN	7859
15	Đỗ Quang Ngh	Nam	60	Mễ Trì-Nam Từ Liêm-HN	7884
16	Mai Thị H	Nữ	68	Đại Mỗ-Nam Từ Liêm- HN	7951
17	Trần Cẩm T	Nữ	60	Mỹ Đình 1 –Nam Từ Liêm-HN	8017
18	Vương Thị Ch	Nữ	62	Phúc Diễn-Bắc Từ Liêm -HN	8071
19	Nguyễn Thị Lệ H	Nữ	66	Cổ Nhuê 1-Bắc Từ Liêm HN	8147
20	Trần Thị Thúy L	Nữ	50	Cầu Diễn-Nam Từ Liêm-HN	8153
21	Lưu Thị N	Nữ	86	Tây Mỗ-Nam Từ Liêm-HN	8172
22	Đỗ Đức T	Nam	65	Mễ Trì-Nam Từ Liêm-HN	8359
23	Nguyễn Thị Ng	Nữ	69	Phú Diễn-Bắc Từ Liêm -HN	8379
24	Nguyễn Quang T	Nam	56	Mai Dịch-Cầu Giấy-HN	8399
25	Nguyễn Thị Đ	Nữ	67	Phú Diễn-Bắc Từ Liêm-HN	8415
26	Nguyễn Viết B	Nam	63	Minh Khai-Bắc Từ Liêm-HN	8709
27	Nguyễn Thị B	Nữ	50	Nghĩa Thái-Tân Kỳ-Nghệ An	8735
28	Vũ Thanh H	Nữ	54	Yên Hòa-Cầu Giấy –HN	8972
29	Lê Thị T	Nữ	59	Mỹ Đình 1-Nam Từ Liêm-HN	9191
30	Nguyễn Quý T	Nam	67	Đại Mỗ -Nam Từ Liêm-HN	9308

## DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

**Đề tài”đánh giá tác dụng của bài thuốc Thận trước thang trong điều trị hội chứng tiền đình” tại khoa Lão Bệnh viện Đa khoa y học cổ truyền Hà Nội năm 2019**

