

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HOÀNG PHÚC TOÀN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA
BÀI THUỐC LỤC NHẤT TÁN
TRONG ĐIỀU TRỊ
VIÊM BÀNG QUANG CẤP**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2024

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HOÀNG PHÚC TOÀN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA
BÀI THUỐC LỤC NHẤT TÁN
TRONG ĐIỀU TRỊ
VIÊM BÀNG QUANG CẤP**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Trần Thị Thu Vân

HÀ NỘI - 2024

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám đốc, phòng Đào tạo Sau đại học Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới **PGS.TS. Trần Thị Thu Vân**, Trưởng bộ môn Phương tế kiêm phụ trách khoa Nội tổng hợp, bệnh viện Tuệ Tĩnh, học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam – người Thầy 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 của cô là tấm gương sáng cho tôi noi theo trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

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

Xin gửi tới Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo các khoa phòng, cùng toàn thể cán bộ Bệnh viện Tuệ Tĩnh lời cảm tạ sâu sắc đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

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

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

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 15 tháng 01 năm 2025

Học viên

Hoàng Phúc Toàn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Hoàng Phúc Toàn, học viên lớp Cao học 15, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

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

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

Hà Nội, ngày 15 tháng 01 năm 2025

Người viết cam đoan

Hoàng Phúc Toàn

MỤC LỤC

Trang

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Sinh lý bàng quang và hiện tượng đi tiểu	3
1.2. Cơ chế chống nhiễm khuẩn của hệ tiết niệu	3
1.3. Viêm bàng quang cấp	4
1.3.1. Nguyên nhân gây viêm bàng quang cấp	4
1.3.2. Triệu chứng viêm bàng quang cấp	7
1.3.3. Chẩn đoán xác định viêm bàng quang cấp	7
1.3.4. Điều trị viêm bàng quang cấp	7
1.3.5. Dự phòng	9
1.4. Viêm bàng quang cấp theo quan niệm của Y học cổ truyền	9
1.4.1. Bệnh danh	9
1.4.2. Bệnh nguyên bệnh cơ	10
1.4.3. Phân thể bệnh chứng lâm theo YHCT	12
1.4.4. Giới thiệu bài thuốc nghiên cứu	12
1.4.5. Một số nghiên cứu đã có về bài thuốc Lục nhất tán	13
1.4.6. Một số nghiên cứu về điều trị VBQ cấp bằng thuốc YHCT	16
CHƯƠNG 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	21
2.1. Chất liệu nghiên cứu	21
2.1.1. Bài thuốc sử dụng trong nghiên cứu	21
2.1.2. Thuốc chứng	22
2.2. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	22
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ	23
2.3. Phương pháp nghiên cứu	24
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	24

2.3.2. Cỡ mẫu	24
2.3.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu.....	25
2.3.4. Phương pháp đánh giá	26
2.3.5. Đánh giá hiệu quả điều trị.....	26
2.3.6. Quy trình nghiên cứu	26
2.4. Phương pháp thu thập số liệu	28
2.5. Sai số và khống chế sai số.....	28
2.6. Phương pháp phân tích số liệu.....	28
2.7. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	28
2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	29
CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	31
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.....	31
3.1.1. Đặc điểm nhóm tuổi.....	31
3.1.2. Đặc điểm giới tính	32
3.1.3. Đặc điểm phân bố theo nghề nghiệp	32
3.1.4. Đặc điểm chế độ ăn uống.....	33
3.1.5. Đặc điểm thói quen tiêu tiện	33
3.1.6. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng.....	34
3.1.7. Đặc điểm trên cận lâm sàng	35
3.2. Đánh giá kết quả điều trị.....	36
3.2.1. Đánh giá hiệu quả điều trị triệu chứng lâm sàng	36
3.2.2. Sự cải thiện về một số chỉ số cận lâm sàng	42
3.2.3. Kết quả điều trị chung.....	44
3.3. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.....	45
CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN	46
KẾT LUẬN.....	61
KHUYẾN NGHỊ.....	62
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1. Nhu cầu khuyến nghị nước theo cân nặng, tuổi và hoạt động thể lực cho người Việt Nam.....	9
Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc nghiên cứu.....	21
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.....	31
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính	32
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	32
Bảng 3.4. Đặc điểm thói quen ăn uống.....	33
Bảng 3.5. Đặc điểm thói quen tiểu tiện.....	33
Bảng 3.6. Đặc điểm về tỷ lệ triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu	34
Bảng 3.7. Chỉ số xét nghiệm huyết học trước điều trị	35
Bảng 3.8. Chỉ số xét nghiệm nước tiểu trước điều trị.....	35
Bảng 3.9. Đặc điểm siêu âm tiết niệu trước điều trị	36
Bảng 3.10. So sánh sự cải thiện triệu chứng sốt của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu.....	36
Bảng 3.11. So sánh sự cải thiện triệu chứng tiểu tiện khẩn cấp của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu.....	37
Bảng 3.12. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái buốt của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu.....	38
Bảng 3.13. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái rắt của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu.....	39
Bảng 3.14. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái máu của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu.....	40
Bảng 3.15. So sánh sự cải thiện triệu chứng đau hạ vị của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu.....	41

Bảng 3.16. So sánh sự cải thiện trên chỉ số xét nghiệm huyết học sau điều trị	42
Bảng 3.17. So sánh sự cải thiện trên chỉ số xét nghiệm nước tiểu sau điều trị	43
Bảng 3.18. Sự thay đổi trên siêu âm tiết niệu sau điều trị	44
Bảng 3.19. Kết quả điều trị chung sau điều trị	44
Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp	45

DANH MỤC HÌNH ẢNH, SƠ ĐỒ

	Trang
Hình 2.1. Hình ảnh gói Lục nhất tán 09g mặt trước (trái) và mặt sau (phải)...	22
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	30

DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
ALT	:	Alanine Aminotransferase
AST	:	Aspartate aminotransferase
BN	:	Bệnh nhân
D0	:	Ngày vào viện
D3	:	Sau 3 ngày điều trị
D5	:	Sau 5 ngày điều trị
D7	:	Sau 7 ngày điều trị
NĐC	:	Nhóm đối chứng
NEUT	:	Bạch cầu trung tính Neutrophil
NNC	:	Nhóm nghiên cứu
VBQ	:	Viêm bàng quang
WBC	:	Tế bào bạch cầu White Blood Cell
YHCT	:	Y học cổ truyền
YHHĐ	:	Y học hiện đại

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm bàng quang (VBQ) là bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới phổ biến, phát sinh ở cả hai giới và ở tất cả các độ tuổi [1]. Viêm bàng quang cấp điển hình với các triệu chứng tiểu buốt, tiểu rắt, có thể có tiểu máu, tiểu mủ ở cuối bãi; kèm theo cảm giác tức nặng vùng bụng dưới hoặc đau tức, khó chịu vùng hạ vị [1], [2], [3].

Tuy viêm bàng quang gặp ở hai giới nhưng bệnh được coi là của phụ nữ, do tỷ lệ mắc ở nữ lớn hơn nhiều so với nam, trong đó 50% sẽ bị ảnh hưởng trong suốt cuộc đời [4]. Theo thống kê ở Mỹ, khoảng 20-40% phụ nữ đã từng bị viêm bàng quang, việc điều trị bệnh tiêu tốn khoảng 2 tỷ USD mỗi năm [5]. Ở Nga, hơn 7 triệu phụ nữ viêm bàng quang tái phát mỗi năm [6]. Tại châu Âu, gần một phần ba phụ nữ bị ít nhất một đợt viêm bàng quang ở tuổi 24 và tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống [7], [8]. Ở Việt Nam, bệnh xuất hiện ở cả hai giới với tỷ lệ nữ/nam là 9:1 [3].

Về mặt điều trị, bệnh viêm bàng quang cấp, y học hiện đại (YHHĐ) chủ yếu sử dụng kháng sinh [3], [9]. Tuy nhiên, phương pháp điều trị hiện tại chưa tối ưu, vì tỷ lệ các mầm bệnh tiết niệu đa kháng thuốc kháng sinh đang gia tăng [10], [11], [12]. Vấn đề kháng kháng sinh trở thành mối đe dọa cho các bệnh viện trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam do việc sử dụng kháng sinh không hợp lý [13], [14], [15]. Vì vậy, việc điều trị viêm bàng quang cấp bằng thảo dược là một hướng đi được đặt ra hiện đang rất được quan tâm. Trên thực tế, kể từ đầu thế kỷ 21, các nghiên cứu về cây thuốc đã góp phần đáng kể trong việc điều trị hiệu quả và ngăn ngừa nhiễm trùng tiết niệu nói chung và viêm bàng quang cấp nói riêng [16], [17], [18].

Y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh viêm bàng quang cấp nhưng những biểu hiện của bệnh lý này như tiểu tiện nhiều, tiểu ngắn gập, tiểu buốt, tiểu rắt thuộc phạm vi chứng lâm của YHCT. Nguyên nhân do thấp nhiệt bàng quang, đặc điểm triệu chứng như: tiểu nóng, đau chói niệu đạo, nước tiểu

vàng đục, bụng dưới đau, có kèm sốt. Pháp điều trị của YHCT với chứng lâm thể thấp nhiệt là thanh nhiệt lợi thấp thông lâm [19], [20]. *Lục nhất tán* xuất xứ là bài thuốc cổ phương trong tác phẩm “Hoàng Đế Tố Vấn tuyên minh luận phương” [21], [22]. Bài thuốc được ứng dụng nhiều trên lâm sàng để điều trị chứng lâm tương đương với các biểu hiện của viêm bàng quang cấp, song chưa được tìm hiểu và đánh giá khoa học cụ thể. Để làm sáng tỏ tác dụng của bài thuốc với nghiên cứu hiện đại, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc *Lục nhất tán* trong điều trị viêm bàng quang cấp”** với các mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả của bài thuốc “*Lục nhất tán*” kết hợp kháng sinh trong điều trị viêm bàng quang cấp.

2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Sinh lý bàng quang và hiện tượng đi tiểu

Collagen chiếm 50% trong thành phần của thành bàng quang, tỷ lệ giữa collagen và cơ bàng quang như trên đảm bảo bàng quang đàn hồi và co bóp tốt, thể tích bàng quang có thể tăng gấp 3 lần nhưng áp lực trong bàng quang là hằng định.

Khi tỷ lệ collagen/cơ bàng quang tăng, tức là tỷ lệ collagen tăng như trường hợp ở người cao tuổi, bàng quang bị tắc nghẽn lâu ngày,... tính đàn hồi tăng, sức co bóp bàng quang giảm.

Hiện tượng đi tiểu bắt đầu từ co bóp bàng quang: lớp cơ ở nền đáy chậu giãn, cơ thắt niệu quản giãn, cổ bàng quang mở, nước tiểu xuống kích thích tam giác bàng quang, khi bàng quang co bóp đóng hai lỗ niệu quản phía trên ngăn nước tiểu trào ngược về niệu quản và thận. Áp lực bàng quang tăng dần, cơ thắt trong bàng quang mở, cổ bàng quang mở rộng. Khi co bàng quang, áp lực trong bàng quang lớn hơn áp lực niệu quản, tổng nước tiểu xuống niệu đạo. Đồng thời đường đi của niệu quản khi vào bàng quang hơi chệch lên trên, đoạn chạy trong thành bàng quang dài nên bàng quang co thì áp suất trong bàng quang nén lên đoạn này, ngăn không cho nước tiểu trào ngược vào niệu quản. Khi bàng quang trống, cổ bàng quang đóng, trương lực cơ tăng sinh môn trở lại bình thường, lỗ niệu quản mở kết thúc quá trình đi tiểu [23], [24].

1.2. Cơ chế chống nhiễm khuẩn của hệ tiết niệu

Đường tiết niệu bình thường ở người khỏe mạnh có những cơ chế ngăn không cho sự nhiễm khuẩn hình thành mặc dù những vi khuẩn tự nhiên quần cư ở vùng hậu môn sinh dục và quanh lỗ niệu đạo, cũng như vào niệu đạo hay tạm thời trong bàng quang.

Trong đa số các trường hợp, cơ thể khỏe mạnh có sẵn các cơ chế tự bảo vệ, loại bỏ các tác nhân gây nhiễm trùng đường tiết niệu bao gồm:

- Vi sinh vật như vi khuẩn kỵ khí (anaerobic bacteria) bị ức chế trong môi trường nước tiểu.
- Môi trường có độ pH thấp, nồng độ ure cao, độ thẩm thấu cao và khi nước tiểu có nồng độ axit hữu cơ cao cũng đã có thể ức chế được các vi khuẩn đã có mặt trong đường tiết niệu.
- Việc dòng tiểu liên tục được đào thải qua đường niệu cho dù vi khuẩn tiếp cận được bàng quang thì vẫn được loại bỏ hoặc số lượng duy trì ở mức thấp không có khả năng gây bệnh. Vì vậy, nếu có yếu tố tắc nghẽn ví dụ như sỏi sẽ tạo ra nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Theo giải phẫu, giữa niệu quản và bàng quang có điểm nối có chức năng như một van một chiều ngăn trào ngược nước tiểu dưới bàng quang lên niệu quản và thận (đường tiết niệu trên). Do đó, chức năng của van bị tổn thương sẽ khiến cho vi khuẩn theo nước tiểu xâm nhập lên thận [25], [26].
- Khi có yếu tố gây nhiễm khuẩn thì cơ thể kích hoạt phản ứng miễn dịch thông qua nhiều con đường truyền tín hiệu dẫn đến việc sản xuất các thành phần gắn chặt vào lông tơ của E.coli (vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu thường gặp nhất) ngăn không cho chúng bám dính, thêm vào đó các đại thực bào và bạch cầu trung tính cũng sẽ tấn công vi khuẩn.
- Ở nam giới, ở vùng tuyến tiền liệt có cơ trơn quanh cổ bàng quang nối với đoạn trước tuyến tiền liệt thành một vòng cơ gọi là cơ thắt niệu đạo trong (cơ thắt trước tiền liệt) có vai trò kiểm soát tiểu tiện đồng thời ngăn nước tiểu ngược dòng vào bàng quang nên vi khuẩn khó có thể gây bệnh [27].

1.3. Viêm bàng quang cấp

1.3.1. Nguyên nhân gây viêm bàng quang cấp

Nhiễm trùng đường tiết niệu nói chung và viêm bàng quang cấp nói riêng xuất hiện khi vi trùng xâm nhập vào đường tiết niệu qua niệu đạo và bắt đầu nhân lên ở bàng quang. Thông thường đường tiết niệu có những đặc tính đề chống lại nhiễm trùng thông qua ức chế sự phát triển của vi khuẩn và loại bỏ

những tác nhân vi khuẩn gây bệnh đó. Tuy nhiên có một số yếu tố thuận lợi làm tăng nguy cơ xâm nhập của vi khuẩn vào đường tiết niệu, lưu trú lại đó và nhân lên cho đến khi gây ra nhiễm trùng thực sự.

Viêm bàng quang gặp ở hai giới nhưng bệnh được coi là của phụ nữ, do tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn nhiều so với nam, trong đó 50% sẽ bị ảnh hưởng trong suốt cuộc đời [4]. Theo thống kê ở Mỹ, khoảng 20-40% phụ nữ đã từng bị viêm bàng quang, việc điều trị bệnh tiêu tốn khoảng 2 tỷ USD mỗi năm [5]. Ở Nga, hơn 7 triệu phụ nữ viêm bàng quang tái phát mỗi năm [6]. Tại châu Âu, gần một phần ba phụ nữ bị ít nhất một đợt viêm bàng quang ở tuổi 24 và tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống [7], [8]. Ở Việt Nam bệnh xuất hiện ở cả hai giới với tỷ lệ nữ/nam là 9:1 [3].

Dưới đây là một số nguyên nhân gây ra viêm bàng quang cấp:

1.3.1.1. Do sự khác biệt về giải phẫu hệ tiết niệu

Nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn, nguyên nhân do niệu đạo của phụ nữ ngắn, độ dài khoảng 3 – 4 cm, đi từ cổ bàng quang qua đáy chậu tới tận hết ở lỗ niệu đạo ngoài ở tiền đình âm đạo. Niệu đạo nữ hoàn toàn cố định và nằm gần âm đạo nên giảm quãng đường mà vi khuẩn phải đi qua để vào được đến bàng quang [25], [26].

Ở nam giới, viêm bàng quang có tỷ lệ mắc thấp hơn, lý do là giải phẫu niệu đạo nam dài, khoảng 18 – 20cm, đi từ lỗ niệu đạo trong ở cổ bàng quang tới lỗ niệu đạo ngoài ở đỉnh quy đầu. Đường đi của niệu đạo nam chia thành 4 đoạn, môi trường quanh niệu đạo khô và khả năng kháng khuẩn có thêm dịch tuyến tiền liệt cung cấp, do đó giải thích được tỷ lệ nam giới mắc viêm bàng quang cấp thấp hơn nữ giới [26].

1.3.1.2. Do độ tuổi

Tuổi cao sức đề kháng càng giảm, các yếu tố khác ảnh hưởng đến hệ miễn dịch khiến cho cơ thể người già với nhiều yếu tố thuận lợi như sỏi, phì đại tiền liệt tuyến, đái tháo đường, viêm nhiễm âm hộ cao (phụ nữ mãn kinh

lượng Estrogen giảm),... nguy cơ mắc bệnh tăng lên [28].

Hoặc sau khi mãn kinh, phụ nữ thường thiếu hormon estrogen khiến cho niêm mạc vùng âm đạo, niệu đạo và đáy bàng quang mỏng dễ dàng bị tổn thương cũng là nguyên nhân gây ra bệnh viêm bàng quang ở nữ giới [1], [2].

1.3.1.3. Do yếu tố nghề nghiệp

Theo báo cáo từ năm 2017 đến năm 2020, 70% các bệnh lý trên toàn cầu do lối sống ít vận động, ngồi lâu gây ra, trong đó có bệnh viêm bàng quang cấp. Các công việc liên quan tới việc ngồi làm việc lâu, ít vận động làm lượng nước tiểu trong bàng quang không bài tiết thường xuyên tạo môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển [29].

1.3.1.4. Do thói quen ăn uống và thói quen tiểu tiện

Thói quen ăn uống các chất cay nóng kích thích, có cồn hoặc uống đồ uống có chứa caffein và chất kích thích bàng quang như chè đặc, cà phê, rượu cũng được nghiên cứu là nguyên nhân gây viêm bàng quang cấp. Những người được nghiên cứu có sử dụng các đồ uống kích thích cay nóng hoặc có caffein thường có cảm giác kích thích bàng quang, có triệu chứng tiểu gấp tần suất nhiều hơn người ít sử dụng [30].

Ngoài ra uống ít nước cũng là yếu tố nguy cơ gây ra viêm bàng quang cấp. Nhiều nghiên cứu cho rằng, sự phát triển của vi khuẩn trong đường tiết niệu thường được ngăn ngừa bởi các yếu tố vật chủ bao gồm diệt khuẩn bằng dòng nước tiểu và chất nhầy, hoạt động diệt khuẩn của biểu mô niệu quản, IgA tiết niệu và kháng nguyên nhóm máu trong dịch tiết cản trở sự bám dính của vi khuẩn. Việc diệt khuẩn khỏi đường tiết niệu phụ thuộc một phần vào dòng nước tiểu và tần suất đi tiểu [31], [32], [33].

Đối với thói quen nhịn tiểu, do nhiều lý do: các chuyên đi đường dài, thiếu nhà vệ sinh công cộng, điều kiện nhà vệ sinh nơi công cộng hoặc nơi làm việc học tập không đáp ứng đủ điều kiện yêu cầu vệ sinh, nhiều người thường ngại đi vệ sinh và nhịn tiểu. Điều này làm cho nước tiểu ứ đọng trong bàng

quang tạo môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, giảm khả năng làm sạch tự nhiên của cơ thể, và có thể gây căng giãn bàng quang, dẫn đến trào ngược nước tiểu lên thận. Ngoài ra, việc này còn làm suy yếu hệ miễn dịch tại chỗ, khiến vi khuẩn dễ xâm nhập hơn [34], [35].

1.3.2. Triệu chứng viêm bàng quang cấp

Các dấu hiệu điển hình trên lâm sàng là cảm giác buồn tiểu và đi tiểu nhiều lần (tiểu ngắn gáp), mỗi lần chỉ được một số lượng rất ít nước tiểu (đái rất); cảm giác bỏng rát hoặc đau khi đi tiểu (đái buốt); có thể có máu trong nước tiểu khi đi tiểu gần hết hoặc toàn bộ bãi nước tiểu (tiểu máu), nước tiểu có thể đục hoặc có mùi hôi. Triệu chứng kèm theo có cảm giác tức nặng vùng bụng dưới hoặc đau tức, khó chịu vùng hạ vị.

1.3.3. Chẩn đoán xác định viêm bàng quang cấp

a) Lâm sàng:

- Có hội chứng bàng quang rõ với tiểu buốt, tiểu rất, có thể tiểu máu, tiểu mù cuối bãi.
- Có thể có đau nhẹ vùng trên khớp mu khi bàng quang căng hoặc có triệu chứng nóng rát khi đi tiểu hoặc tiểu rất.
- Thường không sốt hoặc chỉ sốt nhẹ (nhiệt độ < 38°C) [3].

b) Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm nước tiểu:

+ Bạch cầu niệu dương tính từ (++) đến (+++) ($\geq 10^4$ bạch cầu/ml).

+ Khi có triệu chứng lâm sàng tiểu buốt, tiểu rất thì số lượng bạch cầu niệu < 10^4 bạch cầu/ml nước tiểu vẫn được chẩn đoán là nhiễm khuẩn tiết niệu.

- Siêu âm: Có thể thấy thành bàng quang dày hơn bình thường [3].

1.3.4. Điều trị viêm bàng quang cấp

1.3.3.1. Mục đích điều trị

Việc điều trị viêm bàng quang cấp nhằm mục đích diệt vi khuẩn gây bệnh và loại bỏ các yếu tố thuận lợi gây bệnh nếu có. Cần sử dụng thuốc đủ thời gian

để đảm bảo làm sạch được vi trùng và hết nhiễm trùng.

