

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



PHẠM HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC
BÁN HẠ BẠCH TRUẬT THIÊN MA THANG
KẾT HỢP NHĨ CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ
RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TIỀN ĐÌNH**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



PHẠM HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC
BÁN HẠ BẠCH TRUẬT THIÊN MA THANG
KẾT HỢP NHĨ CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ
RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TIỀN ĐÌNH**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Trần Thị Thu Vân

HÀ NỘI - 2023

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, các Thầy Cô của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam đã tận tình dạy dỗ, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập.

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

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới **PGS.TS.Trần Thị Thu Vân**, phụ trách Bộ môn Phương tễ - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam kiêm Phó Trưởng khoa Nội tiết, Bệnh viện Tuệ Tĩnh 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 gửi lời cảm ơn đến các Thầy, Cô trong hội đồng đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu trong quá trình hoàn thành luận văn.

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

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2023

Học viên

Phạm Hồng Hạnh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Phạm Hồng Hạnh**, học viên lớp Cao học khoá 14, chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi thực hiện dưới sự hướng dẫn trực tiếp của 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 tháng năm 2023

Người viết cam đoan

Phạm Hồng Hạnh

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
BN	Bệnh nhân	
BMI	Chỉ số khối cơ thể	Body mass index
CLS	Cận lâm sàng	
EEV		The European Evaluation of Vertigo scale
HATT	Huyết áp tâm thu	
HHTTr	Huyết áp tâm trương	
NC	Nhóm chứng	
NNC	Nhóm nghiên cứu	
PSQI		The Pittsburgh Sleep Quality Index
RLCNTĐ	Rối loạn chức năng tiền đình	
VAS		Visual Analog Scale
YHHĐ	Y học hiện đại	
YHCT	Y học cổ truyền	

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Tổng quan về rối loạn chức năng tiền đình theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Dịch tễ học rối loạn chức năng tiền đình.....	3
1.1.2. Chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình.....	3
1.1.3. Nguyên nhân thường gặp của rối loạn chức năng tiền đình.....	6
1.1.4. Điều trị rối loạn chức năng tiền đình	7
1.2. Tổng quan về rối loạn chức năng tiền đình theo Y học cổ truyền	9
1.2.1. Bệnh danh.....	9
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	9
1.2.3. Các thể bệnh và điều trị.	11
1.3. Tổng quan về phương pháp nhĩ châm	14
1.3.1. Định nghĩa, nguồn gốc lịch sử của nhĩ châm	14
1.3.2. Cơ sở khoa học của phương pháp nhĩ châm	16
1.4. Tổng quan về bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang.	21
1.5. Tình hình nghiên cứu điều trị rối loạn chức năng tiền đình trong nước và trên thế giới.	22
1.5.1 Nghiên cứu tại Việt Nam.....	22
1.5.2 Nghiên cứu trên thế giới	23
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	26
2.1 Đối tượng nghiên cứu	26
2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ	26
2.1.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT.....	26
2.2.3 Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.....	27
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	27

2.3. Phương pháp nghiên cứu	27
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	27
2.3.2. Cỡ mẫu và phân nhóm nghiên cứu	27
2.3.3 Chất liệu, phương tiện nghiên cứu.....	28
2.4 Chỉ số nghiên cứu và cách xác định	31
2.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	31
2.4.2. Tác dụng của phương pháp nghiên cứu.....	32
2.4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	34
2.5. Đánh giá kết quả điều trị chung.....	35
2.6 Quy trình nghiên cứu	35
2.7 Phân tích và xử lý số liệu.....	36
2.8. Phương pháp không chế sai số	37
2.9. Khía cạnh đạo đức của đề tài.....	37
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	39
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	39
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi	39
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới	40
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	40
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	41
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể	41
3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý đồng mắc	42
3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm lâm sàng.....	42
3.1.8. Đặc điểm lâm sàng YHCT	44
3.2. Kết quả nghiên cứu	45
3.2.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS.....	45
3.2.2. Sự cải thiện chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI	47

3.2.3. Sự thay đổi mức độ chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV	49
3.2.4. Kết quả điều trị chung.....	51
3.2.5. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT trước và sau điều trị..	52
3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp	53
3.3.1 Sự thay đổi chỉ số mạch, huyết áp	53
3.3.2 Theo dõi một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng	53
3.3.3. Sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng trong quá trình nghiên cứu ..	54
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	55
4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	55
4.1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi	55
4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới	55
4.1.3. Đặc điểm về tiền sử bệnh	56
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	57
4.2. Kết quả điều trị	58
4.2.1. Hiệu quả cải thiện mức độ chóng mặt, rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV	58
4.2.2. Hiệu quả cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI	61
4.2.3. Hiệu quả cải thiện đau đầu trên thang điểm VAS.....	64
4.2.4. Kết quả điều trị chung.....	66
4.2.5. Tác dụng lên chỉ số mạch và huyết áp trước và sau điều trị.....	66
4.2.6. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT	67
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	69
KẾT LUẬN.....	70
KHUYẾN NGHỊ.....	71
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Phân biệt RLCNTĐ ngoại biên với RLCNTĐ trung ương	5
Bảng 1.2.	Phân biệt chóng mặt tiền đình và không tiền đình	6
Bảng 2.1.	Thang điểm VAS	33
Bảng 2.2.	Thang điểm EEV	33
Bảng 2.3.	Thang điểm PSQI.....	34
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo giới tính	40
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	40
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	41
Bảng 3.4.	Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý đồng mắc	42
Bảng 3.5.	Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS trước điều trị.....	42
Bảng 3.6.	Phân bố bệnh nhân theo thang PSQI trước điều trị	43
Bảng 3.7.	Phân bố bệnh nhân theo thang EEV trước điều trị	43
Bảng 3.8.	Phân bố bệnh nhân theo chứng trạng y học cổ truyền.....	44
Bảng 3.9.	Hiệu suất giảm điểm đau theo thang điểm VAS	45
Bảng 3.10.	Sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS ở 2 nhóm	46
Bảng 3.11.	Sự cải thiện chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI.....	47
Bảng 3.12.	Sự thay đổi phân loại chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI.....	48
Bảng 3.13.	Sự thay đổi điểm trung bình triệu chứng chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV	49
Bảng 3.14.	Sự thay đổi phân loại mức độ chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV	50
Bảng 3.15.	Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT sau điều trị.....	52
Bảng 3.16.	Sự thay đổi chỉ số mạch và huyết áp	53
Bảng 3.17.	Tác dụng không mong muốn trong quá trình can thiệp.....	53
Bảng 3.18.	Các chỉ số huyết học trước và sau điều trị.....	54
Bảng 3.19.	Các chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị	54

DANH MỤC HÌNH ẢNH, SƠ ĐỒ

Hình 1.1.	Hình loa tai.....	15
Hình 1.2.	Sơ đồ các huyết của loa tai	18
Hình 1.3.	Thần kinh liên quan đến tai	19
Hình 2.1.	Công thức huyết nhĩ châm	29
Hình 2.2.	Hình ảnh thuốc chứng Pracetam.....	30
Hình 2.3.	Hình ảnh thuốc chứng Cinnarizine	30
Hình 2.4.	Hình ảnh kim châm cứu sử dụng trong nghiên cứu.....	31
Sơ đồ 2.1.	Sơ đồ nghiên cứu	38

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	39
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo BMI	41
Biểu đồ 3.3. Giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS.....	45
Biểu đồ 3.4. Giá trị trung bình điểm PSQI.....	47
Biểu đồ 3.5. Giá trị trung bình điểm EEV	49
Biểu đồ 3.6. Kết quả chung sau 20 ngày điều trị	51

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng tiền đình (H81) là một hội chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với các triệu chứng thường gặp nhất là chóng mặt, rối loạn thăng bằng [1]. Rối loạn chức năng tiền đình (RLCNTĐ) tuy không nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống như giảm khả năng làm việc, giao tiếp, thiếu tự tin, luôn trong tình trạng lo âu, căng thẳng, thậm chí là ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc sinh hoạt hàng ngày [2]. Mức độ và diễn biến rối loạn chức năng tiền đình có thể nhẹ, nặng hay nghiêm trọng tùy nguyên nhân [3]. Các nghiên cứu đã chứng minh rối loạn chức năng tiền đình ảnh hưởng tới 15% - 35% dân số thế giới và ngày càng gia tăng [3], [4], [5].

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị rối loạn chức năng tiền đình, chủ yếu là điều trị nội khoa kết hợp luyện tập chức năng tiền đình, thay đổi chế độ sinh hoạt, ăn uống hợp lý để hạn chế nguy cơ tái phát các triệu chứng. Các phương pháp điều trị y học hiện đại có nhiều ưu điểm như hiệu quả điều trị nhanh, sử dụng thuận tiện tuy nhiên hầu hết các loại thuốc không được dùng kéo dài và có một số tác dụng không mong muốn như rối loạn giấc ngủ, rối loạn tiêu hóa, hạ huyết áp...[6].

Y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh rối loạn chức năng tiền đình nhưng biểu hiện chủ yếu như chóng mặt thuộc phạm vi chứng huyễn vựng. Nguyên nhân chủ yếu do ngoại cảm phong tà, thất tình nội thương hay âm thực thất tiết gây nên hoặc do lao lực quá độ, tuổi già suy yếu, mắc bệnh lâu ngày hay sang chấn mà phát sinh [7]. Y học cổ truyền có nhiều phương pháp để điều trị chứng huyễn vựng như: nhĩ châm, dưỡng sinh thư giãn, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, dùng thuốc YHCT... đều mang lại những hiệu quả nhất định. Từ năm 1962, giáo sư Nguyễn Tài Thu đã nghiên cứu nhĩ châm, sử

dụng những huyết trên loa tai để phòng bệnh và chữa bệnh đã được ứng dụng rộng rãi và đem lại kết quả tốt [8].

“Bán hạ bạch truật thiên ma thang” là bài thuốc cổ phương được tác giả Chu Đan Khê trình bày trong sách Y học tâm ngộ có công năng chủ trị tảo thấp hóa đàm có hiệu quả tốt trong điều trị chứng huyễn vựng do đàm thấp rất thường gặp trong bệnh lý rối loạn chức năng tiền đình [9].

Với mong muốn nâng cao hiệu quả điều trị trên lâm sàng, việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị đã được đặt ra, vì vậy, với mong muốn chứng minh hiệu quả của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm trong điều trị RLCNTĐ cũng như giúp các thầy thuốc có thêm lựa chọn trên lâm sàng, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn chức năng tiền đình”** với 2 mục tiêu:

- 1. Đánh giá tác dụng của bài thuốc bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn chức năng tiền đình thể đàm thấp.*
- 2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về rối loạn chức năng tiền đình theo Y học hiện đại

1.1.1. Dịch tễ học rối loạn chức năng tiền đình

Theo khảo sát về sức khỏe quốc gia của Mỹ, có khoảng 14,8% người trưởng thành bị chóng mặt hoặc rối loạn thăng bằng, trong số những người cao tuổi, 19,6% có các vấn đề chóng mặt hoặc rối loạn thăng bằng liên tục hoặc ngắt quãng tới 12 tháng [10], [11]. Theo một báo cáo mới nhất, mỗi năm có khoảng 26 triệu người phải vào khoa cấp cứu vì chóng mặt và mất thăng bằng [12]. Sự suy giảm chất lượng cuộc sống do RLCNTĐ tương đương với 64,929 đô la trong cuộc đời bệnh nhân, hoặc tổng số 227 triệu đô la cho dân số trên 60 tuổi ở Mỹ [13]. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra RLCNTĐ rất phổ biến trong cộng đồng người châu Á với con số ngày càng gia tăng [14].

1.1.2. Chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình

1.1.2.1. Chẩn đoán xác định RLCNTĐ

❖ **Chóng mặt:** là triệu chứng hay gặp nhất của rối loạn chức năng tiền đình.

Các đặc điểm của chóng mặt:

+ Biểu hiện và mức độ chóng mặt: Người bệnh có cảm giác các đồ vật xung quanh họ quay tròn, hoặc chính bản thân người bệnh quay tròn xung quanh đồ vật.

+ Tính chất xuất hiện: Có thể xuất hiện đột ngột và có tính chất xoay tròn, hoặc có thể xuất hiện từ từ với những cơn chóng mặt nhỏ nối tiếp hoặc chỉ mất thăng bằng khi đi lại và sau đó triệu chứng trở nên mạn tính.

+ Các dấu hiệu đi kèm: Thường đi kèm với các dấu hiệu thần kinh tự chủ như buồn nôn, vã mồ hôi, cảm giác sợ ngã hoặc các dấu hiệu về thính lực như giảm thính lực, ù tai, cảm giác bị đầy, điếc đặc.

❖ **Rối loạn thăng bằng**

+ Rối loạn nặng: Người bệnh không thể đứng vững được, dấu hiệu này thường gặp trong giai đoạn đầu của RLCNTĐ ngoại biên.

+ Rối loạn vừa và nhẹ: Thường được phát hiện thông qua các nghiệm pháp khám tiền đình của các rối loạn động trạng và rối loạn tĩnh trạng:

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

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

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

- Nghiệm pháp past pointing: Bệnh nhân giơ thẳng hai tay ra trước, ngón trỏ chạm vào ngón trỏ của người khám, sau đó yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt, đưa tay lên và hạ xuống chạm vào tay người khám lần nữa. Đối với người có rối loạn chức năng tiền đình hai ngón trỏ không chạm tay người khám mà bị lệch sang một bên. Góc độ di lệch có thể càng tăng khi thực hiện nhiều lần. Khi khám cần chú ý chiều của hướng lệch, hướng tay lệch và chiều chạm của rung giật nhãn cầu xem có sự tương hợp, sự hài hoà hay không [13], [14], [17].

❖ **Tiền sử của người bệnh:** Các tiền sử về tai mũi họng như viêm tai kéo dài, bệnh lý thần kinh, chấn thương sọ não, ngộ độc thức ăn, thuốc, đặc biệt là ngộ độc các thuốc kháng sinh gây độc cho tai như streptomycin, gentamycin, neomycin, các bệnh về mạch máu [15], [16], [17].

❖ **Các nghiệm pháp và phương pháp thăm khám hỗ trợ khác**

- + Ghi biểu đồ điện của rung giật nhãn cầu.
- + Nghiệm pháp quay.
- + Ghi điện thế khêu gợi thính giác.
- + Chụp cộng hưởng từ sọ não: tìm tổn thương ở góc cầu tiểu não hoặc của thân não [15], [16], [17].

1.1.2.2 *Chẩn đoán phân biệt RLCNTĐ trung ương và ngoại biên*

Bảng 1.1. Phân biệt RLCNTĐ ngoại biên với RLCNTĐ trung ương[11]

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

Bảng 1.2. Phân biệt chóng mặt tiền đình và không tiền đình[16]

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

1.1.3. Nguyên nhân thường gặp của rối loạn chức năng tiền đình

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

Nguyên nhân bên trong:

- *Tai ngoài và tai giữa:*

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

+ Viêm tai giữa cấp tính.

+ Viêm tai thanh dịch.

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

- *Tai trong:*

+ Viêm tai trong tiết dịch gây chóng mặt ghê gớm kèm ù tai, nghe kém.

+ Viêm thần kinh tiền đình (*Vestibularis Neuronitis*) do virus hoặc nhiễm khuẩn gây chóng mặt, quay cuồng, chóng mặt tư thế rõ nhưng khi đo thính lực lại bình thường.

- + Viêm tai trong nhiễm độc, viêm mê nhĩ cấp, mạn tính.
- + Bệnh Meniere: Tổn thương do sưng nước mê nhĩ. Bệnh gây điếc tiếp nhận, ù tai, chóng mặt từng cơn.

- Các bệnh lý sau mê nhĩ:

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

Nguyên nhân bên ngoài:

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

Ngoài ra, tình trạng tắc nghẽn mạch máu nuôi não hoặc thiếu máu cũng khiến cho hệ thống tiền đình tiếp nhận thông tin chậm hoặc sai lệch từ não bộ, gây hội chứng rối loạn tiền đình [15], [16], [17].

1.1.4. Điều trị rối loạn chức năng tiền đình

Dựa trên bệnh sử, kết quả khám lâm sàng, và các xét nghiệm chẩn đoán để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với từng bệnh nhân, từ thay đổi lối sống đến điều trị bằng thuốc và cuối cùng là phẫu thuật [17].

1.1.4.1. Thay đổi lối sống

- Tập thể dục và phục hồi chức năng: Có các bài tập chuyên biệt phù hợp với từng bệnh nhân nhằm phục hồi chức năng tiền đình.
- Điều chỉnh chế độ ăn uống: chế độ ăn hợp lý đặc biệt là kiểm soát đường huyết là một trong những yếu tố quan trọng vì nhiều nghiên cứu đã chỉ

ra rối loạn chuyển hóa đường trong máu dù ở mức độ tiềm tàng cũng là yếu tố nguy cơ của RLCNTĐ [17].

1.1.4.2. Điều trị bằng thuốc và phẫu thuật

Nguyên tắc cơ bản để điều trị RLCNTĐ nói chung là điều trị nguyên nhân, xử trí cơn chóng mặt cấp để làm giảm khó chịu cho bệnh nhân và để phòng chống tai nạn cho người bệnh. Tuy nhiên, chẩn đoán nguyên nhân các bệnh tiền đình có những khó khăn nhất định, vì vậy trước tiên phải điều trị giảm nhẹ triệu chứng [1].

Sử dụng 4 nhóm chính là nhóm kháng histamine, nhóm kháng cholinergic, nhóm sedative, nhóm hỗ trợ điều chỉnh suy giảm nhận thức tiền đình.

Điều trị cụ thể theo từng nguyên nhân:

➤ Bệnh Meniere.

Trong đợt cấp để điều trị triệu chứng chóng mặt cần dùng các thuốc ức chế tiền đình và chống nôn.

+ Thuốc ức chế tiền đình: Benzodiazepin, nhóm kháng histamine (Meclizine, Dimhydrinate).

+ Thuốc điều hòa tiền đình: Bétahistine.

+ Thuốc giãn mạch: Trimétazidine.

+ Thuốc lợi tiểu: Acetazolamide.

Đối với những cơn chóng mặt kéo dài, khó điều trị thì dùng phương pháp tiêm tĩnh mạch tiền mê:

+ Proliptan.

+ Diparcol.

• Điều trị ngoại khoa.

+ Kỹ thuật bảo tồn bao gồm mở túi nội dịch (gia tăng hay đặt Shunt hay cả hai) và phẫu thuật cầu nang (Sacculotomy).

+ Kỹ thuật phá hủy bao gồm tiêm gentamicine trong hòm nhĩ (Intratympanic), phẫu thuật cắt bỏ mê đạo (Labyrinthectomy) và cắt dây thần kinh tiền đình [5], [16], [17].

➤ Viêm dây thần kinh tiền đình.

+ Chống nhiễm khuẩn ở các ổ viêm mũi họng như viêm xoang, viêm mũi, viêm họng. (Kháng sinh dùng như: Oxytetrocyclin, zinnat...).

+ Thuốc an thần và chống chóng mặt: Tanganil.

+ Thuốc kháng Histamin: Telfast, Histalong.

+ Các vitamin nhóm B [15], [16], [17].

➤ Viêm mê nhĩ.

+ Viêm tai cấp gây viêm mê nhĩ chủ yếu là điều trị tai: chích rạch màng nhĩ, kháng sinh, không có chỉ định can thiệp ngoại khoa.

+ Viêm mê nhĩ do viêm xương cấp: phẫu thuật xương chũm, mê nhĩ để nguyên, nếu mê nhĩ không khỏi thì khoét mê nhĩ [15], [16], [17].

1.2. Tổng quan về rối loạn chức năng tiền đình theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

YHCT mặc dù không có bệnh danh rối loạn chức năng tiền đình nhưng những biểu hiện triệu chứng hay gặp ở bệnh lý này như hoa mắt, chóng mặt thuộc phạm vi chứng huyễn vựng của YHCT. Huyền là hoa mắt, vựng là chóng mặt. Huyền chỉ mắt hoa như nẩy đom đóm, nhìn đồ vật như có màn che. Vựng là cảm giác cơ thể hay đồ vật bên ngoài chao đảo, xoay chuyển, chũn đứng chòng chành kể cả khi nhắm mắt. Hai triệu chứng này thường hay kết hợp với nhau nên gọi là huyễn vựng [18], [19], [20].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Huyễn vựng ở giai đoạn sớm và lúc phát bệnh với đặc điểm tiêu thực nổi trội, do phong hỏa đàm, ú là chủ như can dương thượng cương, đàm trọc trung

trở, huyết ứ nội đình..., giai đoạn sau hoặc giai đoạn hoãn giải biểu hiện bản hư rõ rệt như khí huyết bất túc, não tủy hư suy, thận tinh khuỵ tổn.

Phong tà thượng nhiều: Phong tính động, chủ thăng, hướng lên trên, phong tà xâm nhập vào cơ biểu, thượng nhiều lên đỉnh đầu, tà át thanh khiếu cho nên dẫn đến huyền vựng.

Can dương thượng cương: Uất ức thái quá, can mất điều đạt, can uất hóa hỏa hay tức giận thương can, can dương thượng kháng, thượng nhiều thanh không, phát thành huyền vựng. Lo nghĩ thái quá làm thương tổn đến tỳ vị, nguồn sinh hóa khí huyết bị hao kiệt. Hoặc kinh sợ làm tổn thương đến thận, thận tinh suy hư làm bể tủy mất đi sự dinh dưỡng cũng có thể phát thành huyền vựng.

Đàm trọc trung trở: Tỳ sinh đàm chi nguyên, ẩm thực thất tiết, bia rượu và ăn nhiều đồ ngọt béo, no đói thất thường làm thương tỳ vị, tỳ vị mất kiện vận, thủy cốc không tinh hóa tinh vi mà tụ lại sinh đàm, đàm trọc trung trở át thanh dương bất thăng, trọc âm bất giáng mà thành huyền vựng. “Đan Khê tâm pháp – Đầu huyền” nói: “Vô đàm tắc bất tắc huyền, đàm nhân hỏa động, hựu hữu thấp đàm giả, hữu hỏa đàm giả”. Tức là không có đàm là không có huyền vựng, đàm động theo hỏa nên phân ra thấp đàm và hỏa đàm.

Ứ huyết trở khiếu: Vùng đầu bị tổn thương, huyết ứ đình lưu, làm não mạch bị trở, khí huyết không thể lên nuôi đầu mắt, não mất đi sự nuôi dưỡng, đều có thể phát thành huyền vựng.

Khí huyết khuỵ hư: “Linh khu – Khẩu vấn” nêu ra: “Cổ tượng khí bất túc, não vị chi mất mãn, não vị chi khổ minh, đầu vị chi khổ khuynh, mục vị chi khổ huyền”, tức là khi khí lên đầu không đủ thì não không đầy, tai sẽ ù, đầu sẽ đau, mắt sẽ hoa. Bệnh lâu ngày không khỏi làm hao tổn khí huyết, hoặc sau khi mất máu không hồi phục, hoặc tỳ vị hư nhược không kiện vận được thủy cốc, không sinh hóa được khí huyết mà dẫn đến khí huyết lưỡng

hư. Khí hư thì thanh dương không được thăng, huyết hư não mất sự nuôi dưỡng gây huyễn vựng [19].

Thận tinh bất túc: Thận là thiên tiên chi bản, tàng tinh sinh tủy, nếu bẩm tố bất túc hoặc người già thận khuy tổn hoặc bệnh lâu ngày mà tổn thương đến thận, phòng lao quá độ, đều có thể dẫn đến thận tinh khuy tổn không sinh tủy mà não là bể của tủy, tủy hải bất túc, thượng hạ đều hư gây bệnh.

Các cơ chế gây huyễn vựng có ảnh hưởng qua lại và chuyển hóa lẫn nhau [7], [21], [22], [23].

1.2.3. Các thể bệnh và điều trị.

1.2.3.1. Đàm thấp

Chứng trạng: Chóng mặt, đau đầu nặng như bó, mắt ngủ, người nặng nề, thần mệt mỏi, ngực khó chịu, buồn nôn có thể nôn mửa ra đờm dãi, ăn ít, bụng đầy chướng.