STT	Họ tên	Giới	Tuổi	Địa chỉ	Số BA
1	Phạm Thị Th	Nữ	72	Yên Hòa –Cầu Giấy-HN	6516
2	Nguyễn Thị S	Nữ	86	Mai Dịch-Cầu Giấy-HN	6741
3	Vũ Thị Đ	Nữ	79	Quan Hoa-Cầu Giấy-HN	6834
4	Nguyễn Thị H	Nữ	58	Mỹ Đình 2 –Nam Từ Liêm-HN	7017
5	Lê Văn Q	Nam	79	Đại Mỗ-Nam Từ Liêm-HN	7242
6	Nguyễn Thị D	Nữ	66	Phúc Diễn-Bắc Từ Liêm HN	7279
7	Lê Thị B	Nữ	85	Mỹ Đình 2-Nam Từ Liêm HN	7356
8	Nguyễn Thị H	Nữ	67	Cầu Diễn-Nam Từ Liêm-HN	7411
9	Nguyễn Công S	Nam	77	Đại Mỗ-Nam Từ Liêm –HN	7501
10	Đình Văn H	Nam	69	Minh Khai –Bắc Từ Liêm- Hn	7518
11	Lê Thị T	Nữ	70	Phương Canh-Nam Từ Liêm -HN	7532
12	Trần Thị T	Nữ	79	Tây Mỗ-Nam Từ Liêm HN	7608
13	Nguyễn Văn M	Nam	62	Mai Dịch-Cầu Giấy HN	7646
14	Vũ Đình L	Nam	88	Phú Đô-Bắc Từ Liêm –HN	7737
15	Ngô Thị Kim Ph	Nữ	75	Thịnh Quang-Đông Đa -HN	7858
16	Nguyễn Đình H	Nam	58	Nghĩa Đô-Cầu Giấy -HN	7859
17	Đỗ Quang Ngh	Nam	60	Mễ Trì-Nam Từ Liêm-HN	7884
18	Vũ Văn L	Nam	83	Bưởi-Tây Hồ-HN	7897
19	Nguyễn Hồng V	Nữ	56	Yên hòa –Cầu Giấy -HN	7931
20	Mai Thị H	Nữ	68	Đại Mỗ-Nam Từ Liêm- HN	7951
21	Trần Cẩm T	Nữ	60	Mỹ Đình 1 –Nam Từ Liêm-HN	8017
22	Nguyễn Thị Q	Nữ	72	Cầu Diễn –Bắc từ liêm -HN	8036
23	Nguyễn Hữu Th	Nam	61	Đại Mỗ -Nam Từ Liêm -HN	8040
24	Phạm Đức T	Nam	60	Minh Khai-Bắc Từ Liêm-HN	8045
25	Vương Thị Ch	Nữ	62	Phúc Diễn-Bắc Từ Liêm -HN	8071
26	Nguyễn Thị Th	Nữ	74	Phương Canh-Nam Từ Liêm-HN	8083
27	Vũ Quốc Ch	Nam	54	Mỹ Đình 2-Nam Từ Liêm -HN	8104
28	Nguyễn Văn H	Nam	75	Tây Mỗ-Nam Từ Lêm-HN	8120
29	Nguyễn Thị Lê H	Nữ	66	Cổ Nhuế 1-Bắc Từ Liêm HN	8147
30	Trần Thị Thúy L	Nữ	50	Cầu Diễn-Nam Từ Liêm-HN	8153
31	Lưu Thị N	Nữ	86	Tây Mỗ-Nam Từ Liêm-HN	8172
32	Nguyễn Xuân M	Nam	90	Phương Canh-Nam Từ ILêm -HN	8269
33	Đỗ Đức T	Nam	65	Mễ Trì-Nam Từ Liêm-HN	8359
34	Nguyễn Thị L	Nữ	76	Phương Canh-Nam Từ Liêm -HN	8372
35	Đặng Thị T	Nữ	41	Sơn Dương –Tuyên Quang	8373
36	Nguyễn Thị Ng	Nữ	69	Phú Diễn-Bắc Từ Liêm -HN	8379
37	Nguyễn Quang T	Nam	56	Mai Dịch-Cầu Giấy-HN	8399
38	Nguyễn Hữu H	Nam	79	Hải Ba-Đông Anh-HN	8409
39	Nguyễn Thị Đ	Nữ	67	Phú Diễn-Bắc Từ Liêm-HN	8415
40	Nguyễn Thị Th	Nữ	76	Mai Dịch-Cầu Giấy-HN	8417
41	Lê Thanh V	Nữ	54	Dịch Vọng-Cầu Giấy-HN	8548
42	Trần thị Nh	Nữ	89	Tây mỗ -nam từ liêm HN	8673
43	Nguyễn Việt B	Nam	63	Minh Khai-Bắc Từ Liêm-HN	8709
44	Nguyễn Thị B	Nữ	50	Nghĩa Thái-Tân Kỳ-Nghệ An	8735

45	Tào Thị Th	Nữ	66	Thạch thành-Thanh Hóa	8753
46	Nguyễn Thị H	Nữ	72	Đại Mỗ -Nam Từ Liêm -HN	8794
47	Nguyễn Thị M	Nữ	58	Minh Khai-Bắc Từ Liêm HN	8936
48	Vũ Thanh H	Nữ	54	Yên Hòa-Cầu Giấy -HN	8972
49	Lê Thị D	Nữ	71	Mai Dịch-Cầu Giấy HN	9042
50	Lê Thị T	Nữ	59	Mỹ Đình 1-Nam Từ Liêm-HN	9191
51	Nguyễn Thị Nh	Nữ	78	Phuong Canh-Nam Từ Liêm-HN	9293
52	Nguyễn Quý T	Nam	67	Đại Mỗ -Nam Từ Liêm-HN	9308
53	Đoàn Thị Ng	Nữ	62	Mai Dịch -cầu giấy -Hn	9380
54	Nguyễn Thị M	Nữ	70	Tây Tựu -Bắc Từ Liêm HN	9421
55	Trần Đăng D	Nam	55	Yên Phụ-Tây Tô-HN	9559
56	Nguyễn Thị Th	Nữ	64	Mỹ đình 2-Nam Từ Liêm HN	9656
57	Nguyễn Th	Nam	73	Dịch Vọng-Cầu Giấy-HN	9863
58	Lê Văn C	Nam	83	Dịch Vọng hậu-Cầu Giấy -HN	9896
59	Nguyễn Văn Th	Nam	88	Cổ Nhuế -Bắc Từ Liêm- HN	9952
60	Phạm Thị V	Nữ	61	Xuân phương-nam từ liêm Hn	10288

**Xác nhận của  
giáo viên hướng dẫn**

**Xác nhận của Phòng KHTH  
bệnh viện YHCT Hà Nội**