1.3.3.2. Nguyên tắc điều trị

Kháng sinh là lựa chọn cho những bệnh nhân mắc chứng viêm bàng quang trên thể trạng bệnh nhân có tình trạng sức khỏe tương đối tốt và có các triệu chứng bệnh điển hình.

Các loại thuốc kháng sinh điều trị viêm bàng quang thường được dùng thuộc các nhóm beta-lactamin, nhóm aminoglycosid, nhóm quinolon, nitrofurantoin và trimetoprim-sulfamethoxazol. Có thể sử dụng kết hợp các nhóm thuốc tùy theo mức độ bệnh.

Cần dùng thuốc kháng sinh đủ thời gian để đảm bảo tiêu diệt được vi khuẩn đồng thời không gây ra tình trạng kháng kháng sinh [1], [2].

1.3.3.3. Thuốc điều trị cụ thể

*** Điều trị viêm bàng quang cấp thông thường ở phụ nữ:**

Thường điều trị kháng sinh một liệu trình ngắn từ 3- 5 ngày, có thể dùng một trong những thuốc sau:

- Cephalexin: viên 500 mg, uống 1- 2 viên/lần, 2 lần/ngày cách nhau 12 giờ trong 5 ngày.

- Nitrofurantoin: viên 100 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày cách nhau 12 giờ trong 5 ngày.

- Amoxicillin + Clavulanate: viên 625 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày cách nhau 12 giờ trong 5 ngày [3].

*** Điều trị viêm bàng quang cấp thông thường ở nam giới:**

Có thể dùng một trong những thuốc sau:

- Cephalexin: viên 500 mg, uống 2 viên/lần, 2 lần/ngày trong 7- 14 ngày.

- Amoxicillin + Clavulanate: viên 1000 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày trong 7- 14 ngày.

- Norfloxacin viên 400 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ ngày trong 7-14 ngày [3].

1.3.5. Dự phòng

- Uống đủ nước theo khuyến nghị của Bộ Y tế. Nhu cầu khuyến nghị nước theo cân nặng, tuổi và hoạt động thể lực cho người Việt Nam.

Bảng 1.1. Nhu cầu khuyến nghị nước theo cân nặng, tuổi và hoạt động thể lực cho người Việt Nam

Cách ước lượng	Nhu cầu nước/các chất dịch (ml/kg)
Vị thành niên (10 – 18 tuổi)	40
Từ 19 đến 30 tuổi, hoạt động thể lực nặng	40
Từ 19 đến 55 tuổi, hoạt động thể lực trung bình	35
Người trưởng thành ≥ 55 tuổi	30

Bệnh nhân uống ít nước khi lượng nước đưa vào cơ thể thấp hơn so với khuyến nghị trên [36].

- Không được nhịn tiểu khi buồn tiểu, không nhịn tiểu quá 6 tiếng [3].

- Đối với nữ giới: mỗi khi tiểu tiện hay đại tiện cần lau hoặc rửa từ trước ra sau để tránh sự lây lan vi khuẩn từ hậu môn về phía âm đạo và niệu đạo, đi tiểu ngay sau khi có quan hệ tình dục [1], [2].

1.4. Viêm bàng quang cấp theo quan niệm của Y học cổ truyền

1.4.1. Bệnh danh

Trong các y văn cổ của YHCT không có bệnh danh viêm bàng quang cấp, nhưng những biểu hiện triệu chứng của bệnh lý này có nhiều triệu chứng tương tự với chứng lâm của YHCT như: tiểu nhiều lần, số lượng nước tiểu ít và đi tiểu són, đau dọc theo niệu đạo, đau bụng dưới [37].

Trong “Nội kinh” đã có mô tả về “lâm”. Trong “Tổ Vấn - Lục nguyên chính kỷ đại luận thiên” gọi là “lâm bí” [38]. Trong “Kim quỹ yếu lược - Tiêu khát tiểu tiện bất lợi lâm bệnh mạch chứng tính trị” đã miêu tả biểu hiện lâm sàng của lâm chứng như sau: “Lâm là chứng bệnh gây tiểu nhỏ giọt, bụng dưới cứng đau, đau lan lên rốn” [20].

Tại Việt Nam, chứng lâm được Danh y Tuệ Tĩnh miêu tả trong quyển *Tuệ Tĩnh toàn tập* như sau: “Lâm chứng là chứng đi đái rất khó khăn, đau buốt” [39]. Trong quyển *Hải Thượng Y tông tâm lĩnh* của Danh y Lê Hữu Trác cũng đề cập tới chứng lâm và các bài thuốc điều trị bằng YHCT [40].

Theo “Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị chứng bệnh Trung y” năm 2020 mô tả nhiễm trùng tiết niệu cấp tính và mạn tính là do thấp nhiệt ở hạ tiêu và quá trình khí hóa bàng quang không lợi, gồm các triệu chứng chính tiểu nhiều và cấp tính, tiểu buốt và khó [19].

Do vậy, đối chiếu với y học hiện đại với triệu chứng trong lâm chứng, các bệnh như viêm đường tiết niệu, sỏi đường tiết niệu, đái dướng cháp,... có thể tham khảo các phương dược lâm chứng để điều trị [20].

1.4.2. Bệnh nguyên bệnh cơ

Trong “Kim quỹ yếu lược - Ngũ tạng phong hàn tích tụ bệnh mạch chứng tính trị” có nói về nguyên nhân bệnh lâm do nhiệt ở hạ tiêu gây nên. Trong “Đan Khê tâm pháp - Lâm” cũng cho rằng lâm chứng có ngũ lâm và đều do nhiệt gây nên. Còn tác phẩm “Chư bệnh nguyên hậu luận - Lâm bệnh chư hậu” đã tiến thêm một bước về đánh giá nguyên nhân bệnh là do thận hư và bàng quang thấp nhiệt gây nên.

Trong “Cảnh Nhạc toàn thư” phần Tạp chứng mạn - Lâm trực có nêu lên phương pháp chữa bệnh là: bệnh nhiệt thì thanh, bệnh sáp nên lợi, hạ hãm nên thăng đề, hư thì bổ, dương khí bất cố thì ôn bổ mệnh môn.

Thận hư thì mất chức năng khí hóa, thường mót đi tiểu tiện luôn mà tiểu tiện cũng không hết bãi... Giai đoạn đầu của lâm chứng có thấp nhiệt uất kết bàng quang thì bài tiết nước tiểu đau rít khó khăn, lúc đầu chủ yếu là tà thực, lâu dần chứng hư là chủ yếu. Tuy vậy, bệnh nhân đến khám đa số có chứng hư thực lẫn lộn.

- Bàng quang thấp nhiệt: do ăn nhiều đồ cay nóng, béo ngọt nên dễ gây thấp nhiệt, rớt xuống bàng quang hoặc hạ tiêu không vệ sinh nên tà khí uế trực

xâm phạm bàng quang tạo thấp nhiệt... gây ra lâm chứng. Nếu thấp nhiệt lâu ngày thiêu đốt nước tiểu, làm các tạp chất trong nước tiểu cô lại thành sỏi hay còn gọi là thạch lâm. Nếu thấp nhiệt uẩn kết làm rối loạn sự phân thanh giáng trọc, chất béo theo nước tiểu được bài xuất ra ngoài gây chứng cao lâm (nước tiểu váng mỡ như cao). Nếu nhiệt thịnh bức huyết vong hành sẽ gây tiểu buốt, lẫn máu là huyết lâm.

- Tỳ thận lưỡng hư: lâm chứng điều trị lâu ngày tái đi tái lại không khỏi, thấp nhiệt làm hao chính khí; hoặc do tuổi cao, bệnh lâu ngày làm cơ thể hư nhược; hoặc lao lực quá sức... đều gây nên tỳ thận hao hư. Tỳ hư làm cho trung khí hạ hãm, thận hư làm cho hạ nguyên bất cố gây tiểu tiện ít và tiểu són. Dựa vào đó, nếu do lao động quá sức mà phát bệnh thì gọi là lao lâm. Nếu do trung khí bất túc, khí hư hạ hãm mà thành bệnh thì gọi là khí lâm. Đối với thận khí hao hư, thận nguyên bất cố không chế ước được chất trọc để chất trọc theo đường niệu bài xuất ra ngoài thì bệnh thuộc cao lâm. Nếu do thận âm hao hư, hư hỏa nhiều lạc làm huyết vong hành, nước tiểu lẫn máu gọi là huyết lâm.

- Can uất khí trệ: uất giận làm hại can, khí trệ không tuyên giáng làm cho khí uất hóa hỏa; hoặc do khí hỏa uất ở hạ tiêu làm ảnh hưởng đến chức khí hóa của bàng quang gây đau bụng dưới, tiểu buốt và bí tiểu, đi không hết bãi nên chứng khí lâm, thuộc thực chứng. Trung khí hạ hãm gây chứng khí lâm thì thuộc khí lâm hư chứng.

Tóm lại, lâm chứng ngoài thuộc bệnh ở thận và bàng quang, mà còn có quan hệ mật thiết đến tạng tỳ và can. Nguyên nhân gây bệnh là thấp nhiệt kết ở hạ tiêu làm rối loạn khí hóa của bàng quang. Nếu bệnh mắc lâu ngày nhiệt hun đốt âm dịch, thấp bức dương khí; hoặc âm thương ảnh hưởng đến khí sẽ làm tỳ thận lưỡng hư, khí hóa bàng quang nhiễu loạn, bệnh chuyển từ thực thành hư hoặc là hư thực thác tạp [20], [37].

1.4.3. Phân thể bệnh chứng lâm theo YHCT

1.4.3.1. Bàng quang thấp nhiệt

- Triệu chứng: Tiểu tiện ngắn gắp cảm giác không thoải mái, đau chói nóng đốt đường niệu, nước tiểu vàng đục, bụng dưới đau quặn, đau lưng, hoặc có kèm sốt sợ rét, miệng đắng, buồn nôn, đại tiện khô kết, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn, mạch hoạt sắc.

- Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp, thông lâm.

- Phương thuốc: Lục nhất tán [19], [21], [37].

1.4.3.2. Âm hư thấp nhiệt

- Triệu chứng: Tiểu nhiều lần không thông sướng, đau chói khi tiểu, lưng đau mỏi, mệt mỏi, sốt nhẹ về chiều, lòng bàn tay chân nóng, miệng khô đắng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch tế sắc.

- Pháp điều trị:

+ Thực chứng: Thanh nhiệt thông lâm, lương huyết chỉ huyết.

+ Hư chứng: Tư âm thanh nhiệt, bổ hư chỉ huyết.

- Phương thuốc:

+Thực chứng: Tiểu kế ẩm tử.

+Hư chứng: Tri bá địa hoàng hoàn [19], [37].

1.4.3.3. Tỳ thận lưỡng hư

- Triệu chứng: Tiểu tiện nhiều lần, đi tiểu không hết bãi, bụng dưới căng trướng, mệt mỏi lại phát bệnh, thắt lưng đau mỏi, tinh thần mệt mỏi, phù nhẹ mặt và chân, vàng đầu ăn kém, sắc mặt trắng nhợt, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch trầm tế hoặc tế nhược.

- Pháp điều trị: Kiện tỳ ích thận.

- Phương thuốc: Vô tử sơn dược hoàn [19], [37].

1.4.4. Giới thiệu bài thuốc nghiên cứu

1.4.4.1. Nguồn gốc xuất xứ

Bài thuốc cổ phương Lục nhất tán trích trong quyển 10 tác phẩm Hoàng

Đề Tổ Vấn tuyên minh luận phương và được ghi trong Dược điển Trung Quốc năm 2020 [21], [22], [41].

1.4.4.2. Thành phần

Bài thuốc Lục nhất tán bao gồm:

Hoạt thạch	600g	Cam thảo	100g
------------	------	----------	------

- Liều dùng: Mỗi lần 6 – 9 g, một ngày dùng 1 – 2 lần [41].

- Công năng chủ trị: Thanh nhiệt lợi thấp. Bệnh nhân tiểu tiện ngắn gấp cảm giác không thoải mái, đau chói nóng đốt đường niệu, nước tiểu vàng đục, bụng dưới đau quặn, đau lưng, hoặc có kèm sốt sọc rét, miệng đắng, buồn nôn, đại tiện khô kết, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn, mạch hoạt sắc [19], [37], [41].

1.4.4.3. Phân tích bài thuốc

- Hoạt thạch vị hơi ngọt tính hàn, vị ngọt giúp thẩm lợi thấp lợi niệu, tính hàn giúp thanh nhiệt làm quân dược.

- Cam thảo ngọt bình giúp kiện tỳ, ích khí hòa trung tả hỏa, phối hợp với Hoạt thạch giúp tăng cường lợi thủy mà không thương âm đồng thời hạn chế ảnh hưởng tới chức năng tỳ vị do tính hàn của Hoạt thạch [21].

1.4.5. Một số nghiên cứu đã có về bài thuốc Lục nhất tán

1.4.5.1. Tại Trung Quốc

Tại Trung Quốc đã có nhiều nghiên cứu về bài thuốc Lục nhất tán. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy “Lục nhất tán” có tác dụng điều trị đối với một số bệnh lý có nguyên nhân do thấp nhiệt gây ra.

*** Các bệnh tiết niệu**

Liu Jun (2015) nghiên cứu hiệu quả của Bát chính tán kết hợp Lục nhất tán trong điều trị 1000 trường hợp sỏi đường tiết niệu nhập viện vào Khoa Y học cổ truyền Trung Quốc, Bệnh viện Nhân dân Sở Hùng tỉnh Vân Nam từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 1 năm 2014. Nhóm nghiên cứu dùng Bát chính tán kết hợp Lục nhất tán, nhóm đối chứng điều trị thuốc tây y. Tổng tỷ lệ điều trị

lâm sàng có hiệu quả ở nhóm nghiên cứu là 96%, cao hơn đáng kể so với 76% ở nhóm đối chứng [42].

Yu Jianwen (2004) nghiên cứu 102 trường hợp viêm tuyến tiền liệt mãn tính được điều trị bằng Lục nhất tán, một đợt điều trị 2 tuần và sử dụng liên tiếp 3 đợt điều trị. Kết quả: 64 trong số 102 trường hợp có hiệu quả, chiếm 62,74%; 34 trường hợp được cải thiện, chiếm 33,33%; 4 trường hợp không hiệu quả, chiếm 3,92%; tổng tỷ lệ khỏi bệnh là 96,08% [43].

Li Ying (2009) nghiên cứu 394 bệnh nhân sau phẫu thuật hậu môn trực tràng được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm. Nhóm nghiên cứu được nghe tiếng nước chảy thường xuyên, chườm nóng vùng bàng quang, đồng thời uống Lục nhất tán; nhóm đối chứng chỉ áp dụng phương pháp điều trị là nghe tiếng nước chảy thường xuyên và chườm nóng vùng bàng quang. Phương pháp: quan sát tỷ lệ bí tiểu ở 2 nhóm bệnh nhân sau 8 giờ. Kết quả: Tỷ lệ bí tiểu ở nhóm nghiên cứu là 10,66%, ở nhóm đối chứng là 21,42%, $p < 0,05$, sự khác biệt về tỉ lệ hiệu quả giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Kết luận: Lục nhất tán có tác dụng đáng kể trong việc ngăn ngừa bí tiểu sau phẫu thuật hậu môn trực tràng [44].

1.4.5.2. Điều trị và phòng ngừa loét do tỳ đè

Wang Yong Fei và Zhu Xu (2020) nghiên cứu bài thuốc “Lục nhất tán” kết hợp với đệm hơi để phòng ngừa đối với vết loét do tỳ đè bệnh nhân nặng nằm lâu tại giường. Nhóm chứng 40 bệnh nhân được dùng đệm hơi kết hợp sử dụng Lục nhất tán, 40 bệnh nhân nhóm đối chứng chỉ dùng đệm hơi. Sau 14 ngày theo dõi, tỷ lệ loét tỳ đè ở nhóm điều trị kết hợp là (5,0%) thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ loét tỳ đè ở nhóm đối chứng (22,5%). Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ở nhóm điều trị kết hợp hài lòng với chất lượng chăm sóc (90,0%) cao hơn nhiều so với nhóm đối chứng (60%) [45].

1.4.5.3. Bệnh chân tay miệng

Jiang Pan cùng cộng sự (2013) nghiên cứu 124 trường hợp bệnh tay chân miệng được điều trị bằng uống Ngân kiều tán và Lục nhất tán kết hợp với Ngũ

vị tiêu độc ẩm để rửa bên ngoài và nhóm đối chứng (thuốc kháng virus Ribavirin), đồng thời quan sát nhiệt độ cơ thể và các triệu chứng ở hai nhóm sau 5 ngày điều trị. Kết quả: Tổng tỷ lệ hiệu quả ở nhóm điều trị là 97,58% và tổng tỷ lệ hiệu quả ở nhóm đối chứng là 84,31%. Kết luận: Dùng đường uống Ngân kiều tán và Lục nhất tán kết hợp với Ngũ vị tiêu độc ẩm để rửa bên ngoài giúp hạ sốt nhanh, làm ban sớm biến mất, có tác dụng chữa bệnh rõ rệt và ít biến chứng [46].

1.4.5.2. Tại Việt Nam

Nguyễn Vinh Quốc và Nguyễn Thị Ngọc Quyên (2022) báo cáo ca bệnh nhân nam 59 tuổi có tiền sử bệnh gút nhiều năm, sỏi tiết niệu phát hiện sau gút 2 năm, điều trị thường xuyên theo đơn bệnh viện. Một tuần trước vào viện cảm giác mót tiểu liên tục, cảm giác nóng dọc theo dương vật khi tiểu tiện, nước tiểu vàng không đục, không tiểu rắt, không tiểu buốt, không sốt, kèm đau nhức khớp cổ chân trái. Cận lâm sàng: xét nghiệm máu có tăng axit uric máu, tăng bạch cầu, tăng CRP; xét nghiệm nước tiểu bạch cầu (++) . Bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường tiết niệu/gút mạn tính/sỏi thận theo YHHĐ và chứng lâm/thống phong theo YHCT. Bệnh nhân được điều trị hỗ trợ bằng bài thuốc cổ phương “Lục nhất tán” x 20g/ngày, hòa với nước nguội, chia 2 lần uống sáng chiều. Kết quả: sau 18 ngày điều trị, các triệu chứng lâm sàng liên quan rối loạn tiểu tiện giảm dần và hết; khớp cổ chân trái giảm đau nhức nhiều (VAS đánh giá 1 điểm), không sưng nề, các khớp bàn ngón chân ấn không đau; vận động khớp cổ chân cải thiện khá (gấp mu 20 độ, gấp lòng 35 độ). Cận lâm sàng sau điều trị: AU máu hạ, xét nghiệm nước tiểu bình thường. Bước đầu đánh giá bài thuốc Lục nhất tán có hiệu quả giảm đau, hạ axit uric máu [47].

Từ các nghiên cứu trên cho thấy, việc nghiên cứu những bài thuốc YHCT có tác dụng điều trị bệnh lý nguyên nhân do thấp nhiệt nói chung và viêm bàng cấp nói riêng là điều thực sự cần thiết và có ý nghĩa.

1.4.6. Một số nghiên cứu về điều trị VBQ cấp bằng thuốc YHCT

1.4.6.1. Một số nghiên cứu trên thế giới về điều trị viêm bàng quang cấp bằng thuốc YHCT

- Tại Iran:

Kheirabadi, Z. cùng cộng sự (2019) nghiên cứu đánh giá hiệu quả của trà xanh kết hợp điều trị cùng kháng sinh trimethoprim-sulfamethoxazole ở phụ nữ bị viêm bàng quang cấp tính. Kết quả thu được bệnh nhân nữ trong nhóm điều trị kết hợp trà xanh cho thấy tỷ lệ mắc các triệu chứng viêm bàng quang giảm đáng kể về mặt thống kê và cải thiện đáng kể về kết quả xét nghiệm nước tiểu ngoại trừ tiểu máu sau 3 ngày điều trị [48].

- Tại Nam Phi:

YHCT tại Nam Phi đã tìm ra 153 loài thực vật từ 52 họ được sử dụng để điều trị bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu do chúng có khả năng kháng khuẩn cao, trong đó có 85 loài đã thử nghiệm về hoạt tính ức chế chống lại ít nhất một loại vi khuẩn gây nhiễm trùng tiểu và được sử dụng trong YHCT các nước Nam Phi để điều trị bệnh [49], [50].

- Tại Nhật Bản:

Choreito, một bài thuốc của người Kampo Nhật Bản gồm 5 vị thuốc có Trư linh, Phục linh, Hoạt thạch, Trạch tả và A giao. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc kê đơn bài thuốc Choreito kết hợp với thuốc kháng sinh có liên quan đến việc giảm nhẹ tổng lượng sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị viêm bàng quang cấp tính ở phụ nữ [51].

- Tại Trung Quốc:

Shi Wei Liu cùng cộng sự (2019) nghiên cứu bài thuốc “Bát chính tán” điều trị 61 bệnh nhân và 61 trường hợp khác điều trị bằng Tây y. Tỷ lệ khỏi bệnh trên lâm sàng là 90,2% đối với nhóm dùng thuốc YHCT và 82,0% đối với nhóm kháng sinh ($p > 0,05$). Vi khuẩn được loại bỏ ở 88,5% (54/61) bệnh nhân ở nhóm dùng thuốc YHCT và 82,0% (50/61) ở nhóm dùng kháng sinh. Tỷ lệ

tái phát ở bệnh nhân hồi phục sau 6 tháng theo dõi lần lượt là 9,1% (5/61) và 14,0 (7/61) ở nhóm dùng thuốc YHCT và nhóm kháng sinh ($p > 0,05$) [52].

Ning Zhang cùng cộng sự (2013) nghiên cứu 34 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình $51,6 \pm 15,4$, tỷ lệ tái phát hàng năm là $6,6 \pm 2,5$. Sau khi điều trị bằng Tây y không đáp ứng, các bệnh nhân được điều trị bằng YHCT trong 4 tuần bằng 10 vị thuốc: Tri mẫu, Hoàng bá, Dương quy, Địa hoàng, Phục linh, Đan sâm, Đại hoàng, Biền súc, Cù mạch và Hoạt thạch. Sau 2 tuần, 25 bệnh nhân (73,52%) giảm triệu chứng đáng kể. Sau 4 tuần, 30 bệnh nhân (88,23%) đã khỏi và 3 bệnh nhân (7,5%) cho thấy sự cải thiện. Theo dõi sau 6 tháng cho thấy chỉ có 4 bệnh nhân (11,76%) bị tái phát, tỷ lệ tái phát thấp hơn nhiều so với sau điều trị bằng kháng sinh của Tây y. Không có tác dụng phụ nào được báo cáo trong số những trường hợp này [53].