Lưỡi mạch: Chất lưỡi bệu, rìa lưỡi có vết hằn răng, rêu trắng nhờn, mạch huyền hoạt.

Pháp điều trị: Táo thấp hóa đàm, kiện tỳ hòa vị

Phương thuốc: Bán hạ bạch truật thiên ma thang (bán hạ chế 8g, bạch truật 12g, bạch linh 12g, thiên ma 12g, trần bì 8g, cam thảo 4g, sinh khương 4g, đại táo 12g).

1.2.3.2. Phong tà thượng nhiễu

Chứng trạng: Hoa mắt chóng mặt, đau đầu, sợ gió, sợ lạnh, sốt, nghẹt mũi, chảy nước mũi.

Lưỡi mạch: Chất lưỡi hồng nhạt, rêu lưỡi trắng, mạch phù.

➤ Thể phong hàn:

- Nước mũi trong, ho đờm trắng loãng, ngứa họng, không mồ hôi, rêu lưỡi trắng mỏng mà nhuận, mạch phù khẩn.

- Pháp điều trị: Sơ phong tán hàn.

- Phương thuốc: Xuyên khung trà điều tán (xuyên khung 8g, bạc hà 32g, tế tân 6g, cam thảo 6g, kinh giới 16g, khương hoạt 8g, bạch chỉ 12g, phòng phong 8g)

➤ Thể phong nhiệt:

- Nước mũi vàng đục, ho đờm vàng dính, đau họng, khát, ra mồ hôi, đầu lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch phù sắc.

- Pháp điều trị: Sơ phong tán nhiệt.

- Phương thuốc: Ngân kiều tán (kim ngân hoa 40g, đậu xị 20g, trúc điệp 16g, bạc hà 25g, cam thảo 20g, liên kiều 40g, ngưu bàng tử 25g, kinh giới 16g, cát cánh 25g) tán bột ngày uống 20g.

➤ Thể phong thấp:

- Đầu nặng như bó, chân tay nặng nề, ngực sườn khó chịu, rêu lưỡi nhờn, mạch nhu.

- Pháp điều trị: Khu phong trừ thấp.

- Phương thuốc: Khương hoạt thăng thấp thang (khương hoạt 12g, độc hoạt 12g, phòng phong 8g, cao bản 8g, mạn kinh tử 8g, xuyên khung 8g, cam thảo 4g).

1.2.3.3. Can dương thượng can

Chứng trạng: Hoa mắt chóng mặt muốn ngã, ù tai, đầu đau chướng, mặt đỏ mắt đỏ, người bực bội dễ cáu gắt, miệng khô đắng, chân tay tê bì, đau lưng mỏi gối, ngủ ít hay mê, cáu giận, phiền muộn.

Lưỡi mạch: Chất lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, mạch huyền sắc.

Pháp điều trị: Bình can tiềm dương, tư dưỡng can thận.

Phương thuốc: Thiên ma câu đằng ẩm (thiên ma 8g, sinh thạch quyết minh 20g, tang ký sinh 12g, ngưu tất 12g, chi tử 12g, ích mẫu 12g, câu đằng 16g, phục thần 16g, đỗ trọng 16g, dạ giao đằng 20g, hoàng cầm 12g).

1.2.3.4. *Huyết ứ*

Chứng trạng: Hoa mắt chóng mặt từng lúc, tái phát không khỏi, đầu đau như kim châm, sắc mặt đen sạm, môi tím, da móng khô ráp, hay quên, hồi hộp, mất ngủ, ù tai, điếc tai.

Lưỡi mạch: Chất lưỡi tím tái, có điểm ứ huyết, mạch huyền sáp hoặc tế sáp.

Pháp điều trị: Khử ứ sinh tân, thông khiếu hoạt huyết.

Phương thuốc: Thông khiếu hoạt huyết thang (xích thực 8g, xuyên khung 8g, đào nhân 12g, hồng hoa 12g, củ hành già 3 củ, sinh khương 12g, xạ hương 12g).

1.2.3.5. *Khí huyết lưỡng hư*

Chứng trạng: hoa mắt chóng mặt, cử động thì nặng thêm, mệt mỏi ngại nói, thở ngắn, tiếng nói nhỏ, tự hãn, ăn ít, sắc mặt không tươi nhuận, môi nhợt nhạt, hồi hộp ít ngủ.

Lưỡi mạch: Chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng, mạch tế nhược.

Pháp điều trị: Bổ ích khí huyết, kiện tỳ vận vị.

Phương thuốc: Quy tỳ thang (nhân sâm 12g, hoàng kỳ 20g, toan táo nhân 12g, mộc hương 2g, bạch truật 12g, phục thần 12g, đương quy 4g, chích cam thảo 2g, viển chí 4g, long nhãn 12g).

1.2.3.6. *Thận tinh bất túc*

Chứng trạng: Hoa mắt chóng mặt, tai ù như ve kêu, bệnh lâu ngày không khỏi, hay quên, mắt khô thị lực giảm, mạn sườn đau âm ỉ, đau lưng mỏi gối, ngủ ít hay mơ, răng lung lay, tóc rụng.

Lưỡi mạch: Chất lưỡi đỏ, rêu ít hoặc không rêu, mạch tế sắc.

Pháp điều trị: Bổ thận dưỡng tinh, sung dưỡng não tủy.

Phương thuốc: Tả quy hoàn (thục địa 200g, sơn thù 100g, sơn dược 100g, thỏ ty tử 100g, lộc giác giao 100g, câu kỷ tử 100g, ngư tử 75g, cao quy bản 100g) luyện mật làm hoàn mỗi lần uống 8g.

Ngoài ra còn thường dùng phối hợp với các phương pháp điều trị không dùng thuốc như: Châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, khí công dưỡng sinh để điều trị các thể bệnh trên [24], [25], [26], [27].

1.3. Tổng quan về phương pháp nhĩ châm

1.3.1. Định nghĩa, nguồn gốc lịch sử của nhĩ châm

Nhĩ châm (hay còn gọi là châm loa tai) là phương pháp tác động lên tai nhằm mục đích chữa bệnh, đã được các y văn cổ của Trung Quốc nêu trong các sách Nội kinh, Linh khu (ra đời từ thế kỉ thứ IV đến thế kỉ thứ II - trước Công nguyên) [28].

Ở châu Âu, Hypocrates (460-370 trước Công nguyên) cũng đã viết về kinh nghiệm của người Ai Cập cổ đại điều trị bệnh bằng cách đốt bỏng trên tai để chữa đau lưng, rạch tĩnh mạch sau tai để chữa chứng bất lực về sinh lý ở nam giới [28].

Khoảng cuối thế kỉ XVIII, đầu thế kỉ XIX, nhiều tác giả phương Tây quan tâm đến nghiên cứu loa tai như John Hunter, Paul-Josheph, Barther... họ quan niệm rằng, tai là một vùng sinh phản xạ khi tiếp nhận một người đàn ông bị ong đốt ở vành tai khiến anh ta đau đến nỗi không đi lại được [29].

Năm 1850, Runker ghi nhận kết quả giảm đau dây thần kinh tọa do đốt nóng vùng vành tai [30].

Năm 1957, tại Hội nghị châm cứu họp tại Tây Đức, bác sĩ Paul Nogier (người Pháp) cùng cộng sự đã công bố công trình nghiên cứu huyệt vị ở tai. Đây là lần đầu tiên tác giả đưa ra khái niệm bản đồ loa tai giống như bào thai nằm trong tử cung và nêu lên cách châm một số điểm (huyệt) ở loa tai để chữa bệnh, mặc dù trước đó tác giả không có nghiên cứu gì về châm loa tai của người Trung Quốc [29].



- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. Bàng quang | 12. Vòm miệng |
| 2. Thận | 13. Mắt |
| 3. Đại tràng | 14. Tụy |
| 4. Tụy | 15. Túi mật |
| 5. Tai ngoài | 16. Gan |
| 6. Tá tràng | 17. Dạ dày |
| 7. Thực quản | 18. Tâm vị |
| 8. Tỳ | 19. Tiểu trường |
| 9. Phổi phải | 20. Tim |
| 10. Tuyến thượng thận | 21. Phổi trái |
| 11. Răng | 22. Khí quản |

Hình 1.1. Hình loa tai [29].

Năm 1962, Trung Quốc cho xuất bản một tài liệu tổng hợp các báo cáo về nhĩ châm, năm 1972, xuất bản tiếp tài liệu về nhĩ châm và là nước đầu tiên dùng một số huyết trên loa tai để châm tê [28], [31].

Tháng 11 năm 1997, Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ (NIH) đã phê duyệt phương pháp châm cứu. Việc phê duyệt bao gồm đánh giá những nghiên cứu hỗ trợ việc sử dụng nhĩ châm để giảm đau và điều trị cai nghiện [32].

Việt Nam là một trong những nước sử dụng châm cứu sớm nhất ở Châu Á và thế giới, có tổ chức châm cứu, có thầy thuốc châm cứu và có biên soạn tài liệu châm cứu tương đối sớm trên thế giới. Với vốn châm cứu đã có từ lâu đời của dân tộc, lại luôn học tập được những kinh nghiệm mới về châm cứu của Trung Quốc và thế giới, các hình thức châm cứu của nước ta cũng đang phát triển muôn màu muôn vẻ để phục vụ nhân dân như nhĩ châm, thủy châm, mai hoa châm... đang phổ cập từ thành phố đến các tuyến cơ sở. Từ năm 1962, Giáo sư Nguyễn Tài Thu – viện trưởng đầu tiên của bệnh viện Châm cứu Trung Ương đã tiến hành nghiên cứu nhĩ châm, khảo sát điểm đau ở loa

tai để chẩn đoán bệnh, phòng và chữa bệnh. Cho đến nay, nước ta đã có nhiều cơ sở nghiên cứu và ứng dụng nhĩ châm để phòng và chữa bệnh. Sách Tân châm của Giáo sư Nguyễn Tài Thu được xuất bản lần đầu năm 1971 và đã được tái bản nhiều lần, được sử dụng làm tài liệu hướng dẫn cho nhiều lớp đào tạo y bác sĩ tới nay [49]. Trong những năm 1981-1984, bộ môn Y học dân tộc của trường Đại học Y Hà Nội có thông báo về kết quả ứng dụng châm loa tai (trên 1000 ca theo dõi) có kết quả: Châm loa tai có hiệu lực điều trị rõ rệt nhiều loại chứng bệnh với số ngày điều trị không kéo dài, rất ít tai biến [8].

Bệnh viện châm cứu Trung Ương là cơ sở đầu ngành về châm cứu ở nước ta cũng đã tiến hành rất nhiều nghiên cứu về phương pháp nhĩ châm nổi bật với các nghiên cứu như: Nghiên cứu tác dụng của nhĩ châm trong điều trị mất ngủ thể tâm thận bất giao của tác giả Trần Thị Liên (2015) trên 30 bệnh nhân với phương pháp nghiên cứu can thiệp tiến cứu mô tả có nhóm chứng; sử dụng công thức huyết thần môn, tâm, thần kinh thực vật, thận cho kết quả tốt và khả năng hồi phục nhanh sau 20 ngày điều trị. Nghiên cứu đánh giá tác dụng của điện nhĩ châm trong điều trị đau đầu thể can hỏa vượng của tác giả Nguyễn Bá Quang (2010) trên 88 bệnh nhân với phương pháp nghiên cứu can thiệp tiến cứu mô tả; sử dụng công thức huyết can nhiệt huyết, can đờm, thần môn – tâm, tâm bào – thần kinh thực vật, thận cho kết quả tốt và không có trường hợp nào không có kết quả, các triệu chứng của đau đầu thể can hỏa vượng được cải thiện rõ sau 20 ngày điều trị [8].

1.3.2. Cơ sở khoa học của phương pháp nhĩ châm

1.3.2.1. Theo YHCT

❖ Mối liên quan giữa loa tai và kinh mạch

Theo YHCT, tai không phải là một bộ phận cô lập mà nó có quan hệ mật thiết với các bộ phận khác của cơ thể. Theo Thiên U kinh mạch (Linh khu) ghi rõ sự tuần hoàn của 6 đường kinh dương đi qua tai. Thiên Mậu thích luận sách Tô Vấn viết: “Năm lạc của sáu kinh âm đều hội ở trong tai”. Thiên Khẩu

vấn sách Linh Khu nói: “Nhĩ vi tổng mạch chi sở tự” nghĩa là loa tai là nơi tụ tập của các kinh mạch [28].

❖ ***Mối liên quan giữa loa tai và tạng phủ***

Theo các tài liệu kinh điển như Nội kinh, Nạn kinh... đã nói rất rõ loa tai có mối quan hệ mật thiết với ngũ tạng, lục phủ và các cơ quan của cơ thể.

Với Tâm – Thận: “Thận khí thông ra tai, thận khí bình thường thì tai có thể nghe rõ được” (Thiên mạch độ - sách Tố Vấn). “Tâm khai khiếu ở tai” (Tố Vấn), gốc khiếu của tâm là lưỡi, song lưỡi không có lỗ khiếu nên gửi vào tai. Vì thế Thận lấy tai làm chủ khiếu, Tâm lấy tai làm khách khiếu (sách Y quan của Triệu Duỡng Quy đời nhà Minh). Với khí quan tiêu hóa: đầu đầu, tai ù, chín khiếu không lợi là do trường vị mà ra. Với Can Phế và Não tủy: bệnh của Can hư tất tai không nghe được (Thiên tàng khí pháp thời luận, sách Tố Vấn); Phế chủ thanh làm cho tai nghe được (Thiên 40, Nạn kinh); Não tủy không đầy đủ gây ra ù tai (Thiên Hải luận, sách Linh khu) [28].

❖ ***Phân vùng loa tai và những thay đổi bệnh lý***

Bình thường da ở loa tai có màu tươi sáng đồng đều, đôi khi có những chấm hay mảng sắc tố (bẩm sinh), khi cơ thể có bệnh sẽ xuất hiện một số thay đổi ở loa tai như:

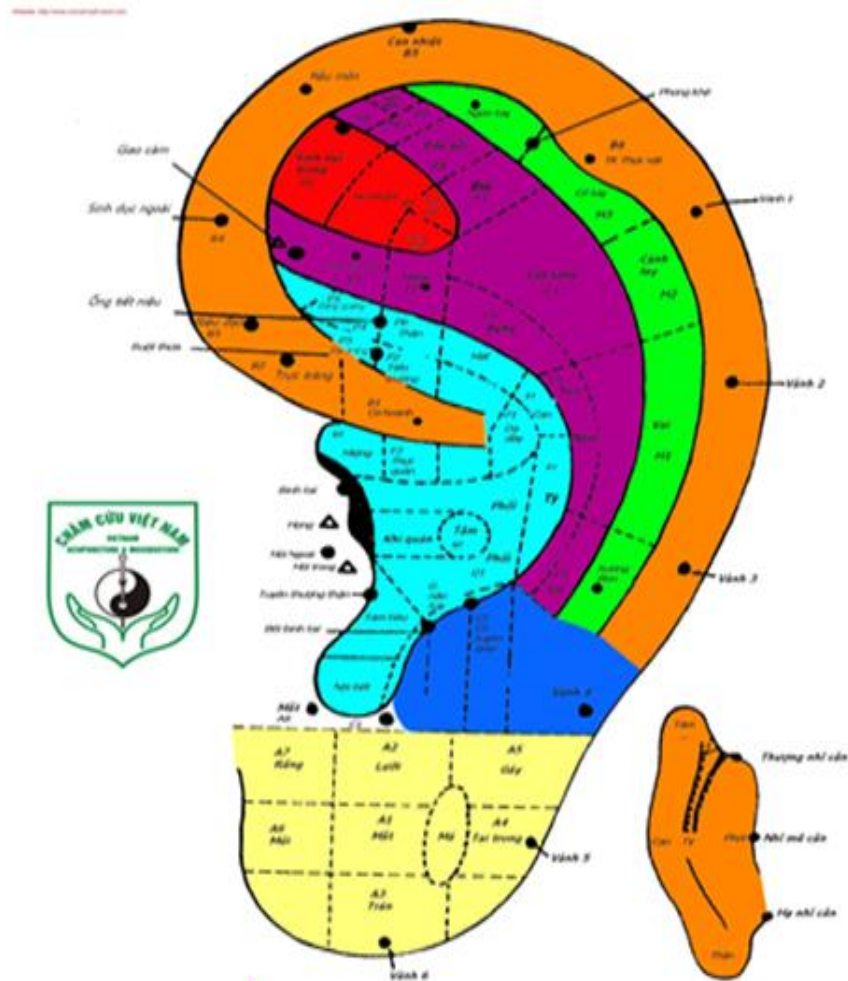
Một vùng da ở vị trí nào đó trên loa tai (hoặc tất cả loa tai) đỏ hay tái xanh, xạm ở cả hai tai hoặc chỉ một tai.

Nhiệt độ da tai cũng thay đổi: nóng bừng hay giá lạnh.

Đau ở điểm nào đó trên tai, điểm đau chói hay nóng ran khiến người bệnh rất khó chịu. Đo điện trở trên tai thấy có biến đổi rõ rệt.

Thực tiễn lâm sàng cho thấy: khi cơ thể có bệnh trong đa số trường hợp trên mặt của loa tai, tại những vị trí của loa tai có quan hệ với nơi đang bị bệnh xuất hiện những vùng phản ứng bệnh lý. Khi bệnh giảm hoặc khỏi, cảm giác ấn đau ở điểm này cũng giảm và mất đi [28], [29].

Để thống nhất vùng huyết trong nhĩ châm, Hội đồng Châm cứu Tây Thái Bình Dương họp tháng 6 năm 1987 tại Seoul (Hàn Quốc) đã lấy ba sơ đồ loa tai của ba nước: Việt Nam (Nguyễn Tài Thu), Trung Quốc (Vương Thế Tài), Pháp (P.Nogier) để so sánh, nghiên cứu và sơ bộ công nhận 44 vùng huyết thống nhất trên loa tai như sau:

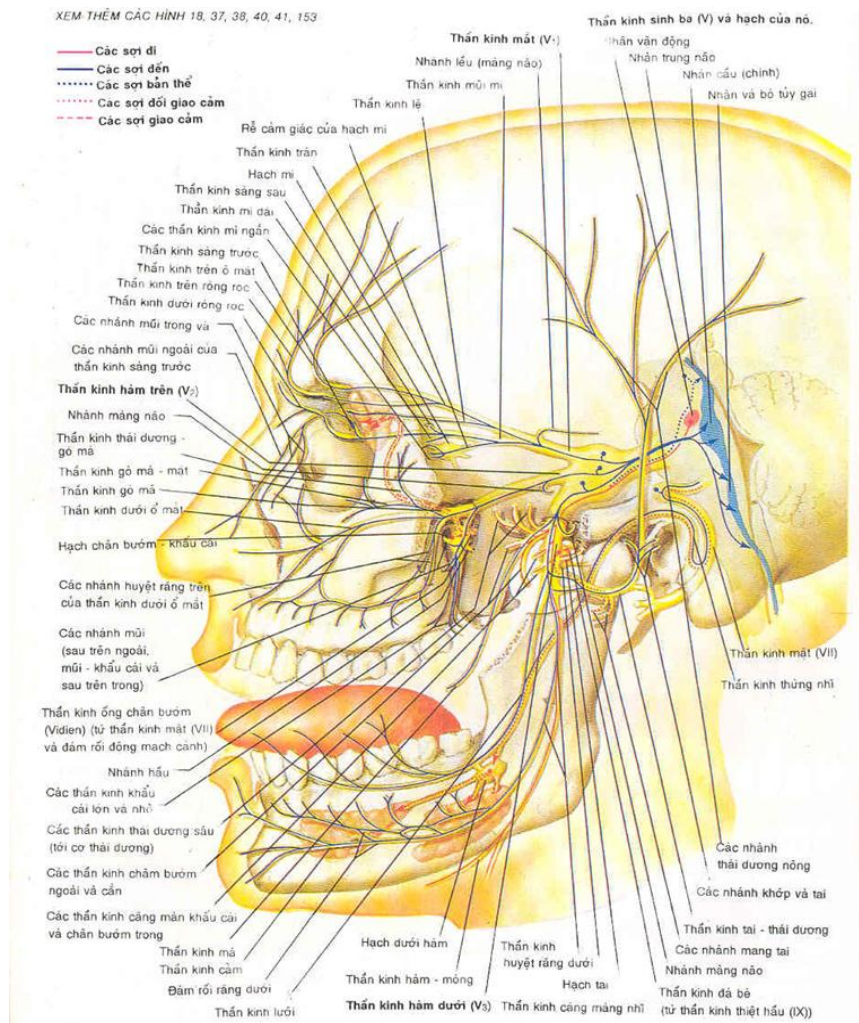


Hình 1.2. Sơ đồ các huyết của loa tai (Bản dịch Tiếng Việt)[49].

1.3.2.2. Theo YHHĐ

❖ Sự phân bố thần kinh và mạch máu của loa tai

- Sự phân bố thần kinh loa tai: các nhánh chính của dây thần kinh tai to và dây thần kinh chẩm nhỏ ở tiết đoạn thần kinh C2 - C3, nhánh thái dương của dây thần kinh V, nhánh tai sau của dây thần kinh mặt, nhánh tai sau của dây thần kinh phế vị [33].



Hình 1.3. Thần kinh liên quan đến tai [34].

Với sự phân bố thần kinh như trên, loa tai là ngã rẽ của nhiều đường thần kinh làm cho nó gắn liền mật thiết với toàn thân. Nhờ sự phân bố thần kinh cảm giác của nó, loa tai được liên hệ với:

- ✓ Các đường tủy: Nhờ vào đám rối cổ nông là nơi đã phát ra dây thần kinh tai to.
- ✓ Não bộ: Chủ yếu dựa vào dây thần kinh V.
- ✓ Hệ thần kinh thực vật: Hệ giao cảm có rất nhiều sợi của thần kinh giao cảm cổ được liên hệ vào các nhánh của đám rối tủy cổ nông, của dây X và của dây XI. Dây XI lại được liên hệ trực tiếp với đám rối giao cảm của xoang cảnh (rất quan trọng trong sự điều hòa vận động tim mạch). Hệ phó giao cảm:

Gồm các nhánh mạch và bài tiết nước bọt của dây phở giao cảm thuộc hành não, dây XI và chủ yếu là dây X.

- *Phân bố mạch máu và bạch mạch của loa tai:*

Loa tai được cung ứng máu khá đầy đủ, chủ yếu dựa vào động mạch thái dương nông của động mạch cổ ngoài và động mạch sau tai. Động mạch thái dương nông nuôi dưỡng khu vực trước tai, còn động mạch sau tai có nhánh sau tai và nhánh trước tai. Nhánh động mạch sau tai đi đến mặt trước loa tai, nuôi dưỡng vùng 2/3 dưới của thùy tai, đôi luân, đỉnh của hồ tam giác, xoắn tai trên và một phần vành tai.

Các tĩnh mạch nhỏ của mặt trước loa tai đổ vào tĩnh mạch thái dương nông. Tĩnh mạch của mặt sau loa tai hợp lại thành 3 - 5 tĩnh mạch của mặt sau loa tai đổ vào tĩnh mạch sau tai.

Bạch mạch của loa tai khá phong phú, hình thành một mạng lưới tại loa tai. Bạch mạch ở mặt trước loa tai chảy vào mang tai. Đại bộ phận bạch mạch ở mặt sau loa tai đổ về hạch sau tai [33].

1.3.3 Chỉ định và chống chỉ định của nhĩ châm

❖ **Chỉ định**

Phương pháp trị liệu bằng Nhĩ châm hiện nay rất phổ biến và được áp dụng rộng rãi, đạt hiệu quả rõ rệt trong điều trị:

- Các bệnh thuộc hệ thần kinh: Đau đầu, mất ngủ, suy nhược thần kinh, trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác, rối loạn thần kinh thực vật, đau dây thần kinh hông to, đau thần kinh liên sườn,...

- Các bệnh thuộc hệ vận động: đau vai gáy, đau lưng, các chứng đau viêm khớp cấp, mãn tính.

- Các bệnh thuộc hệ sinh dục - tiết niệu: viêm tuyến vú, tắc tia sữa, đau bụng kinh, rối loạn kinh nguyệt, suy giảm sinh lý ở cả nam và nữ giới.