Huang Yan cùng cộng sự (2013) nghiên cứu “Phân tích lâm sàng 60 trường hợp viêm bàng quang cấp tính được điều trị bằng Ngân hoa tiết viêm linh”. Tổng cộng có 60 bệnh nhân bị viêm bàng quang cấp tính đã được chọn và chia thành 30 trường hợp ở nhóm nghiên cứu dùng viên Ngân hoa tiết viêm linh, 30 trường hợp ở nhóm đối chứng dùng kháng sinh levofloxacin. Kết quả sau 3 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân thuyên giảm triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu là 93,3% và ở nhóm đối chứng là 70% [54].

Wu Chun Yan cùng cộng sự (2009) nghiên cứu “Quan sát lâm sàng về điều trị viêm bàng quang cấp tính bằng viên nén Hoàng đằng”. Điều trị cho 90 trường hợp bệnh nhân viêm bàng quang cấp, chia 2 nhóm ngẫu nhiên so sánh trước sau điều trị: nhóm nghiên cứu sử dụng viên nén Hoàng đằng và nhóm đối chứng sử dụng kháng sinh nitrofurantoin. Kết quả: Sau 5 ngày điều trị, tỷ lệ cải thiện triệu chứng sốt của nhóm quan sát là 88,89% và của nhóm đối chứng là 66,67% [55].

Wang Wei, Chen Jing (2023) nghiên cứu 92 bệnh nhân nhiễm trùng đường tiết niệu dưới thể bàng quang thấp nhiệt, chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm,

mỗi nhóm 46 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu điều trị bằng thuốc sắc Tam kim lý lâm thang 200ml/túi x 02 lần/ngày, uống sáng - tối; nhóm đối chứng điều trị bằng kháng sinh levofloxacin 250 mg x 03 viên/ngày, mỗi lần 01 viên, uống sáng - trưa - tối. Kết quả sau 10 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân hết triệu chứng tiểu ngắn gấp ở nhóm nghiên cứu là 88,2% (40/46) và ở nhóm đối chứng là 63,0% (29/46), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [56].

Wang Yan (2020) nghiên cứu 70 trường hợp viêm bàng quang cấp được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, mỗi nhóm 35 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu điều trị bằng Ngân hoa tiết viêm linh, nhóm đối chứng điều trị bằng Tây y. Kết quả thời gian cải thiện triệu chứng tiểu gấp ở nhóm nghiên cứu là (0.79 ± 0.34) ngày, thời gian ngắn hơn nhóm đối chứng là (1.34 ± 0.28) ngày, số liệu có giá trị thống kê với $p < 0,05$ [57].

Qiao Hui, He Qiu Fen (2016) nghiên cứu 70 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành nhóm đối chứng và nhóm điều trị, và những thay đổi lâm sàng về kích ứng đường tiết niệu ở hai nhóm đã được quan sát trước và sau. sau khi điều trị. Nhóm đối chứng được dùng levofloxacin bằng đường uống. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng Thanh lâm lợi thấp thang. Kết quả: sau liệu trình 2 tuần điều trị, tỷ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng đái buốt của nhóm nghiên cứu là 94,28% và nhóm đối chứng là 88,57%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, tuy nhiên Thanh lâm lợi thấp thang vẫn có tác dụng điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới và giảm được triệu chứng rối loạn tiểu tiện của người bệnh [58].

Li Gang (2019) nghiên cứu 70 trường hợp viêm bàng quang cấp từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 2 năm 2018 được chia ngẫu nhiên thành nhóm đối chứng gồm 35 trường hợp điều trị đơn thuần Levofloxacin và một nhóm nghiên cứu gồm 35 trường hợp điều trị kết hợp Levofloxacin và viên nén đông y Tam kim. Kết quả sau hai tuần điều trị cho thấy, sự cải thiện triệu chứng tiểu rất ở nhóm

nghiên cứu là 94,29% trong khi ở nhóm đối chứng là 77,14%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [59].

Song Wanxiong (2014) nghiên cứu 90 bệnh nhân bị nhiễm trùng đường tiết niệu dưới thể bàng quang thấp nhiệt được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, mỗi nhóm 45 trường hợp. Nhóm đối chứng điều trị bằng kháng sinh Amoxicillin 500mg/viên x 03 lần/ngày, nhóm nghiên cứu điều trị bằng thuốc cốm Kim tiền thảo (10g/lần, 3 lần/ngày), sự cải thiện triệu chứng lâm sàng và sự thay đổi các chỉ số thực nghiệm của hai nhóm bệnh nhân được quan sát và so sánh. Kết quả sau 7 ngày điều trị, tổng tỷ lệ điều trị hiệu quả ở nhóm nghiên cứu là 95,55%, cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng là 71,11% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [60].

1.4.6.2. Một số nghiên cứu tại Việt Nam về điều trị viêm bàng quang cấp bằng thuốc YHCT

Ở Việt Nam có nhiều bài thuốc YHCT điều trị viêm bàng quang cấp được ghi chép như trong quyển *Tuệ Tĩnh toàn tập* của Danh y Tuệ Tĩnh hoặc quyển *Hải Thượng Y tông tâm lĩnh* của Danh y Lê Hữu Trác [39], [40].

Trương Minh Tuấn (2022) nghiên cứu 60 bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu, điều trị tại Viện Y học cổ truyền Quân đội. Nhóm đối chứng (30 BN) điều trị bằng kháng sinh đơn thuần (Curam 625 mg và Cotrimoxazole 480 mg); nhóm nghiên cứu (30 BN) dùng kháng sinh tương tự nhóm đối chứng, phối hợp thêm bài thuốc sắc “Bát chính tán gia giảm”. Liệu trình điều trị của 2 nhóm là 07 ngày. Kết quả: Nhóm nghiên cứu có sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng (giảm $9,33 \pm 2,87$ điểm) tốt hơn so với nhóm đối chứng dùng kháng sinh đơn thuần (giảm $6,80 \pm 4,92$ điểm) [61].

Phạm Vũ Khánh cùng cộng sự (2023) nghiên cứu xác định được công năng chủ trị của 8 bài thuốc Nam được dùng trong điều trị nhóm bệnh tiết niệu, chủ yếu bệnh chứng thấp nhiệt hạ tiêu, nung nấu ở hạ tiêu gây đái buốt đái rắt (chứng nhiệt lâm) và nhiệt làm tổn thương lạc mạch bức huyết vong hành gây

đái máu (chứng niệu huyết). 8 bài thuốc, trong đó 62,5% chủ trị lâm chứng (bài thuốc điển hình “Tiểu buốt rắt”: Lá mảnh cộng, Cây râu mèo, Lá vọng cách); 25% chủ trị chứng niệu huyết (bài thuốc điển hình “Chữa đái máu”: Thân rễ dứa dại, Lá cối xay, Lá phèn đen) [62].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Bài thuốc sử dụng trong nghiên cứu

Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc nghiên cứu

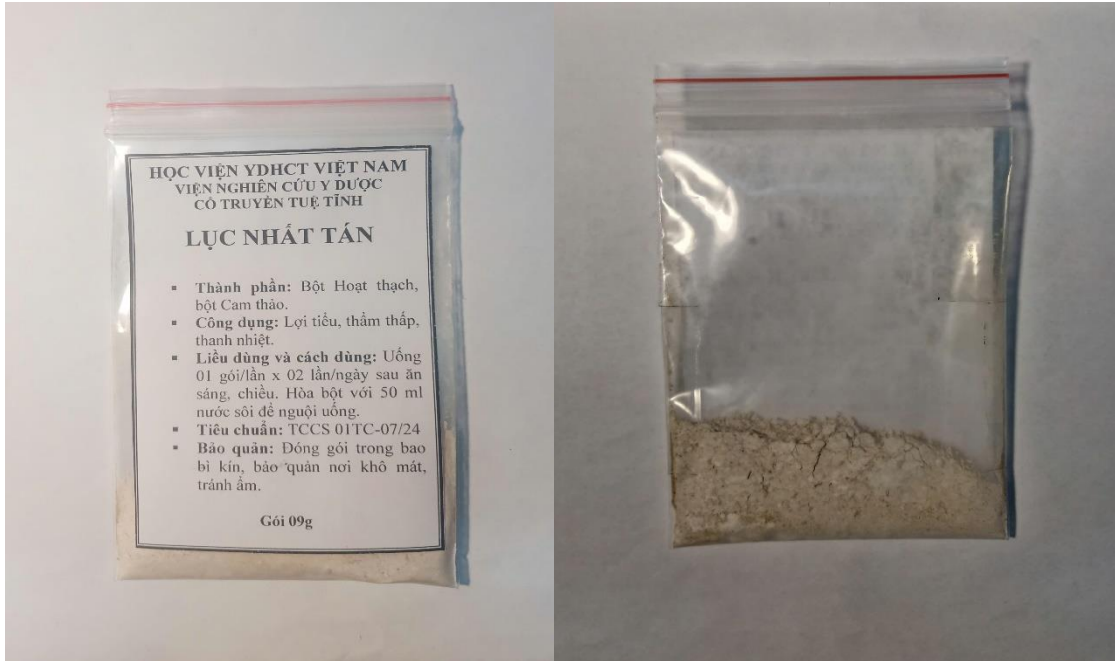
STT	Thành phần	Tên khoa học	Liều lượng (gram)	Tiêu chuẩn
1	Hoạt thạch	<i>Talcum</i>	600	Dược điển Việt Nam V
2	Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhizae</i>	100	

- Nơi sản xuất và bào chế: Các vị thuốc do khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam cung cấp, bào chế theo tiêu chuẩn của Dược điển Việt Nam. Chế phẩm Lục nhất tán gói 09g đạt tiêu chuẩn cơ sở số 01TC-07/24 của Viện nghiên cứu Y - Dược cổ truyền Tuệ Tĩnh.

- Quy cách đóng gói: Các vị thuốc được tán thành bột mịn và đóng gói 09g/01 gói.

- Cách sử dụng: Mỗi lần uống pha 01 gói với 50ml nước sôi để nguội, 02 lần/ngày; sau ăn sáng, chiều.

- Liệu trình: Trong vòng 05 ngày liên tục đối với nữ giới và 07 ngày liên tục đối với nam giới.



**Hình 2.1. Hình ảnh gói Lục nhất tán 09g
mặt trước (trái) và mặt sau (phải)**

2.1.2. Thuốc chứng

- Dạng trình bày: Viên nén bao phim.
- Hoạt chất: Amoxicillin 875 mg, Kali clavulanat 125 mg.
- Số đăng kí: VN-20517-17.
- Hạn sử dụng: 24 tháng kể từ ngày sản xuất.
- Liều lượng và cách dùng: Uống 01 viên/lần, 02 lần/ngày trong 05 ngày đối với nữ giới và 07 ngày đối với nam giới. Uống thuốc sau ăn sáng – chiều.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có độ tuổi từ 18 trở lên, được chẩn đoán xác định viêm bàng quang cấp (Mã ICD-X: N30.0) theo YHHD và thuộc chứng lâm thể bàng quang thấp nhiệt của YHCT.

Bệnh nhân có thể đồng thời mắc các bệnh khác, nhưng trong quá trình điều trị không cần thiết phải xử lý đặc biệt và cũng không ảnh hưởng đến chẩn đoán lâm sàng và liệu trình điều trị hiện tại.

Bệnh nhân đồng ý chấp thuận tham gia nghiên cứu.

2.2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn theo y học hiện đại

*** Lâm sàng**

- Có hội chứng bàng quang rõ với tiểu ngắn gấp, đái buốt, đái rắt, có thể đái máu, tiểu mù cuối bãi.
- Có thể có đau nhẹ vùng trên khớp mu khi bàng quang căng hoặc có triệu chứng nóng rát khi đi tiểu hoặc đái rắt.
- Không sốt hoặc chỉ sốt nhẹ (nhiệt độ < 38°C) [3].

*** Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm nước tiểu:
 - + Bạch cầu niệu dương tính từ (++) đến (+++) ($\geq 10^4$ bạch cầu/ml).
 - + Khi có triệu chứng lâm sàng tiểu buốt, tiểu rắt thì số lượng bạch cầu niệu < 10^4 bạch cầu/ml nước tiểu vẫn được chẩn đoán là nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Siêu âm: Có thể thấy thành bàng quang dày hơn bình thường > 3mm [3], [63].

2.2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn theo y học cổ truyền

Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh danh thuộc chứng Lâm, thể bệnh bàng quang thấp nhiệt của YHCT với các biểu hiện chứng trạng:

- Vọng: Sắc mặt đỏ, chất lưỡi hồng, rêu lưỡi vàng nhớt.
- Văn: Không ho, không nấc.
- Vấn: Tiểu tiện ngắn gấp cảm giác không thoải mái, đau chói nóng đốt đường niệu, nước tiểu vàng đục, bụng dưới đau quặn, đau lưng, hoặc có kèm sốt sợ rét, miệng đắng, buồn nôn, đại tiện khô kết.
- Thiết: Mạch hoạt sắc [20].

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tác nghẽn đường bài niệu (sỏi, u, nước tiểu tồn dư > 100 ml).
- Dị dạng đường tiết niệu.
- Bàng quang thần kinh, bàng quang tăng hoạt, viêm bàng quang kẽ, viêm bàng quang ứ mù, túi thừa bàng quang, viêm nhiễm tiết niệu nặng có biến chứng.

- Bệnh nhân suy thận mạn có mức lọc cầu thận < 60 mL/phút/1,73m² [2].
- Bệnh nhân có bệnh tim, gan, thận và bệnh của cơ quan tạo máu nguyên phát ở mức độ nặng; người có cơ địa dị ứng.
- Bệnh nhân mắc các bệnh truyền nhiễm như: lậu, giang mai.
- Bệnh nhân tâm thần.
- Phụ nữ có thai và cho con bú.
- Bệnh nhân không dùng thuốc đủ liều, bỏ dở điều trị, bỏ thuốc trên 2 ngày hoặc không làm đầy đủ các xét nghiệm.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng có đối chứng. Sử dụng phương pháp ghép cặp đảm bảo tương đồng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng về độ tuổi và giới tính. Phương pháp lựa chọn ngẫu nhiên: bệnh nhân vào ngày chẵn được xếp vào nhóm nghiên cứu và bệnh nhân vào ngày lẻ được xếp vào nhóm đối chứng để đảm bảo tính khách quan.

Nhóm đối chứng dùng thuốc điều trị theo phác đồ viêm bàng quang cấp của Bộ Y tế (Amoxicillin + Clavulanate: viên 1000 mg, uống 01 viên/lần, 02 lần/ngày).

Nhóm nghiên cứu dùng bài thuốc Lục nhất tán (gói bột 09g x 02 lần/ngày pha uống sáng chiều sau ăn) kết hợp kháng sinh theo phác đồ của Bộ Y tế (Amoxicillin + Clavulanate: viên 1000 mg, uống 01 viên/lần, 02 lần/ngày).

Liệu trình can thiệp đối với nhóm bệnh nhân nữ là 05 ngày, đối với nhóm bệnh nhân nam là 07 ngày [3].

2.3.2. Cỡ mẫu

Chọn cỡ mẫu theo công thức tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

- p_1 : Dự kiến hiệu quả điều trị là 92% $\Rightarrow p_1 = 0,92$. Tham khảo kết quả nghiên cứu năm 2019 của Shi Wei Liu cùng cộng sự nghiên cứu bài thuốc “Bát chính tán” trong điều trị viêm bàng quang cấp với tỷ lệ khỏi bệnh trên lâm sàng là 90,2% [52].

- p_2 : Tỷ lệ điều trị khỏi viêm bàng quang cấp bằng (Amoxicillin + Clavulanate) là 63.6% $\Rightarrow p_2 = 0,636$ [64].

- $Z_{\alpha/2}$: Là hằng số cho sai sót loại I, lấy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\alpha/2} = 1,96$

- Z_{β} : Là hằng số cho sai sót loại II (power), lấy $\beta = 0,20$ thì $Z_{\beta} = 0,84$.

- $\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0,778$

- $\Delta = p_1 - p_2 = 0,284$

Thay vào công thức, ta có $n \approx 32$.

Như vậy dự kiến cần thu thập tối thiểu 32 bệnh nhân cho mỗi nhóm nghiên cứu này. Tính hệ số điều chỉnh là 0,1; tính được số bệnh nhân cần thiết khoảng 70 bệnh nhân, chia đều cho 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, mỗi nhóm 35 bệnh nhân.

2.3.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Sốt

- Tiểu tiện ngắn gấp

- Đái buốt

- Đái rắt

- Đau hạ vị

- Đái máu

- Xét nghiệm nước tiểu vào các thời điểm:

+ Đối với bệnh nhân nữ: Trước khi điều trị (D0), ngày thứ 05 (D5).

+ Đối với bệnh nhân nam: Trước khi điều trị (D0), ngày thứ 07 (D7).

- Siêu âm bàng quang: Trước khi điều trị (D0) và sau điều trị D5 (đối với nữ), D7 (đối với nam).

- Xét nghiệm công thức máu thường quy: Số lượng bạch cầu WBC, % bạch cầu trung tính (%NEUT) làm một lần vào thời điểm D0 và sau điều trị D5 (đối với nữ), D7 (đối với nam).

- Đánh giá chức năng gan thận Ure, Creatinin, AST, ALT làm một lần vào thời điểm D0.

2.3.4. Phương pháp đánh giá

Các triệu chứng sốt, tiểu tiện ngắn gấp, đái buốt, đái rắt, đái máu, đau hạ vị giảm đi rõ rệt hoặc hết.

Xét nghiệm nước tiểu bình thường.

Siêu âm bàng quang để đánh giá về mức độ dày của bàng quang sau điều trị [19], [65].

2.3.5. Đánh giá hiệu quả điều trị

- Hiệu quả tốt: Các triệu chứng lâm sàng cơ năng và thực thể đều hết, xét nghiệm nước tiểu bình thường.

- Hiệu quả trung bình: Các triệu chứng lâm sàng cơ năng có giảm, triệu chứng thực thể và xét nghiệm nước tiểu có cải thiện.

- Không hiệu quả: Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm nước tiểu cải thiện không rõ hoặc triệu chứng bệnh tăng lên [19].

2.3.6. Quy trình nghiên cứu

- Lựa chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân được thăm khám, làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất ở Phụ lục 1. Các triệu chứng toàn thân được khai thác thông qua đo nhiệt độ ở hõm nách, đo huyết áp.

- Làm xét nghiệm: Công thức máu thường quy, tổng phân tích nước tiểu, siêu âm hệ tiết niệu, định lượng AST, ALT, ure, creatinin trước khi điều trị (D0).

- Điều trị nội khoa theo phác đồ:

+ Nhóm đối chứng (NĐC): Gồm 35 bệnh nhân được điều trị theo phác đồ viêm bàng quang cấp của Bộ Y tế (Amoxicillin + Clavulanate: viên 1000 mg, uống 01 viên/lần, 02 lần/ngày).

+ Nhóm nghiên cứu (NNC): Gồm 35 bệnh nhân được điều trị bằng bài thuốc “Lục nhất tán” (gói bột 09g x 02 lần/ngày pha uống sáng chiều sau ăn) kết hợp kháng sinh theo phác đồ viêm bàng quang cấp của Bộ Y tế (Amoxicillin + Clavulanate: viên 1000 mg, uống 01 viên/lần, 02 lần/ngày).

- Liệu trình điều trị: Liệu trình can thiệp đối với bệnh nhân nữ là 05 ngày, đối với bệnh nhân nam là 07 ngày.

- Làm xét nghiệm: Xét nghiệm huyết học và xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu vào ngày thứ 05 (D5) đối với bệnh nhân nữ và ngày thứ 07 (D7) đối với bệnh nhân nam. Đánh giá và so sánh số lượng bạch cầu/ml nước tiểu và hồng cầu niệu của bệnh nhân sau điều trị ở cả hai nhóm nghiên cứu và đối chứng. Đánh giá và so sánh chỉ số bạch cầu và bạch cầu trung tính máu của bệnh nhân sau điều trị ở cả hai nhóm nghiên cứu và đối chứng.

- Đánh giá sự thay đổi trên siêu âm bàng quang vào ngày thứ 05 (D5) đối với bệnh nhân nữ và ngày thứ 07 (D7) đối với bệnh nhân nam.

- So sánh sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng ở thời điểm D0 và các thời điểm ngày thứ 3 (D3), ngày thứ 5 (D5) của nhóm bệnh nhân nữ.

- So sánh sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng ở thời điểm D0 và các thời điểm ngày thứ 3 (D3), ngày thứ 5 (D5) và ngày thứ 7 (D7) của nhóm bệnh nhân nam.

- So sánh và đánh giá hiệu quả trước điều trị (D0) và sau điều trị (D5) của nhóm bệnh nhân nữ.

- So sánh và đánh giá hiệu quả trước điều trị (D0) và sau điều trị (D7) của nhóm bệnh nhân nam.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Những thông tin trong quá trình nghiên cứu sẽ được lưu giữ trong các nguồn sau:

- Bệnh án nghiên cứu.
- Kết quả tổng phân tích nước tiểu, siêu âm hệ tiết niệu, xét nghiệm chức năng gan thận được thu thập vào bệnh án nghiên cứu.

2.5. Sai số và không chế sai số

- Chuẩn hóa các công cụ đo lường, mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất cho tất cả các đối tượng nghiên cứu.

- Nghiên cứu thu thập:

+ Tư vấn và giải thích thật kỹ tình trạng bệnh của từng bệnh nhân, phương hướng điều trị.

+ Nghiên cứu viên trực tiếp theo dõi sát từng người bệnh trong suốt quá trình điều trị.

- Chính xác trong quá trình sao chép dữ liệu: Kiểm định thông tin thu thập được trên hai nguồn là bệnh án nghiên cứu và quá trình khám lâm sàng.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả thu được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm. Test χ^2 : So sánh 2 tỷ lệ ở hai nhóm nghiên cứu và đối chứng. Test χ^2 của Mac Nemar: so sánh các tỷ lệ trước và sau điều trị trong cùng nhóm. T-test dùng để so sánh giá trị trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. t-test ghép cặp dùng để so sánh giá trị trung bình trước và sau điều trị của từng nhóm.

Số liệu có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Tuệ Tĩnh, số 2 Trần Phú, quận Hà Đông, thành phố Hà Nội.

Thời gian: Từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024

2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

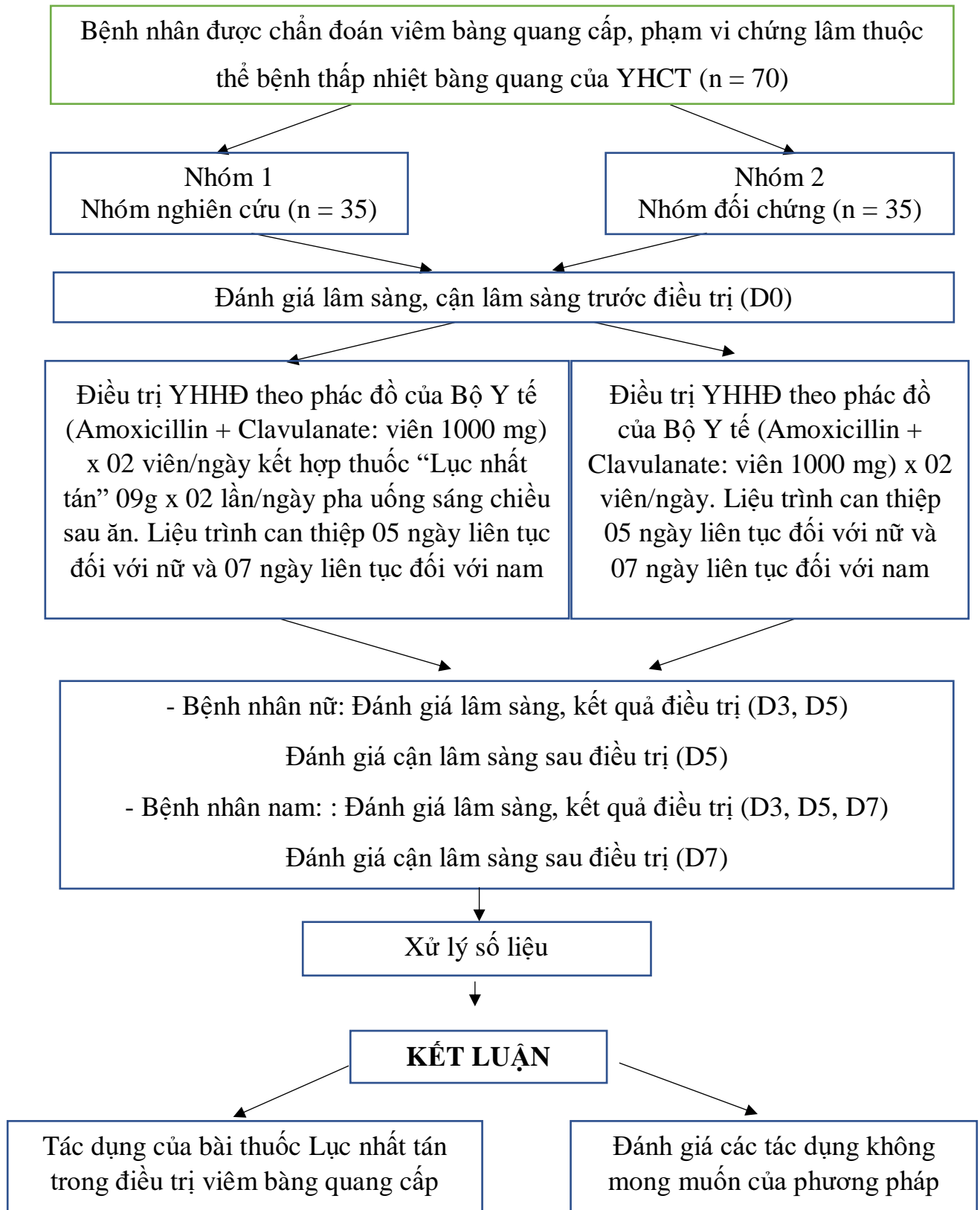
Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương luận văn Thạc sỹ và Hội đồng Đạo đức Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh chấp thuận cho tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

Các bệnh nhân đều tự nguyện tham gia trong nghiên cứu sau khi được giải thích rõ phác đồ điều trị và xác nhận bằng văn bản. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

Khám và đánh giá bệnh nhân được thực hiện khách quan, trung thực trong xử lý số liệu.

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



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhóm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		Chung (n=70)		p (1-2)
	n	%	n	%	n	%	
18 – 29	6	17,1	7	20,0	13	18,6	> 0,05
30 – 39	3	8,6	3	8,6	6	8,6	
40 – 49	2	5,7	1	2,9	3	4,3	
50 – 59	3	8,6	4	11,4	7	10,0	
≥ 60	21	60,0	20	57,1	41	58,6	
Tuổi trung bình	$56,1 \pm 20,0$		$55,0 \pm 20,9$		$55,6 \pm 20,3$		> 0,05

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy, nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao trong cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $56,1 \pm 20,0$ và của nhóm đối chứng là $55,0 \pm 20,9$. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.1.2. Đặc điểm giới tính

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới tính \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
Nam	11	31,4	11	31,4	> 0,05
Nữ	24	68,6	24	68,6	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy, đối tượng nghiên cứu ở cả hai nhóm phần lớn là nữ giới. Tỷ lệ nữ giới chiếm 68,6% và tỷ lệ nam giới chiếm 31,4% ở cả hai nhóm. Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu trong mỗi nhóm là 2,18/1. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.1.3. Đặc điểm phân bố theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
Lao động trí óc	10	28,6	11	31,4	> 0,05
Lao động chân tay	8	22,9	8	22,9	
Hưu trí	17	48,6	16	45,7	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy, nhóm bệnh nhân phân bố tương đối đồng đều giữa ba nhóm nghề nghiệp: lao động trí óc, lao động chân tay và hưu trí. Nhóm bệnh nhân hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là 48,6% và 45,7%. Sự khác biệt về tỷ lệ phân bố nghề nghiệp ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Đặc điểm chế độ ăn uống

Bảng 3.4. Đặc điểm thói quen ăn uống

Chế độ ăn uống	Nhóm NNC (1) (n=35)		Nhóm NDC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
Cay nóng kích thích	17	48,6	11	31,4	> 0,05
Uống rượu, bia, chất có cồn	10	28,6	8	22,9	
Chè đặc, cà phê	15	42,9	16	45,7	
Uống ít nước	20	57,1	17	48,6	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy, trong cả hai nhóm tỷ lệ thói quen uống ít nước chiếm tỷ lệ cao nhất (57,1% ở nhóm nghiên cứu và 48,6% ở nhóm đối chứng). Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.5. Đặc điểm thói quen tiểu tiện

Bảng 3.5. Đặc điểm thói quen tiểu tiện

Nhịn tiểu	Nhóm NNC (1) (n=35)		Nhóm NDC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
Có	32	91,4	33	94,3	> 0,05
Không	3	8,6	2	5,7	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.5 cho thấy, tỷ lệ phân bố đặc điểm thói quen nhịn tiểu ở cả hai nhóm đều tương đối cao lần lượt là 91,4% ở nhóm nghiên cứu và 94,3% ở nhóm đối chứng. Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

3.1.6. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.6. Đặc điểm về tỷ lệ triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
Sốt	13	37,1	9	25,7	> 0,05
Tiểu tiện ngắn gấp	19	54,3	18	51,4	
Đái buốt	23	65,7	22	62,9	
Đái rắt	31	88,6	34	97,1	
Đái máu	5	14,3	9	25,7	
Đau hạ vị	24	68,6	19	54,3	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.6 cho thấy, có sự tương đồng về đặc điểm triệu chứng lâm sàng sốt, tiểu tiện ngắn gấp, đái buốt, đái rắt và đau hạ vị giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Sự khác biệt về đặc điểm các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.7. Đặc điểm trên cận lâm sàng

Bảng 3.7. Chỉ số xét nghiệm huyết học trước điều trị

Chỉ số	Nhóm	Nhóm		p (1-2)
		NNC (1) (n=35)	NĐC (2) (n=35)	
Bạch cầu (G/L)		9,32 ± 3,17	9,21 ± 3,23	> 0,05
NEU (%)		72,10 ± 13,51	73,23 ± 10,22	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.7 cho thấy, chỉ số xét nghiệm huyết học trước điều trị không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng (p > 0,05).

Bảng 3.8. Chỉ số xét nghiệm nước tiểu trước điều trị

Chỉ số		Nhóm		Nhóm		Chung		p (1-2)
		(n=35)		(n=35)		(n=70)		
		n	%	n	%	n	%	
Bạch cầu	≥ 10 ⁴ bạch cầu/ml nước tiểu	19	54,3	17	48,6	36	51,4	> 0,05
	< 10 ⁴ bạch cầu/ml nước tiểu	16	45,7	18	51,4	34	48,6	
Hồng cầu	Dương tính	5	14,3	9	25,7	14	20	
	Âm tính	30	85,7	26	74,3	56	80	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.8 cho thấy, chỉ số xét nghiệm nước tiểu trước điều trị không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng (p > 0,05).

Bảng 3.9. Đặc điểm siêu âm tiết niệu trước điều trị

Đặc điểm	Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
		n	%	n	%	
Thành bàng quang dày > 3 mm		3	8,6	2	5,7	> 0,05
Thành bàng quang bình thường ≤ 3mm		32	91,4	33	94,3	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.9 cho thấy, sự khác biệt về đặc điểm siêu âm trước điều trị giữa hai nhóm nghiên cứu và đối chứng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

3.2.1. Đánh giá hiệu quả điều trị triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.10. So sánh sự cải thiện triệu chứng sốt của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
		n	%	n	%	
D0		13	37,1	9	25,7	> 0,05
D3		6	17,1	6	17,1	
D5		0	0	0	0	
D7		0	0	0	0	
p (D0 – D3)		< 0,05		> 0,05		
p (D0 – D5)		< 0,001		< 0,05		
p (D0 – D7)						

Nhận xét: Kết quả bảng 3.10 cho thấy, so sánh hiệu quả điều trị triệu chứng sốt trên lâm sàng của 2 nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, so sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng tại thời điểm D0 và D3 ($p < 0,05$); cải thiện tốt hơn rõ rệt ($p < 0,001$) so với nhóm đối chứng tại thời điểm D0 và D5, D0 và D7.

Bảng 3.11. So sánh sự cải thiện triệu chứng tiêu tiện ngắn gáp của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
D0	19	54,3	18	51,4	> 0,05
D3	9	25,7	16	45,7	
D5	2	5,7	10	28,6	< 0,05
D7	1	2,9	3	8,6	> 0,05
p (D0 – D3)	< 0,05		> 0,05		
p (D0 – D5)	< 0,001		< 0,05		
p (D0 – D7)			< 0,001		

Nhận xét: Kết quả bảng 3.11 cho thấy, so sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, triệu chứng ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện qua các thời điểm D0, D3, D5 và D7 trong khi ở nhóm đối chứng, sự cải thiện chỉ so sánh được ở thời điểm D5 và D7. Khi so sánh sự cải thiện triệu chứng tiêu tiện ngắn gáp ở thời điểm D5, nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Bảng 3.12. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái buốt của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
D0	23	65,7	22	62,9	>0,05
D3	10	28,6	20	57,1	< 0,05
D5	3	8,6	11	31,4	
D7	1	2,9	9	25,7	
p (D0 – D3)	< 0,001		< 0,05		
p (D0 – D5)			< 0,001		
p (D0 – D7)					

Nhận xét: Kết quả bảng 3.12 cho thấy, triệu chứng đái buốt trên lâm sàng của nhóm nghiên cứu cải thiện rõ rệt qua từng thời điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm đối chứng ở thời điểm D0 và D3 có sự cải thiện triệu chứng đái buốt nhưng chưa tốt bằng nhóm nghiên cứu với $p < 0,05$. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái buốt ở từng thời điểm D3, D5 và D7, nhóm nghiên cứu cho kết quả tốt hơn với $p < 0,05$.

Bảng 3.13. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái rắt của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
D0	31	88,6	34	97,1	> 0,05
D3	18	51,4	29	82,9	< 0,05
D5	6	17,1	14	48,6	
D7	3	8,6	12	34,3	
p (D0 – D3)	< 0,001		< 0,05		
p (D0 – D5)			< 0,001		
p (D0 – D7)					

Nhận xét: Kết quả bảng 3.13 cho thấy, triệu chứng đái rắt trên lâm sàng của nhóm nghiên cứu cải thiện rõ rệt qua từng thời điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm đối chứng ở thời điểm D0 và D3 có sự cải thiện triệu chứng đái rắt nhưng lại chưa tốt bằng nhóm nghiên cứu với $p < 0,05$. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái rắt ở từng thời điểm D3, D5 và D7, nhóm nghiên cứu cho kết quả tốt hơn với $p < 0,05$.

Bảng 3.14. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái máu của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
D0	5	14,3	9	25,7	> 0,05
D3	3	8,6	6	17,1	
D5	1	2,9	4	11,4	
D7	0	0	0	0	
p (D0 – D3)	> 0,05				
p (D0 – D5)	< 0,05				
p (D0 – D7)	< 0,05				

Nhận xét: Kết quả bảng 3.14 cho thấy, so sánh sự cải thiện triệu chứng đái máu ở từng thời điểm, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh sự cải thiện triệu chứng đái máu ở từng thời điểm D5 và D7, cả hai nhóm đều có sự cải thiện với $p < 0,05$.

Bảng 3.15. So sánh sự cải thiện triệu chứng đau hạ vị của các nhóm ở các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NDC (2) (n=35)		p (1-2)
	n	%	n	%	
D0	24	68,6	19	54,3	> 0,05
D3	16	45,7	16	45,7	
D5	5	14,3	7	20,0	
D7	4	11,4	4	11,4	
p (D0 – D3)	<0,05		>0,05		< 0,001
p (D0 – D5)					
p (D0 – D7)					

Nhận xét: Kết quả bảng 3.15 cho thấy, so sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, triệu chứng đau hạ vị ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện qua các thời điểm D0, D3, D5 và D7 trong khi ở nhóm đối chứng, sự cải thiện chỉ so sánh được ở thời điểm D5 và D7. So sánh sự cải thiện triệu chứng đau hạ vị ở từng thời điểm, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Sự cải thiện về một số chỉ số cận lâm sàng

Bảng 3.16. So sánh sự cải thiện trên chỉ số xét nghiệm huyết học sau điều trị

Chỉ số		Nhóm		p (1-2)
		NNC (1) (n=35)	NĐC (2) (n=35)	
Trước điều trị (a)	Bạch cầu (G/L)	9,32 ± 3,17	9,21 ± 3,23	> 0,05
	NEU (%)	72,10 ± 13,51	73,23 ± 10,22	
Sau điều trị (b)	Bạch cầu (G/L)	7,33 ± 1,27	7,49 ± 1,09	
	NEU (%)	58,42 ± 15,22	60,13 ± 13,54	
p (a-b)		< 0,05	<0,05	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.16 cho thấy, so sánh chỉ số xét nghiệm huyết học sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, sự khác biệt ở chỉ số bạch cầu, bạch cầu trung tính (Neutrophil) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh sự cải thiện chỉ số xét nghiệm huyết học trước – sau điều trị ở cùng nhóm, cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.17. So sánh sự cải thiện trên chỉ số xét nghiệm nước tiểu sau điều trị

Chỉ số			Nhóm		NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p(1-2)
			n	%	n	%			
Trước điều trị (a)	Bạch cầu	< 10 ⁴ bạch cầu/ml nước tiểu	19	54,3	17	48,6	> 0,05		
		≥ 10 ⁴ bạch cầu/ml nước tiểu	16	45,7	18	51,4			
	Hồng cầu	Có	5	14,3	9	25,7			
		Không	30	85,7	26	74,3			
Sau điều trị (b)	Bạch cầu	< 10 ⁴ bạch cầu/ml nước tiểu	33	94,3	27	77,1	< 0,05		
		≥ 10 ⁴ bạch cầu/ml nước tiểu	2	5,7	8	22,9			
	Hồng cầu	Có	0	0	3	8,6	> 0,05		
		Không	35	100	32	91,4			
p (a - b)			< 0,05		< 0,05				

Nhận xét: Kết quả bảng 3.17 cho thấy, chỉ số xét nghiệm nước tiểu sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt ở chỉ số hồng cầu niệu ($p > 0,05$). Tuy nhiên, chỉ số bạch cầu ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). So sánh sự cải thiện chỉ số xét nghiệm nước tiểu trước – sau điều trị ở cùng nhóm, cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.18. Sự thay đổi trên siêu âm tiết niệu sau điều trị

Thành bảng quang		Nhóm		NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p(1-2)
		n	%	n	%			
Trước điều trị (a)	Dày (> 3mm)	3	8,6	2	5,7	>0,05		
	Bình thường (≤ 3mm)	32	91,4	33	94,3			
Sau điều trị (b)	Dày (> 3mm)	0	0	1	2,9	>0,05		
	Bình thường (≤ 3mm)	35	100	34	97,1			
p (a-b)		> 0,05		> 0,05				

Nhận xét: Kết quả bảng 3.18 cho thấy, sự thay đổi trên siêu âm sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh sự cải thiện chỉ số trên siêu âm trước – sau điều trị ở cùng nhóm, số liệu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.3. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.19. Kết quả điều trị chung sau điều trị

Kết quả điều trị		Nhóm		NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		p (1-2)
		n	%	n	%			
Tốt		25	71,4	14	40,0	< 0,05		
Trung bình		8	22,9	13	37,1			
Không hiệu quả		2	5,7	8	22,9			
Tổng hiệu quả chung		94,3%		77,1%				

Nhận xét: Kết quả bảng 3.19 cho thấy, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ hiệu quả tốt cao hơn so với nhóm đối chứng. Tổng tỷ lệ hiệu quả chung NNC là 94,3% cao hơn NĐC 77,1%, số liệu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp

Triệu chứng \ Nhóm	NNC (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)	
	n	%	n	%
Dị ứng	0	0	0	0
Buồn nôn, nôn	0	0	0	0
Rối loạn tiêu hóa	0	0	0	0
Đau đầu, chóng mặt	0	0	0	0
Khác	0	0	0	0

Nhận xét: Kết quả bảng 3.20 cho thấy, trong quá trình can thiệp nghiên cứu, ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, không ghi nhận trường hợp nào bị tác dụng phụ không mong muốn trên lâm sàng như dị ứng, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa, đau đầu, chóng mặt,...

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, trong 70 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm với 58,6%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $56,1 \pm 20,0$ tuổi và của nhóm đối chứng là $55,0 \pm 20,9$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiên cứu là trên 60 tuổi với 60,0%. Đây cũng là nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm đối chứng với 57,1%.

Kết quả này tương đồng với số liệu nghiên cứu của một số tác giả như Ngô Đức Kỳ (2020), tuổi trung bình là $55,82 \pm 19,57$ [66]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Ánh (2022), tuổi trung bình là $60,92 \pm 17,32$ [67]. Theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu Trang (2019), tuổi trung bình là $56,4 \pm 16,88$ [68]. Tuổi cao sức đề kháng càng giảm, người già với nhiều yếu tố thuận lợi như sỏi, phì đại tiền liệt tuyến, đái tháo đường, viêm nhiễm âm hộ cao (phụ nữ mãn kinh lượng Estrogen giảm),... nguy cơ mắc bệnh tăng lên [28].

Theo YHCT, ở độ tuổi 40 chính khí của con người bắt đầu giảm sút, chức năng phủ tạng lần lượt suy giảm, 50 tuổi can khí bắt đầu suy, 60 tuổi tâm khí bắt đầu suy, từ 70 tuổi tỳ khí hư yếu, da khô nhăn nheo, phế khí suy, thận khí suy, kinh mạch khắp người trông rỗng nên bệnh tật hay phát sinh ở giai đoạn này [69], [70]. Như vậy, bước đầu quan sát trong nghiên cứu của chúng tôi về độ tuổi của bệnh viêm bàng quang cấp có sự phù hợp với lý luận của YHCT.

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, về phân bố đối tượng nghiên cứu ở hai nhóm phần lớn là nữ giới, tỷ lệ nữ giới chiếm 68,6% ở cả hai nhóm, nữ giới mắc bệnh cao trên 2 lần so với nam giới, tuy nhiên, số liệu chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

So sánh với các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Ngô Đức Kỳ (2020) tỷ lệ nữ mắc bệnh là 50,8% và nam là 49,2% [66]. Theo tác giả Azizun Nahar và cộng sự (2017), tỷ lệ nữ/nam là 1,9/1 [71].

Có thể lý giải vấn đề này do đặc điểm cấu tạo hệ tiết niệu của nữ giới ngắn hơn nam giới nên vi khuẩn dễ lây nhiễm từ môi trường bên ngoài. Hơn nữa, lỗ tiểu của nữ gần hậu môn hơn, nguy cơ nhiễm khuẩn sau mỗi lần đi đại tiện cũng tăng lên. Tuy nhiên cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn chưa đủ lớn nên chưa phản ánh được tỷ lệ giới tính trong bệnh viêm bàng quang cấp nói chung.

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nhóm lao động trí óc là 28,6%, nhóm lao động chân tay là 22,9% và nhóm hưu trí là 48,6%. Tỷ lệ này ở nhóm đối chứng lần lượt là 31,4%, 22,9% và 45,7% (lao động trí óc/ lao động chân tay/ hưu trí). Dựa trên thực tế, chúng tôi nhận thấy rằng, nhóm đối tượng bệnh nhân lao động trí óc có tỷ lệ cao liên quan tới việc ngồi làm việc lâu, ít vận động làm lượng nước tiểu trong bàng quang không bài tiết thường xuyên tạo môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Theo báo cáo từ năm 2017 đến năm 2020, 70% các bệnh lý trên toàn cầu do lối sống ít vận động, ngồi lâu gây ra, trong đó có bệnh viêm bàng quang cấp [29]. Bên cạnh đó, nhóm đối tượng hưu trí cũng chiếm tỷ lệ cao do nhóm này thuộc độ tuổi người già nên các yếu tố giải phẫu và sinh lý có suy giảm chức năng tạo điều kiện cho bệnh viêm bàng quang cấp. Tuy nhiên số liệu chưa có ý nghĩa thống kê, thực tế do cỡ mẫu còn chưa nhiều, do đó sự liên quan giữa đặc điểm nghề nghiệp và bệnh lý viêm bàng quang cấp chưa được đánh giá đầy đủ.