- Các loại bệnh khác: đau hay loét dạ dày, rối loạn vận động ruột, huyết áp cao hoặc thấp, đái dầm, cai thuốc lá, dị ứng, giảm cân...[32], [35].

❖ **Chống chỉ định**

- Người bệnh đang trong tình trạng cấp cứu.
- Da bị tổn thương, có khối u ác tính ở vùng châm.
- Các bệnh ưa chảy máu, vùng đang chảy máu, xuất huyết dưới da [37].

❖ **Thận trọng**

- Người bệnh sốt cao, đang mắc bệnh truyền nhiễm, cấp tính.
- Phụ nữ có thai.
- Giai đoạn nặng của bệnh: suy tim, suy gan, suy thận, cơ thể suy kiệt nặng.
- Sau ăn quá no hoặc quá đói.
- Người bệnh có nguy cơ chảy máu [37].

1.4. Tổng quan về bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang.

❖ **Nguồn gốc, xuất xứ**

Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang là bài thuốc cổ phương của tác giả Chu Đan Khê viết trong Y học tâm ngộ, là bài thứ 27922 trong sách Trung y phương tể đại từ điển tái bản mới nhất năm 2015 [50].

❖ **Cấu trúc bài thuốc**

Bán hạ chế	8g	Cam thảo	4g
Bạch linh	12g	Bạch truật	12g
Thiên ma	12g	Sinh khương	4g
Trần bì	8g	Đại táo	12g

❖ **Cách dùng:** Tất cả làm thang, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

❖ **Tác dụng:** Táo thấp hóa đàm, bình can tức phong.

❖ **Chỉ định:** Đàm dẫn đến huyễn vựng, đầu thống, buồn nôn, ngực đầy chướng.

❖ **Ứng dụng:** chủ trị chóng mặt, đau đầu, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid.

❖ *Phân tích bài thuốc*

Thiên ma, bán hạ chế hóa đàm, giáng nghịch, tức phong là hai vị thuốc chủ yếu điều trị chứng huyễn vựng đầu thống là Quân; Bạch truật kiện tỳ, táo thấp là Thần; Bạch linh là vị thuốc kiện tỳ trừ thấp dùng để điều trị nguồn gốc sinh đàm; Trần bì lý khí hóa đàm, cam thảo, sinh khương, đại táo là những vị thuốc điều hòa tỳ vị là Tá và Sứ. Các vị thuốc trên tạo thành một bài thuốc tiêu biểu cho pháp kiện tỳ, trừ thấp, hóa đàm, tức phong.

Theo Y học cổ truyền chứng huyễn vựng chủ yếu cho đàm thấp gây nên vì vậy việc điều trị chủ yếu là kiện tỳ hóa thấp. Sách Tỳ vị luận có ghi: “Túc thái âm tỳ bị đờm huyết, đau đầu không dùng bán hạ thì không khỏi, đầu choáng váng, mắt hoa, nội phong bốc lên, không dùng thiên ma thì không hết”. Trong chương huyễn vựng ở tác phẩm Y học tâm ngộ cũng ghi: “Có thấp đờm ủng tắc, sách xưa ghi là đầu choáng, mắt hoa, không có thiên ma, bán hạ không trừ được là như vậy” [20].

1.5. Tình hình nghiên cứu điều trị rối loạn chức năng tiền đình trong nước và trên thế giới.

1.5.1 Nghiên cứu tại Việt Nam

Phí Ngọc Nhuận (2017) nghiên cứu tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc trong thành phần có ginkgo biloba cho hiệu quả cải thiện tốt các chứng đầu thống, huyễn vựng, thất miên trên bệnh nhân thiếu máu mãn tính [41].

Tác giả Nguyễn Thị Thanh Vân (2013) nghiên cứu tác dụng của đầu châm kết hợp cao thông u trong điều trị chứng huyễn vựng. Kết quả cho thấy phương pháp kết hợp có tác dụng trong điều trị chứng huyễn vựng [42].

Tác giả Đỗ Hồng Giang (2006) thực hiện nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh về ứng dụng các bài luyện tập phục hồi chức năng tiền đình để điều trị bệnh nhân chóng mặt và mất thăng bằng cho hiệu quả cao với phần lớn người bệnh [43].

Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) thực hiện nghiên cứu tác dụng của điện đầu châm trong hỗ trợ điều trị rối loạn chức năng tiền đình. Kết quả cho thấy điện đầu châm có tác dụng tốt trong việc hỗ trợ điều trị các triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn chức năng tiền đình [44].

1.5.2 Nghiên cứu trên thế giới

Nghiên cứu của Yang Xi Yin thực hiện tại khoa Nội bệnh viện số 1 năm 1986-1987 gồm 50 trường hợp chữa chóng mặt bằng nhĩ châm, trong đó có 48 trường hợp khỏi, 2 trường hợp cải thiện và không có trường hợp nào không hiệu quả [51].

Nghiên cứu của Yuan Hai Yan thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Đức Châu năm 2014 gồm 27 trường hợp chóng mặt điều trị bằng nhĩ châm trong đó có 10 ca không tái phát trong vòng 1 năm, hiệu quả rõ rệt hết chóng mặt, 15 ca tái phát trong vòng 1 năm, nhưng triệu chứng nhẹ, cải thiện khi chóng mặt biến mất [52].

Nghiên cứu của Dong Ling Li thực hiện năm 2019 đánh giá tác dụng của các phương pháp YHCT cứu gừng, thủy châm, nhĩ châm trong điều trị chóng mặt gồm 60 bệnh nhân trong đó 28 bệnh nhân thuộc nhóm đối chứng và 32 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu. Kết quả cho thấy hiệu quả của liệu pháp YHCT trên nhóm nghiên cứu tốt hơn, cải thiện triệu chứng nhanh hơn so với nhóm đối chứng chỉ điều trị thông thường [53].

Nghiên cứu của tác giả Yang Fan năm 2019 tại Trung Quốc khi đánh giá tác dụng của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm điều trị trên 48 bệnh nhân chóng mặt do tăng huyết áp, số lượng bệnh nhân chia đều 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu được sử dụng thuốc sắc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm. Nhóm đối chứng được sử dụng thuốc nimodipine và citicholin. Kết quả cho thấy tỉ lệ điều trị hiệu quả nhóm nghiên

cứu 95,83% cao hơn nhóm đối chứng 83,33%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [54].

Năm 2015, tác giả Zhen Xing Xing nghiên cứu đánh giá tác dụng lâm sàng của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang trong điều trị chóng mặt do đàm thấp trên 60 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu được dùng bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang, nhóm đối chứng dùng betahistine. Kết quả sau 4 tuần điều trị, nhóm nghiên cứu có tỉ lệ giảm triệu chứng là 60% có hiệu suất điều trị hiệu quả là 93,33%. Nhóm đối chứng có tỉ lệ giảm triệu chứng là 40% và có hiệu suất điều trị hiệu quả là 90%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [55].

Tác giả Zhang Xiao Xia năm 2016 nghiên cứu 87 trường hợp bệnh nhân để đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp thuốc sắc bán hạ bạch truật thiên ma thang trong điều trị triệu chứng chóng mặt sau 10 ngày điều trị cho kết quả tỉ lệ nhóm nghiên cứu có kết quả tốt hơn rõ rệt so với nhóm chứng [56].

Tác giả Shu Xiao Tian năm 2020 nghiên cứu tác dụng kết hợp của Bán hạ bạch truật thiên ma thang và Trạch tả thang trong điều trị chóng mặt thể đàm thấp. 74 bệnh nhân chia 2 nhóm, nhóm nghiên cứu điều trị kết hợp 2 bài thuốc trên, nhóm đối chứng điều trị bằng thuốc tây y. Kết quả cho thấy tỉ lệ hiệu quả lâm sàng cải thiện triệu chứng ở nhóm nghiên cứu là 94,59% tốt hơn nhóm đối chứng 75,68%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [57].

Tác giả Gao Xiao Jing năm 2021 nghiên cứu tác dụng dược lý và ứng dụng lâm sàng của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang cho hiệu quả chính xác và an toàn cao trong điều trị các bệnh chóng mặt khác nhau [58].

Liang Huang Ying và Jan Kai Wen năm 2013 đã nghiên cứu tác dụng của liệu pháp bấm huyệt kết hợp thuốc sắc Bán hạ bạch truật thiên ma thang trong điều trị chóng mặt. Nghiên cứu thực hiện trong 14 ngày và theo dõi trong 3 tháng. Nhóm nghiên cứu dùng thuốc sắc và bấm huyệt có 15 bệnh nhân khỏi hẳn, 10 bệnh nhân hiệu quả tốt, 4 bệnh nhân hiệu quả trung bình và

1 bệnh nhân không hiệu quả. Nhóm đối chứng chỉ dùng thuốc sắc có 8 bệnh nhân khỏi bệnh, 9 bệnh nhân hiệu quả tốt, 6 bệnh nhân hiệu quả kém, 7 bệnh nhân không khỏi bệnh [59].

Từ các nghiên cứu trên cho thấy việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị của YHCT có tác dụng tốt trong việc điều trị RLCNTĐ, chứng chóng mặt. Vì vậy, rất cần có những nghiên cứu thêm ở Việt Nam để có thể ứng dụng hiệu quả cho người Việt Nam mắc bệnh lý RLCNTĐ khi có được kết quả chứng minh tác dụng thực sự của phương pháp qua các nghiên cứu đánh giá.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân trên 18 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán xác định là rối loạn chức năng tiền đình điều trị nội trú tại khoa Nội II, Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an, được lựa chọn theo các tiêu chuẩn sau.

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng sau [1]:
- + Cơ năng: Chóng mặt, rối loạn thăng bằng, đau đầu, mất ngủ.
- + Thực thể:
 - Nghiệm pháp Romberg dương tính
 - Hoặc nghiệm pháp bước đi hình sao
 - Hoặc nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi dương tính
- Chỉ số thể hiện mức độ chóng mặt và rối loạn thăng bằng (EEV) $\geq 50\%$ (tương đương 10 điểm).
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ đúng liệu trình điều trị.

2.1.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định theo YHHĐ là rối loạn chức năng tiền đình và có các chứng trạng thuộc chứng huyền vụng thể đàm thấp:

- Vọng: Người nặng nề, lưỡi bệu, rêu trắng dính nhớt.
- Văn: Tiếng nói nhỏ, rõ
- Vấn: Chóng mặt, đau đầu, đi đứng không vững, mất ngủ, mệt mỏi, ăn kém, đầy bụng.
- Thiết: Mạch huyền hoạt.

2.2.3 Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý thần kinh: Tai biến mạch máu não, Parkinson...
- Bệnh nhân chóng mặt do nguyên nhân khác như: chấn thương, bệnh lý gây tổn hại thần kinh thị giác, thiếu máu,...
- Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính nặng như suy tim, xơ gan, suy thận...
- Bệnh nhân mắc các bệnh truyền nhiễm.
- Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình và phác đồ điều trị.
- Bệnh nhân quá suy nhược, phụ nữ có thai.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian thực hiện đề tài từ tháng 5/2023 đến tháng 11/2023.
- Địa điểm: Khoa Nội II, Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an – số 278 Lương Thế Vinh, Trung Văn, Nam Từ Liêm, Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng mở có đối chứng và so sánh trước – sau điều trị.

2.3.2. Cỡ mẫu và phân nhóm nghiên cứu

Cỡ mẫu: Theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, 60 bệnh nhân chia đều vào 30 bệnh nhân cho mỗi nhóm, sử dụng phương pháp ghép cặp sao cho đảm bảo về giới, tuổi, thời gian mắc bệnh và mức độ bệnh giữa 2 nhóm.

Phân nhóm:

- Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân điều trị bằng bài thuốc Bán hạ bạch truat thiên ma thang sắc uống ngày 1 thang kết hợp nhĩ châm ngày 1 lần (nghỉ thứ 7, chủ nhật).

- Nhóm chứng: 30 bệnh nhân điều trị bằng phác đồ của Bộ Y tế gồm Paracetam 800mg ngày 2 viên chia 2 lần, Cinarizine 25mg ngày 4 viên chia 2 lần kết hợp nhĩ châm ngày 1 lần (nghỉ thứ 7, chủ nhật).

- Liệu trình can thiệp 20 ngày áp dụng cho cả 2 nhóm.

2.3.3 Chất liệu, phương tiện nghiên cứu.

2.3.3.1 Chất liệu nghiên cứu

✓ Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang

Tên vị thuốc	Tên khoa học	Liều lượng	Tiêu chuẩn
Bán hạ chế	<i>Pinellia ternata</i>	8g	Dược điển Việt Nam V
Bạch truật	<i>Rhizoma Atractylodis macrocephalae</i>	12g	Dược điển Việt Nam V
Bạch linh	<i>Poriaprac parata</i>	12g	Dược điển Việt Nam V
Thiên ma	<i>Rhizoma Gastrodiae elatae</i>	12g	Dược điển Việt Nam V
Trần bì	<i>Pericarpium Citri reticulatae perettne</i>	8g	Dược điển Việt Nam V
Cam thảo	<i>Radix et Rhizoma Glycyrrhizae</i>	4g	Dược điển Việt Nam V
Sinh khương	<i>Rhizoma Zingiberis recens</i>	4g	Dược điển Việt Nam V
Đại táo	<i>Fructus Ziziphi jujubae</i>	12g	Dược điển Việt Nam V

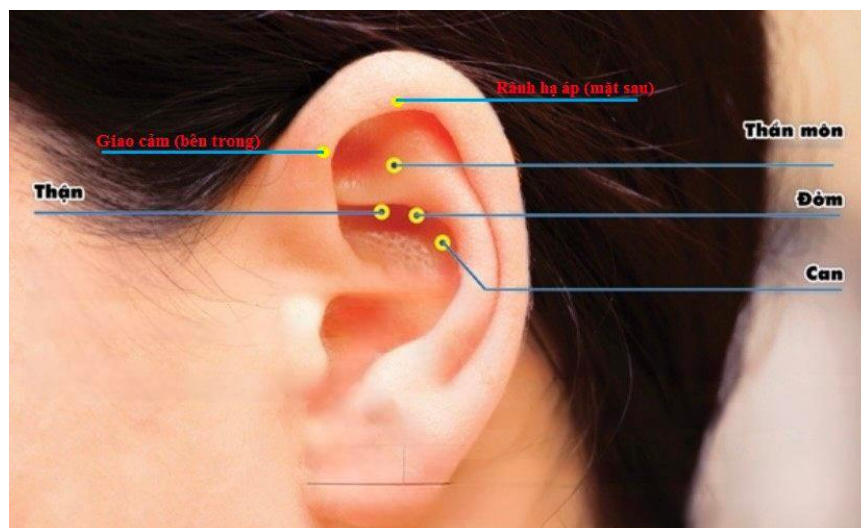
- Dạng bào chế: Thuốc được sử dụng dưới dạng thang sắc, bằng máy sắc thuốc. Sử dụng máy sắc thuốc EXTRACTOR do hãng KYUNGSEO của Hàn Quốc sản xuất năm 2012. Thuốc được sắc đóng túi tự động tại Khoa Dược –

Bệnh viện YHCT Bộ Công An, một thang sắc lấy 300ml, đóng thành 02 túi, mỗi túi 150ml. Ngày uống 2 túi chia 2 lần uống lúc 8 giờ và 16 giờ.

- Nguồn dược liệu: Các vị thuốc được cung cấp bởi khoa Dược, Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an, thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V [36].

✓ Công thức huyết nhĩ châm

Sử dụng phác đồ nhĩ châm điều trị hội chứng rối loạn chức năng tiền đình theo công thức huyết số 149 của Bộ y tế gồm các huyết can, đờm, thận, thần môn, giao cảm, rãnh hạ áp [37].



Hình 2.1 Công thức huyết nhĩ châm

✓ Thuốc

- Pracetam 800 mg

- + Hoạt chất: mỗi viên nang chứa 800mg Piracetam.
- + Liều lượng và cách dùng: 1 viên/ lần x 2 lần/ngày (8h và 16h).
- + Nơi sản xuất: Công ty trách nhiệm hữu hạn LD Stellapharm.
- + Hạn sử dụng: 04/04/2026 Số lô: 020423



Hình 2.2 Hình ảnh thuốc chứng Pracetam

- Cinnarizine 25mg

+ Hoạt chất: Cinnarizine

+ Hàm lượng: 25mg

+ Nơi sản xuất: Công ty cổ phần dược phẩm Hà Nội JSC

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

+ Hạn sử dụng: 02/06/2024 Số lô: 010622



Hình 2.3 Hình ảnh thuốc chứng Cinnarizine

2.3.3.2 Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu: Kim dài 1cm của cơ sở sản xuất Gushi Zhenzheng Medical Trung Quốc, đóng gói tại Hải Đăng Medical Việt Nam.



Hình 2.4 Hình ảnh kim châm cứu sử dụng trong nghiên cứu

- Bông cotton, khay vô trùng, pince kẹp bông.
- Bộ đo huyết áp: Loại máy ALPK2 của Nhật Bản sản xuất.
- Bệnh án nghiên cứu (phụ lục 1).
- Thước đo độ đau Visual analog scale (VAS).

2.4 Chỉ số nghiên cứu và cách xác định

2.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các biến số, chỉ số liên quan đến đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được thu thập 1 lần duy nhất tại thời điểm trước điều trị (D_0).

Tuổi: Dựa vào năm sinh, phân thành các nhóm: < 50 tuổi; 50 - 59 tuổi; 60 - 69 tuổi; \geq 70 tuổi.

Giới tính: Nam/Nữ.

Nghề nghiệp : Văn phòng/ Công nhân/ Hưu trí.

Bệnh lý đồng mắc: Rối loạn chuyển hóa lipid/ Thoái hóa cột sống cổ/ Bệnh lý khác.

Chỉ số khối cơ thể (BMI): Được tính theo công thức:

$$\text{Chỉ số khối cơ thể} = \text{cân nặng (kg)} / \text{chiều cao}^2 \text{ (m)}$$

BMI được phân loại theo IDI và WPRO phân loại chỉ số khối cơ thể cho người châu Á: < 18,5: Thiếu cân; 18,5 - 22,9: Bình thường; 23 – 24,9 : Thừa cân; 25 – 29,9 : Béo phì độ I; ≥ 30 : Béo phì độ II.

Thời gian mắc bệnh: ≤ 1 tuần; 1 tuần - ≤ 1 tháng; 1 tháng - ≥ 3 tháng.

2.4.2. Tác dụng của phương pháp nghiên cứu

❖ Đánh giá tại các thời điểm trước điều trị (D_0), sau điều trị 5 ngày (D_5), sau điều trị 10 ngày (D_{10}), sau điều trị 15 ngày (D_{15}) và sau điều trị 20 ngày (D_{20}) các chỉ tiêu:

***Mức độ đau đầu theo thang điểm VAS (phụ lục 2):**

Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm VAS.

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 điểm bằng thước đo của hãng Astra – Zeneca. Thang điểm số đánh giá mức độ đau VAS là 1 thước có 2 mặt:

- Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.

- Một mặt có 5 hình tượng có thể quy ước và mô tả ra các mức độ để bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất mức độ đau như sau:

+ Hình tượng thứ 1 (tương ứng 0 – 1 điểm): người bệnh không cảm thấy bất kỳ 1 đau đớn, khó chịu nào.

+ Hình tượng thứ 2 (tương ứng 2 – 3 điểm): người bệnh thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.

+ Hình tượng thứ 3 (tương ứng 4 – 5 điểm): người bệnh đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

+ Hình tượng thứ 4 (tương ứng 6 – 7 điểm): người bệnh đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.

+ Hình tượng thứ 5 (tương ứng 8 – 10 điểm): người bệnh đau liên tục, toát mồ hôi, có thể choáng ngất.

Bảng 2.1. Thang điểm VAS

Điểm đầu VAS	Mức độ	Kết quả điều trị	Điểm quy đổi
$0 < VAS < 1$ điểm	Không	Tốt	4
$1 \leq VAS \leq 3$ điểm	Nhẹ	Khá	3
$4 < VAS \leq 6$ điểm	Trung bình	Trung bình	2
$7 \leq VAS \leq 10$ điểm	Nặng	Kém	1

***Mức độ chóng mặt, rối loạn thăng bằng theo EEV [47] (phụ lục 3):**

Thang điểm đánh giá mức độ chóng mặt, rối loạn thăng bằng của châu Âu European Evaluation of Vertigo scale (EEV) là 1 bảng câu hỏi do bác sĩ thực hiện chỉ đánh giá các triệu chứng của rối loạn chức năng tiền đình. Bộ câu hỏi chia làm 4 phần, phần 1 đánh giá về ảo giác về sự chuyển động, phần 2 đánh giá về thời gian ảo giác, phần 3 đánh giá về dấu hiệu rối loạn thần kinh thực vật, phần 4 đánh giá về rối loạn thăng bằng, mỗi phần có điểm tối đa là 4 điểm. Thang điểm đánh giá cao nhất là 16 điểm. Điểm EEV càng cao thì mức độ chóng mặt, rối loạn thăng bằng càng nặng.

Bảng 2.2. Thang điểm EEV

Điểm đánh giá EEV	Mức độ	Kết quả điều trị	Điểm quy đổi
$0 < EEV < 4$ điểm	Không	Tốt	4
$5 < EEV < 8$ điểm	Nhẹ	Khá	3
$9 < EEV < 12$ điểm	Trung bình	Trung bình	2
$13 < EEV < 16$ điểm	Nặng	Kém	1

***Mức độ rối loạn giấc ngủ theo PSQI [46], [48] (phụ lục 4):**

Trắc nghiệm Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) là 1 bài trắc nghiệm đánh giá tình trạng rối loạn và chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân. Chỉ số PSQI là tổng hợp điểm của 1 bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời

gồm 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện (không, ít hơn 1 lần/ tuần, 1-2 lần/tuần, 3 hoặc trên 3 lần/tuần) trên 7 phương diện: Chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen, các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Với số điểm dao động từ 0 đến 21 điểm, điểm càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng kém. Nếu điểm PSQI lớn hơn 5 thì điểm đánh giá có chất lượng giấc ngủ kém.

Bảng 2.3. Thang điểm PSQI

Điểm đánh giá PSQI	Mức độ	Kết quả điều trị	Điểm quy đổi
0 < PSQI < 5 điểm	Không	Tốt	4
6 < PSQI < 10 điểm	Nhẹ	Khá	3
11 < PSQI < 15 điểm	Trung bình	Trung bình	2
16 < PSQI < 21 điểm	Nặng	Kém	1

❖ Đánh giá các chứng trạng theo YHCT như chóng mặt, đau đầu, mất ngủ, mệt mỏi, ăn kém, đầy bụng, lưỡi bệu, mạch huyền hoạt bằng phồng vắn tại D₀ và D₂₀.

2.4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Tác dụng lên mạch, huyết áp tâm thu (HATT) và huyết áp tâm trương (HATTr) trước và sau điều trị.

Xét nghiệm công thức máu bao gồm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, hematocrit được đo bằng máy phân tích huyết học tự động Nihon Kohden MEK trước và sau điều trị.

Xét nghiệm hóa sinh máu bao gồm Ure, Creatinin, Glucose, AST, ALT, LDL, HDL, Cholesterol, Triglycerid được đo bằng máy xét nghiệm hóa sinh Cobas 6000 trước và sau điều trị .

Tác dụng không mong muốn bao gồm đau bụng, đi phân lỏng, mất ngủ, rụng tóc, tụ máu, nhiễm trùng, tác dụng không mong muốn khác xuất hiện trong quá trình nghiên cứu.

2.5. Đánh giá kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị chung được tính bằng tổng điểm quy đổi từ thang điểm VAS, thang điểm EEV, thang PSQI và tính theo công thức sau:

$$\text{Kết quả điều trị chung (K)} = \frac{\text{Điểm sau điều trị} - \text{Điểm trước điều trị}}{\text{Điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Phân loại kết quả điều trị:

Mức điểm	Kết quả điều trị chung
$K \geq 80\%$	Tốt
$60\% \leq K < 80\%$	Khá
$40\% \leq K < 60\%$	Trung bình
$K < 40\%$	Kém

2.6 Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán theo YHHĐ là rối loạn chức năng tiền đình đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn đã đề cập tại mục 2.1, được thăm khám lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất (phụ lục 1).

- 60 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm theo phương pháp ghép cặp, tiến hành can thiệp.

- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng trước điều trị: chóng mặt, đau đầu, mất ngủ, mệt mỏi, ăn kém, đầy bụng, lưỡi bệu, mạch huyền hoạt.

- Điều trị can thiệp theo phác đồ đối với từng nhóm.

+ Nhóm chứng: Pracetam 800 mg x 1 viên/lần x 2 lần, uống lúc 8 giờ – 16 giờ và Cinnarizine 25 mg x 2 viên/lần x 2 lần, uống lúc 12 giờ - 21 giờ trong 20 ngày kết hợp nhĩ châm ngày 1 lần và 1 liệu trình điều trị nhĩ châm 15 lần.

+ Nhóm nghiên cứu: Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang sắc uống ngày 1 thang, gồm 2 túi 150ml chia uống ngày 2 lần lúc 8 giờ và 16 giờ trong 20 ngày kết hợp nhĩ châm ngày 1 lần và 1 liệu trình điều trị nhĩ châm 15 lần.

• Các thao tác tiến hành nhĩ châm :

- Chuẩn bị người bệnh:

Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, nghỉ ngơi 15 phút trước khi làm thủ thuật.

Giải thích cho người bệnh về mục đích điều trị và một số triệu chứng có thể xuất hiện trong khi điều trị như: đau, nóng, tê ở vùng loa tai

- Chuẩn bị dụng cụ:

Chuẩn bị kim châm cứu

Khay quả đậu, nhíp kẹp đầu nhọn, bông vô khuẩn, cồn 70°.

- Các bước tiến hành:

Sát trùng loa tai, đặt mũi kim chạm nhẹ vào da ở giữa lỗ hõm, đâm kim thẳng vừa đủ mạnh cho xuyên qua da rồi xoay nhẹ cho xuống sâu hơn dưới da đến độ sâu cần thiết. Lưu kim 20 phút [37].

▪ Thời gian can thiệp cho 2 nhóm: 20 ngày (20 ngày dùng thuốc và 15 lần nhĩ châm).

▪ Đánh giá lại các triệu chứng lâm sàng tại các thời điểm D_0 , D_5 , D_{10} , D_{15} , D_{20} của NNC và NC và cận lâm sàng tại thời điểm D_0 và D_{20} .

▪ Theo dõi tác dụng không mong muốn trong cả quá trình can thiệp.

▪ Đánh giá kết quả điều trị và so sánh giữa hai nhóm tại D_{20} .

2.7 Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và RStudio 3.5.0. Kết quả được thể hiện dưới dạng:

- Giá trị trung bình \bar{X} , độ lệch chuẩn SD.

- Tỷ lệ phần trăm (%).
 - Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác nhau giữa hai tỷ lệ phần trăm.
 - Sử dụng test T-Student so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.
- Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Phương pháp không chế sai số

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

- Bệnh nhân nghiên cứu được nằm điều trị nội trú tại bệnh viện, được hướng dẫn đầy đủ về yêu cầu của điều trị, được theo dõi và giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị.
- Nhóm nghiên cứu được đào tạo và huấn luyện thành thạo về quy trình khám và điều trị theo phác đồ thống nhất chung.
- Không sử dụng các thuốc khác trong quá trình điều trị.

2.9. Khía cạnh đạo đức của đề tài

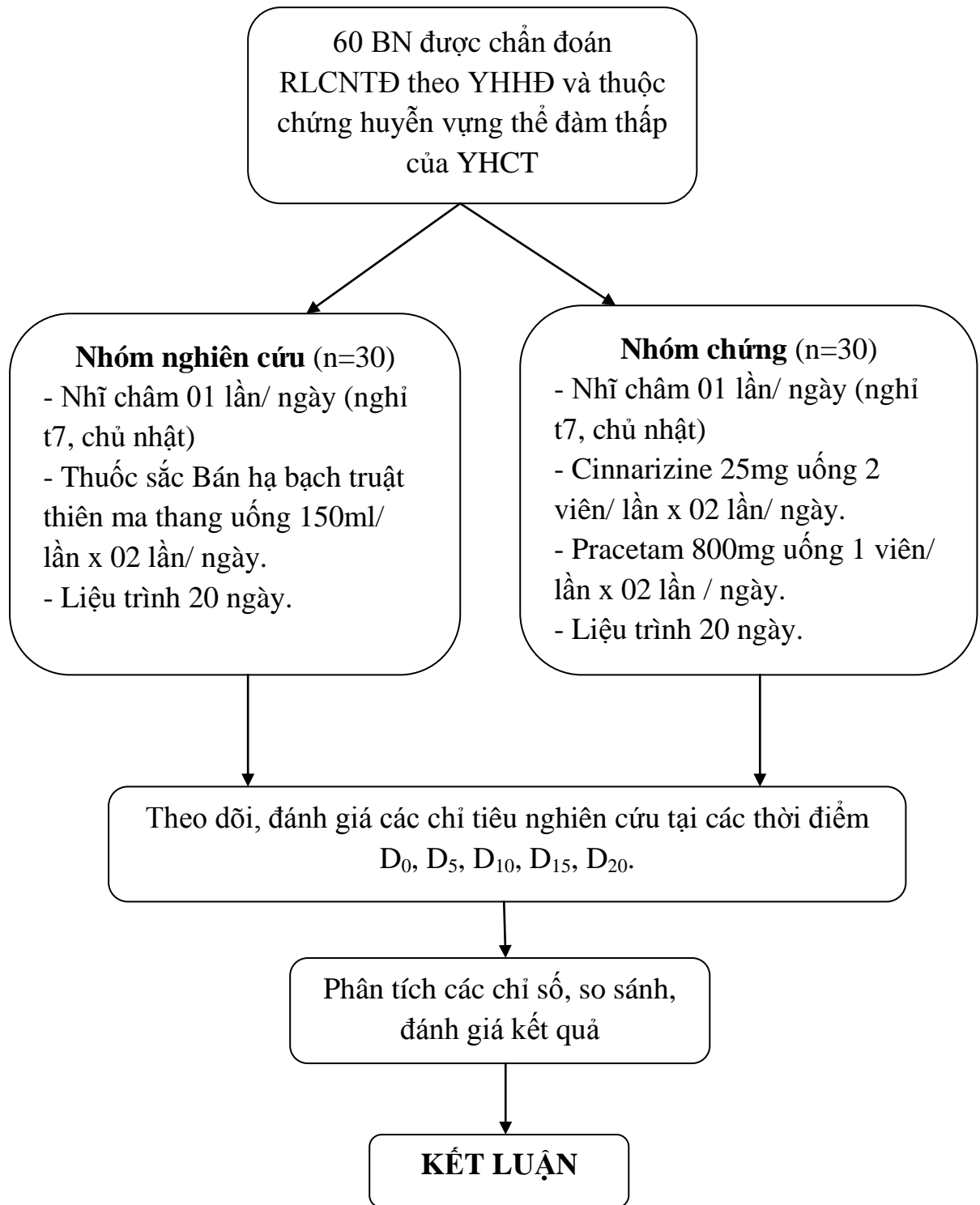
- Đề tài nghiên cứu được thông qua của Hội đồng đề cương luận văn Thạc sỹ và hội đồng đạo đức Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban Giám Đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an.

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

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu (ký bản cam kết) và có thể rời khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào mà không cần giải thích lý do.

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

- Trong thời gian nghiên cứu, nếu bệnh nhân không muốn hoặc có biểu hiện của tác dụng không mong muốn sẽ được xử trí theo quy định và ghi nhận các triệu chứng bất thường.



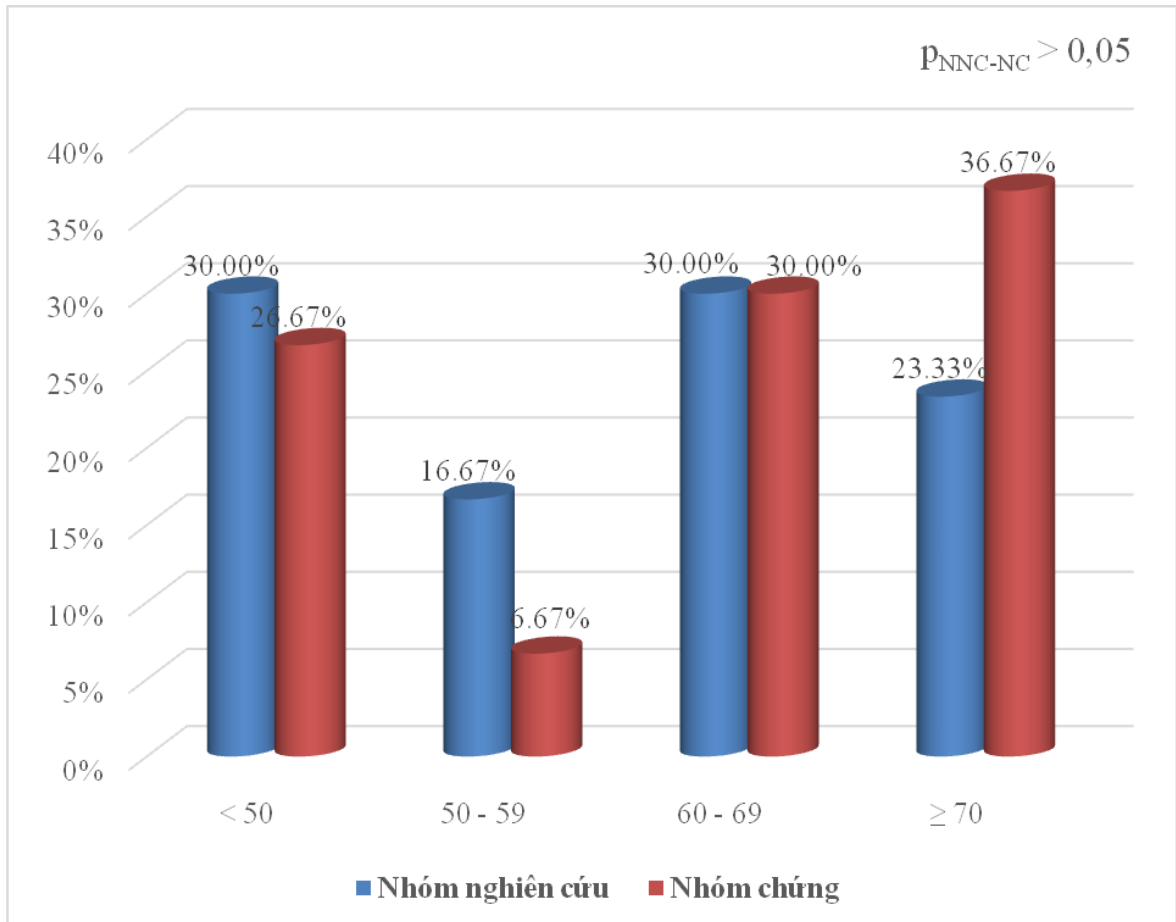
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét:

Lứa tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, lứa tuổi từ 50 – 59 chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Sự khác biệt về tỉ lệ người bệnh ở các nhóm tuổi giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới tính	Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Nữ	25	83,33	22	73,33	> 0,05
Nam	5	16,67	8	26,67	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét:

Tỉ lệ nữ giới mắc RLCNTĐ lớn hơn nam giới mắc RLCNTĐ ở cả 2 nhóm. Tuy nhiên sự khác biệt về tỉ lệ giữa nam và nữ ở cả 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Văn phòng	7	23,33	7	23,33	> 0,05
Công nhân	7	23,33	6	20,00	
Hưu trí	16	53,33	17	56,67	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét:

Nhóm bệnh nhân hưu trí chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm NNC và NC lần lượt là 53,33% và 56,67%. Sự khác biệt về tỷ lệ phân bố theo nghề nghiệp ở NNC và NC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

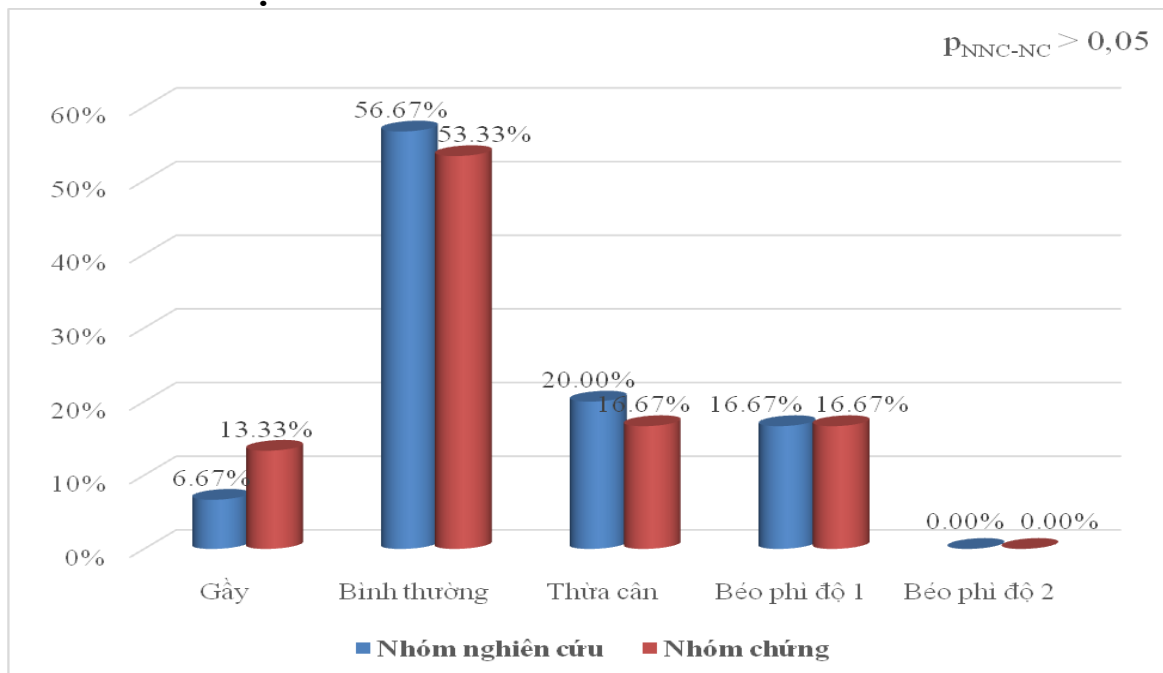
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
≤ 1 tuần	15	50,00	16	53,33	> 0,05
1 tuần – ≤1 tháng	8	26,67	9	30,00	
1 tháng – ≥ 3 tháng	7	23,33	5	16,67	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét:

BN có thời gian mắc bệnh dưới 1 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất, thời gian mắc bệnh từ 1 tháng trở lên chiếm tỉ lệ thấp nhất. Không có sự khác biệt về tỉ lệ BN phân bố theo thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm NC ($p > 0,05$).

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo BMI

Nhận xét:

Người bệnh có chỉ số BMI mức bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, tiếp đó tới nhóm thừa cân, béo phì. Không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo chỉ số BMI giữa 2 nhóm NC ($p > 0,05$).

3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý đồng mắc

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý đồng mắc

Phân loại theo bệnh đồng mắc		Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
Rối loạn chuyển hóa lipid	Có	8	26,67	9	30,00	> 0,05
	Không	22	73,33	21	70,00	
Thoái hóa cột sống cổ	Có	20	66,67	19	63,33	> 0,05
	Không	10	33,33	11	36,67	
Khác	Có	8	26,67	6	20,00	> 0,05
	Không	22	73,33	24	80,00	

Nhận xét:

Bệnh lý đồng mắc ở cả 2 nhóm cao nhất là thoái hóa cột sống cổ. NNC có 20 bệnh nhân và NC có 19 BN. Sự khác biệt giữa bệnh lý đồng mắc của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS trước điều trị

Phân loại theo VAS	Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Nặng	1	3,33	5	16,67	> 0,05
Trung bình	22	73,33	17	56,67	
Nhẹ	7	23,33	8	26,67	
Không	0	0,00	0	0,00	
($\bar{X} \pm SD$)	4,67 \pm 0,84		4,70 \pm 1,18		> 0,05

Nhận xét:

Trước điều trị, sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo thang PSQI trước điều trị

Phân loại theo PSQI	Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Nặng	2	6,67	0	0	> 0,05
Trung bình	23	76,67	22	73,33	
Nhẹ	4	13,33	5	16,67	
Không	1	3,33	3	10,00	
($\bar{X} \pm SD$)	12,37 \pm 2,30		11,77 \pm 3,17		> 0,05

Nhận xét:

Sự khác biệt về mức độ khi phân loại theo thang PSQI trước điều trị ở cả 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo thang EEV trước điều trị

Phân loại theo EEV	Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Nặng	16	53,33	19	63,33	> 0,05
Trung bình	14	46,67	11	36,67	
Nhẹ	0	0	0	0	
Không	0	0	0	0	
($\bar{X} \pm SD$)	12,27 \pm 1,55		12,83 \pm 1,39		> 0,05

Nhận xét:

Trước điều trị, ở cả 2 nhóm tỉ lệ BN ở mức độ nặng theo thang EEV chiếm tỉ lệ cao nhất, không có mức độ nhẹ và bình thường. Không có sự khác biệt về mức độ phân loại theo EEV giữa 2 nhóm NC ($p > 0,05$).

3.1.8. Đặc điểm lâm sàng YHCT

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo chứng trạng y học cổ truyền

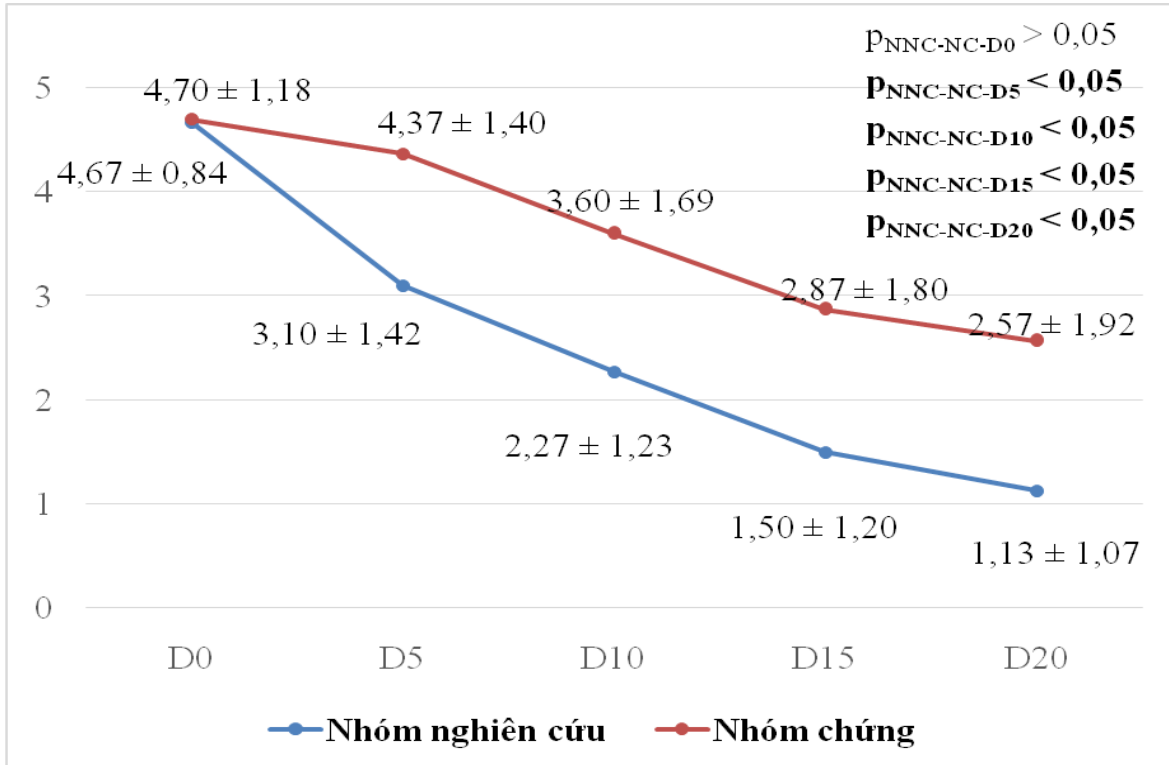
Chứng trạng		Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
Chóng mặt	Có	30	100	30	100	> 0,05
	Không	0	0	0	0	
Đau đầu	Có	30	100	30	100	> 0,05
	Không	0	0	0	0	
Mất ngủ	Có	29	96,67	27	90	> 0,05
	Không	1	3,33	3	10	
Mệt mỏi	Có	24	80	25	16,67	> 0,05
	Không	6	20	5	83,33	
Ăn kém	Có	25	83,33	24	80	> 0,05
	Không	5	16,67	6	20	
Đầy bụng	Có	24	80	23	76,67	> 0,05
	Không	6	20	7	23,33	
Luỡi bệu	Có	16	53,33	20	66,67	> 0,05
	Không	14	46,67	10	33,33	
Mạch huyền hoạt	Có	18	60,00	19	63,33	> 0,05
	Khác	12	40,00	11	36,67	

Nhận xét:

Triệu chứng chóng mặt, đau đầu xuất hiện với tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, triệu chứng mất ngủ, mệt mỏi, ăn kém, đầy bụng xuất hiện với tỉ lệ cao ở cả 2 nhóm NNC và NC. Sự khác biệt về chứng trạng YHCT giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả nghiên cứu

3.2.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS



Biểu đồ 3.3 Giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS

Nhận xét:

Giá trị trung bình điểm VAS tại D₀ của NNC là $4,67 \pm 0,84$ giảm xuống $1,13 \pm 1,07$, giảm nhiều hơn so với nhóm chứng từ $4,70 \pm 1,18$ giảm xuống $2,57 \pm 1,92$ sau điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 3.9 Hiệu suất giảm điểm đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS		Nhóm nghiên cứu(1) ($\bar{X} \pm SD$) (n = 30)	Nhóm chứng(2) ($\bar{X} \pm SD$) (n = 30)	P ₁₋₂
Hiệu suất giảm điểm	D ₅₋₀	$1,57 \pm 1,43$	$0,33 \pm 1,03$	< 0,05
	D ₁₀₋₀	$2,40 \pm 1,45$	$1,10 \pm 1,35$	< 0,05
	D ₁₅₋₀	$3,17 \pm 1,26$	$1,83 \pm 1,60$	< 0,05
	D ₂₀₋₀	$3,53 \pm 1,22$	$2,13 \pm 1,63$	< 0,05

Nhận xét:

Hiệu suất giảm điểm VAS trung bình của nhóm NC tăng dần theo thời gian và cao hơn NC tại tất cả các thời điểm đánh giá ($p < 0,05$).