4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm thói quen ăn uống và thói quen tiểu tiện

Qua kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy, bệnh nhân có thói quen uống ít nước chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm: nhóm nghiên cứu là 57,1% và nhóm đối chứng là 48,6%. Thói quen ăn cay nóng kích thích cũng tương đối cao ở 2 nhóm: nhóm nghiên cứu là 48,6% và nhóm đối chứng là 31,4%. Còn lại về tỷ lệ bệnh nhân có thói quen uống chất có cồn và uống chè, cà phê đặc lần lượt ở nhóm nghiên cứu là 28,6% và 42,9%; ở nhóm đối chứng là 22,9% và 45,7%. Tuy nhiên các số liệu không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Dựa theo kết quả tỷ lệ bệnh nhân có thói quen uống ít nước ở cả hai nhóm đều chiếm cao nhất, điều này hoàn toàn phù hợp vì đây là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra viêm bàng quang cấp. Do đó trong khuyến nghị của Bộ Y tế, để hạn chế phòng viêm bàng quang cấp cần phải uống đủ nước và ở nghiên cứu này, chúng tôi dựa theo nhu cầu khuyến nghị nước theo cân nặng, tuổi và hoạt động thể lực cho người Việt Nam để đánh giá bệnh nhân có thói quen uống ít nước [3], [28]. Đối với thói quen ăn uống các chất cay nóng kích thích, có cồn hoặc uống đồ uống có chứa caffein và chất kích thích bàng quang như chè đặc, cà phê, rượu cũng được nghiên cứu là nguyên nhân gây viêm bàng quang cấp [30].

Kết quả bảng 3.5 cho thấy, đối với thói quen nhịn tiểu sẽ làm cho nước tiểu ứ đọng trong bàng quang tạo môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, giảm khả năng làm sạch tự nhiên của cơ thể, và có thể gây căng giãn bàng quang, dẫn đến trào ngược nước tiểu lên thận. Ngoài ra, việc này còn làm suy yếu hệ miễn dịch tại chỗ, khiến vi khuẩn dễ xâm nhập hơn gây ra viêm nhiễm [34], [35].

Theo YHCT, bệnh nhân bị lâm chứng thể bàng quang thấp nhiệt nguyên nhân do ăn nhiều chất cay, nóng, béo, ngọt hoặc do uống nhiều rượu, rượu hình thành nên thấp nhiệt, đưa xuống bàng quang; hoặc hạ tiêu không sạch nên tà khí uế trọc xâm phạm bàng quang hình thành nên thể thấp nhiệt [20].

4.1.5. Chỉ số cận lâm sàng trước điều trị của bệnh nhân

Bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng trong bệnh lý nhiễm khuẩn tiết niệu, tuy nhiên thường không tăng cao [3], [72]. Kết quả bảng 3.7 cho thấy, trước khi điều trị, chỉ số bạch cầu ở nhóm nghiên cứu là $9,32 \pm 3,17$ G/L và ở nhóm đối chứng là $9,21 \pm 3,23$ G/L; chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính ở nghiên cứu là $72,10 \pm 13,51\%$ và ở nhóm đối chứng là $73,23 \pm 10,22\%$, tuy nhiên số liệu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với tác giả Trương Minh Tuấn, chỉ số bạch cầu trong máu trước điều trị ở nhóm nghiên cứu là $9,81 \pm 3,79$ G/L; chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính trước điều trị ở nhóm nghiên cứu là $70,87 \pm 10,32\%$ [41].

Nước tiểu là kết quả của quá trình lọc và tái hấp thu ở các nephron của thận, trong nước tiểu không có các thành phần hữu hình của máu. Sự xuất hiện của bạch cầu trong nước tiểu là dấu hiệu gián tiếp chứng minh sự viêm nhiễm của đường tiết niệu. Qua kết quả nghiên cứu ở bảng 3.8 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu niệu dương tính ở nhóm nghiên cứu là 54,3%, ở nhóm đối chứng là 48,6% và tổng tỷ lệ ở cả 2 nhóm là 51,4%. Kết quả này tương đồng với các tác giả như Đỗ Thị Tính là 54,7% và tác giả Nguyễn Ngọc Ánh là 67,31% [67], [73]. Theo các tác giả, kết quả bạch cầu niệu trong xét nghiệm nước tiểu thường quy có độ nhạy trung bình. Nếu kết quả bạch cầu niệu âm tính nhưng các triệu chứng lâm sàng rõ thì vẫn có giá trị chẩn đoán bệnh [1], [3].

Về đặc điểm siêu âm tiết niệu trước điều trị, kết quả bảng 3.9 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có thành bàng quang dày ($> 3\text{mm}$) ở hai nhóm đều thấp với tỷ lệ lần lượt ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là 8,6% và 5,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có thành bàng quang bình thường ($< 3\text{mm}$) ở nhóm nghiên cứu là 91,4% và ở nhóm đối chứng là 94,3%. Số liệu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo tác giả Nguyễn Phước Bảo Quân, hình ảnh siêu âm bình thường ở thể nhẹ, ngược lại trong một số trường hợp nặng thì cho thấy sự phù nề dày lan tỏa thành bàng quang, tính chất đồng đều, độ hồi âm giảm. Do vậy, thường biểu hiện lâm sàng cũng hướng tới chẩn đoán, vai trò của phương tiện cận lâm

sàng góp phần trong việc phát hiện yếu tố thuận lợi gây bệnh như bất thường về mặt giải phẫu hay hiện diện của bệnh lý tắc nghẽn (phì đại tiền liệt tuyến ở nam giới) [63].

4.2. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM BÀNG QUANG CẤP CỦA BÀI THUỐC “LỤC NHẤT TÁN”

4.2.1. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng sốt ở các thời điểm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.10 cho thấy:

Tại thời điểm nhập viện, phân bố bệnh nhân ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu là 37,1% và ở nhóm đối chứng là 25,7%. Số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 3 ngày điều trị, không có sự khác biệt về sự cải thiện triệu chứng sốt ở cả 2 nhóm với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân còn sốt của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều là 17,1%. Tuy nhiên, so sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng tại thời điểm D0 và D3 ($p < 0,05$).

Sau 5 ngày điều trị, ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều không còn bệnh nhân sốt. Triệu chứng sốt của cả 2 nhóm có sự cải thiện tương đương nhau, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng tại thời điểm D0 và D5, D7 ($p < 0,001$).

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

Huang Yan cùng cộng sự (2013) nghiên cứu “Phân tích lâm sàng 60 trường hợp viêm bàng quang cấp tính được điều trị bằng Ngân hoa tiết viêm linh”. Kết quả sau 03 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân thuyên giảm triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu là 93,3% [54].

Wu Chun Yan cùng cộng sự (2009) nghiên cứu “Quan sát lâm sàng về điều trị viêm bàng quang cấp tính bằng viên nén Hoàng đằng”. Kết quả: Sau 5 ngày điều trị, tỷ lệ cải thiện triệu chứng sốt của nhóm nghiên cứu là 88,89 [55].

Trong YHHĐ, về mặt điều trị nội khoa viêm bàng quang cấp, chủ yếu dùng kháng sinh để giải quyết tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính tại bàng quang, là nguyên nhân gây ra triệu chứng sốt ở bệnh nhân viêm bàng quang cấp [3], [9], [72]. Trong bài thuốc Lục nhất tán, Cam thảo theo nghiên cứu tác dụng dược lý, có chứa hoạt chất giúp hạ nhiệt, chữa cảm sốt cao [74], [75]. Vì vậy, bài thuốc Lục nhất tán có tác dụng hỗ trợ cải thiện triệu chứng sốt trên bệnh nhân viêm bàng quang cấp ở nhóm nghiên cứu, tuy nhiên cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định tác dụng này.

Theo YHCT, chứng trạng phát sốt trong lâm chứng thể thấp nhiệt bàng quang do thấp nhiệt gây ra. Nguyên nhân do ăn nhiều đồ cay nóng, béo ngọt nên gây thấp nhiệt rớt xuống bàng quang hoặc hạ tiêu không vệ sinh nên tà khí uế trọc xâm phạm bàng quang tạo thấp nhiệt gây ra sốt [20]. Trong bài thuốc Lục nhất tán, Hoạt thạch vị ngọt tính hàn giúp thanh nhiệt, quy vào kinh vị và bàng quang; Cam thảo vị cam bình, quy vào 12 kinh giúp ích khí hòa trung, tả hỏa nên bài thuốc có tác dụng hạ sốt [21], [76].

4.2.2. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng tiểu tiện ngắn gấp ở các thời điểm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.11 cho thấy:

Tại thời điểm nhập viện, phân bố bệnh nhân ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng tiểu tiện ngắn gấp ở nhóm nghiên cứu là 54,3% và ở nhóm đối chứng là 51,4%. Số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 3 ngày điều trị, không có sự khác biệt về sự cải thiện triệu chứng tiểu tiện ngắn gấp ở cả 2 nhóm với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân tiểu tiện ngắn gấp của nhóm nghiên cứu giảm còn 25,7% và ở nhóm đối chứng là 45,7%.

Sau 5 ngày điều trị, triệu chứng tiểu tiện ngắn gáp của nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng tiểu tiện ngắn gáp ở nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 5,7%, trong khi đó ở nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân còn tiểu ngắn gáp là 28,6%.

So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị tại các thời điểm, triệu chứng tiểu tiện ngắn gáp ở nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng từ thời điểm D3 ($p < 0,05$) và cải thiện rõ rệt qua từng thời điểm D5, D7; trong khi nhóm đối chứng đến thời điểm D0 và D5 mới có sự cải thiện ($p < 0,05$) và cải thiện rõ ở thời điểm D0 và D7 ($p < 0,001$).

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

Trong nghiên cứu của tác giả Wang Wei, Chen Jing (2023), sau liệu trình điều trị 10 ngày, tỷ lệ bệnh nhân hết triệu chứng tiểu ngắn gáp ở nhóm nghiên cứu là 88,2% (40/46) [56].

Nghiên cứu của Wang Yan (2020) cho kết quả thời gian cải thiện triệu chứng tiểu gáp ở nhóm nghiên cứu là (0.79 ± 0.34) ngày [57].

4.2.3. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng đái buốt ở các thời điểm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.12 cho thấy:

Tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đái buốt ở nhóm nghiên cứu là 65,7% và ở nhóm đối chứng là 62,9%. Số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 3 ngày điều trị, có sự khác biệt về sự cải thiện triệu chứng đái buốt ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$), tỷ lệ bệnh nhân còn triệu chứng đái buốt ở nhóm nghiên cứu giảm còn 28,6% trong khi đó ở nhóm đối chứng là 57,1%.

Sau 5 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn triệu chứng đái buốt tiếp tục giảm ở cả 2 nhóm bệnh nhân, ở nhóm nghiên cứu là 8,3% và ở nhóm đối chứng là 31,4%. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đái buốt ở nhóm nghiên cứu chỉ còn 2,9%, còn ở nhóm đối chứng có tỷ lệ là 25,7. Số liệu cho thấy nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn sau điều trị với $p < 0,05$.

Đánh giá so sánh cùng nhóm trước - sau điều trị tại các thời điểm, triệu chứng đái buốt trên lâm sàng của nhóm nghiên cứu cải thiện rõ rệt qua từng thời điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm đối chứng ở thời điểm D0 và D3 có sự cải thiện triệu chứng đái buốt nhưng lại chưa tốt bằng nhóm nghiên cứu với $p < 0,05$.

Nghiên cứu cho kết quả tương tự với 1 số nghiên cứu khác trên thế giới:

Qiao Hui, He Qiufen (2016) nghiên cứu 35 trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu dưới thể bàng quang thấp nhiệt. Sau liệu trình 2 tuần điều trị, tỷ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng đái buốt của nhóm nghiên cứu là 94,28% [58].

4.2.4. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng đái rất ở các thời điểm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.13 cho thấy:

Tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đái rất ở nhóm nghiên cứu là 88,6% và ở nhóm đối chứng là 97,1%. Số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 3 ngày điều trị, có sự khác biệt về sự cải thiện triệu chứng đái rất ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$), tỷ lệ bệnh nhân còn triệu chứng đái rất ở nhóm nghiên cứu giảm còn 51,4% trong khi đó ở nhóm đối chứng là 82,9%.

Sau 5 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn triệu chứng đái rất tiếp tục giảm ở cả 2 nhóm bệnh nhân, ở nhóm nghiên cứu là 17,1% và ở nhóm đối chứng là 48,6%. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đái rắt ở nhóm nghiên cứu chỉ còn 8,6%, còn ở nhóm đối chứng có tỷ lệ là 34,3%. Số liệu cho thấy nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn sau điều trị với $p < 0.05$.

Đánh giá so sánh cùng nhóm trước-sau điều trị tại các thời điểm, triệu chứng đái rắt trên lâm sàng của nhóm nghiên cứu cải thiện rõ rệt qua từng thời điểm ($p < 0,001$), trong khi nhóm đối chứng ở thời điểm D0 và D3 có sự cải thiện triệu chứng đái rắt nhưng lại chưa tốt bằng nhóm nghiên cứu với $p < 0,05$.

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

Trong nghiên cứu của tác giả Wang Wei, Chen Jing (2023), sau liệu trình điều trị 10 ngày, tỷ lệ bệnh nhân hết triệu chứng đái rắt ở nhóm nghiên cứu là 76.5% (35/46) [56].

Li Gang (2019) nghiên cứu 35 trường hợp điều trị kết hợp Levofloxacin và viên nén đông y Tam kim. Kết quả sau hai tuần điều trị cho thấy, sự cải thiện triệu chứng đái rắt ở nhóm nghiên cứu là 94,29% [59].

4.2.5. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng đái máu ở các thời điểm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.14 cho thấy:

Tại thời điểm D0, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đái máu ở nhóm nghiên cứu là 14,3% và ở nhóm đối chứng là 25,7%. Số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 3 ngày điều trị, không có sự khác biệt về sự cải thiện triệu chứng đái máu ở cả 2 nhóm với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân còn đái máu của nhóm nghiên cứu là 8,6% và ở nhóm đối chứng là 17,1%. So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị ở thời điểm D0 với D3, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 5 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn triệu chứng đái máu tiếp tục giảm ở cả 2 nhóm bệnh nhân, ở nhóm nghiên cứu còn 2,9% và ở nhóm đối

chúng là 11,4%. Triệu chứng đái máu của cả 2 nhóm ở thời điểm D5 đều có sự cải thiện tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị ở thời điểm D0 với D5, sự cải thiện triệu chứng đái máu trên lâm sàng của 2 nhóm nghiên cứu có cải thiện ($p < 0,05$).

Sau 7 ngày điều trị, cả hai nhóm không còn bệnh nhân có triệu chứng đái máu, số liệu không có ý nghĩa thống kê. So sánh trước – sau điều trị ở thời điểm D0 và D7, sự cải thiện triệu chứng đái máu trên lâm sàng của 2 nhóm đều tương đương nhau.

Các đặc điểm rối loạn tiểu tiện như: tiểu tiện ngắn gấp, đái buốt, đái rắt, đái máu là các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân viêm bàng quang cấp [77]. Nguyên nhân thường do bàng quang bị kích thích bởi yếu tố viêm tại bàng quang [8], [72]. Trong bài thuốc “Lục nhất tán”, Cam thảo có chứa hoạt chất axit glycyrrhizinic có tác dụng chống viêm và điều hòa miễn dịch do đó làm giảm các triệu chứng rối loạn tiểu tiện ở bàng quang [78], [79].

Trong các y văn cổ của YHCT không có bệnh danh viêm bàng quang cấp nhưng những biểu hiện triệu chứng tương đồng với chứng lâm của YHCT: tiểu nhiều lần, số lượng tiểu ít và đi tiểu són, đau dọc theo niệu đạo [37]. Chứng lâm được danh y Tuệ Tĩnh miêu tả trong quyển *Tuệ Tĩnh toàn tập* như sau: “Lâm chứng là chứng đi đái rất khó khăn, đau buốt” [39]. Theo “Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị chứng bệnh Trung y” năm 2020 mô tả nguyên nhân bệnh sinh của nhiễm trùng tiết niệu cấp tính là do bàng quang thấp nhiệt và quá trình khí hóa bàng quang không lợi, gồm các triệu chứng chính tiểu nhiều, tiểu buốt và tiểu khó [19].

Trong bài thuốc Lục nhất tán, Hoạt thạch vị hơi ngọt tính hàn, vị ngọt giúp thấm thấp lợi niệu, tính hàn giúp thanh nhiệt làm quân dược; Cam thảo ngọt bình giúp kiện tỳ, ích khí hòa trung tả hỏa, phối hợp với Hoạt thạch giúp tăng cường lợi thủy mà không thương âm đồng thời hạn chế ảnh hưởng tới chức năng tỳ vị do tính hàn của Hoạt thạch [21]. Ở cả hai nhóm trong nghiên cứu

đều dùng phương pháp điều trị là kháng sinh, điều trị nhiễm khuẩn. Sự chênh lệch về tác dụng giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị khi tác động thêm bằng bài thuốc Lục nhất tán trên nhóm nghiên cứu.

4.2.6. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng đau hạ vị ở các thời điểm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.15 cho thấy:

Tại thời điểm D0, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau hạ vị ở nhóm nghiên cứu là 68,6% và ở nhóm đối chứng là 54,3%. Số liệu chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 3 ngày điều trị, không có sự khác biệt về sự cải thiện triệu chứng đau hạ vị ở cả 2 nhóm với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân còn đau hạ vị của nhóm nghiên cứu là 45,7% và cũng là tỷ lệ ở nhóm đối chứng. So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị ở thời điểm D0 với D3, triệu chứng đau hạ vị trên lâm sàng của nhóm nghiên cứu có cải thiện tốt hơn, số liệu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 5 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn triệu chứng đau hạ vị tiếp tục giảm ở cả 2 nhóm bệnh nhân, ở nhóm nghiên cứu còn 14,3% và ở nhóm đối chứng là 20,0%. Triệu chứng đau hạ vị của cả 2 nhóm ở thời điểm D5 đều có sự cải thiện tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị ở thời điểm D0 với D5, sự cải thiện triệu chứng đau hạ vị trên lâm sàng của 2 nhóm nghiên cứu có cải thiện rõ rệt ($p < 0,001$).

Sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn đau hạ vị ở 2 nhóm đều là 11,4%, số liệu không có ý nghĩa thống kê. So sánh trước – sau điều trị ở thời điểm D0 và D7, sự cải thiện triệu chứng đau hạ vị trên lâm sàng của 2 nhóm đều tương đương nhau.

Để lý giải cho kết quả không có sự khác biệt về cải thiện triệu chứng đau hạ vị các thời điểm giữa 2 nhóm ($p > 0,05$), căn cứ theo “Nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng thuốc Trung dược”, các triệu chứng chính của viêm bàng quang cấp gồm: tiểu rắt, tiểu ngắn gáp và tiểu buốt; triệu chứng phụ gồm có

đau hạ vị [77]. Chúng tôi cho rằng có thể do số lượng đối tượng nghiên cứu còn ít, khác biệt chưa đủ lớn, cũng có thể do đây là những triệu chứng khá mơ hồ, bản thân BN cảm nhận chưa thực sự rõ ràng. Do đó, khi mô tả triệu chứng chưa được chính xác. Ngoài ra, triệu chứng này còn có thể gặp trong nhiều bệnh lí khác, không điển hình cho chứng bàng quang thấp nhiệt. Trong khi bài thuốc “Lục nhất tán” lại có tác dụng chính đối với yếu tố thấp nhiệt. Đây cũng có thể là một phần lí do giải thích cho việc triệu chứng này ở hai nhóm cải thiện tương đương nhau tuy rằng so sánh trước sau điều trị ở nhóm nghiên cứu ở thời điểm D0 và D3 có phần tốt hơn. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định tác dụng này.

4.2.7. Đánh giá sự cải thiện về một số chỉ số cận lâm sàng sau điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số xét nghiệm huyết học có sự cải thiện tốt ở cả 2 nhóm sau điều trị (chỉ số bạch cầu trong máu ở nhóm nghiên cứu giảm từ $9,32 \pm 3,17$ G/L xuống $7,33 \pm 1,27$ G/L, nhóm đối chứng giảm từ $9,21 \pm 3,23$ G/L xuống $7,49 \pm 1,09$ G/L; chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính trong máu giảm từ $72,10 \pm 13,51\%$ xuống $58,42 \pm 15,22\%$, nhóm đối chứng giảm từ $73,23 \pm 10,22\%$ xuống $60,13 \pm 13,54\%$). Tương tự ở các chỉ số xét nghiệm nước tiểu có sự cải thiện tốt ở cả 2 nhóm sau điều trị (như tỷ lệ bệnh nhân nhóm nghiên cứu có bạch cầu niệu dương tính giảm từ 45,7% xuống còn 5,7%, nhóm đối chứng từ 51,4% giảm xuống còn 22,9%; tỷ lệ bệnh nhân có hồng cầu niệu dương tính nhóm nghiên cứu từ 14,3% giảm xuống còn 0%, nhóm đối chứng từ 25,7% giảm xuống còn 8,6%). Sự thay đổi trên siêu âm sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Điều này cho thấy, việc điều trị ở cả 2 nhóm đều thu được kết quả tốt, các thuốc điều trị đều thể hiện tác dụng kháng khuẩn, chống viêm. Tuy nhiên, khi so sánh các chỉ số này giữa 2 nhóm tại thời điểm sau điều trị, ở chỉ số bạch cầu niệu, nhóm nghiên cứu cho thấy sự cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng, sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Còn tỷ lệ bệnh nhân có hồng cầu niệu và dày thành bàng quang sau điều trị ở nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm đối chứng, nhưng khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$), có thể do mẫu nghiên cứu còn quá ít. Từ kết quả này, có thể nói rằng mức độ viêm ở nhóm nghiên cứu giảm tốt hơn so với nhóm đối chứng. Theo y học cổ truyền, bệnh viêm bàng quang cấp thường được quy vào chứng thấp nhiệt. Bài thuốc “Lục nhất tán” có tác dụng chủ yếu là thanh thấp nhiệt, lợi niệu nên có tác dụng chống viêm, đồng thời giúp đào thải vi khuẩn ra theo nước tiểu tốt hơn, qua đó chỉ số bạch cầu niệu có sự cải thiện đáng kể.

4.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung sau điều trị

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tham khảo “Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị chứng bệnh Trung y”, từ đó đưa ra 3 mức độ điều trị hiệu quả tốt, hiệu quả trung bình và không hiệu quả để đánh giá lâm sàng dùng trong nghiên cứu [19].

Sau điều trị, kết quả bảng 3.19 cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng tốt ở nhóm nghiên cứu là 71,4% cao hơn ở nhóm đối chứng là 40,0%; tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng trung bình ở nhóm nghiên cứu là 22,9% còn ở nhóm đối chứng là 37,1%; tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng không hiệu quả ở nhóm nghiên cứu là 5,7% trong khi ở nhóm đối chứng là 22,9%. Tổng hiệu quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu là 94,3% trong khi ở nhóm đối chứng là 77,1%. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điều này cho thấy rằng việc sử dụng bài thuốc Lục nhất tán kết hợp kháng sinh có tác dụng tốt hơn với phương pháp điều trị kháng sinh đơn thuần trong điều trị viêm bàng quang cấp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Song Wanxiong (2014) nghiên cứu tác dụng của thuốc cốm Kim tiền thảo điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu dưới thể bàng quang thấp nhiệt. Sau liệu trình điều trị 7 ngày, nhóm nghiên cứu cho tỉ lệ có hiệu quả trên lâm sàng 95,55% [60].

4.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Trong quá trình can thiệp nghiên cứu, ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, không ghi nhận trường hợp nào bị tác dụng phụ không mong muốn trên lâm sàng như dị ứng, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa, đau đầu, chóng mặt,... Qua đó cho thấy tính an toàn của bài thuốc Lục nhất tán khi sử dụng điều trị bệnh nhân viêm bàng quang cấp, tuy nhiên thời gian nghiên cứu còn ngắn nên chưa khẳng định tính an toàn tuyệt đối của bài thuốc sử dụng trên lâm sàng.

Các dược liệu có trong bài thuốc Lục nhất tán qua các nghiên cứu dược lý đã chỉ ra tính an toàn khi sử dụng. Cam thảo trong YHCT có tác dụng bổ tỳ, ích khí, điều hòa vị thuốc. Trong nghiên cứu dược lý được báo cáo, cam thảo có hoạt chất axit glycyrrhizinic hoạt động chống viêm tương tự như một hormone steroid (hydrocortisone) bằng cách ức chế hoạt động của enzyme phospholipase A2, rất quan trọng đối với nhiều quá trình viêm khác nhau. Bên cạnh đó, chiết xuất ethyl axetat, methanolic, clorofom và axetat có trong cam thảo có khả năng ức chế sự phát triển của *E. coli* – một trong nguyên nhân gây 90% bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu nói chung và viêm bàng quang cấp nói riêng [80], [81]. Tuy nhiên cần lưu ý, một báo cáo case lâm sàng nếu sử dụng liều lượng cam thảo lớn và trong thời gian dài có thể gây ra tình trạng aldosterone giả: gây hạ kali, tăng huyết áp và gây phù cho người sử dụng [82]. Trong nghiên cứu, bài thuốc của chúng tôi sử dụng liều lượng cam thảo trong phạm vi đã được nghiên cứu trong Dược điển Việt Nam V (04-12g), đạt chỉ tiêu chất lượng theo tiêu chuẩn cơ sở số 01TC-07/24 của Viện nghiên cứu Y dược cổ truyền Tuệ Tĩnh [76].

Trong những năm gần đây, một số nghiên cứu tìm hiểu về độ an toàn của Hoạt thạch do có nguy cơ gây ung thư dạ dày. Tuy nhiên, nghiên cứu đã chỉ ra rằng, thực tế Hoạt thạch chứa amiăng mới có khả năng ảnh hưởng tới sức khỏe con người [83]. Hoạt thạch sử dụng trong bài thuốc Lục nhất tán của chúng tôi đạt chỉ tiêu chất lượng theo tiêu chuẩn cơ sở số 01TC-07/24 của Viện nghiên

cứu Y Dược cổ truyền Tuệ Tĩnh, không chứa các tạp chất khác, tuy nhiên trên lâm sàng vẫn cần theo dõi các tác dụng phụ không mong muốn có thể gặp phải, nhất là đối với những trường hợp nghiên cứu có thời gian can thiệp kéo dài.

KẾT LUẬN

1. Tác dụng của bài thuốc Lục nhất tán trong điều trị viêm bàng quang cấp

Bài thuốc Lục nhất tán kết hợp kháng sinh theo phác đồ của Bộ Y tế có hiệu quả trong điều trị viêm bàng quang cấp thể bàng quang thấp nhiệt, cụ thể trên các chỉ số:

- Rút ngắn thời gian cải thiện triệu chứng sốt nhanh hơn so với nhóm đối chứng dùng kháng sinh đơn thuần. So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng tại thời điểm D0 và D3 ($p < 0,05$).

- Cải thiện các rối loạn chức năng tiểu tiện tốt hơn so với nhóm đối chứng dùng kháng sinh đơn thuần. So sánh cùng nhóm trước – sau điều trị, sự cải thiện các triệu chứng tiểu tiện ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện qua các thời điểm D3, D5 và D7 trong khi ở nhóm đối chứng, sự cải thiện chỉ so sánh được ở thời điểm D5 và D7. Nhóm nghiên cứu cải thiện triệu chứng tiểu tiện ngắn gáp ở thời điểm D5, cải thiện triệu chứng đái buốt và đái rắt ở từng thời điểm D3, D5 và D7 đều tốt hơn so với nhóm đối chứng với $p < 0,05$.

- Cải thiện chỉ số bạch cầu niệu sau điều trị tốt hơn so với nhóm đối chứng dùng kháng sinh đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân nhóm nghiên cứu có bạch cầu niệu dương tính giảm từ 45,7% xuống còn 5,7%, nhóm đối chứng từ 51,4% giảm xuống còn 22,9% ($p < 0,05$).

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp.

Bài thuốc Lục nhất tán kết hợp với kháng sinh theo phác đồ của Bộ Y tế trong điều trị viêm bàng quang cấp không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng trong thời gian nghiên cứu.

KHUYẾN NGHỊ

Từ các kết quả thu được ở nghiên cứu cho thấy, bài thuốc “Lục nhất tán” kết hợp kháng sinh theo phác đồ của Bộ Y tế có tác dụng tốt trong điều trị viêm bàng quang cấp, đồng thời an toàn không gây tác dụng phụ, dễ áp dụng được ở cả tuyến y tế cơ sở trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng nói chung và người bệnh viêm bàng quang cấp nói riêng. Khuyến nghị ứng dụng phương pháp này trong điều trị viêm bàng quang cấp với thể bàng quang thấp nhiệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Các bộ môn Nội - trường Đại học Y Hà Nội** (2022). *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tập 1, trang 506-507.
2. **Ngô Quý Châu** (2020). *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tập 1, trang 435-439, 494.
3. **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu” theo quyết định 3931/QĐ-BYT của Bộ Y tế**. Nhà xuất bản Y học năm 2016: trang 63-67.
4. **Foxman B.** (2014). Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. *Infect Dis Clin North Am.* 28: 1–13.
5. **Anger J, Lee U, Ackerman AL, et al.** (2019). Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. *J Urol*, 202(2): 282-289.
6. **Kuzmenko AV, Kuzmenko VV, Gyaurgiev TA** (2020). Current trends in the treatment of chronic recurrent bacterial cystitis, *Urologiia*, (6): 52-57.
7. **European Association of Urology** (2023). *EAU Guidelines on Urological Infections*, pages 13.
8. **Wagenlehner F, Wullt B, et al.** (2018). Social and economic burden of recurrent urinary tract infections and quality of life: a patient web-based study (GESPRIT), *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.*, 18(1): 107-117.
9. **Bader, M. S., Loeb, M., Leto, D., & Brooks, A. A.** (2020). Treatment of urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance and new antimicrobial agents. *Postgraduate medicine*, 132(3): 234–250.
10. **Al-Badr A, Al-Shaikh G** (2013). Recurrent urinary tract infections management in women: a review. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 13: 359–367.
11. **Thänert R, Reske KA, Hink T, et al.** (2019). Comparative Genomics of Antibiotic-Resistant Uropathogens Implicates Three Routes for Recurrence of

Urinary Tract Infections, *mBio*, 10(4):19.

12. **Dickstein Y., Geffen Y., Andreassen S., et al.** (2016). Predicting Antibiotic Resistance in Urinary Tract Infection Patients with Prior Urine Cultures, *Antimicrob Agents Chemother*, 60(8): 4717- 4721.

13. **Chu CM, Lowder JL.** (2018). Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups, *Am J Obstet Gynecol*, 219(1): 40-51

14. **Bader MS, Loeb M, Brooks AA.** (2017). An update on the management of urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance, *Postgrad Med*, 129(2): 242-258.

15. **Trần Quốc Huy** (2023). Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu và kháng kháng sinh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2021, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 523 số 1, trang 256-261.

16. **Sarshar S., Sendker J., Qin X., et al.** (2018). Antiadhesive hydroalcoholic extract from *Apium graveolens* fruits prevents bladder and kidney infection against uropathogenic *E. coli*. *Fitoterapia*. 127: 237–244.

17. **Shaheen G., Akram M., Jabeen F., Ali Shah S.M., Munir N., Daniyal M., Riaz M., Tahir I.M., Ghauri A.O., Sultana S., et al.** (2019). Therapeutic potential of medicinal plants for the management of urinary tract infection: A systematic review, *Clin Exp Pharmacol Physiol*, 46: 613–624.

18. **Khameneh B., Iranshahy M., Soheili V., Fazly Bazzaz B.S.** (2019). Review on plant antimicrobials: A mechanistic viewpoint, *Antimicrob. Resist. Infect. Control*. 2019;8:118.

19. **中医病证诊断疗效标准** (2020)。中国中医药出版社：42-43

Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị chứng bệnh Trung y. Nhà xuất bản Trung Y Dược Trung Quốc, 2020: trang 42-43.

20. **Trần Quốc Bảo** (2020). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng (Dùng cho Sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học, trang 483-484, 493-

494.

21. **段福津** (1995). 方剂学. 上海科学技术出版社, 92.

Duan Fu Jin (1995). *Phuong tễ học*. Nhà xuất bản Khoa học và Công nghệ Thượng Hải, trang 92.

22. **彭怀仁** (1993). *中医方剂大辞典 第2册*, 人民卫生出版社, 1038.

Peng Huai Ren (1993). *Trung y phuong tễ đại từ điển tập 2*, Nhà xuất bản vệ sinh Nhân dân, trang 1038.

23. **Trần Văn Hinh, Hoàng Mạnh An** (2008). *Nhiễm khuẩn tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, trang 12-13, trang 17.

24. **Phạm Thị Minh Đức** (2023). *Sinh lý học Tập 2*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, trang 32.

25. **Trịnh Văn Minh** (2013). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tập 2, trang 573.

26. **Hoàng Văn Cúc** (2020). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, trang 291, trang 294-295.

27. **Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam** (2021). *Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu*, Nhà xuất bản Đại học Huế, trang 26-27.

28. **Rowe, TA, & Juthani-Mehta, M.** (2013). "Urinary tract infection in older adults", *Aging health*, 9 (5), 519–528.

29. **王金山** (2017). 小心“聊”出急性膀胱炎[J]. *家庭科技*, 2017(12):23-24.

Wang Jin Shan (2017). Hãy cẩn thận bạn "chat" mà bị bệnh viêm bàng quang cấp tính [J], *Tạp chí công nghệ gia đình*, 2017(12):23-24.

30. **Cameron, A. P., Helmuth, M. E., Smith, et al.** (2023). Total fluid intake, caffeine, and other bladder irritant avoidance among adults having urinary urgency with and without urgency incontinence: The Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction Research Network (LURN). *Neurourology and urodynamics*, 42(1), 213–220.

31. **Lotan, Y., Daudon, M., Bruyère, F., Talaska, G., Strippoli, G., Johnson, R. J., & Tack, I.** (2013). Impact of fluid intake in the prevention of urinary system diseases: a brief review. *Current opinion in nephrology and hypertension, 22 Suppl 1*, S1–S10.
32. **Vyas, S., Sharma, P., Srivastava, K., Nautiyal, V., & Shrotriya, V. P.** (2015). Role of behavioural risk factors in symptoms related to UTI among nursing students. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 9(9)*, LC15.
33. **Tian, Y., Cai, X., Wazir, R., Wang, K., & Li, H.** (2016). Water consumption and urinary tract infections: an in vitro study. *International urology and nephrology, 48(6)*, 949–954. <https://doi.org/10.1007/s11255-016-1262-7>
34. **Zhang, R. Q., Xia, M. C., Cui, F., Chen, J. W., Bian, X. D., Xie, H. J., & Shuang, W. B.** (2021). Epidemiological survey of adult female stress urinary incontinence. *BMC women's health, 21*, 1-10.
35. **Jagtap, S., Harikumar, S., Vinayagamoorthy, V., et al.** (2022). Comprehensive assessment of holding urine as a behavioral risk factor for UTI in women and reasons for delayed voiding. *In BMC Infectious Diseases, 22(1)*, 521.
36. **Viện Dinh dưỡng – Bộ Y tế** (2016). *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, trang 140-141
37. **田德祿** (2002). *中医内科学*, 人民卫生出版社, 309-314.
- Tian De Lu** (2002). *Nội khoa Trung y học*, Nhà xuất bản vệ sinh Nhân dân, trang 309-314.
38. **Nguyễn Tử Siêu** (2009). *Lục nguyên chính ky đại luận thiên - Hoàng đế nội kinh tổ vấn*, Nhà xuất bản Lao Động, trang 473.

39. **Nguyễn Bá Tĩnh** (2007). *Tuệ Tĩnh toàn tập*, Nhà xuất bản y học, trang 194-197.

40. **Lê Hữu Trác** (2022). *Hải Thượng Lãn Ông Y tông tâm lĩnh quyển 2*, Nhà xuất bản Y học, trang 756-758.

41. **国家药典委员会** (2020). *中华人民共和国药典版为第十一版一部*, 中国医药科技出版社, 738.

Ủy ban Dược điển Quốc gia Trung Quốc (2020). *Dược điển Cộng hòa nhân dân Trung Hoa ấn bản thứ 11 tập 1*, Nhà xuất bản Khoa học và Công nghệ Y học Trung Quốc, trang 88, 364-365, 738.

42. **刘军** (2015). 八正散加六一散治疗1000例泌尿系结石疗效观察[J]. *中国医学工程*, 23(11): 106-107.

Liu Jun (2015). Quan sát về hiệu quả của Bát chính tán kết hợp Lục nhất tán trong điều trị 1000 trường hợp sỏi đường tiết niệu [J], *Kỹ thuật Y học Trung Quốc*, 23(11): 106-107.

43. **于建文** (2004). 六一散加味治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. *山西中医*, 20(6):23.

Yu Jianwen (2004). Quan sát lâm sàng về điều trị viêm tuyến tiền liệt mãn tính bằng Lục nhất tán [J]. *Tạp chí y học cổ truyền Trung Quốc tỉnh Sơn Tây*, 20(6): 23.

44. **李英,高莉,李红** (2009). 加味六一散预防肛肠术后尿潴留的临床观察 [J]. *四川生殖卫生学院学报*, (4): 24-25.

Li Ying, Gao Li, Li Hong (2009). Quan sát lâm sàng về tác dụng của Lục nhất tán gia vị trong việc ngăn ngừa bí tiểu sau phẫu thuật hậu môn trực tràng [J]. *Tạp chí của Học viện sức khỏe sinh sản tỉnh Tứ Xuyên*, 2009(4): 24-25.

45. **汪永菲,朱旭 (2020).** 六一散联合气垫对危重症患者压疮的预防效果观察[J]. *浙江临床医学*, 22(7): 982-983.

Wang Yong Fei, Zhu Xu (2020). Quan sát về tác dụng phòng ngừa của Lục nhất tán kết hợp với đệm hơi đối với vết loét do tỳ đè ở những bệnh nhân nguy kịch [J]. *Y học lâm sàng Chiết Giang*, 22(7): 982-983.

46. **姜攀, 刘相朝, 刘琨 (2013).** 银翘散联合五味消毒饮治疗手足口病疗效观察[J]. *吉林中医药*, 33(1): 51-52.

Jiang Pan, Liu Xiang Chao, Liu Kun (2013). Quan sát về hiệu quả của Ngân kiều tán kết hợp với Ngũ vị tiêu độc ẩm trong điều trị bệnh tay chân miệng [J], *Y học cổ truyền Trung Quốc tỉnh Cát Lâm*, 33(1): 51-52.

47. **Nguyễn Vinh Quốc, Nguyễn Thị Ngọc Quyên (2022),** Báo cáo ca bệnh gút mạn tính có tăng axit uric máu điều trị bằng bài thuốc cổ phương “Lục nhất tán”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 517(2), trang 121-124.

48. **Kheirabadi, Z., Mehrabani, M., et al. (2019).** Green tea as an adjunctive therapy for treatment of acute uncomplicated cystitis in women: A randomized clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 34, 13–16.

49. **I.T. Baloyi, S. Cosa, et al. (2019).** Anti-quorum sensing and antimicrobial activities of South African medicinal plants against uropathogens, *South African Journal of Botany*, Volume 122, Pages 484-491.

50. **Ian Cock, Nothando Mavuso, Sandy Van Vuuren (2021).** "A Review of Plant-Based Therapies for the Treatment of Urinary Tract Infections in Traditional Southern African Medicine", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2021, 20 pages

51. **Sugihara, T., Kamei, J., Yasunaga, H., et al. (2022).** Prescription of Choreito, a Japanese Kampo Medicine, with Antimicrobials for Treatment of

Acute Cystitis: A Retrospective Cohort Study. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*, 11(12), 1840.

52. **Liu, Sw., Guo, J., Wu, Wk. et al.** (2019). Treatment of Uncomplicated Recurrent Urinary Tract Infection with Chinese Medicine Formula: A Randomized Controlled Trial. *Chin. J. Integr. Med.* 25, 16–22

53. **Ning Zhang, Liuyu Huang, Shiwei Liu, et al.** (2013). Traditional Chinese Medicine: An Alternative Treatment Option for Refractory Recurrent Urinary Tract Infections, *Clinical Infectious Diseases*, 56 (9), Page 1355.

54. **黄燕,崔俊,陆建勋,等** (2013). 银花泌炎灵治疗急性膀胱炎60例临床分析[J]. *中国医药科学*, 3(4): 85,122.

Huang Yan, Cui Jun, Lu Jian và cộng sự (2013). Phân tích lâm sàng 60 trường hợp viêm bàng quang cấp tính được điều trị bằng Ngân hoa tiết viêm linh [J]. *Khoa học y học Trung Quốc*, 3(4): 85,122.

55. **吴春艳,张艳,史伟,等**(2009). 黄藤素片治疗急性膀胱炎的临床观察[J]. *中国医药导报*,6(4): 37.

Wu Chun Yan, Zhang Yan, Shi Wei và cộng sự (2009). Quan sát lâm sàng về điều trị viêm bàng quang cấp tính bằng viên nén Hoàng đằng [J] *Báo Y tế Trung Quốc*, 6(4): 37.

56. **王维,陈静** (2023). 三金利淋汤辅助治疗下尿路感染效果观察[J]. *中国乡村医药*, 30(7):18-19.

Wang Wei, Chen Jing (2023). Nghiên cứu về tác dụng của Tam kim lý lâm thang trong điều trị hỗ trợ nhiễm trùng đường tiết niệu dưới [J]. *Y học nông thôn Trung Quốc*, 30(7):18-19.

57. **王艳** (2020). 银花泌炎灵治疗急性膀胱炎的临床价值分析[J]. *中国现代药物应用*, 14(6):183-185.

Wang Yan (2020). Phân tích giá trị lâm sàng của Ngân hoa tiết viêm linh trong điều trị viêm bàng quang cấp tính [J]. *Ứng dụng thuốc hiện đại của Trung Quốc*, 14(6): 183-185.

58. **乔慧,和秋芬** (2016). 清淋利湿汤治疗下尿路感染35例[J]. *光明中*, 31(12): 1763-1764.

Qiao Hui, He Qiufen (2016). Điều trị 35 ca nhiễm trùng đường tiết niệu dưới bàng Thanh lâm lợi thấp thang [J]. *Tạp chí Quang Minh Trung*, 31(12): 1763-1764.

59. **李刚,柳倩** (2019). 左氧氟沙星片联合三金片治疗急性膀胱炎的临床研究[J]. *中西医结合心血管病电子杂志*, 7(33): 40.

Li Gang, Liu Qian (2019). Nghiên cứu lâm sàng về Levofloxacin kết hợp với viên nén Tam kim trong điều trị viêm bàng quang cấp tính [J]. *Tạp chí điện tử về bệnh tim mạch của Y học cổ truyền Trung Quốc và phương Tây*, 7(33): 40.

60. **宋万雄** (2014). 金钱草颗粒治疗急性下尿路感染的临床疗效[J]. *中国卫生产业*, (29): 13-14.

Song Wanxiong (2014). Hiệu quả lâm sàng của thuốc cốm Kim tiền thảo trong điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu dưới cấp tính [J]. *Ngành Y tế Trung Quốc*, (29): 13-14.

61. **Trương Minh Tuấn** (2022). Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc “Bát chính tán gia giảm” trong phối hợp điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu, *Tạp chí Y học quân sự*, (359), 56-60.