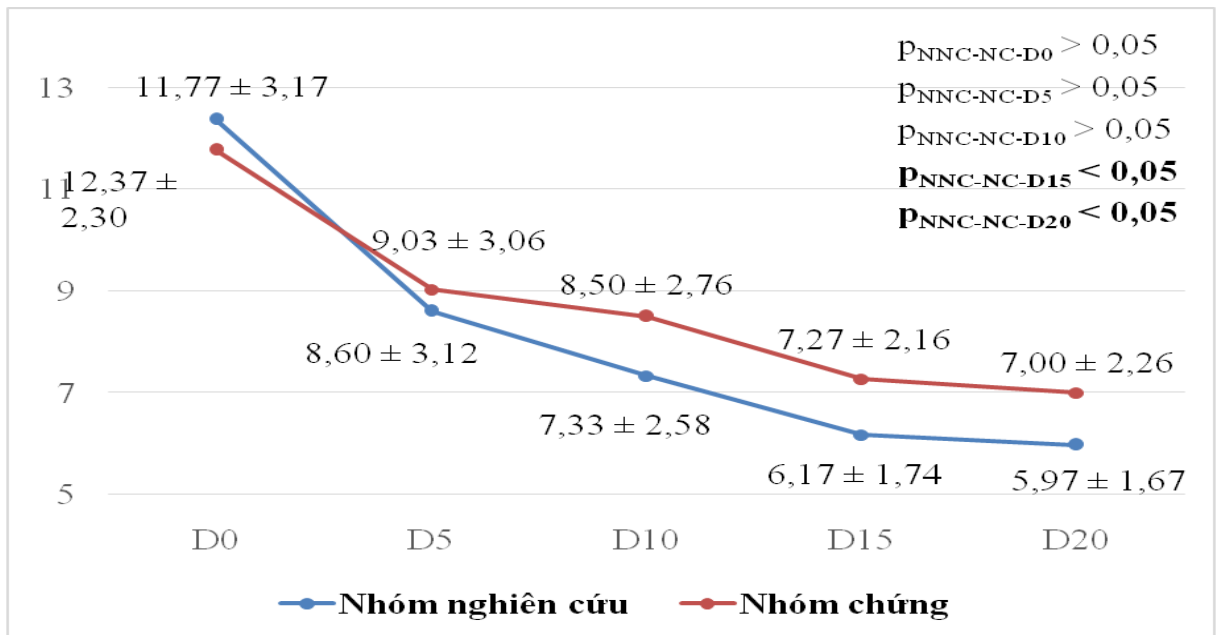
Bảng 3.10. Sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS ở 2 nhóm

Mức độ đau theo VAS		Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
D₀	Nặng	1	3,33	5	16,67	> 0,05
	Trung bình	22	73,33	17	56,67	
	Nhẹ	7	23,33	8	26,67	
	Không	0	0	0		
D₅	Nặng	0	0	4	13,33	> 0,05
	Trung bình	10	33,33	13	43,33	
	Nhẹ	20	66,67	13	43,33	
	Không	0	0	0	0	
D₁₀	Nặng	0	0	2	6,67	< 0,05
	Trung bình	4	13,33	10	33,33	
	Nhẹ	19	63,33	16	53,33	
	Không	7	23,33	2	6,67	
D₁₅	Nặng	0	0	0	0	< 0,05
	Trung bình	1	3,33	8	26,67	
	Nhẹ	13	43,33	16	53,33	
	Không	16	53,33	6	20,00	
D₂₀	Nặng	0	0	0	0	< 0,05
	Trung bình	1	3,33	7	23,33	
	Nhẹ	9	30,00	14	46,67	
	Không	20	66,67	9	30,00	
P_{D5-0}		<0,05		<0,05		
P_{D10-0}		<0,05		<0,05		
P_{D15-0}		<0,05		<0,05		
P_{D20-0}		<0,05		<0,05		

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm D₀ và D₅ ở NNC và NC (p > 0,05). Tại thời điểm D₁₀, D₁₅ và D₂₀ điểm VAS ở cả 2 nhóm đều có cải thiện nhưng NNC cải thiện tốt hơn NC (p < 0,05).

3.2.2. Sự cải thiện chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI



Biểu đồ 3.4 Giá trị trung bình điểm PSQI

Nhận xét:

Giá trị trung bình điểm PSQI tại D₀ của NNC là $11,77 \pm 3,17$ giảm xuống $5,97 \pm 1,67$, giảm nhiều hơn so với nhóm chứng từ $12,37 \pm 2,3$ giảm xuống $7,00 \pm 2,26$ sau điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 3.11. Sự cải thiện chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI

Điểm PSQI		Nhóm nghiên cứu(1) ($\bar{X} \pm SD$) (n = 30)	Nhóm chứng(2) ($\bar{X} \pm SD$) (n = 30)	P ₁₋₂
Hiệu suất giảm điểm	D ₅₋₀	$3,77 \pm 2,80$	$2,73 \pm 3,18$	> 0,05
	D ₁₀₋₀	$5,03 \pm 2,63$	$3,27 \pm 3,47$	< 0,05
	D ₁₅₋₀	$6,20 \pm 2,50$	$4,50 \pm 3,31$	< 0,05
	D ₂₀₋₀	$6,40 \pm 2,36$	$4,77 \pm 3,36$	< 0,05

Nhận xét

Hiệu suất giảm điểm PSQI sau 5 ngày điều trị ở cả NNC và NC chưa thay đổi nhiều, chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ nhưng sau 10 ngày, 15 ngày, 20 ngày điều trị thì hiệu suất giảm điểm PSQI ở cả NNC và NC đều có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên sự cải thiện ở NNC tốt hơn so với NC ($p < 0,05$).

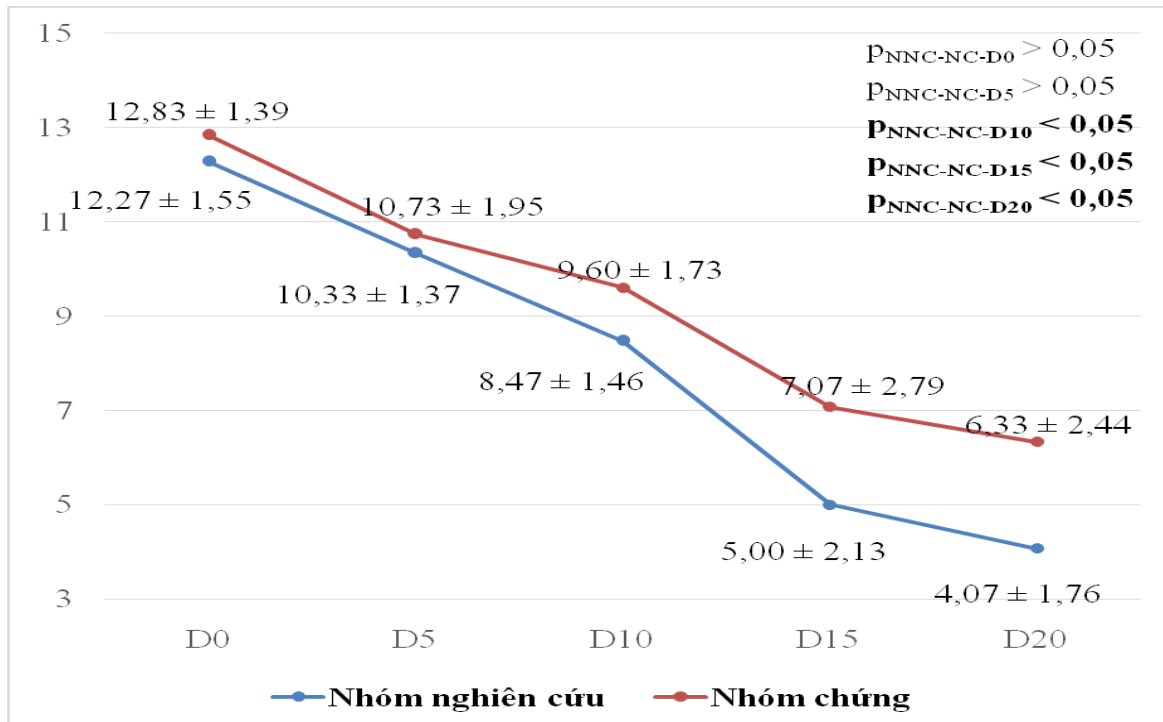
Bảng 3.12. Sự thay đổi phân loại chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI

Phân loại theo PSQI		Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
D₀	Nặng	2	6,67	0	0	> 0,05
	Trung bình	23	76,67	22	73,33	
	Nhẹ	4	13,33	5	16,67	
	Không	1	3,33	3	10,00	
D₅	Nặng	0	0	0	0	> 0,05
	Trung bình	8	26,67	10	33,33	
	Nhẹ	13	43,33	14	46,67	
	Không	9	30,00	6	20,00	
D₁₀	Nặng	0	0	0	0	> 0,05
	Trung bình	3	10,00	7	23,33	
	Nhẹ	14	46,67	17	56,67	
	Không	13	43,33	6	20,00	
D₁₅	Nặng	0	0	0	0	< 0,05
	Trung bình	0	0	3	10,00	
	Nhẹ	10	33,33	17	56,67	
	Không	20	66,67	10	33,33	
D₂₀	Nặng	0	0	0	0	< 0,05
	Trung bình	0	0	3	10,00	
	Nhẹ	8	26,67	14	46,67	
	Không	22	73,33	13	43,33	
P_{D5-0}		<0,05		<0,05		
P_{D10-0}		<0,05		<0,05		
P_{D15-0}		<0,05		<0,05		
P_{D20-0}		<0,05		<0,05		

Nhận xét:

Phân loại chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI tại thời điểm D₀, D₅ và D₁₅ giữa NNC và NC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm D₁₅ và D₂₀ cho thấy cả 2 nhóm đều có cải thiện, sự khác biệt giữa NNC và NC có ý nghĩa thống kê, sự cải thiện của NNC tốt hơn so với NC ($p < 0,05$).

3.2.3. Sự thay đổi mức độ chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV



Biểu đồ 3.5 Giá trị trung bình điểm EEV

Nhận xét:

Giá trị trung bình điểm EEV tại D₀ của NNC là 11,27 ± 1,55 giảm xuống 4,07 ± 1,76, giảm nhiều hơn so với nhóm chứng từ 12,83 ± 1,39 giảm xuống 6,33 ± 2,44 sau điều trị (p < 0,05).

Bảng 3.13 Sự thay đổi điểm trung bình triệu chứng chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV

Điểm EEV		Nhóm nghiên cứu(1) ($\bar{X} \pm SD$) (n = 30)	Nhóm chứng(2) ($\bar{X} \pm SD$) (n = 30)	P ₁₋₂
Hiệu suất giảm điểm	D ₅₋₀	1,93 ± 2,03	2,10 ± 2,34	> 0,05
	D ₁₀₋₀	3,80 ± 1,90	3,23 ± 1,89	> 0,05
	D ₁₅₋₀	7,27 ± 2,45	5,77 ± 3,09	< 0,05
	D ₂₀₋₀	8,20 ± 2,43	6,50 ± 3,04	< 0,05

Nhận xét: Hiệu suất giảm mức độ chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV của NNC cao hơn so với NC tại cả D15 và D20 (p < 0,05).

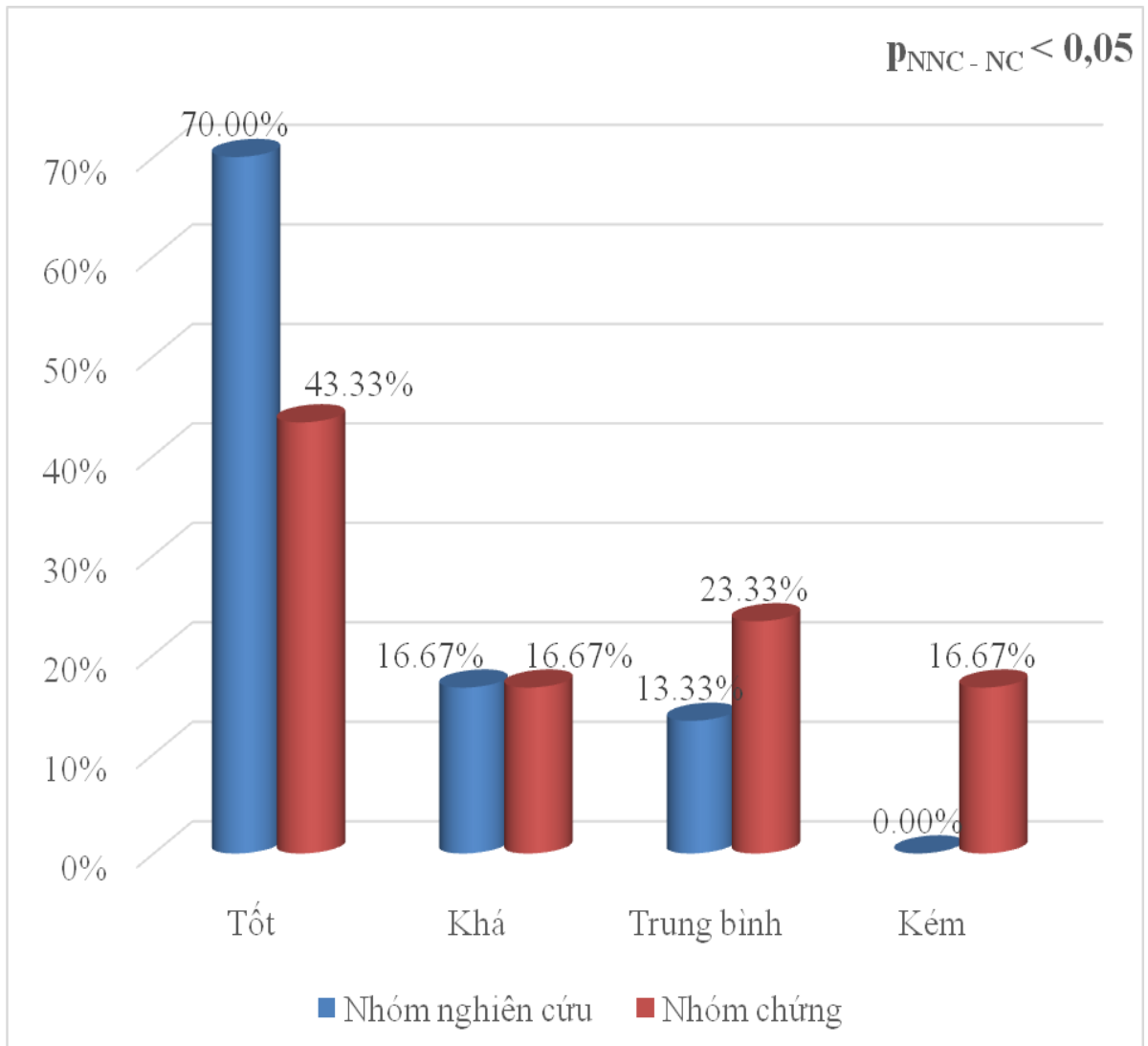
Bảng 3.14 Sự thay đổi phân loại mức độ chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV

Phân loại theo EEV		Nhóm nghiên cứu(1)		Nhóm chứng(2)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
D₀	Nặng	16	53,33	19	63,33	> 0,05
	Trung bình	14	46,67	11	36,67	
	Nhẹ	0	0	0	0	
	Không	0	0	0	0	
D₅	Nặng	2	6,67	7	23,33	> 0,05
	Trung bình	23	76,67	19	63,33	
	Nhẹ	5	16,67	4	13,33	
	Không	0	0	0	0	
D₁₀	Nặng	0	0	0	0	< 0,05
	Trung bình	11	36,67	20	66,67	
	Nhẹ	19	63,33	10	33,33	
	Không	0	0	0	0	
D₁₅	Nặng	0	0	0	0	< 0,05
	Trung bình	1	3,33	7	23,33	
	Nhẹ	9	30,00	15	50,00	
	Không	20	66,67	8	26,67	
D₂₀	Nặng	0	0	0	0	< 0,05
	Trung bình	0	0	4	13,33	
	Nhẹ	5	16,67	15	50,00	
	Không	25	83,33	11	36,67	
P_{D5-0}		<0,05		<0,05		
P_{D10-0}		<0,05		<0,05		
P_{D15-0}		<0,05		<0,05		
P_{D20-0}		<0,05		<0,05		

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về phân loại mức độ chóng mặt và rối loạn thăng bằng theo thang điểm EEV tại D₀, D₅ giữa 2 nhóm NC (p > 0,05). Tại thời điểm D₁₅ và D₂₀ cả 2 nhóm đều có cải thiện (p<0,05), sự cải thiện của NNC tốt hơn so với NC (p < 0,05).

3.2.4. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.6 Kết quả chung sau 20 ngày điều trị

Nhận xét:

Sau 20 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng tốt ở NNC là 70% cao hơn so với NC là 43,33%, tỉ lệ đáp ứng khá và trung bình của NNC và NC khác biệt không đáng kể dao động từ 16,67% đến 23,33%. Tuy nhiên, NNC không ghi nhận bệnh nhân đáp ứng kém trong khi tỉ lệ này của NC là 16,67%. Sự khác biệt giữa NNC và NC theo mức độ đáp ứng sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

3.2.5. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT trước và sau điều trị

Bảng 3.15. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT sau điều trị

Chứng trạng YHCT		Nhóm nghiên cứu (1)		Nhóm chứng (2)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
Chóng mặt	Có	5	16,67	19	63,33	< 0,05
	Không	25	83,33	11	36,67	
Đau đầu	Có	10	33,33	21	70	< 0,05
	Không	20	66,67	9	30	
Mất ngủ	Có	8	26,67	17	56,67	< 0,05
	Không	22	73,33	13	43,33	
Mệt mỏi	Có	7	23,33	16	46,67	< 0,05
	Không	23	76,67	14	53,33	
Ăn kém	Có	8	73,33	17	56,67	< 0,05
	Không	22	26,67	13	43,33	
Đầy bụng	Có	6	20,00	15	50,00	< 0,05
	Không	24	80,00	15	50,00	
Lưỡi bệu	Có	14	46,67	17	56,67	> 0,05
	Không	16	53,33	13	43,33	

Nhận xét

Nhóm nghiên cứu có các triệu chứng như chóng mặt, đau đầu, mất ngủ, mệt mỏi, ăn kém đều có sự cải thiện đáng kể, sự cải thiện của NNC tốt hơn NC. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

3.3.1 Sự thay đổi chỉ số mạch, huyết áp

Bảng 3.16. Sự thay đổi chỉ số mạch và huyết áp

Nhóm Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)		Nhóm chứng (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)		P _{NC-C}
	D ₀	D ₂₀	D ₀	D ₂₀	
Mạch (lần/ phút)	77,13±3,61	75,33±3,49	76,63±4,99	74,83±4,95	>0,05
HATTr (mmHg)	79,03±3,79	77,37±6,82	79,60±4,31	76,50±7,38	> 0,05
HATT (mmHg)	115,63±3,48	115,13±22,34	116,33±3,75	113,23±21,22	> 0,05

Nhận xét:

Chỉ số mạch và huyết áp của bệnh nhân ở thời điểm trước và sau can thiệp đều có sự thay đổi không đáng kể trong mỗi nhóm và giữa hai nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.2 Theo dõi một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.17. Tác dụng không mong muốn trong quá trình can thiệp

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	n	%	n	%
Đau bụng	0	0	0	0
Đi phân lỏng	0	0	0	0
Mẫn ngứa	0	0	0	0
Vụng châm	0	0	0	0
Tụ máu	0	0	0	0
Nhiễm trùng	0	0	0	0
Khác	0	0	0	0

Nhận xét:

Trong quá trình can thiệp 20 ngày, ở cả hai nhóm NNC và NC, không ghi nhận được trường hợp nào bị tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như vụng châm, gãy kim, tụ máu, nhiễm trùng, dị ứng ngoài da, đau bụng, buồn nôn, đi ngoài phân lỏng ...

3.3.3. Sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng trong quá trình nghiên cứu

Bảng 3.18. Các chỉ số huyết học trước và sau điều trị

Nhóm Chỉ số	Nhóm nghiên cứu(1) (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)		Nhóm chứng(2) (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)	
	D ₀ (a)	D ₂₀ (b)	D ₀ (a)	D ₂₀ (b)
Hồng cầu (T/l)	4,35±0,40	4,37±0,42	4,54±0,45	4,40±0,38
Hematocrit (%)	40,49± 2,92	41,26 ± 2,54	41,69±2,40	41,94±2,40
Bạch cầu (G/l)	6,43±1,11	6,49±1,04	6,58±1,23	6,80±0,91
Tiểu cầu (G/l)	271,3±68,46	266,67±79,23	275,17±50,41	276,7±56,76
p	p ₁₋₂ >0,05; p _{a-b} >0,05		p ₁₋₂ >0,05; p _{a-b} >0,05	

Nhận xét: Các chỉ số công thức máu thay đổi không đáng kể trước và sau điều trị ở cả hai nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.19. Các chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị

Nhóm Chỉ số	Nhóm nghiên cứu(1) (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)		Nhóm chứng(2) (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)	
	D ₀ (a)	D ₂₀ (b)	D ₀ (a)	D ₂₀ (b)
Ure máu (mmol/l)	6,12±1,36	6,17±1,54	5,72±1,66	5,7 ±1,74
Creatinin(μmol/l)	94,68±12,39	94,66±12,48	97,61±15,12	96,63±15,71
AST(u/l)	24,66±4,93	24,64±4,93	23,95±4,72	23,97±4,83
ALT(u/l)	22,41±5,73	22,43±5,69	21,78±7,36	21,77±7,39
Glucose(mmol/l)	6,22±0,98	6,46±1,74	5,94±0,92	6,02±1,18
Cholesterol(mmol/l)	5,13±1,09	5,09±1,10	5,26±1,00	5,22±1,00
Triglycerid(mmol/l)	2,15±0,78	1,98±0,72	2,30±0,92	2,27±0,89
HDL-C(mmol/l)	1,20±0,27	1,79±0,48	1,15±0,20	1,62±0,31
LDL-C (mmol/l)	2,89±0,94	2,41±1,09	3,06±0,95	2,56±0,99
p	p ₁₋₂ >0,05; p _{a-b} >0,05		p ₁₋₂ >0,05; p _{a-b} >0,05	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị ở cả hai nhóm NC ($p > 0,05$).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Trong nghiên cứu, đối tượng bệnh nhân điều trị tại khoa Nội II bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An, nhóm chứng có tỉ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm trên 70 tuổi là 36,37%, nhóm nghiên cứu có tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm dưới 50 tuổi và nhóm 60 - 70 tuổi là bằng nhau 30%, tuy nhiên sự phân bố nhóm tuổi ở cả 2 nhóm đều không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu tuổi trung bình tại nhóm bệnh nhân nghiên cứu tập trung ở 2 nhóm bệnh nhân dưới 50 tuổi và nhóm bệnh nhân 60 - 70 tuổi có sự khác biệt đối với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) [44]. Tuy nhiên, vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa phản ánh được đủ độ tuổi của người mắc RLCNTĐ.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy RLCNTĐ có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào, tuy nhiên ở những bệnh nhân cao tuổi gặp nhiều hơn, điều này phù hợp với chức năng sinh lý của người cao tuổi. Chóng mặt là triệu chứng xuất hiện đồng thời với sự lão hóa, và là triệu chứng hay gặp nhất trên lâm sàng hiện nay. Chính vì vậy cần được quan tâm để dự phòng rối loạn chức năng tiền đình đối với tất cả mọi người nhất là người cao tuổi, để nâng cao chất lượng cuộc sống cũng như giảm gánh nặng cho hệ thống y tế hiện nay.

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Rối loạn chức năng tiền đình gặp ở cả hai giới, sự phân bố tỷ lệ nam nữ khác nhau tùy theo từng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nữ

gặp nhiều hơn nam giới. Ở nhóm nghiên cứu tỉ lệ nữ giới chiếm 83,33% và nhóm chứng tỉ lệ nữ giới chiếm 73,33%, tuy nhiên kết quả này tương đồng với kết quả các nghiên cứu của tác giả: Silvia Ferrari (2014) cho thấy tỷ lệ nữ chiếm ưu thế hơn ở nam giới [62], Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) tỷ lệ nữ giới chiếm 81,67%; tỷ lệ nam giới chiếm 18,33% [44]. Kết quả này khác với nghiên cứu đánh giá về dạng cơ thể của Wang khi thấy tỷ lệ nam nữ đàm thấp gần tương đương nhau là 27,42% và 21,28% [63].

Theo YHCT, phụ nữ sau khi sinh nở khí huyết bị hư tổn, công năng tạng phủ suy giảm nhất là hai tạng can và thận. Chức năng của hai tạng can và thận bị rối loạn sẽ làm ảnh hưởng hai phủ đờm và bàng quang, làm ảnh hưởng tới sự chu lưu của khí huyết của kinh tức thái dương bàng quang, tức thiếu dương đờm, tức quyết âm can và tức thiếu âm thận. Hơn nữa, ở nữ giới 7x7 bằng 49 là tuổi thiên quý bắt đầu suy kiệt, chính vì vậy công năng tạng thận ở nữ giới thường suy yếu sớm hơn so với nam giới. Như vậy, lý luận của YHCT có thể giải thích tỷ lệ nữ giới bị chứng huyễn vựng ngày càng cao hơn nam giới [64].