62. **Phạm Vũ Khánh, Phạm Quốc Bình, Nguyễn Tiến Chung** (2023). Công năng, chủ trị của một số bài thuốc nam thường dùng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 533(1B), 236-240.
63. **Nguyễn Phước Bảo Quân** (2010). *Siêu âm bụng tổng quát*, Nhà xuất bản Y học, trang 613, 623.
64. **F Crokaert, M. P. van der Linden, E. Yourassowsky** (1982). Activities of amoxicillin and clavulanic acid combinations against urinary tract infections, *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 22(2), 346-349.
65. **22个专业95个病种中医临床路径** (2010). 国家中医药管理局医政 2010: 169-171.
- Hướng dẫn nghiên cứu Trung y lâm sàng đối với 95 loại bệnh thuộc 22 chuyên khoa** (2010). Cục quản lý Y Dược quốc gia Trung Quốc năm 2010, trang 169-171.
66. **Ngô Đức Kỳ, Đào Hồng Dương** (2020). Đặc điểm vi khuẩn và kháng kháng sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 493(1), 5.
67. **Nguyễn Ngọc Ánh, Kê Thị Lan Anh, Phạm Văn Linh** (2022). Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu tại khoa Nội 3 bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(số đặc biệt), 185-192.
68. **Bùi Thị Thu Trang, Đặng Thị Việt Hà, Đỗ Gia Tuyền** (2019). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh của nhiễm khuẩn tiết niệu tại khoa Thận – Tiết niệu bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 481(số đặc biệt), 330-332.
69. **Huỳnh Minh Đức** (1997). *Hoàng đế nội kinh – Linh khu quyển III thiên 41-81, Thiên niên*, Nhà xuất bản Đồng Nai, tr. 786.

70. **Phạm Vũ Khánh** (2009). *Lão khoa y học cổ truyền*, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, trang 24, 36.

71. **Azizun Nahar, Shahed Hasnat, Hasina Akhter, Nilufar Begum** (2017). “Evaluation of antimicrobial resistance pattern of uropathogens in a tertiary care hospital in Dhaka city, Bangladesh”, *South East Asia Journal of Public Health*, 7(2), p.12-18.

72. **Ngô Quý Châu** (2020). *Triệu chứng học nội khoa, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, trang 72, 495-496, 530.

73. **Đỗ Thị Tính** (2008). Đặc điểm nhiễm khuẩn tiết niệu tại khoa thận-nội tiết bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng 2008, *Tạp chí Y học thực hành, số 6/2010*, pp.24-26.

74. **Đỗ Huy Bích và cộng sự** (2004). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, tập I*, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, trang 326-330.

75. **Sawant, B. S., Alawe, J. R., & Rasal, K. V.** (2016). Pharmacognostic study of Glycyrrhiza glabra Linn-a review. *International Ayurvedic Medical Journal*, 4(10), 3989-3993.

76. **Bộ Y tế** (2017). *Dược điển Việt Nam V tập 2*, Nhà xuất bản Y học, trang 1095, 1193

77. **郑筱萸** (2002). *中药新药临床研究指导原则*, 中国医药科技出版社.

Zheng Xiao Yu (2002), *Nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng thuốc Trung dược*, Nhà xuất bản Khoa học và Công nghệ Y học Trung Quốc.

78. **Wang, Y., Wang, L., Luo** (2022). Glycyrrhizic acid against Mycoplasma gallisepticum-induced inflammation and apoptosis through suppressing the MAPK pathway in chickens. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 70(6), 1996-2009.

79. **Chakotiya, A. S., Tanwar, A., Narula, A., & Sharma, R. K.** (2016). Alternative to antibiotics against Pseudomonas aeruginosa: Effects of

Glycyrrhiza glabra on membrane permeability and inhibition of efflux activity and biofilm formation in *Pseudomonas aeruginosa* and its in vitro time-kill activity. *Microbial pathogenesis*, 98, 98-105.

80. **Harwansh, R.K.; Patra, K.C.; Pareta, S.K.; Singh, J.; Biswas, R.** (2011). Pharmacological studies on *Glycyrrhiza glabra*: A review. *Pharmacology*, 2(-), 1032–1038.

81. **Nirmala, P., & Selvaraj, T.** (2011). Anti-inflammatory and anti-bacterial activities of *Glycyrrhiza glabra* L. *Journal of Agricultural Technology*, 7(3), 815-823.

82. **Sabbadin, C., Graziani, A., Bavaresco, A., Mazzeo, P., Tizianel, I., Ceccato, F., Armanini, D., & Barbot, M.** (2024). Pseudohyperaldosteronism Due to Licorice: A Practice-Based Learning from a Case Series. *International journal of molecular sciences*, 25(13), 7454.

83. **Chang, C. -J., Yang, Y. -H., Chen, P. -C., Peng, H. -Y., Lu, Y. -C., Song, S. -R., & Yang, H. -Y.** (2019). Stomach Cancer and Exposure to Talc Powder without Asbestos via Chinese Herbal Medicine: A Population-Based Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 717.

PHỤ LỤC 1

BỆNH VIỆN TUỆ TỈNH

Số vào viện:.....

Nhóm nghiên cứu

Nhóm đối chứng

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:.....

2. Tuổi:.....

3. Giới tính: Nam Nữ

4. Địa chỉ:.....

5. Nghề nghiệp:

Lao động chân tay

Lao động trí óc

Hưu trí

Tính chất nghề nghiệp:

Lao động nặng nhọc

Ít vận động, tĩnh tại, ngồi lâu

6. Họ và tên người khi cần báo tin:.....

..... Số điện thoại:.....

7. Ngày vào viện:.....

8. Ngày ra viện:.....

II. LÝ DO VÀO VIỆN

.....

III. BỆNH SỬ

1. Tiền sử

1.1. Bản thân:

- Chế độ ăn uống:

Cay nóng

Rượu, bia, chất có cồn

Chè đặc, cà phê

Uống ít nước

- Thói quen nhịn tiểu: Có

Không

- Bệnh lý kèm theo (nếu có).....

1.2. Gia đình:.....

IV. KHÁM YHHĐ

1. Bảng theo dõi nhiệt độ 1. Không sốt

2. Sốt nhẹ ($37^{\circ}\text{C} < \text{nhiệt độ} < 38^{\circ}\text{C}$)

3. Sốt cao ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

Ngày	1	2	...	7
Nhiệt độ				

2. Triệu chứng tiểu ngắn gấp 1. Không 2. Có

Ngày	1 (D0)	3 (D3)	5 (D5)	7 (D7)
Tiểu ngắn gấp				

3. Triệu chứng đái buốt 1. Không 2. Có

Ngày	1 (D0)	3 (D3)	5 (D5)	7 (D7)
Đái buốt				

4. Triệu chứng đái rắt 1. Không 2. Có

Ngày	1 (D0)	3 (D3)	5 (D5)	7 (D7)
Đái rắt				

5. Triệu chứng đái máu 1. Không 2. Có

Ngày	1 (D0)	3 (D3)	5 (D5)	7 (D7)
Đái máu				

6. Triệu chứng đau hạ vị 1. Không 2. Có

Ngày	1 (D0)	3 (D3)	5 (D5)	7 (D7)
Đau hạ vị				

V. CẬN LÂM SÀNG

*** Hóa sinh máu**

Chỉ số	D0
ALT (U/L)	
AST (U/L)	
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	
Ure ($\mu\text{mol/l}$)	

*** Công thức máu**

Chỉ số	D0	D5 (đối với nữ)	D7 (đối với nam)
WBC (G/L)			
%NEU (%)			

*** Tổng phân tích nước tiểu**

Số lượng	D0	D5 (đối với nữ)	D7 (đối với nam)
Bạch cầu/ml			
Hồng cầu			

*** Siêu âm bàng quang**

Độ dày thành bàng quang	D0	D5 (đối với nữ)	D7 (đối với nam)
Thành bàng quang bình thường (< 3mm)			
Thành bàng quang dày ($\geq 3\text{mm}$)			

VI. CHẨN ĐOÁN YHHĐ

.....

VII. KHÁM YHCT

1. Tứ chẩn

a) Vọng chẩn:

- Thần sắc

- Hình thái, tư thế.....

- Lưỡi.....

b) Văn chẩn

- Hơi thở

- Tiếng nói.....

c) Vấn chẩn:

- Vị trí bị bệnh.....

- Tính chất đau

- Cảm giác.....

- Ngủ.....

- Đại tiểu tiện.....

d) Thiết chẩn:

2. Chẩn đoán thể bệnh.....

VIII. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

- Buồn nôn
- Nôn
- Đi ngoài phân lỏng
- Hoa mắt chóng mặt
- Đau đầu
- Khác

IX. Hiệu quả

- Tốt
- Trung bình
- Không hiệu quả

Ngày...tháng...năm...

Người điền phiếu

PHỤ LỤC 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông/Bà.....

Nghiên cứu viên: BS. Hoàng Phúc Toàn

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

Tôi viết bản thông báo này gửi đến Ông/Bà với mong muốn Ông/Bà tham gia vào nghiên cứu “*Đánh giá tác dụng của bài thuốc Lục nhất tán trong điều trị viêm bàng quang cấp*”

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

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1) Mục đích nghiên cứu

Viêm bàng quang cấp là bệnh thường gặp ở cả hai giới và ở mọi độ tuổi, bệnh thường tiến triển thành từng đợt, dai dẳng gây ảnh hưởng tới sức khoẻ người bệnh. Bài thuốc có nguồn gốc xuất xứ từ bài cổ phương đã được ứng dụng nhiều trên lâm sàng để điều trị chứng lâm với biểu hiện lâm sàng bệnh tiểu tiện không quá khó nhưng tiểu nhiều lần và nhỏ giọt, mệt mỏi lại phát bệnh kèm theo đau lưng mỗi gói,... phù hợp với triệu chứng của bệnh viêm bàng quang cấp. Do đó, để có đánh giá khách quan về hiệu quả của bài thuốc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Lục nhất tán” trên bệnh nhân viêm bàng quang cấp.

2) Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu của tôi tiến hành bằng cách phỏng vấn nội dung dựa vào bảng câu hỏi trên phiếu khảo sát, xét nghiệm nước tiểu và siêu âm bàng quang vào thời điểm trước khi điều trị và sau điều trị, đánh giá chức năng gan thận làm một lần trước khi điều trị. Sau đó tiến hành phác đồ dùng thuốc can thiệp.

Đối tượng: Ông/Bà được chẩn đoán viêm bàng quang cấp được điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng ... năm ... đến tháng ... năm ...

Quá trình thu thập thông tin sẽ ngừng lại ngay nếu Ông/Bà có nhu cầu cần chăm

sóc y tế ngay hoặc nhân viên y tế tại khoa điều trị cần tiến hành các công tác thăm khám điều trị cho Ông/Bà.

3) Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Sự tham gia của Ông/Bà góp phần quan trọng vào kết quả của nghiên cứu đánh giá kết quả hỗ trợ của bài thuốc “Lục nhất tán” trên bệnh nhân viêm bàng quang cấp giúp nghiên cứu mang tính khách quan, khoa học hơn, giúp nâng cao hiệu quả điều trị sau này.

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

4) Bất lợi khi tham gia nghiên cứu

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

5) Người liên hệ

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

Số điện thoại: 0392985095 gặp bác sĩ Toàn

Hoặc Email: hoangphuctoan264@gmail.com.

6) Sự tự nguyện tham gia

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

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

7) Tính bảo mật

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

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

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

II.CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

1) Người tham gia nghiên cứu

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

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên: Chữ ký

Ngày tháng năm:

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

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

Họ tên: Chữ ký

Ngày tháng năm:

PHỤ LỤC 3
BÀI THUỐC “LỤC NHẤT TÁN”



黃帝素問宣明論方卷之十

燥門

消渴論

燥乾者令肺之本燥全受熱化以成燥溢也兼火熱致全氣耗液而損血鬱而成燥者由風能勝濕熱能耗液故經云風熱火同陽也寒濕燥同陰也又燥濕小異也金燥雖屬秋陰而其性異於寒濕而反同於風熱火也又加大便乾澀乃大腸受熱化成燥溢經云諸溢枯澀又如癰疽中風皆因火熱耗損血液主腑閉塞不能浸潤全受火鬱不能發聲也云云 肢痛痿疾者風熱濕相致而遂以偏枯語青瘳手足不隨也然中寒吐瀉亡液而成燥亦以鮮矣亦有寒濕相鬱榮衛不能開發貫注多成偏枯經曰諸溢枯涸乾勁鼓揚屬於燥也 又加胃腸燥熱煩滿饑不欲食或瘵成消中善食而瘦或燥熱鬱甚而成消渴多飲而數小便或因熱病或過酒飲致熱藥以狂陽心火燥其三焦陽胃燥溢燥鬱而水液不能宣行也則周身不得潤澤故瘳痺骨重也而燥熱消渴然雖多飲亦其水液不能浸潤於腸胃之外渴不能止而便注為小便多出俗本明妄為下焦虛冷誤人多矣 又如周身熱燥鬱故變為雀目或內障癰疽瘡瘍止為咳嗽喘下為痔痢或停積而濕熱內不甚能傳化者變為水腫濕脹也世傳消渴病及消瘦弱或小便有脂液者為消腎也此為三消病也消渴消中消腎經意但皆熱之所致也

人參白朮湯 治胃腸燥熱煩滿飢不欲食瘵成消中善食而瘦燥熱鬱甚而成消渴多飲而數小便兼療一切陽實陰虛風熱燥鬱頭目昏眩中風偏枯酒過積毒一切腸胃燥溢倦悶癰瘡瘳疥癩癰并傷寒雜病產後煩渴氣液不得宣通

PHỤ LỤC 4

BÀI THUỐC “LỤC NHẤT TÁN”

TRONG DƯỢC ĐIỂN TRUNG QUỐC 2020

六一散

中国药典 2020 年版

具塞锥形瓶中,精密加入盐酸溶液(1→18)-甲醇(1:1)的混合溶液 50ml,称定重量,超声处理(功率 300W,频率 40kHz)30 分钟,放冷,再称定重量,用盐酸溶液(1→18)-甲醇(1:1)的混合溶液补足减失的重量,摇匀,滤过,取续滤液,即得。

测定法 分别精密吸取对照品溶液与供试品溶液各 20 μ l,注入液相色谱仪,测定,即得。

本品每 1g 含关黄柏以盐酸小檗碱($C_{20}H_{17}NO_4 \cdot HCl$)计,不得少于 0.50mg。

【功能与主治】 养血祛风,燥湿止痒。用于风湿热邪蕴于肌肤所致的瘾疹、风瘙痒,症见皮肤风团色红、时隐时现、瘙痒难忍,或皮肤瘙痒不止、皮肤干燥、无原发皮疹;慢性荨麻疹、皮肤瘙痒症见上述证候者。

【用法与用量】 口服。一次 2.5g,一日 3 次。

【注意】 孕妇慎用。

【规格】 每 10 丸重 1.25g

【贮藏】 密封。

注: [1]乌梢蛇(白酒炙) 去头(齐腮)及鳞片,刷净,切小段。取净乌梢蛇段加酒拌匀,蒸透,干燥。每 100kg 乌梢蛇用白酒 20kg。

[2]苍术(泡) 除去杂质,洗净,刨中片,干燥。取净苍术,置沸米泔水中,再煮沸,取出,用清水迅速漂洗 1 次,沥干水,干燥(米泔水制法:米粉 2kg 加水至 100kg,充分搅拌均匀)。

六一散

Liuyi San

【处方】 滑石粉 600g 甘草 100g

【制法】 以上二味,甘草粉碎成细粉,与滑石粉混匀,过筛,即得。

【性状】 本品为浅黄白色的粉末;具甘草甜味,手捻有润滑感。

【鉴别】 (1)取本品,置显微镜下观察:不规则块片无色,有层层剥落痕迹(滑石粉)。纤维束周围薄壁细胞含草酸钙方晶,形成晶纤维(甘草)。

(2)取本品 2g,加盐酸 1ml、三氯甲烷 15ml,加热回流 1 小时,放冷,滤过。滤液蒸干,残渣加乙醇 1ml 使溶解,作为供试品溶液。另取甘草次酸对照品,加无水乙醇制成每 1ml 含 1mg 的溶液,作为对照品溶液。照薄层色谱法(通则 0502)试验,吸取上述两种溶液各 5 μ l,分别点于同一硅胶 G 薄层板上,以石油醚(30~60 $^{\circ}$ C)-甲苯-乙酸乙酯-冰醋酸(10:20:7:0.5)为展开剂,展开,取出,晾干,喷以 10%磷钼酸乙醇溶液,在 105 $^{\circ}$ C 加热 5 分钟。供试品色谱中,在与对照品色谱相应的位置上,显相同颜色的斑点。

【检查】 应符合散剂项下有关的各项规定(通则 0115)。

【含量测定】 照高效液相色谱法(通则 0512)测定。

色谱条件与系统适用性试验 以十八烷基硅烷键合硅胶为填充剂;以甲醇-磷酸二氢铵溶液(取磷酸二氢铵 1.725g,加水 300ml 溶解,用磷酸调节 pH 值至 3.5)(65:35)为流动相;检测波长为 250nm。理论板数按甘草酸峰计算应不低于 3000。

对照品溶液的制备 取甘草酸铵对照品约 12mg,精密称定,置 50ml 量瓶中,用流动相溶解并稀释至刻度,摇匀,即得(每 1ml 中含甘草酸铵 0.24mg。相当于甘草酸 0.2351mg)。

供试品溶液的制备 取本品约 1.5g,精密称定,精密加入流动相 25ml,称定重量,超声处理(功率 250W,频率 33kHz)30 分钟,放冷,再称定重量,用流动相补足减失的重量,摇匀,滤过,取续滤液,即得。

测定法 分别精密吸取对照品溶液和供试品溶液各 20 μ l,注入液相色谱仪,测定,即得。

本品每 1g 含甘草以甘草酸($C_{42}H_{62}O_{16}$)计,不得少于 2.8mg。

【功能与主治】 清暑利湿。用于感受暑湿所致的发热、身倦、口渴、泄泻、小便黄少;外用治痱子。

【用法与用量】 调服或包煎服。一次 6~9g,一日 1~2 次;外用,扑撒患处。

【贮藏】 密闭,防潮。

六合定中丸

Liuhe Dingzhong Wan

【处方】 广藿香 16g	紫苏叶 16g
香薷 16g	木香 36g
檀香 36g	姜厚朴 48g
枳壳(炒)48g	陈皮 48g
桔梗 48g	甘草 48g
茯苓 48g	木瓜 48g
炒白扁豆 16g	炒山楂 48g
六神曲(炒)192g	炒麦芽 192g
炒稻芽 192g	

【制法】 以上十七味,粉碎成细粉,过筛,混匀。用水泛丸,干燥,即得。

【性状】 本品为黄褐色的水丸;气微香,味微酸、苦。

【鉴别】 (1)取本品,置显微镜下观察:不规则分枝状团块无色,遇水合氯醛试液溶化;菌丝无色或淡棕色,直径 4~6 μ m(茯苓)。纤维束周围薄壁细胞含草酸钙方晶,形成晶纤维(甘草)。表皮细胞纵列,由 1 个长细胞与 2 个短细胞相连接,长细胞壁厚,波状弯曲,木化(炒麦芽)。石细胞无色、淡黄色或橙黄色,直径 20~80 μ m,层纹大多明显,孔沟细,有的胞腔内含棕色或红棕色物(木瓜)。果皮石细胞淡紫红色、红色或黄棕色,类圆形或多角形,直径约至 125 μ m(炒山楂)。

PHỤ LỤC 5

CÁC VỊ THUỐC TRONG NGHIÊN CỨU

1.4.5.1. Hoạ thạch

- **Tên khoa học:** *Talcum*.
- **Bộ phận dùng:** Khoáng vật thiên nhiên.
- **Tính vị, quy kinh:** Cam, đạm, hàn. Quy vào kinh Vị, Bàng quang.
- **Công năng, chủ trị:** Lợi tiểu thẩm thấp, thanh nhiệt giải thử. Điều trị lâm lậu, thạch lâm kèm tiểu khó và đau nóng, bứt rứt háo khát do thử thấp, tiết tả do thấp nhiệt. Dùng ngoài trị thấp chần (eczema), thấp sang (lờ loét), rôm sảy, chàm.
- **Liều dùng:** Ngày dùng từ 10 g đến 20 g, dạng thuốc bột, sắc hoặc hòa với nước uống. Phối hợp trong các bài thuốc. Dùng ngoài: Lượng thích hợp.
- **Thành phần hóa học:** chủ yếu là magnesi silicat ngậm nước $[Mg_3(Si_4O_{10})(OH)_2]$.
- **Tác dụng dược lý:** Tác dụng lợi tiểu và làm giảm hội chứng stranguria (tiểu đau, tiểu gắt buốt). Tác dụng hạ sốt. Dùng ngoài điều trị chàm, rôm sảy, giảm vết loét do tỳ đờ [41], [75].

1.4.5.2. Cam thảo

- **Tên khoa học:** *Radix Glycyrrhizae*.
- **Bộ phận dùng làm thuốc:** Rễ và thân rễ còn vỏ hoặc đã cạo lớp bản, được phơi hay sấy khô của ba loài Cam thảo *Glycyrrhiza uralensis* Fisch., *Glycyrrhiza inflata* Bat. hoặc *Glycyrrhiza glabra* L., họ Đậu (Fabaceae).
- **Tính vị, quy kinh:** Cam, bình. Vào các kinh tâm, phế, tỳ, vị và thông 12 kinh.
- **Công năng, chủ trị:** Kiện tỳ ích khí, nhuận phế chỉ ho, giải độc, chỉ thống, điều hòa tác dụng các thuốc. Chủ trị: Đau họng, mụn nhọt, thai độc.
- **Liều dùng:** Ngày dùng từ 4 g đến 12 g, dạng thuốc sắc hoặc bột.
- **Thành phần hóa học:** Chủ yếu là glyxyridin (6-14%). Ngoài ra có glucoza, sacaroza, tinh bột, tinh dầu, asparagin, gôm, nhựa,...

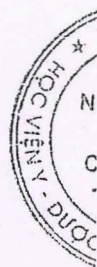
- **Tác dụng dược lý:** Tác dụng giải độc, tác dụng như cortisol, tác dụng với dịch dạ dày, tác dụng tiêu giệt đối với cơ trơn ống tiêu hóa, tác dụng với nội tiết tố, tác dụng lợi tiểu, tiêu viêm, chữa táo bón [41], [75].