4.1.3. Đặc điểm về tiền sử bệnh

Ở nhóm người cao tuổi những bệnh lý thường gặp về cơ xương khớp, các rối loạn chuyển hóa và một số những bệnh khác. Kết quả nghiên cứu ở cả hai nhóm đều cho thấy các bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh về thoái hoá cột sống cổ là chủ yếu chiếm tỷ lệ 63,33% ở nhóm chứng và 66,67% ở nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn chuyển hóa lipid máu chiếm 30% ở nhóm chứng và 26,67% ở nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả tương đương với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Thu Hà (2007) với tỷ lệ thoái hoá cột sống cổ chiếm 64%; tỷ lệ thoái hoá cột sống cổ kèm hẹp lỗ liên hợp đốt sống là 12,5% ở bệnh nhân RLCNTĐ [65].

Các nghiên cứu đều ghi nhận giới tính nữ có tỉ lệ mắc bệnh thoái hóa cột sống cổ nhiều hơn, nguyên nhân là do phụ nữ sinh đẻ nhiều lần, và có suy giảm lượng estrogen ở thời kỳ sau mãn kinh, làm giảm khả năng hấp thụ canxi, là một thành phần của đĩa đệm và xương khớp. Do đó thoái hóa khớp nói chung hay gặp ở nữ giới hơn nam giới vì vậy cũng phù hợp với tỉ lệ RLCNTĐ liên quan tới cơ chế thiếu năng tuần hoàn não và thoái hóa cột sống cổ ở nữ giới cao hơn nam giới

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

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Trong nghiên cứu này, thời gian xuất hiện hội chứng được tính từ lúc xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên cho đến khi bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện. Qua việc khai thác lâm sàng, thời gian ngắn thường ở các bệnh nhân đã từng bị và hiểu về bệnh này, có kinh tế ổn định và quan tâm đến sức khỏe của mình. Thời gian dài thường hay gặp ở bệnh nhân bị bệnh lần đầu, bệnh nhẹ, kinh tế chưa tốt hoặc tự điều trị ở nhà không khỏi.

Trong kết quả nghiên cứu ở nhóm nghiên cứu bệnh nhân có thời gian chóng mặt trước khi vào viện dưới 01 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,00%, ở nhóm chứng chiếm tỉ lệ cao nhất là 53,33%.

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt đến khám và điều trị từ 1 tuần đến 4 tuần chiếm 26,37% ở nhóm nghiên cứu và 30,00% ở nhóm chứng. Điều này cho thấy trình độ hiểu biết về bệnh tật, mức độ quan tâm tới sức khỏe, cũng như kinh tế của bệnh nhân đã được nâng cao. Rối loạn chức năng tiền đình nếu được phát hiện và điều trị sớm thì điều trị nội khoa sẽ mang lại kết quả cao hơn và tiết kiệm chi phí, giúp giảm tỷ lệ bệnh nhân phải can thiệp [64].

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

4.2. Kết quả điều trị

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

Trong nghiên cứu, tất cả 60 bệnh nhân đều có triệu chứng chóng mặt. Đặc biệt chóng mặt khi thay đổi tư thế, khi quay đầu, ngửa cổ. Để đánh giá một cách chính xác nhất mức độ hoa mắt, chóng mặt, rối loạn thăng bằng của bệnh nhân, chúng tôi đã sử dụng thang điểm EEV.

Chóng mặt là triệu chứng chính của các bệnh ảnh hưởng và liên quan đến hệ thống tiền đình của cơ thể. Chúng có thể được gây ra bởi các rối loạn mạn tính hoặc tạm thời, với sự tái phát không thể dự đoán trước và các đặc điểm lâm sàng thay đổi [66]. Nhận thức chủ quan của chứng chóng mặt bị ảnh hưởng bởi tính cách của bệnh nhân, sự tái phát chứng chóng mặt liên quan đến sự lo lắng hoặc các tiến triển khó lường của các bệnh mạn tính tiềm ẩn. Bởi vì chóng mặt ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống hàng ngày ngay cả trong giai đoạn không có triệu chứng, cho nên chóng mặt, rối loạn

thăng bằng chính là dấu hiệu sớm nhất để bệnh nhân chú ý đến bệnh của bản thân và đây cũng là lý do chính để bệnh nhân phải khám và điều trị.

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

Trước điều trị các bệnh nhân có điểm EEV trung bình ở nhóm chứng là 36,67% và ở nhóm nghiên cứu là 46,67%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 5 ngày điều trị, điểm EEV trung bình ở cả 2 nhóm đều giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm thì ở ngày thứ 10, 15 và 20 của đợt điều trị, điểm EEV trung bình bắt đầu giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở cả hai nhóm trong nghiên cứu đều dùng phương pháp điều trị là nhĩ châm, điều trị về giảm nhẹ triệu chứng. Sự chênh lệch về tác dụng giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị khi tác động thêm bằng bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang trên nhóm nghiên cứu. Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang hay được sử dụng điều trị chứng đàm thấp gây ra chứng huyễn vựng. Cơ chế bệnh chủ yếu là do tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp ứ tại trung tiêu hóa đàm ẩm gây ra. Chính vì vậy, dùng Bán hạ bạch truật thiên ma thang với tác dụng kiện tỳ hóa thấp, sẽ giải quyết được triệu chứng do tác động vào cơ chế bệnh sinh này.

Thiếu Nguyệt Linh sách Lễ ký có nói vị thuốc bán hạ sinh ra vào giữa mùa hạ cho nên gọi là bán hạ. Vị thuốc bán hạ theo YHCT có tác dụng táo thấp, giáng nghịch, hóa đàm thường được dùng trong trường hợp chữa nôn mửa, đàm thấp, đầu vầng, đầu nhức không ngủ [45]. Mặt khác, theo nghiên

cứu dược lý YHHĐ bán hạ chế có nhiều thành phần hóa học như alkaloid, tinh bột, sterol và axit amin có tác dụng tác động lên hệ thần kinh để có tác dụng an thần, chống nôn, chống co giật [67],[68]. Thiên ma là một loại thảo dược cổ truyền quý giá, được ghi chép lần đầu trong sách Thần Nông bản thảo khoảng hai nghìn năm trước, được tìm thấy nhiều nhất ở trong các khu rừng của Đông Nam Á, cụ thể là Trung Quốc, Đài Loan, Nhật Bản ... Vị thiên ma theo YHCT có tác dụng bình can tức phong chủ trị các chứng đau đầu chóng mặt [36]. Thiên ma có thành phần hóa học là gastrodin, gastrodioside, vannillyl, alcohol, vanillin, alkaloid, vitamin A... có tác dụng cải thiện trí nhớ, bảo vệ thần kinh, tác dụng lên hệ thống tim mạch, chống khối u, miễn dịch học đều đã được nghiên cứu trên thực tiễn. Gastrodin là một hoạt chất chính có trong thiên ma và có tác dụng tốt đối với các bệnh thuộc hệ thần kinh. Qua các nghiên cứu đã được chứng minh, tác dụng của Gastrodin có trong thiên ma là an thần, thôi miên, chống chóng mặt, giảm đau, chống động kinh, thuốc chống trầm cảm, giải lo âu, cải thiện trí nhớ, chống lão hóa, giảm huyết áp, ngăn ngừa chứng hoại tử xương. Gastrodin thúc đẩy quá trình bài tiết yếu tố dưỡng thần kinh có nguồn gốc từ não, góp phần phục hồi chức năng thần kinh, bảo vệ tế bào thần kinh chống lại tổn thương. Ngoài ra, chiết xuất etanol của thiên ma gây ra sự tăng sinh và biệt hóa tế bào thần kinh của tế bào gốc thần kinh, cho thấy lợi ích tiềm năng của nó đối với các liệu pháp dựa trên tế bào gốc thần kinh và tái tạo thần kinh trong các bệnh thoái hóa thần kinh khác nhau và chấn thương não [77]. Sách Tỳ vị luận có ghi: “Túc thái âm tỳ bị đờm huyết, đau đầu không dùng bán hạ thì không khỏi, đầu choáng váng mắt hoa, nội phong bốc lên, không dùng thiên ma thì không hết”. Trong chương huyền vụng sách Y học tâm ngộ cũng có ghi: “Có thấp đờm ủng tắc, sách xưa ghi là đầu choáng, mắt hoa, không có thiên ma, bán hạ không trừ được là như vậy”. Thực tế chứng minh hai vị thuốc bán hạ và thiên ma chủ trị

trừ đờm, tức phong, trải qua bao đời nay, các danh y và thầy thuốc đều dùng để điều trị chứng chóng mặt.

4.2.2. Hiệu quả cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI

Rối loạn giấc ngủ là tình trạng phổ biến, thường gặp trong đời sống hàng ngày, bệnh gặp nhiều ở người cao tuổi và ở nữ nhiều hơn nam. Bốn triệu chứng chính đặc trưng cho hầu hết các rối loạn giấc ngủ là mất ngủ, ngủ nhiều, giấc ngủ bất thường và rối loạn nhịp thức - ngủ, những triệu chứng này có thể gặp riêng rẽ hoặc chồng lấp lên nhau. Rối loạn giấc ngủ có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng tất cả đều để lại hậu quả là làm ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng học tập và làm việc, lâu ngày khiến cho chất lượng cuộc sống của người bệnh không được đảm bảo.

Pittsburgh là thang điểm đánh giá mức độ rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng với các triệu chứng cơ năng do bệnh nhân tự đánh giá. Thang điểm gồm 7 yếu tố bao gồm chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen (tỷ lệ toàn bộ thời gian ngủ và thời gian nằm trên giường), các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ (bao gồm cả thuốc được kê đơn và không kê đơn) và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Đây là thang điểm đánh giá khách quan với độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc phân biệt người ngủ ngon và ngủ kém. Năm 2014, ở Việt Nam, PSQI đã được chuẩn hóa [46]. Các tác giả đã nhận thấy thang đo này có giá trị sử dụng đáng tin cậy trong lâm sàng để đánh giá mức độ mất ngủ và có thể dùng nó để theo dõi tiến triển mất ngủ. Đối tượng trong nghiên cứu đa số là bệnh nhân tuổi cao, giấc ngủ dễ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau. Đôi khi, mất ngủ xảy ra ở người cao tuổi không chỉ là triệu chứng của rối loạn chức năng tiền đình, mà còn là do sinh lý tuổi già kết hợp nhiều nguyên nhân khách quan bên ngoài. Theo

ngiên cứu của Sung Kyun Kim (2018), có đến 90% bệnh nhân rối loạn chức năng tiền đình có các triệu chứng rối loạn giấc ngủ với điểm Pittsburgh từ 5 trở lên [72].

Trước điều trị, 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có rối loạn giấc ngủ với điểm Pittsburgh trung bình là $12,37 \pm 2,30$ ở nhóm nghiên cứu và $11,77 \pm 3,17$ ở nhóm chứng.

Trong nghiên cứu điểm Pittsburgh có sự cải thiện đáng kể ở thời điểm từ ngày 15 sau khi được điều trị so với thời điểm bắt đầu ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Ở nhóm bệnh nhân sử dụng nhĩ châm kết hợp thuốc y học hiện đại, chỉ số Pittsburgh giảm từ $11,77 \pm 3,17$ điểm xuống $7,00 \pm 2,26$ điểm. Ở nhóm bệnh nhân sử dụng bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm thì chỉ số Pittsburgh giảm từ $12,37 \pm 2,30$ điểm xuống $5,97 \pm 1,67$ điểm. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ được trình bày tại bảng 3.12.

Sự thay đổi ở nhóm nghiên cứu lớn hơn so với nhóm đối chứng cho thấy, việc sử dụng bài thuốc “Bán hạ bạch truật thiên ma thang” kết hợp nhĩ châm có tác dụng cải thiện giấc ngủ của bệnh nhân. Cơ chế tác dụng của bài thuốc là ôn ấm trung tiêu, kiện tỳ trừ thấp, giúp tỳ được kiện vận, thủy thấp được vận hóa tốt, không bị nê trệ, đàm thấp không trở trệ thanh dương giúp chất lượng giấc ngủ được cải thiện, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng tốt hơn. Mặt khác, bệnh nhân huyễn vựng phần nhiều do đàm. Theo Đan Khê tâm pháp có viết “Không có đàm thì không gây huyễn”, điều trị huyễn vựng nhất thiết phải trừ đàm. Bạch truật, bạch linh là những vị thuốc có tác dụng kiện tỳ, trừ thấp, trần bì lý khí hóa đàm giúp công năng của tỳ được kiện vận, thủy thấp được vận hóa, các triệu chứng của đàm sẽ dần dần mà hết do điều trị vào gốc của bệnh, là ngọn nguồn sinh đàm “tỳ vị sinh đàm chi nguyên”.

Cả 2 nhóm đều được sử dụng phương pháp nhĩ châm và chung phác đồ huyết là thần môn, giao cảm, can, thận, đờm, hạ áp trên loa tai. Tai có quan hệ với tất cả các tạng phủ và 12 kinh mạch, vì thế khi lục phủ ngũ tạng có bệnh đều phản ứng lên các vị trí tương ứng ở tai, kích thích các vùng tương ứng ở tai có thể điều tiết các hoạt động công năng sinh lý để điều tiết tạng phủ nhằm mục đích trị bệnh [49]. Theo YHHĐ, châm cứu vào huyết gây kích thích cơ thể sản sinh, làm tăng nồng độ beta - endorphin và ACTH trong máu. Một số nghiên cứu cho thấy rằng endorphin nội sinh đóng vai trò trong đáp ứng đối với căng thẳng, nó hoạt động như các hormon dinh dưỡng trong tuyến tụy và tuyến thượng thận, làm tăng trung gian giải phóng adrenalin và glucagon để đáp ứng với căng thẳng [73]. Các huyết trong phác đồ như thần môn nằm ở vị trí hô tam giác của loa tai có tác dụng trấn tĩnh, an thần... có chỉ định mất ngủ, nhức đầu, chóng mặt... Chính vì vậy sự chênh lệch kết quả giữa 2 nhóm là do hiệu quả điều trị thêm của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang.

Vị thuốc bạch truật, YHCT coi là một vị thuốc bổ bồi dưỡng, chủ yếu bổ tỳ, kiện vị, hóa thấp, chỉ tả. Theo tài liệu cổ, bạch truật vị ngọt, đắng tính hơi ôn, tác dụng vào kinh tỳ và vị. Có tác dụng kiện vị, hòa trung, táo thấp, hóa đàm, chữa chứng đàm ẩm, thủy thũng, tỳ hư trướng mãn, hung cách phiền muộn, trị hãn [45]. Trong những nghiên cứu dược lý vị thuốc bạch truật đã được thực hiện từ trước đến nay có rất nhiều thành phần hóa học khác nhau đã được phát hiện, ngoài các tác dụng bổ ích cường tráng, điều tiết hai chiều hệ thống thần kinh thực vật, bảo vệ gan, phòng ngừa sự giảm sút glycogen tại gan, tác dụng hạ đường huyết, chống đông máu, giãn mạch máu, an thần... Y học cổ truyền quan niệm một hệ tiêu hóa khỏe mạnh là bí quyết để có giấc ngủ chất lượng. Đại học Vienna – Áo đã nghiên cứu về tác dụng an thần của bạch truật. Nghiên cứu được đăng trên tạp chí quốc tế về sinh học thần

kinh, kết quả cho thấy thành phần hóa học chính atractylenolide II và III của bạch truật có khả năng điều biến tích cực đối với dòng clorua do GABA gây ra. Kết quả này cho thấy bạch truật có thể là một loại thảo mộc hiệu quả để sử dụng lâm sàng như một loại thuốc an thần và thôi miên [76].

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

Theo YHCT, đau đầu thuộc phạm vi chứng Đầu thống do hai căn nguyên chính là ngoại cảm và nội thương. Tuy nhiên chứng đau đầu là triệu chứng trong bệnh lý huyễn vựng, các bệnh nhân nghiên cứu có thời gian mắc bệnh lâu, tuổi cao thì nguyên nhân chính lại do yếu tố nội thương. Nội thương làm nguyên khí suy kém, huyết phận không đầy đủ, khí huyết không thông được lên đầu hoặc bị trở trệ, nghịch loạn dẫn đến đau đầu [75].

Biểu đồ 3.3 cho thấy, điểm VAS ở ngày đầu tiên của nhóm nghiên cứu là $4,67 \pm 0,84$ sau điều trị giảm còn $1,13 \pm 1,07$. Ở nhóm chứng, điểm VAS thay đổi từ $4,07 \pm 1,18$ điểm xuống còn $2,57 \pm 1,92$ điểm. Sự cải thiện về điểm VAS ở cả 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, sự cải thiện điểm VAS trung bình của NNC tốt hơn so với NC.

Nghiên cứu cho kết quả tương tự với 1 số nghiên cứu khác trên thế giới. Zhuanzhuan Hou (2017) tiến hành phân tích gộp trên 10 nghiên cứu với 914 người tham gia cho thấy kết quả châm cứu có tác dụng tốt hơn các liệu pháp Tây y đơn thuần trong cải thiện tỉ lệ chóng mặt, đau đầu và tăng tốc độ dòng máu qua động mạch sống nền [69].

Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2018) có nghiên cứu thấy điểm VAS của bệnh nhân huyễn vựng điều trị bằng điện đầu châm giảm từ $2,70 \pm 0,70$ điểm xuống còn $0,40 \pm 0,49$ điểm sau 21 ngày điều trị [44].

Đau đầu là triệu chứng thường gặp của bệnh nhân rối loạn chức năng tiền đình. Đau đầu thường đi kèm với hoa mắt và chóng mặt, có đến hơn 60%

bệnh nhân rối loạn tiền đình có kèm triệu chứng đau đầu [71]. Đau có thể xuất phát từ đỉnh đầu, từ 1 phía thái dương hoặc đau toàn bộ vùng đầu. Điều trị nhĩ châm ở bệnh nhân đau đầu trong rối loạn chức năng tiền đình khiến triệu chứng đau đầu giảm và có tác dụng kết hợp để hướng tới kết quả điều trị chung tốt nhất.

Giá trị thay đổi điểm VAS giữa ngày đầu vài ngày thứ 20 ở nhóm nghiên cứu lớn hơn so với nhóm đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy, sau điều trị, triệu chứng đau của bệnh nhân đã giảm đáng kể ở cả 2 nhóm, tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu có sử dụng kết hợp nhĩ châm và bài thuốc “Bán hạ bạch truật thiên ma thang” có mức độ giảm triệu chứng nhiều hơn so với nhóm chứng chỉ sử dụng nhĩ châm đơn thuần. Điều này cho thấy việc sử dụng bài thuốc có tác dụng trong điều trị chứng đau đầu của bệnh nhân RLCNTĐ.

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

Trong bài thuốc nghiên cứu có Bạch truật vị ngọt, tính ấm, quy vào kinh tỳ vị có tác dụng kiện tỳ táo thấp, dùng để chữa các chứng tỳ hư không vận hóa được thủy cốc sinh ra đàm ẩm gây chứng bụng đầy chướng, đau đầu, chóng mặt. Trong bài thuốc nghiên cứu, Bạch truật được kết hợp thêm với Bạch linh là các vị thuốc có tác dụng lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, giúp công

năng vận hóa của tỳ được cải thiện. Thủy thấp nhờ sự vận hóa của tỳ mà chuyển hóa được liên tục, không ứ thừa, ngưng đọng, thanh dương thăng lên, trọc âm giáng xuống được điều hòa, các chứng đau của bệnh nhân từ từ mà hết.

4.2.4. Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị chung được tính là sự thay đổi tổng điểm quy đổi từ 3 thang VAS, PSQI và EEV. Kết quả thu được chia làm 4 mức độ tốt, khá, trung bình, kém và được so sánh sau quá trình can thiệp.

Sau 20 ngày can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng tốt ở nhóm nghiên cứu là 70% cao hơn nhóm chứng là 43,33%, tỉ lệ đáp ứng khá và trung bình của NNC và NC khác biệt không đáng kể, dao động từ 16,67% đến 23,33%. Tuy nhiên, NNC không ghi nhận bệnh nhân đáp ứng kém còn ở NC có tỉ lệ 16,67%. Sự khác biệt giữa NNC và NC theo mức độ đáp ứng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điều này cho thấy rằng việc sử dụng bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm có tác dụng tốt hơn với phương pháp điều trị thuốc tây y kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn chức năng tiền đình thể đàm thấp của chứng huyễn vựng trong YHCT.

4.2.5. Tác dụng lên chỉ số mạch và huyết áp trước và sau điều trị

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

Một trong những nguyên nhân gây ra rối loạn chức năng tiền đình là do huyết áp thấp, thiếu năng tuần hoàn não hay một số bệnh lí tim mạch khác như xơ vữa mạch, làm tắc nghẽn mạch máu. Khi máu không được cung cấp đủ đến hệ thống tiền đình, sẽ gây ra những triệu chứng đặc trưng của bệnh mà chúng ta thường nhắc đến như đau đầu, chóng mặt, ù tai, buồn nôn nhiều. Khi sử dụng thuốc, không chỉ các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân được thuyên giảm, mà chỉ số mạch và huyết áp của bệnh nhân không bị ảnh hưởng. Vì vậy, việc sử dụng bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang là tương đối an toàn với bệnh nhân nghiên cứu [71].

4.2.6. Tác dụng cải thiện một số chứng trạng YHCT

Bảng 3.15 cho thấy, so với nhóm chứng, ở nhóm nghiên cứu, một số triệu chứng lâm sàng như mệt mỏi, ăn kém, đầy bụng đều có sự cải thiện đáng kể, sự cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân huyền vựng thể đàm thấp, là thể bệnh có triệu chứng chính là chóng mặt, đau đầu, mệt mỏi nhiều.

Theo Nội kinh, “Tinh hư sinh Huyền”, lại nói “Thận hư thì đầu nặng hay lắc, bể tủy không đủ thì não chuyên tai ù ...”. Thận sinh ra tủy là cái gốc của tiên thiên. Tiên thiên bất túc hoặc ở người cao tuổi thận khí suy yếu, hoặc phòng lao quá độ làm thận tinh suy hao. Não là bể của tủy, thận tinh suy hao thì bể của tủy bất túc nên sinh ra chứng đầu choáng. Đầu choáng lâu ngày khó khỏi lại có chứng tinh thần mệt mỏi hay quên, tai ù, mắt hoa, lưng gối đau mỏi [74]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần nhiều là bệnh nhân tuổi cao, chính khí kém, công năng tạng phủ suy giảm, tạng thận dễ hư nhược trước tiên. Khí của thận hư tất nhiên khí của tỳ cũng kém vì thận là tổ khí của tiên thiên, tỳ là sinh khí của hậu thiên, mà sinh khí tất phải phụ thuộc vào tổ

khí [74]. Thêm vào đó, chính khí hư khiến bệnh nhân dễ cảm nhiễm tà khí hàn thấp, lâu ngày làm chức năng vận hóa của tỳ bị ảnh hưởng. Tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp đình trệ lâu ngày ứ đọng lại thành đàm, đàm thấp ngăn trở ở trong khiến thanh dương không thăng được, trọc âm không giáng được nên phân đầu hay nặng nề, choáng váng, bệnh nhân hay nằm, có khi không ngồi dậy được.

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

Hải Thượng Lãn Ông có viết: Đàm là vật chất do tân dịch hóa do sương móc của thiên hiên; lại nói: “Đàm là ngọn của khí huyết, có con người là có khí huyết, có khí huyết là có đàm để thấm nhuần kinh lạc, nuôi lớn thân thể” [74]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chứng trạng YHCT như mệt mỏi, ăn kém, đầy bụng, đều đã giảm đáng kể so với ban đầu ở cả nhóm nghiên cứu lẫn nhóm chứng, sự cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm chứng với $p < 0.05$.

Bài thuốc “Bán hạ bạch truật thiên ma thang” có tác dụng kiện tỳ, hóa thấp, bình can, tức phong [50]. Trong đó thiên ma, bán hạ chế hóa đàm, giáng nghịch, tức phong là hai vị thuốc chủ yếu điều trị chứng huyễn vựng, đầu thống là quân. Bạch truật kiện tỳ, táo thấp là thần. Bạch linh là vị thuốc kiện tỳ trừ thấp dùng để điều trị nguồn gốc sinh đàm. Trần bì lý khí hóa đàm, cam

thảo, sinh khương, đại táo là những vị thuốc điều hòa tỳ vị là tá và sử. Cả bài thuốc có tác dụng kiện tỳ, trừ thấp, hóa đàm, tức phong giúp công năng của tỳ được kiện vận, triệu chứng của đàm sẽ dần dần mà hết do điều trị vào gốc bệnh.

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

Trong quá trình điều trị 20 ngày cho 60 bệnh nhân thuộc cả hai nhóm, không ghi nhận trường hợp nào có tác dụng không mong muốn như đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, dị ứng da, vụng kim, gãy kim, tụ máu, nhiễm trùng, ... trên lâm sàng.

Các chỉ số công thức máu và hóa sinh máu thay đổi không đáng kể trong cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng trước và sau điều trị, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị, các chỉ số về mạch và huyết áp đều có sự thay đổi không đáng kể, tuy nhiên, sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm và trong từng nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các chỉ số ở hai nhóm đều trong giới hạn bình thường.

Trong nghiên cứu, chỉ số đường huyết của các bệnh nhân đều không có sự thay đổi trước và sau nghiên cứu. Như vậy có thể nhận định phương pháp nghiên cứu kết hợp không làm tăng nguy cơ bị bệnh nặng hơn nếu như đề cập đến chỉ số đường huyết.

Như vậy, trong khuôn khổ của nghiên cứu, có thể nhận định bài Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm không gây ra tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân mắc rối loạn chức năng tiền đình thể đàm thấp .

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân rối loạn chức năng tiền đình được điều trị bằng bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm, so sánh với nhóm dùng nhĩ châm và thuốc y học hiện đại, sau 20 ngày can thiệp, chúng tôi kết luận như sau:

1. Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm có hiệu quả trong điều trị RLCNTĐ thể đàm thấp, cụ thể trên các chỉ số:

- Giảm triệu chứng hoa mắt chóng mặt thông qua hiệu quả cải thiện điểm EEV tốt hơn so với nhóm chứng dùng Paracetam + Cinnarizine kết hợp nhĩ châm. NNC hiệu suất điểm EEV sau điều trị là $8,2 \pm 2,43$ (điểm), NC giảm là $6,5 \pm 3,04$ với $p < 0,05$.

- Giảm triệu chứng đau đầu thông qua hiệu quả cải thiện điểm VAS tốt hơn NC dùng Paracetam + Cinnarizine kết hợp nhĩ châm. NNC giảm điểm VAS trung bình từ $4,67 \pm 0,84$ (điểm) xuống còn $1,13 \pm 1,07$ (điểm) cao hơn NC từ $4,7 \pm 1,18$ (điểm) xuống còn $2,51 \pm 1,92$ (điểm) với $p < 0,05$.

- Cải thiện chất lượng giấc ngủ thông qua hiệu suất điểm Pittsburgh tốt hơn NC dùng Paracetam + Cinnarizine kết hợp nhĩ châm. NNC có hiệu suất giảm điểm Pittsburgh sau điều trị là $6,4 \pm 2,36$ (điểm), NC giảm là $4,77 \pm 3,36$ (điểm) với $p < 0,05$.

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

Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm không gây tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng và cận lâm sàng trong thời gian nghiên cứu 20 ngày.

KHUYẾN NGHỊ

1. Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm theo phác đồ của Bộ y tế là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị rối loạn chức năng tiền đình thuộc thể đàm thấp của YHCT, không yêu cầu máy móc trang thiết bị phức tạp, vì thế có thể dễ dàng áp dụng ở các tuyến điều trị cơ sở có kết hợp YHHĐ và YHCT.

2. Tiếp tục nghiên cứu để chuyển dạng bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang từ dạng thuốc sắc thành dạng thuốc hoàn hoặc dạng viên nang, viên nén cho bệnh nhân tiện sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Cường** (2010). *Triệu chứng học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học , 124-127.
2. **Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML** (2016). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 67:489-96.
3. **Neuhauser, H.K.** (2016). [*Handbook of Clinical Neurology*] *Neuro-Otology Volume 137 // The epidemiology of dizziness and vertigo*. 67-82.
4. **Herdman S.J., Blatt P., Schubert M.C. et al** (2000). Falls in patients with vestibular deficits. *Am J Otol*, **21(6)**, 847-851.
5. **Mendel B, Bergenius J, Langius-Eklöf A** (2010), Dizziness: a common, troublesome symptom but often treatable. *J Vestib Res*, 20: 391-398.
6. **Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al** (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 156(3_suppl):S1-S47.
7. 王永炎, 鲁兆麟编 (2015). 中医内科学.人民卫生出版社, 285-296 页.
Wang Yong Yuan, Lu Zhao Lin (2015). *Trung y nội khoa học*, Nhà xuất bản Vệ sinh nhân dân, 285-296.
8. **Nguyễn Bá Quang** (2018). *Nhĩ châm chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, 9-13.
9. **Trình Chung Linh** (2023). *Y học tâm ngô*, Nhà xuất bản dân trí, 331.
10. **Ward BK, Agrawal Y, Hoffman HJ et al.** (2013). Prevalance and impact of bilateral vestibular hypofunction: results from the 2008 US National Health Interview Survey. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 139: 803-810.
11. **Lin HW, Bhattacharyya N** (2012), Balance disorders in the elderly: epidemiology and functional impact. *Laryngoscope* 122: 1858-1861.

12. **Kerber KA, Meurer WJ, West BT, et al.** Dizziness presentations in US emergency departments, 1995-2004 . *Acad Emerg Med.* 2008;15: 744-750.
13. **Agrawal Y, Pineault KG, Semenov YR.** Health-related quality of life and economic burden of vestibular loss in older adults. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2018;3(1): 8-15.
14. **Carlos M. Coelho, Kullaya Pisitsungkagarn, et al** (2019), Comparing dizziness and vertigo inventory responses in Thai and Thai-Chinese people, *Neuropsychologica*, 17(1): 56-67.
15. **Nguyễn Văn Đăng** (2007). *Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, 67-86.
16. **Nguyễn Văn Chương** (2013). *Thực hành lâm sàng và thần kinh học*, Nhà xuất bản Y học, 62-75.
17. **Phạm Khánh Hòa** (2009). *Bệnh tiền đình chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, 7-9.
18. **Nguyễn Thiên Quyên, Đào Trọng Cường** (2013), *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y*, Nhà xuất bản văn hoá dân tộc.
19. **Trần Quốc Bảo** (2020), *Bệnh học Nội khoa YHCT và Ứng dụng lâm sàng – Chứng huyễn Vọng*, Nhà xuất bản Y học, 413-426.
20. **Hoàng Văn Vinh** (2001), *Chữa bệnh rối loạn tiền đình bằng phương pháp Đông Y – Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, 7-15.
21. **Tuệ Tĩnh** (1992). *Nam dược thần hiệu*, Nhà xuất bản Y học, 23.
22. **Trần Thúy** (2009). *Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học, 161-211.
23. **Nguyễn Tử Siêu** (1992). *Hoàng đế nội kinh Tố Vấn*, Nhà xuất bản Y học, 9-10.
24. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2015). *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, 440 - 471, 581-583.

25. **Đậu Xuân Cảnh** (2017). *Giáo trình nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, 197-212.
26. **Trần Thúy, Phạm Duy Nhac, Hoàng Bảo Châu** (2015). *Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, 447-451.
27. 薛博瑜, 吴伟 (2016). 中医内科学. 人民卫生出版社, 121-125.
Xue Bo Yu, Wu Wei (2016). *Nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Vệ sinh nhân dân, Trung Quốc, 121-125.
28. **Bộ Y tế** (2017). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
29. **Gori L, Firenzuoli F** (2007). Ear acupuncture in European traditional medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*, 4(Suppl 1):13-16.
30. **Zhang CS, Xia J, Zhang AL et al** (2014). Ear acupressure for perennial allergic rhinitis: A multicenter randomized controlled trial. *Am J Rhinol Allergy*, 28(4):e152-157.
31. **Wang L, Yang J, Zhao B et al** (2016). The similarities between the World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies' standards for auricular acupuncture points and the European System of Auriculotherapy Points according to Nogier and Bahr. *European Journal of Integrative Medicine*, 8(5):817-834.
32. **The Amazing Science of Auriculotherapy** (2011). Hepatitis- Hearing Loss. *Scribd*.
33. **Nguyễn Văn Huy** (2022). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản y học, Trường đại học Y Hà Nội.
34. **Frank H. Netter** (2012). *Atlas Giải Phẫu Người (Vietnamese Edition)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
35. **Nielsen A, Gereau S, Tick H** (2020). Risks and Safety of Extended Auricular Therapy: A Review of Reviews and Case Reports of Adverse Events. *Pain Med*, 21(6):1276-1293.

36. **BỘ Y TẾ** (2018), *Dược điển Việt Nam*, lần xuất bản thứ 5. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
37. **BỘ Y TẾ** (2013). Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013 của Bộ Y Tế về Quy trình, kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, 195-196.
38. **Nguyễn Văn Thường và cộng sự** (1969). *Nhĩ châm, thủy châm, mai hoa châm*, Nhà xuất bản Y học và thể dục thể thao.
39. **Trần Thúy** (1986). *Châm loa tai và một số phương pháp khác*, Nhà xuất bản Y học.
40. **Phạm Văn Cự, Phạm Quang Minh** (1994). *Liệu pháp loa tai*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
41. **Phí Ngọc Thuận** (2017), *Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc trong điều trị thiếu máu não mạn tính*, Luận văn Thạc sỹ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
42. **Nguyễn Thị Thanh Vân** (2013), *Đánh giá tác dụng của đầu châm kết hợp cao thông u trong điều trị chứng huyễn vựng theo Y học cổ truyền*, Luận văn Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
43. **Đỗ Hồng Giang** (2006). Ứng dụng các bài tập luyện tập phục hồi chức năng tiền đình để điều trị bệnh nhân chóng mặt và mất thăng bằng nhân một số ca thực hiện tại bệnh viện Tai Mũi Họng. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*,10(1).
44. **Đỗ Thị Mỹ Hạnh** (2018) *Đánh giá tác dụng của điện đầu châm trong hỗ trợ điều trị rối loạn chức năng tiền đình*, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
45. **Đỗ Tất Lợi** (2015). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
46. **Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm và cộng sự** (2014). Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) phiên bản tiếng Việt. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 18, 664-668.

47. **Megnigbeto AC, Sauvage JP, Launois R** (2001). *Revue Laryngologie otologie rhinology: The European Evaluation of Vertigo scale (EEV): Clinical Validation Study*.95-102
48. **Aloba OO, Adewuya AO, Ola BA, Mapayi BM**. Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Nigerian university students. *Sleep Med* 2007;8:266-70.
49. **Nguyễn Tài Thu** (2012). *Tân châm*. Nhà xuất bản từ điển bách khoa, Hà Nội.
50. **彭怀仁** (2015). *中医方剂大辞典, 第五册, 南京中医学院, 人民卫生出版社*. **Peng Huai Ren** (2015). *Trung y phương tễ đại từ điển*, nhà xuất bản Vệ sinh nhân dân, Trung Quốc, tập 3, 1035.
51. **杨秀英**(1989). *耳压法治疗眩晕症 50 例*. *内脚古中医药*,8.
Yang Xiu Ying (1989). Tác dụng của nhĩ châm trong điều trị 50 trường hợp chóng mặt. *Tạp chí Trung y Dược Nội Môn*, 8.
52. **袁海燕**(2014). *耳针治疗耳源性眩晕 27 例*. *山东针灸学会*, 337.
Yuan Hai Yan (2014). *Đánh giá tác dụng của nhĩ châm trên 27 bệnh nhân chóng mặt*. *Hội thảo học thuật gia châm cứu và thuốc*, 337.
53. **董伶俐**(2019). *中医综合治疗耳眩晕临床观察*. *中国中医药现代远程教育*,第 17 卷第 20 期, 74-76.
Dong Ling Li (2019). *Đánh giá tác dụng của liệu pháp Y học cổ truyền trong điều trị chóng mặt*. *Tạp chí Giáo dục từ xa trung y dược hiện đại Trung Quốc, Trung Quốc*, 74-76.
54. **杨帆** (2019). *半夏白术天麻汤加减与耳穴埋豆在治疗眩晕中的联合应用*. *中西医结合与祖国医学*,1446-1447.
Yang Fan (2019). *Đánh giá tác dụng kết hợp của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang gia giảm kết hợp nhĩ châm điều trị chóng mặt*. *Tạp chí học thuật Trung Quốc*, 1446-1447.

55. 宵 清清 (2015). 半夏白 术天麻汤加減方治疗疾湿中 阻型颈住眩暈 □□的 临床观察 □□. 学位论文.

Zhen Xing Xing (2015). *Đánh giá tác dụng lâm sàng của bài thuốc bán hạ bạch truật thiên ma thang trong điều trị chóng mặt do đàm thấp*. Luận văn Thạc sĩ Y học năm 2015 trường Đại học Y học cổ truyền Thành Đô, Trung Quốc.

56. 张小霞 (2016). 半夏白术天麻汤加減配合耳穴埋豆治疗眩暈 44 例疗效观察. 四川中医,106-107.

Zhang Xiao Xia (2016). *Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang gia giảm trong điều trị 44 trường hợp chóng mặt*. *Tạp chí Y học cổ truyền Trung Quốc - Tứ Xuyên*, số 11, tập 34, 106-107.

57. 孙小添 (2020). 半夏白术天麻汤合泽泻汤治疗眩暈. 长春中医药大学学报,82-85.

Xun Xiao Tian (2020). *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp Trạch tả thang trong điều trị chóng mặt do đàm thấp*. *Tạp chí Đại học Trung y Dược Trường Xuân*, 82-85.

58. 高晓菁(2021). 半夏白术天麻汤治疗眩暈的临床研究进展. 综述中国民间疗法,116-118.

Gao Xiao Jing (2021). *Nghiên cứu lâm sàng của Bán hạ bạch truật thiên ma thang điều trị huyễn vựng*. *Tạp chí China's naturopathy*, 116-118.

59. 梁焕英,谭凯文 (2013). 穴位敷贴联合半夏白术天麻汤治疗眩暈随机 平行对照研究. 实用中医内科杂志,44-46.

Liang Huang Ying, Tan Kai Wen (2013). *Nghiên cứu đối chứng tác dụng của áp dán huyết vị kết hợp bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang trong điều trị huyễn vựng*. *Tạp chí thực dụng Nội khoa Trung y*, 44-46.

60. **Moraes SA, Soares WJ, Rodrigues RA, et al** (2011). Dizziness in community-dwelling older adults: A population-based study. *Braz J Otorhinolaryngol*;77:691-9.
61. **Swain SK, Anand N, Mishra S.** (2019). Vertigo among elderly people: Current opinion. *J Med Soc*;33:1-5.
62. **Ferrari, Silvia; Monzani, Daniele; et al**(2014). Vertigo “In the Pink”: The Impact of Female Gender on Psychiatric-Psychosomatic Comorbidity in Benign Paroxysmal Positional Vertigo Patients. *Psychosomatics*, 55(3), 280–288.
63. **Wang, Q., H.Y. Gong and J.H. Gao** (2006). Study on characteristics of peripheral blood gene expression profile in the obesity with phlegm-dampness constitution. *J. Tradit. Chin. Med.* 11: 851–853, 2006a
64. **Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội** (2012), *Học thuyết tạng tượng*, 34-50.
65. **Kovacs, Eva; Wang, Xiaoting; Grill, Eva** (2019). Economic burden of vertigo: a systematic review. *Health Economics Review*, 9(1), 37-51.
66. **Zwergal, Andreas; Dieterich, Marianne** (2019). Vertigo and dizziness in the emergency room. *Current Opinion in Neurology*, 1-9.
67. **左军 牟景光 胡晓阳**(2019).半夏化学成分及现代药理作用研究进展 J .辽宁中医药大学学报,26-29.
Zou Jun, Mou Jingguang, Hu Xiaoyang (2019). Nghiên cứu về tác dụng của thành phần hóa học theo dược lý hiện đại của vị thuốc bán hạ. *Tạp chí trường Đại học Trung y Dược Liêu Ninh*, 26-29.
68. **张明发 沈雅琴**(2017). 半夏及其炮制品对神经和循环系统的药理作用研究进展 J . 抗感染药学,1643-1644.
Zhang Mingfa , Shen Yaqin (2017). *Nghiên cứu về tác dụng sinh lý của bán hạ và các sản phẩm của nó trên hệ thần kinh và tuần hoàn. Dược học kháng khuẩn*, 1643-1644.

69. **Zhuanzhuan Hou, Shibing Xu, Quinglin Li et al** (2017), *The Efficacy of Acupuncture for the Treatment of Cervical Vertigo: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2017, Article ID 7597363.
70. **R. Teggi, M. Marfrin, C. Balzaneli et al** (2016) *Point prevalence of vertigo and dizziness in a sample of 2672 subjects and correlation with headaches*, Acta Otorhinolaryngol Ital, Vol 36, 215-219.
71. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2015). *Bài giảng Bệnh học nội khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 169.
72. **Sung Kyyun Kim, Ji Hoon Kim, Seung Sik Jeon et al** (2018), *Relationship between sleep quality and dizziness*, Plos One.
73. **Terry Oleson** (2008) *Auriculotherapy manual (Chinese and western systems of ear acupuncture)*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone – Elsevier.
74. **Lê Hữu Trác**, *Hải Thượng Lãn Ông Y tông tâm lĩnh*. Nhà xuất bản Y học, tập 1 - 552, tập 2 - 25.
75. **Tuệ Tĩnh** (1978). *Hồng nghĩa giác tư y thư*. Nhà xuất bản Y học, 151,183,192.
76. **Singhuber J, Baburin I, Kählig H, Urban E, Kopp B, Hering S** (2012). *GABA(A) receptor modulators from Chinese herbal medicines traditionally applied against insomnia and anxiety*. Phytomedicine.19(3-4):334-40.
77. **Liu Y, Gao J, Peng M, Meng H, Ma H, Cai P, Xu Y, Zhao Q, Si G** (2018). *A Review on Central Nervous System Effects of Gastrodin*. Front Pharmacol. 2;9:24.

PHỤ LỤC 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Nhóm NC

Nhóm chứng

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên:.....

Tuổi :.....Giới :.....BMI :.....

Địa chỉ :.....

Nghề nghiệp :.....

Ngày vào viện :.....

II. YHHD

1. Lý do vào viện :

2. Thời gian mắc bệnh :

Thời gian mắc bệnh	Đánh dấu X vào lựa chọn
≤ 1 tuần	
1 tuần – ≤ 1 tháng	
1 tháng – ≥ 3 tháng	

3. Bệnh đồng mắc :

Bệnh đồng mắc	Đánh dấu X vào lựa chọn
Rối loạn chuyển hóa lipid	
Thoái hóa cột sống cổ	
Bệnh khác	

4. Các chỉ số theo dõi :

* Trên lâm sàng :

Các chỉ số theo dõi	D ₀	D ₅	D ₁₀	D ₁₅	D ₂₀
Chóng mặt, rối loạn thăng bằng theo thang EEV (điểm)					
Đau đầu theo thang VAS (điểm)					

Mất ngủ theo thang Pittsburgh (điểm)					
Mạch (lần/phút)					
Huyết áp (mmHg)					

* Trên cận lâm sàng

Chỉ số	D ₀	D ₂₀
Hồng cầu (T/l)		
Hemmatocrit (%)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		
Ure (mmol/l)		
Creatinin (μmol/l)		
AST (u/l)		
ALT (u/l)		
Glucose (mmol/l)		
Cholesterol (mmol/l)		
Triglycerid (mmol/l)		
HDL-C (mmol/l)		
LDL-C (mmol/l)		

5. Chẩn đoán :

III YHCT

Thể bệnh YHCT : Đàm thấp

Chứng trạng	D ₀	D ₂₀
Mệt mỏi		
Ăn kém		
Đầy bụng		
Lưỡi		
Mạch		

IV. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Tác dụng không mong muốn	Thời điểm xuất hiện		
	Ngày	Diễn biến	Xử trí
Đau bụng			
Đi phân lỏng			
Mẩn ngứa			
Vụng châm			
Tụ máu			
Nhiễm trùng			
Khác			

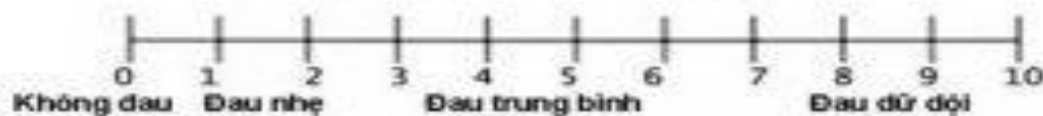
Hà Nội, ngày tháng năm 2023

Nghiên cứu viên

PHỤ LỤC 2

LƯỢNG GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU THEO THANG ĐIỂM VAS

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU



THANG ĐIỂM ĐAU THEO WONG-BAKER



Thước đo VAS

Đánh giá cảm giác đau bằng thang điểm VAS là dựa vào hỏi bệnh nhân và để bệnh nhân tự chỉ ra mức độ đau của mình. Trước khi đo, để bệnh nhân nghỉ ngơi, yên tĩnh, không có các kích thích khác từ bên ngoài, sau đó giải thích và mô tả cho bệnh nhân hiểu rõ việc mình cần làm.

Thước đo VAS là một thước hai mặt. Mặt quay về phía bệnh nhân có các hình tượng đa biểu thị từ không đau cho đến đau tột đỉnh, để bệnh nhân dễ dàng so sánh với mức đau của mình, mặt đối diện quay về phía thầy thuốc, có chia từ 0 đến 10 điểm. Khi so sánh bệnh nhân tự di chuyển con trỏ đến mức đau tương ứng, thầy thuốc biết điểm đau của họ ở mặt quay về phía mình.