HỌC VIỆN Y-DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM
VIỆN NGHIÊN CỨU Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUỆ TĨNH

**TIÊU CHUẨN CƠ SỞ
BÀI THUỐC “LỤC NHẤT TÁN”**

Số tiêu chuẩn: 01TC-07/24

Hà Nội, năm 2024



TIÊU CHUẨN CƠ SỞ BÀI THUỐC “LỤC NHẤT TÁN”

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM	BÀI THUỐC “LỤC NHẤT TÁN”	Số: 01TC-07/24
VIỆN NGHIÊN CỨU Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUỆ TĨNH		Có hiệu lực từ ngày ký

1. THÔNG TIN CHUNG

1.1. Thành phần

Hoạt thạch (<i>Talcum</i>)	600 g
Cam thảo (<i>Radix Glycyrrhizae</i>)	100 g

1.2. Dạng bào chế

Dược liệu được tán thành bột mịn, trộn đều, đóng gói 09g/gói.

1.3. Cách dùng, liều dùng

Cách dùng: Pha 01 gói (9g) với 50ml nước sôi, để nguội rồi uống.

Liều dùng: 01 gói/lần x2 lần/ngày, dùng sau ăn sáng, chiều. Dùng trong 07 ngày liên tục.

1.4. Công năng, chủ trị

Công năng: Lợi tiểu, thẩm thấp, thanh nhiệt.

Chủ trị: Viêm bàng quang cấp.

1.5. Bảo quản

Đóng gói trong bao bì kín, bảo quản nơi khô mát, tránh ẩm.

2. YÊU CẦU KỸ THUẬT

2.1. Mô tả

Bột màu vàng nhạt, mùi thơm, vị ngọt.

2.2. Vi học

Soi kính hiển vi thấy các mảnh mô mềm với tế bào có thành mỏng chứa nhiều hạt tinh bột. Hạt tinh bột đứng riêng rẽ, hình trứng hay hình cầu có đường kính 2 μm đến 20 μm . Sợi gỗ màu vàng, có thành dày, thường kèm theo tế bào có tinh thể calci oxalat hình lăng trụ. Mảnh mạch điểm màu vàng, mảnh bản màu nâu đỏ.

2.3. Độ ẩm: Không quá 10%.

2.4. Định tính

Hoạt thạch

Y
/
HIỆN
/ EN
/ DUC
/ RUYI
/ TINH
/ CC



A. Đun nóng chảy hỗn hợp 0,2 g natri carbonat khan (TT) và 2,0 g kali carbonat (TT) trong chén platin. Thêm vào khối nóng chảy 0,1 g chế phẩm và đun nóng cho đến khi hỗn hợp nóng chảy hoàn toàn. Để nguội và chuyển khối đã nóng chảy vào đĩa bốc hơi bằng 50 ml nước nóng. Thêm acid hydrocloric (TT) cho đến khi hết sủi bọt. Thêm 10 ml acid hydrocloric (TT) và bốc hơi trên cách thủy tới khô. Để nguội. Thêm 20 ml nước, đun tới sôi và lọc (cần được dùng cho phản ứng định tính B). Lấy 5 ml dịch lọc, thêm 1 ml amoniac (TT) và 1 ml dung dịch amoni clorid 10,1 %, lọc. Thêm 1 ml dung dịch dinatri hydrophosphat 9 % vào dịch lọc, tủa kết tinh trắng được tạo thành.

B. Căn thu được cho phản ứng định tính của silicat.

Cam thảo

Trên sắc ký đồ của dung dịch thử phải có các vết phát quang cùng màu và cùng giá trị R_f với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch dược liệu đối chiếu và có một vết phát quang cùng màu và cùng giá trị R_f với vết của amoni glycyrrhizinat trên sắc ký đồ của dung dịch chất đối chiếu.

2.5. Định lượng: Bột phải chứa không ít hơn 0,3%, acid glycyrrhizic ($C_{42}H_{62}O_{16}$).

3. PHƯƠNG PHÁP THỬ

3.1. Mô tả

Kiểm tra hình thái, màu sắc, mùi vị bằng cảm quan.

3.2. Bột

Thử theo Dược điển Việt Nam V; Phụ lục 12.18.

Quan sát dưới kính hiển vi trong 1 giọt dung dịch soi, phải thấy các đặc điểm như đã mô tả.

3.3. Độ ẩm

Thử theo Dược điển Việt Nam V, phụ lục 9.6 (cân chính xác khoảng 1 g bột dược liệu, sấy trong tủ sấy ở $105^{\circ}C$, áp suất thường đến khối lượng không đổi).

3.4. Định tính

Hoạt thạch

A. Đun nóng chảy hỗn hợp 0,2 g natri carbonat khan (TT) và 2,0 g kali carbonat (TT) trong chén platin. Thêm vào khối nóng chảy 0,1 g chế phẩm và đun nóng cho đến khi hỗn hợp nóng chảy hoàn toàn. Để nguội và chuyển khối đã nóng chảy vào đĩa bốc hơi bằng 50 ml nước nóng. Thêm acid hydrocloric (TT) cho đến khi hết sủi bọt. Thêm 10 ml acid hydrocloric (TT) và bốc hơi trên cách thủy tới khô. Để nguội. Thêm 20 ml nước, đun tới

sôi và lọc (cần được dùng cho phản ứng định tính B). Lấy 5 ml dịch lọc, thêm 1 ml amoniac (TT) và 1 ml dung dịch amoni clorid 10,1 %, lọc. Thêm 1 ml dung dịch dinatri hydrophosphat 9 % vào dịch lọc, tủa kết tinh trắng được tạo thành.

B. Cần thu được tiếp tục đem làm phản ứng định tính silicat: trong một chén nung bằng chì hay bằng bạch kim, dùng một sợi dây đồng trộn đều cần với 10 mg natri fluorid (TT) và 0,2 ml acid sulfuric đậm đặc (TT). Đặt chén bằng một nắp nhựa dẻo trong, mỏng; dưới nắp nhựa có một giọt nước. Đun nóng nhẹ, sẽ thấy xuất hiện một vòng màu trắng xung quanh giọt nước.

Cam thảo

Phương pháp sắc ký lớp mỏng (Phụ lục 5.4- Dược điển Việt Nam V).

Bản mỏng: Silica gel G.

Dung môi khai triển: Ethyl acetal – acid formic – acid acetic băng – nước (15:1:1:2).

Dung dịch thử: Lấy khoảng 0,5 g bột dược liệu, thêm 20 ml ether ethylic (TT), đun hồi lưu trên cách thủy 1 h, gạn bỏ dịch ether. Thêm vào bã 15 ml methanol (TT), đun hồi lưu trên cách thủy 1 h, để nguội, lọc lấy dịch chiết. Bốc hơi dịch chiết đến cạn, hòa tan cần trong 20 ml nước. Lắc dung dịch thu được với n-butanol 3 lần, mỗi lần 20 ml. Gộp dịch chiết butanol, rửa 3 lần với nước, bỏ nước rửa. Bay hơi dịch chiết butanol trên cách thủy tới cạn, hòa tan cần trong 5 ml methanol (TT) được dung dịch thử.

Dung dịch dược liệu đối chiếu: Lấy 0,5 g bột Cam thảo (mẫu chuẩn) chiết như mô tả ở phần Dung dịch thử.

Dung dịch chất đối chiếu: Hòa tan amoni glycyrrhizinat chuẩn trong methanol (TT) để được dung dịch có nồng độ khoảng 2 mg/ml.

Cách tiến hành: Chấm riêng biệt lên bản mỏng 5 μ l mỗi dung dịch trên. Sau khi khai triển xong, lấy bản mỏng ra để khô ngoài không khí, phun dung dịch acid sulfuric 10 % trong ethanol (TT), sấy bản mỏng ở 105 °C trong 5 min. Quan sát dưới ánh sáng tử ngoại ở bước sóng 366 nm, trên sắc ký đồ của dung dịch thử phải có các vết phát quang cùng màu và cùng giá trị R_f với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch dược liệu đối chiếu và có một vết phát quang cùng màu và cùng giá trị R_f với vết của amoni glycyrrhizinat trên sắc ký đồ của dung dịch chất đối chiếu.

3.5. Định lượng

Phương pháp sắc ký lỏng (Phụ lục 5.3- Dược điển Việt Nam V).

Pha động: Acetonitril – dung dịch acid phosphoric 0,05 % (38: 62)

Dung dịch thử: Cân chính xác khoảng 0,2 g bột (qua rây số 355) vào bình nón có nút mài, thêm chính xác 100 ml ethanol 70 % (TT), đậy nút, cân, sau đó siêu âm 30 min, để nguội, cân lại và bổ sung ethanol 70 % (TT) để được khối lượng ban đầu. Trộn đều và lọc qua màng lọc 0,45 μ m.

Dung dịch chuẩn: Hòa tan amoni glycyrrhizinat chuẩn trong ethanol 70 % (TT) để được dung dịch có nồng độ chính xác khoảng 0,2 mg/ml.

Điều kiện sắc ký:

Cột kích thước (25 cm X 4 mm) nhồi pha tĩnh C (5 μ m).

Detector quang phổ tử ngoại đặt tại bước sóng 254 nm.

Thể tích tiêm: 10 μ l

Tốc độ dòng: 1,5 ml/min

Cách tiến hành:

Kiểm tra tính phù hợp của hệ thống: Tiến hành sắc ký với dung dịch chuẩn, tính số đĩa lý thuyết của cột. Số đĩa lý thuyết của cột không được nhỏ hơn 5000 tính theo pic của amoni glycyrrhizinat. Độ lệch chuẩn tương đối của diện tích pic amoni glycyrrhizinat trong 6 lần tiêm lặp lại không được lớn hơn 2,0 %.

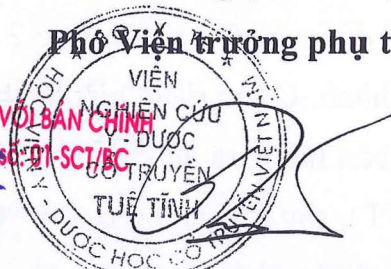
Tiến hành sắc ký với dung dịch chuẩn, dung dịch thử. Tính hàm lượng acid glycyrrhizic trong bột dựa vào diện tích pic amoni glycyrrhizinat trên sắc ký đồ của dung dịch chuẩn, dung dịch thử và nồng độ dung dịch chuẩn (khối lượng của acid glycyrrhizic = khối lượng amoni glycyrrhizinat/1,0207).

Hà Nội, ngày 15 tháng 07 năm 2024

Phụ trách Phòng nghiên cứu TT

Phó Viện trưởng phụ trách

CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH
Số chứng thực: 123 Quyển số: 01-SCT/BC
Ngày 08-01-2025



TS. Phạm Thanh Tùng

TUQ. CHỦ TỊCH

PGS. TS. Vũ Đức Lợi

CÔNG CHỨC TƯ PHÁP - HỘ TỊCH

Nguyễn Việt Hùng

Hà Nội, ngày 19 tháng 07 năm 2024

PHIẾU KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM

- Tên mẫu:** Bài thuốc “Lục nhất tán”
- Ngày nhận mẫu:** 17/07/2024
- Số hiệu mẫu:** HL01/170724
- Yêu cầu:** Đánh giá các chỉ tiêu chất lượng của Bài thuốc “Lục nhất tán” theo tiêu chuẩn cơ sở số 01TC-07/24 do Viện Nghiên cứu Y dược Cổ truyền Tuệ Tĩnh ban hành ngày 15/ 07/ 2024
- Người gửi mẫu:** Nguyễn Thị Hồng Loan, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
- Kết quả phân tích:**

STT	Chỉ tiêu	Kết quả	Đánh giá
1	Mô tả	Bột màu vàng nhạt, mùi thơm, vị ngọt.	Đạt
2	Vi học	Soi kính hiển vi thấy: các mảnh mô mềm với tế bào có thành mỏng chứa nhiều hạt tinh bột. Hạt tinh bột đứng riêng rẽ, hình trứng hay hình cầu có đường kính 2 μm đến 20 μm . Sợi gỗ màu vàng, có thành dày, thường kèm theo tế bào có tinh thể calci oxalat hình lăng trụ. Mảnh mạch điểm màu vàng, mảnh bản màu nâu đỏ.	Đạt
3	Độ ẩm	8,2 %	Đạt
4	Định tính	<i>Hoạt thạch:</i> A. Đun nóng chày hỗn hợp 0,2 g natri carbonat khan (TT) và 2,0 g kali carbonat (TT) trong chén platin. Thêm vào khối nóng chày 0,1 g chế phẩm và đun nóng cho đến khi hỗn hợp nóng chày hoàn toàn. Để nguội và chuyển khối đã nóng chày vào đĩa bốc hơi bằng 50 ml nước nóng. Thêm acid hydrocloric (TT) cho đến khi hết sủi bọt. Thêm 10 ml acid hydrocloric	Đạt

		<p>(TT) và bốc hơi trên cách thủy tới khô. Để nguội. Thêm 20 ml nước, đun tới sôi và lọc (cần được dùng cho phản ứng định tính B). Lấy 5 ml dịch lọc, thêm 1 ml amoniac (TT) và 1 ml dung dịch amoni clorid 10,1 %, lọc. Thêm 1 ml dung dịch dinatri hydrophosphat 9 % vào dịch lọc, thấy tủa kết tinh trắng.</p> <p>B. Căn thu được dương tính với phản ứng định tính silicat: trong một chén nung bằng chì hay bằng bạch kim, dùng một sợi dây đồng trộn đều một lượng căn với 10 mg natri fluorid (TT) và 0,2 ml acid sulfuric đậm đặc (TT). Đặt chén bằng một nắp nhựa dẻo trong, mỏng; dưới nắp nhựa có một giọt nước. Đun nóng nhẹ, thấy xuất hiện một vòng màu trắng xung quanh giọt nước.</p> <p><i>Cam thảo</i>: Trên sắc ký đồ của dung dịch thử có các vết phát quang cùng màu và cùng giá trị R_f với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch dược liệu cam thảo đối chiếu và có một vết phát quang cùng màu và cùng giá trị R_f với vết của amoni glycyrrhizinat trên sắc ký đồ của dung dịch chất đối chiếu.</p>	
5	Định lượng	Hàm lượng acid glycyrrhizic: 0,38%	Đạt

Kết luận: Mẫu Bài thuốc “Lục nhất tán” ký hiệu HL01/170724, đạt các chỉ tiêu chất lượng theo tiêu chuẩn cơ sở số 01TC-07/24.

Phụ trách Phòng nghiên cứu TT

Phụ Viện trưởng phụ trách



CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG MỠ BẢNG CHỈNH
Số chứng thực: 1. 2. 2. Quyết số: 01-SCT/BC

Ngày 08 -01- 2025

TS. Phạm Thanh Tùng



PGS. TS. Vũ Đức Lợi

TU. CHỦ TỊCH
CÔNG CHỨC TƯ PHÁP - HỘ TỊCH



Nguyễn Việt Hùng

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU
TÊN ĐỀ TÀI: ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC "LỤC NHẤT TÁN"
TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM BÀNG QUANG CẤP

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Địa chỉ	Mã bệnh án
1	Lâm Thị M	70	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	001938
2	Đỗ Xuân T	64	Nam	Thanh Xuân Nam – Thanh Xuân – Hà Nội	002390
3	Chu Thị H	75	Nữ	Hoàng Liệt – Hoàng Mai – Hà Nội	002527
4	Trần Thị B	69	Nữ	Mộ Lao – Hà Đông – Hà Nội	002871
5	Trần Đình T	83	Nam	Nhân Chính – Thanh Xuân – Hà Nội	016805
6	Phạm Thị T	76	Nữ	Trung Tự – Đống Đa – Hà Nội	017164
7	Đàm Thị T	75	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	017175
8	Đỗ Việt H	78	Nam	Phú La – Hà Đông – Hà Nội	004828
9	Lưu Thị B	63	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	005211
10	Nguyễn Thị H	77	Nữ	Mộ Lao – Hà Đông – Hà Nội	006082
11	Lê Bích N	36	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	006288
12	Luyện Thị B	68	Nữ	La Khê – Hà Đông – Hà Nội	006301
13	Bùi Thị N	73	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	006674
14	Nguyễn Tuấn Đ	74	Nam	Mỹ Đức – Hà Đông – Hà Nội	007761
15	Lê H	68	Nam	Trung Hòa – Cầu Giấy – Hà Nội	008486
16	Phạm Thị P	59	Nữ	Phú Lương – Hà Đông – Hà Nội	014326
17	Trương Thị T	33	Nữ	Điền Xá – Nam Trực – Nam Định	018417
18	Trịnh Minh S	69	Nam	Mộ Lao – Hà Đông – Hà Nội	016989
19	Nguyễn Thị T	75	Nữ	Hàng Bột – Đống Đa – Hà Nội	016742
20	Ngô Thị C	64	Nữ	Đông Mai – Hà Đông – Hà Nội	023571
21	Nguyễn Văn D	64	Nam	Kiến Hưng – Hà Đông – Hà Nội	017319



22	Hồ Ngọc Anh Q	23	Nam	Trung Văn – Nam Từ Liêm – Hà Nội	071693
23	Lê Thị H	51	Nữ	Hà Đông – Hà Nội	080001
24	Tạ Thị H	84	Nữ	Hàng Gai – Hoàn Kiếm – Hà Nội	016741
25	Phạm Hồng P	41	Nam	Trung Văn – Nam Từ Liêm – Hà Nội	091146
26	Cao Thị H	71	Nữ	Thanh Xuân Nam – Thanh Xuân – Hà Nội	092485
27	Phạm Ngọc T	73	Nam	Nguyễn Trãi – Hà Đông – Hà Nội	095734
28	Nguyễn Thị O	78	Nữ	Trung Phụng – Đống Đa – Hà Nội	016909
29	Đào Trọng T	77	Nam	Phú Thượng – Hồ Tây – Hà Nội	017966
30	Phạm Thị Minh H	68	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	104459
31	Vũ Thị H	69	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	108783
32	Nguyễn Thị Q	52	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	109591
33	Đỗ Thị Hồng T	20	Nữ	Trung Văn – Hà Đông – Hà Nội	017596
34	Lê Xuân H	60	Nam	Mộ Lao – Hà Đông – Hà Nội	116218
35	Nguyễn Thị T	64	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	122012
36	Nguyễn Thị H	35	Nữ	Chúc Sơn – Chương Mỹ - Hà Nội	125003
37	Phạm Hoàng H	19	Nam	Đồng Tâm – Yên Bái – Yên Bái	126041
38	Lưu Hải V	57	Nữ	Hàng Bột – Đống Đa – Hà Nội	128407
39	Ngô Thị T	59	Nữ	Văn Quán – Hà Đông – Hà Nội	133815
40	Nguyễn Ngọc T	21	Nữ	Mộ Lao – Hà Đông – Hà Nội	134393
41	Lê Thị P	61	Nữ	Đại Hưng – Mỹ Đức – Hà Nội	134902
42	Nguyễn Việt T	19	Nam	Bình Phú – Thạch Thất – Hà Nội	135925
43	Vũ Thị D	49	Nữ	Minh Tâm – Kinh Môn – Hải Dương	019964
44	Nguyễn Thị M	79	Nữ	Quỳnh Phụ - Thái Bình	136860
45	Nguyễn Thị Thúy H	55	Nữ	Hà Đông – Hà Nội	017381
46	Nguyễn Thị B	64	Nữ	Yên Nghĩa – Hà Đông – Hà Nội	142174
47	Phạm Thu T	24	Nữ	Tiền Hải – Thái Bình	142437
48	Trịnh Văn T	60	Nam	Hà Đông – Hà Nội	017082



49	Quản Thị T	75	Nữ	Khương Trung – Thanh Xuân – Hà Nội	016726
50	Tạ Thị Đ	69	Nữ	Thanh Oai – Hà Nội	144085
51	Hoàng Thị Thúy H	66	Nữ	Minh Tân – Kinh Môn – Hải Dương	144400
52	Vũ Thị B	68	Nữ	Mộ Lao – Hà Đông – Hà Nội	145274
53	Nguyễn Văn N	66	Nam	Minh Tân – Phù Cừ - Hưng Yên	016962
54	Lê Thị T	73	Nữ	Ninh Bình	146603
55	Đặng Thị T	67	Nữ	Hà Đông – Hà Nội	149396
56	Nguyễn Thị H	41	Nữ	Tân Triều – Thanh Trì – Hà Nội	017345
57	Đậu Thị L	21	Nữ	Quỳnh Lưu – Nghệ An	149005
58	Phan Xuân A	20	Nam	Sóc Sơn – Sóc Sơn – Hà Nội	149396
59	Bùi Văn Q	37	Nam	Thanh Xuân – Hà Đông – Hà Nội	149574
60	Nguyễn Thị T	80	Nữ	Nam Cao – Kiến Xương – Thái Bình	149705
61	Nguyễn Ngân H	27	Nữ	Hà Đông – Hà Nội	149929
62	Vũ Thào M	19	Nữ	Tân Triều – Thanh Trì – Hà Nội	150651
63	Nguyễn Thị L	36	Nữ	Kiến Hưng – Hà Đông – Hà Nội	150825
64	Nguyễn Đình D	29	Nam	Phúc La – Hà Đông – Hà Nội	151896
65	Đặng Thị V	62	Nữ	Mộ Lao – Hà Đông – Hà Nội	151935
66	Lê Văn H	35	Nam	Trung Văn – Nam Từ Liêm – Hà Nội	153611
67	Bùi Phương L	19	Nữ	Tân Triều – Thanh Trì – Hà Nội	154131
68	Nguyễn Thị H	51	Nữ	Hà Cầu – Hà Đông – Hà Nội	154337
69	Nghiêm Đức Trường A	22	Nam	Vân Hà – Đông Anh – Hà Nội	154382
70	Lưu Đình K	60	Nam	Tân Lập – Đông Phú – Bình Phước	016744

Hà Nội, ngày tháng năm 20

Xác nhận của bệnh viện Tuệ Tĩnh

Người lập danh sách



TS.BS Phạm Văn Lão

Hoàng Phúc Toàn