Cách đánh giá:

Mức 0 điểm:	Không đau
Mức 1 - ≤ 3 điểm:	Đau nhẹ
Mức 4 - 6 điểm:	Đau vừa
Mức 7 - 10 điểm:	Đau nặng

PHỤ LỤC 3
THANG ĐÁNH GIÁ EEV

I	Ảo giác về sự chuyển động
0	Không có ảo giác
1
2	Cảm giác lắc lư sang bên phải hoặc trái, đi lên hoặc đi xuống, đầu óc quay cuồng
3
4	Cảm giác quay cuồng (bản thân hoặc môi trường xung quanh)

II	Thời gian ảo giác
0	không
1	Ít hơn 1phút
2	1 phút đến 1 tiếng
3	1 tiếng đến 2 tiếng
4	3 tiếng đến 24 tiếng

III	Dấu hiệu rối loạn thần kinh thực vật
0	Không có dấu hiệu
1	Buồn nôn không liên quan đến tác động đến tiền đình
2	Buồn nôn liên quan đến tác động đến tiền đình
3	Buồn nôn và nôn 1,2 lần
4	Nôn nhiều lần

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

PHỤ LỤC 4
THANG ĐIỂM PITTSBURGH
ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ RỐI LOẠN GIẤC NGỦ

Đánh giá	Điểm	Điểm BN
<p>1. Yếu tố 1: Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan (trong tháng qua):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rất tốt - Tương đối tốt - Kém - Rất kém 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
<p>2. Yếu tố 2: Giai đoạn ngủ gà: Trong tháng qua mỗi đêm mất khoảng bao nhiêu phút mới ngủ được (sau khi đã nằm lên giường)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Số phút là: <ul style="list-style-type: none"> + Ít hơn 15 phút + 16 – 30 phút + 31 – 60 phút + Hơn 60 phút - Không thể chợp mắt được trong vòng 30 phút <ul style="list-style-type: none"> + Không + Ít hơn 1 lần/tuần + 1 – 2 lần/tuần + Hơn 3 lần/tuần 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>Cộng 2 thành tố trên ta có:</p> <p>0 – 0 điểm</p> <p>1-2 – 1 điểm</p> <p>3-4 – 2 điểm</p> <p>5-6 – 3 điểm</p> <p>Vậy tổng điểm của yếu tố 2:</p>
<p>3. Yếu tố 3: Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hơn 7 giờ - 6 – 7 giờ - 5 – 6 giờ - Ít hơn 5 giờ 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	

<p>4. Yếu tố 4: Thời lượng giấc ngủ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong tháng qua đi ngủ lúc mấy giờ - Trong tháng qua thức dậy lúc mấy giờ - Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ - Số giờ nằm trên giường = Giờ thức dậy – Giờ đi ngủ - Hiệu quả của thói quen đi ngủ (%): Số giờ đi ngủ/số giờ nằm trên giường x 100% <p>+ Hơn 85%</p> <p>+ 75 – 84%</p> <p>+ 65 – 74%</p> <p>+ Ít hơn 65%</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
<p>5. Yếu tố 5: Sự sử dụng thuốc ngủ</p> <p>Trong tháng qua có thường xuyên sử dụng thuốc ngủ không</p> <ul style="list-style-type: none"> - Không - Ít hơn 1 lần/tuần - 1 – 2 lần/tuần - Hơn 3 lần/tuần 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
<p>6. Yếu tố 6: Rối loạn trong ngày</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong tháng qua có thường gặp khó khăn trong việc giữ tỉnh táo khi lái xe, lúc ăn, hay lúc tham gia các hoạt động xã hội hay không: <p>+ Không</p> <p>+ Ít hơn 1 lần/tuần</p> <p>+ 1 – 2 lần/tuần</p> <p>+ Hơn 3 lần/tuần</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong tháng vừa qua việc duy trì sự nhiệt tình để hoàn thành công việc có gây khó khăn gì không? <p>+ Không khó khăn gì</p> <p>+ Chỉ gây khó khăn nhỏ</p> <p>+ Trong chừng mực nào đó cũng gây khó khăn</p> <p>+ Gây khó khăn lớn</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>Cách cho điểm: cộng 2 thành tố trên ta có:</p> <p>0 – 0 điểm</p> <p>1-2 – 1 điểm</p> <p>3-4 – 2 điểm</p> <p>5-6 – 3 điểm</p> <p>Vậy tổng điểm của yếu tố 6:</p>

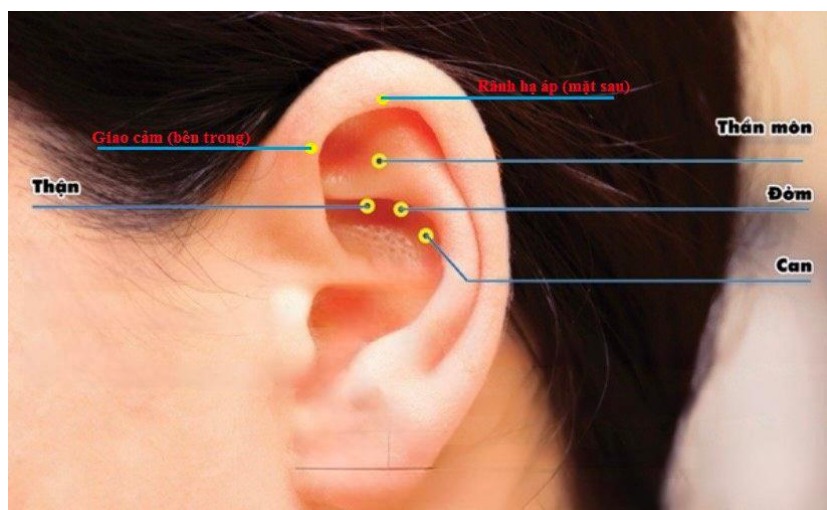
7. Yếu tố 7: Rối loạn trong giấc ngủ

Các vấn đề	Không	Ít hơn 1 lần/tuần	1 – 2 lần/tuần	Hơn 3 lần/tuần
Điểm	0	1	2	3
Không thể chợp mắt được trong vòng 30 phút				
Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc dậy quá sớm lúc buổi sáng				
Phải thức dậy để tắm				
Khó thể				
Ho hoặc ngáy to				
Cảm thấy rất lạnh				
Cảm thấy rất nóng				
Có ác mộng				
Thấy đau				
Các lý do khác				
Cộng các thành tố trên ta có: 0 : 0 điểm 1 – 9 : 1 điểm 10 – 18 : 2 điểm 19 – 27 : 3 điểm				
Tổng điểm yếu tố 7				

VẬY, TỔNG ĐIỂM CỦA 7 YẾU TỐ:.....

Cách đánh giá: Điểm thấp nhất: 0 điểm; Cao nhất: 21 điểm. Điểm càng cao rối loạn giấc ngủ càng nặng.
 + ≤ 5 điểm: Không có rối loạn giấc ngủ.
 + > 5 điểm: Có rối loạn giấc ngủ.

PHỤ LỤC 5: CÔNG THỨC HUYỆT TRONG NGHIÊN CỨU



1. Thần môn

- Vị trí: nằm ở hồ tam giác của loa tai, huyết không nằm ở đỉnh của hồ tam giác chỗ chia đôi của gờ đối vành tai mà nằm hơi hướng vào trong và lên trên so với đỉnh hồ tam giác.

- Tác dụng: trấn tĩnh, an thần, chống đau, thanh nhiệt, tả hỏa, giải độc, chống viêm, giảm khí, chỉ ho.

- Chỉ định: Mất ngủ, bồn chồn, nhức đầu, chóng mặt, đau nửa đầu, đau thần kinh sinh 3, thần kinh liên sườn, viêm rễ thần kinh thắt lưng cùng, động kinh, hysteria, máy cơ và co cứng các cơ mặt, say nắng, say nóng, say tàu xe, rối loạn tâm thần, suy nhược thần kinh, đau tức ngực, dị ứng, ho khan (không dùng khi có đờm), hen, viêm phế quản, viêm dạ dày hoặc hành tá tràng cấp, mạn, rối loạn co bóp dạ dày-ruột, loét dạ dày hành tá tràng, co thắt cơ hoành.... Là 1 huyết chủ yếu trong châm tê phẫu thuật bụng, ngực và đầu.

2. Giao cảm

- Vị trí: ở điểm tận cùng của nhánh dưới đối luân, nơi nhánh dưới đối luân gắn liền với mặt trong luân tai, bị nếp gấp luân tai che lấp. Muốn nhìn thấy huyết phải kéo nếp gấp viền luân tai ra phía trước.

- Tác dụng : Chống co thắt, giảm đau

- Chỉ định : Chủ trị các rối loạn chức năng thần kinh thực vật, điều trị các cơn đau dữ dội do loét dạ dày, hành tá tràng, cơn đau quặn ruột... . Có tác dụng

dẫn mạch nên được dùng chống co thắt, có tác dụng đối với nhiều bệnh tiêu hóa, chống viêm.

3. Can

- Vị trí : ở phần sau – dưới của xoắn tai trên , phía sau các huyết dạ dày , tá tràng, tụy – mật.
- Tác dụng : bình can, lợi mật, trừ phong tà, chủ cân tàng huyết, điều hòa dinh huyết, thư cân, kiện vị
- Chỉ định : Viêm gan cấp, mạn, viêm túi mật, vàng da. Choáng vàng, yếu cơ, các loại đẹn độp, bệnh máu, thiếu máu nhược sắc, bệnh mắt, tiêu hóa. Chủ sơ tiết nên điều trị tức ngực, thông kinh, ruột căng hơi. Còn điều trị nhức đầu, co giật, di chứng tai biến mạch máu não , rối loạn thời kỳ tiền mãn kinh.

4. Thận

- Vị trí : ở đoạn giữa bờ trên của xoắn tai trên, dưới huyết môn, trên huyết tiêu tràng. Theo P. Nogier thận ở mặt trong luân tai , ngang toàn bộ $\frac{1}{2}$ dưới của hố tam giác/.
- Tác dụng : tráng dương, ích khí, ích tinh dịch , làm khỏe cột sống, bổ não tủy, lợi niệu, sáng mắt.
- Chỉ định : đau thắt lưng, viêm thận, bể thận, thiếu năng thận, viêm bàng quang, đái buốt rắt, các bệnh đường sinh dục. Còn điều trị ù tai, nghe kém, viêm tai giữa, suy nhược thần kinh, nhức đầu, đau nửa đầu.

5. Đởm

- Vị trí: ở tai phải, ở góc vòng cung xoắn tai trên, thẳng trên huyết tá tràng, giữa 2 huyết can, thận
- Tác dụng: tiêu hóa không tốt, viêm tuyến tụy, bệnh đái đường, viêm túi mật, xơ gan, giun chui ống mật, đau sườn
- Chỉ định : Mạch đởm vòng qua cổ, góc đầu, từ phía sau tai đi vào giữa tai để ra phía trước tai nên có thể điều trị ù tai, ngủ hay mê, đau nửa đầu, vẹo cổ co cứng. Viêm túi mật, sỏi mật, giun chui ống mật, vàng da do viêm gan.

6. Hạ áp

- Vị trí: Mặt sau của đối luân ở chỗ đối luân phân nhánh, hõm xuống thành hình chữ y
- Chỉ định : Chữa cao huyết áp, đau đầu

PHỤ LỤC 6

CÁC VỊ THUỐC TRONG BÀI BÁN HẠ BẠCH TRUẬT THIÊN MA THANG

(Trích dược điển Việt Nam V)

*Bán hạ chế

Tên khoa học: *Pinellia ternata*

Tính vị: Tân, ôn có độc

Quy kinh: Tỳ, vị

Tác dụng: Ho có đờm, nôn mửa, chóng mặt đau đầu do đờm thấp, đờm hạch, đờm kết với khí gây mai hạch khí.

*Bạch truật

Tên khoa học: *Rhizoma Atractylodis macrocephalae*.

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

Quy kinh: Tỳ

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

*Bạch linh

Tên khoa học: *Poriaprac parata*

Tính vị: vị ngọt, nhạt, tính bình.

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

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

*Thiên ma

Tên khoa học: *Rhizoma Gastrodiae elatae*

Tính vị: tân, ôn.

Quy kinh: Vào kinh Can.

Tác dụng: Bình can tức phong.

*Trần bì

Tên khoa học: *Pericarpium Citri reticulatae perettne*

Tính vị: Tân, ôn vị đắng.

Quy kinh: Phế, Tỳ

Tác dụng: Lý khí, kiện tỳ, hóa đờm, ráo thấp.

***Cam thảo**

Tên khoa học: *Radix et Rhizoma Glycyrrhizae*

Tính vị: cam, bình

Quy kinh: Tâm, phế, tỳ, vị, thông 12 kinh

Tác dụng: Bổ tỳ, ích khí, phục mạch.

PHỤ LỤC 7

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông/Bà:.....

Nghiên cứu viên: Bs Phạm Hồng Hạnh

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

Tôi viết bản thông báo này gửi đến Ông/Bà với mong muốn Ông/Bà tham gia vào khảo sát: **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn chức năng tiền đình”**

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

Rối loạn chức năng tiền đình là một trong những phiền nàn phổ biến nhất trong y khoa, gây ảnh hưởng tới 15%-35% dân số thế giới và có xu hướng gia tăng. Rối loạn chức năng tiền đình tuy không nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống như giảm khả năng làm việc, giao tiếp, thiếu tự tin, luôn trong tình trạng lo âu, căng thẳng, thậm trí là ảnh hưởng đến việc sinh hoạt hàng ngày. Với mong muốn nâng cao hiệu quả điều trị trên lâm sàng, việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị đã được đặt ra như kết hợp phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc. Tuy vậy cần phải có những nghiên cứu chứng minh tác dụng thực sự của phương pháp qua những nghiên cứu đánh giá dưới ánh sáng của y học hiện đại. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tác dụng của bài thuốc bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn chức năng tiền đình và theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.

2. Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong 20 ngày.

Đối tượng: Ông/Bà được chẩn đoán, điều trị rối loạn chức năng tiền đình tại khoa Nội II, Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An từ tháng 05/2023 – 11/2023.

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

3. Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Sự tham gia của Ông/Bà góp phần quan trọng vào kết quả của nghiên cứu đánh giá tác dụng của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn chức năng tiền đình giúp nghiên cứu mang tính khách quan, khoa học hơn, giúp nâng cao hiệu quả điều trị sau này.

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

4. Bất lợi khi tham gia nghiên cứu

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

5. Người liên hệ

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

Số điện thoại: 0763162616 gặp Bác sĩ Hạnh.

Hoặc Email: yuu.tobita93@gmail.com

6. Sự tự nguyện tham gia

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

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

7. Tính bảo mật

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

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

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

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

1. Người tham gia nghiên cứu

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

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên:.....Chữ ký:.....

Ngày tháng năm:.....

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

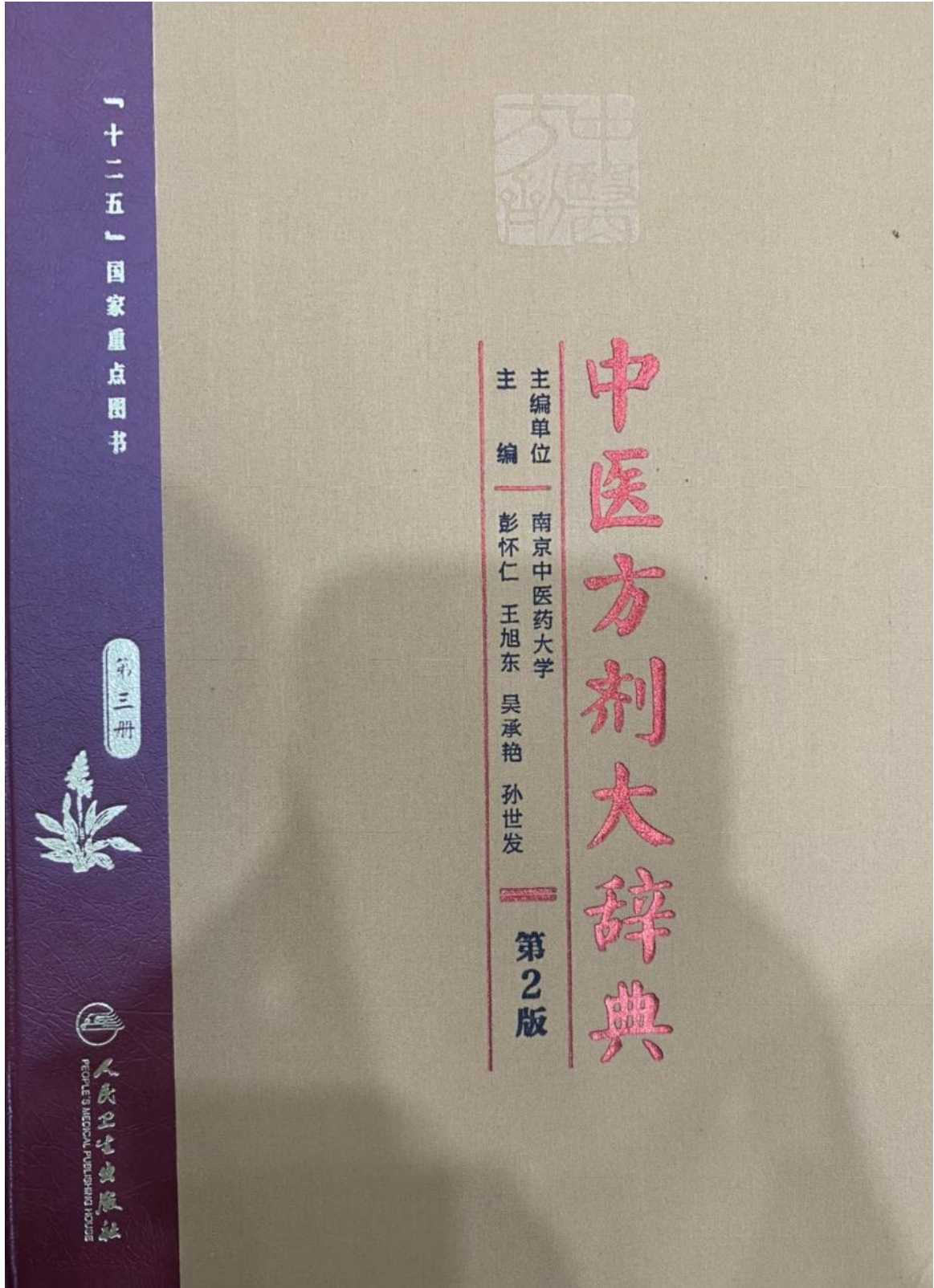
Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng Ông/Bà tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/Bà và Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/Bà khi tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên:.....Chữ ký:.....

Ngày tháng năm:.....

PHỤ LỤC 8

TRUNG Y PHƯƠNG TỬ ĐẠI TỪ ĐIỂN



重肢冷,不得安卧,舌苔白腻,脉弦滑。现用于梅尼埃综合征见有上述症状者。

【方论选录】①《脾胃论》:此头痛甚,谓之足太阴痰厥头痛,非半夏不能疗;眼黑头旋,风虚内作,非天麻不能除,其苗为定风草,独不为风所动也;黄耆甘温,泻火补元气;人参甘温,泻火补中益气;二术俱苦温甘,除湿补中益气;泽、苓利小便导湿;橘皮苦温,益气调中升阳;曲消食,荡胃中滞气;大麦麩面,宽中助胃气;干姜辛热,以涤中寒;黄柏苦大寒,酒洗以主冬天少火在泉发燥也。②《医略六书》:脾气大亏,痰食滞逆,不能统运于中,故厥逆头痛眩暈不已焉。苍术燥痰湿以强脾;白术健脾元以燥湿;人参扶元补气;黄耆补气固中,天麻祛风湿以豁痰;泽泻泻浊阴以却湿;神曲消食积开胃,麦芽化湿和中;茯苓渗脾湿;半夏燥湿痰;橘红利气和胃;生姜快膈散痰;黄柏清湿热,干姜温中气也,使气健脾强,则自能为胃行其津液,而痰厥自平,食远温服,俾痰化气行,则胃气融和而清阳上奉,头痛眩暈无不保矣。此温凉并济,补泻兼施之剂,为气虚痰厥头痛眩暈之专方。

【临床报道】①痰厥头痛:《脾胃论》范天脉之内,素有脾胃之证,时显烦躁,胸中不利,大便不通,初冬出外而晚归,为寒气拂郁,闷乱大作,火不得伸故也。医疑有热,治以疏风丸,大便行而病不减,又疑药力小,复加七八十丸,下两行,前证仍不减,复添吐逆,食不能停,痰唾稠黏,涌出不止,眼黑头旋,恶心烦闷,气短促上喘,无力不欲言,心神颠倒,兀兀不止,目不敢开,如在风云中,头苦如裂,身重如山,四肢厥冷,不得安卧。余谓前证乃胃气已损,复下两次,则重虚其胃而痰厥头痛作矣,制半夏白术天麻汤主之而愈。②不寐:《吉林中医药》[1986,(6):200]丁某某,男,46岁。失眠已三月余,精神恍惚,头晕乏力,心悸气短,胸膈胀满,嗝气泛恶,纳谷无味,大便不爽,舌质红,苔腻微黄,脉滑数。治拟和胃宁心,用半夏白术天麻汤加减:天麻10克,清半夏、白术、枳壳、黄连、橘皮各7.5克,茯苓、远志、麦芽、瓜蒌、枣仁、竹茹各15克,水煎服。共进24剂,能正常入睡,追访至今,未见复发。③梅尼埃综合征:《安徽中医学院学报》[1985,(1):17]张某某,女,70岁。冬月冒寒,头昏头痛,视物旋转十天。西医诊断为“梅尼埃综合征”,服药罔效。刻下眩暈未减,泛恶干呕吐涎沫,心悸气短,胸膈纳差,口中粘腻,舌尖发麻,屢欲更衣,大便量少而细软,形体丰腴,舌苔白腻,六脉濡弱,诊为风痰上犯,中气素匮。处方:法半夏、天麻、陈皮各10克,白术12克,茯苓、党参、山楂各15克,吴茱萸5克,生姜6克,炙甘草3克。服药三剂,诸症大减,已不泛恶,继服三剂而愈。④单纯性肥胖:《现代中西医结合杂志》[2004,13(2):153]用半夏白术天麻汤(太子参代人参)治疗单纯性肥胖60例,服药24周,统计结果显示,本方能显著降低单纯性肥胖患者的体质指数(BMI),腰臀比(WHR)和血压(DBP),随着体内过多脂肪的消除,胰岛素抵抗(IR)也得到明显改善,且优于对照组($P < 0.05$)。胰岛素敏感性指数(SI)的变化与BMI、WHR密切相关($P < 0.05$)。【备考】①本方方名,《济生拔萃》本作“制半夏白术天麻汤”,《医方集解》引作“半夏天麻白术汤”。②改为丸剂,名“半夏天麻丸”(见《北京市中药成方选集》)。

27920 半夏白术天麻汤(《奇效良方》卷二十五)

【组成】半夏一钱半 白术二钱 天麻 茯苓(去皮) 橘皮 苍术 人参 神曲(炒) 麦蘖(炒) 黄耆 泽泻 各一钱 干姜 草果各半钱

【用法】上作一服。水二钟,加生姜三片,煎至一钟,食远服。

【主治】头眩恶心烦闷,气喘短促,心神颠倒,兀兀欲吐,目不敢开,如在风云中,苦头痛眩暈,身重如山,不得安卧。

27921 半夏白术天麻汤(《古今医案》卷七)

【组成】半夏(制)一钱半 白术(炒)二钱 天麻一钱半

【用法】上到一剂。加生姜三片,水二钟,煎八分;食后温服。

【主治】头眩眼黑,恶心烦闷,气促上喘,心神颠倒,目不敢开,头痛如裂,身重如山,四肢厥冷,不能安睡。

27922 半夏白术天麻汤(《医学心悟》卷三)

【组成】半夏一钱五分 白术 天麻 陈皮 茯苓各一钱 甘草(炙)五分 生姜二片 大枣三个 蔓荆子一钱

【用法】水煎服。

【主治】痰厥头痛者,胸膈多痰,动则眩暈。

【加减】虚者,加人参。

【临床报道】①眩暈(痰浊型):《江西中医药》[2009,(2):32]用半夏白术天麻汤(去蔓荆子)治疗痰浊型眩暈43例,结果痊愈10例,显效24例,好转6例,无效3例,总有效率93.0%,优于对照组。②眩暈(位置性):《中国民间疗法》[2006,14(10):34]用半夏白术天麻汤(去蔓荆子)为基本方,治疗位置性眩暈48例,结果痊愈32例,好转13例,无效3例,总有效率93.75%。③眩暈(椎-基底动脉供血不足性):《实用中医药杂志》[2009,25(3):150]用半夏白术天麻汤(去蔓荆子)为基本方,治疗椎-基底动脉供血不足性眩暈32例,结果痊愈17例,显效8例,好转4例,无效3例,总有效率90.6%。④头痛(血管性):《中国民间疗法》[2005,13(2):50]用半夏白术天麻汤加减,治疗血管性头痛34例,结果痊愈25例,有效7例,无效2例,与对照组比较有显著性差异。⑤头痛(脑囊虫病):《中国中医急症》[2002,11(6):492]用半夏白术天麻汤加减,治疗脑囊虫病200例,结果治愈188例,好转10例,无效2例,总有效率99.00%。⑥动脉粥样硬化:《现代中西医结合杂志》[2007,16(13):1752]用半夏白术天麻汤去蔓荆子治疗动脉粥样硬化28例,结果显效9例,有效16例,无效3例,总有效率89%,表现为动脉硬化指数(AI)降低,颈动脉内膜中层厚度(IMT)、斑块体积缩小,平均血流速度(Wmean)增加,搏动指数(PI)降低。⑦脑动脉硬化:《实用中西医结合临床》[2009,9(1):22]用半夏白术天麻汤去蔓荆子治疗脑动脉硬化症80例,结果显效率、有效率分别为33.75%、83.75%,治疗后平均血流速度、微循环值均显著改善($P < 0.01$),并可明显降低胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白和升高高密度脂蛋白,疗效均优于对照组。

【现代研究】降血压作用:《黑龙江中医药》[2008,

图书在版编目(CIP)数据

中医方剂大辞典. 第3册/彭怀仁等主编. —2版. —北京:
人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21065-2

I. ①中… II. ①彭… III. ①方剂-词典 IV. ①R289.2-61

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第159878号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数
据库服务, 医学教育资
源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!



中医方剂大辞典(第2版)
第三册

主 编: 彭怀仁 王旭东 吴承艳 孙世发

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司(胜利)

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 63

字 数: 2621千字

版 次: 1994年11月第1版 2016年5月第2版

2021年7月第2版第4次印刷(总第7次印刷)

标准书号: ISBN 978-7-117-21065-2/R·21066

定 价: 259.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)