

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ QUÝ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
CỦA BÀI THUỐC “HOÀNG KỲ BỔ HUYẾT THANG”
KẾT HỢP TỪ TRƯỜNG TRÊN NGƯỜI BỆNH
THIỂU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ QUÝ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
CỦA BÀI THUỐC “HOÀNG KỲ BỔ HUYẾT THANG”
KẾT HỢP TỪ TRƯỜNG TRÊN NGƯỜI BỆNH
THIỂU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

PGS.TS. BS. TRẦN THỊ THU VÂN

HÀ NỘI – 2025

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, khoa phòng cùng các thầy cô trong Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và làm luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến PGS. TS. Trần Thị Thu Vân đã trực tiếp hướng dẫn định hướng đề tài và trang bị cho tôi kiến thức, giúp đỡ và chỉ bảo, động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

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

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

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

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và tập thể anh chị em học viên lớp Cao học 16 đã giúp đỡ, động viên, ủng hộ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn này.

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

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 27 tháng 11 năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Quý

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Quý, học viên lớp Cao học khóa 16, Học viện Y dược học cổ truyền Việt nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

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

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

Hà Nội, ngày 27 tháng 11 năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Quý

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

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

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo y học hiện đại.....	3
1.1.1. Định nghĩa.....	3
1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	3
1.1.3. Biểu hiện lâm sàng của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	4
1.1.4. Chẩn đoán thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	5
1.1.5. Điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	7
1.2. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo y học cổ truyền.....	8
1.2.1. Bệnh danh.....	8
1.2.2. Bệnh nguyên.....	9
1.2.3. Cơ chế bệnh sinh.....	10
1.2.4. Phân loại thể bệnh và điều trị.....	11
1.2.5. Tổng quan về bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang.....	13
1.3. Tổng quan về từ trường.....	14
1.3.1. Khái niệm.....	14
1.3.2. Tác dụng của từ trường đối với bệnh lý thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	15
1.3.3. Chỉ định.....	15
1.3.4. Chống chỉ định.....	16
1.4. Các nghiên cứu thiếu năng tuần hoàn não mạn tính và điều trị bằng từ trường. 16	
1.4.1. Trên thế giới.....	16
1.4.2. Tại Việt Nam.....	17
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	20
2.1. Chất liệu nghiên cứu.....	20
2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu: “Hoàng kỳ bổ huyết thang”.....	20

2.1.2. Thuốc đối chứng.....	21
2.1.3. Điều trị bằng từ trường sử dụng trong nghiên cứu.....	21
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	22
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.....	22
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi diện nghiên cứu.....	23
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	24
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	24
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	24
2.3.3. Cách chọn mẫu.....	25
2.3.4. Phương tiện nghiên cứu.....	25
2.4. Địa điểm nghiên cứu.....	28
2.5. Thời gian nghiên cứu.....	28
2.6. Quy trình tiến hành nghiên cứu.....	28
2.7. Các chỉ số và biến số nghiên cứu.....	29
2.7.1. Chỉ số đánh giá hiệu quả của bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.....	29
2.7.2. Theo dõi các tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu....	29
2.8. Phương pháp thu thập thông tin và đánh giá.....	29
2.8.1. Điểm triệu chứng theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTHNMT của Khadjev (1979).....	30
2.8.2. Mức độ đau đầu theo thang điểm VAS.....	31
2.8.3. Trắc nghiệm Wechsler.....	31
2.8.4. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler..	32
2.8.5. Hiệu quả điều trị chung.....	32
2.9. Phương pháp xử lý số liệu.....	33
2.10. Không chế sai số.....	33
2.11. Đạo đức trong nghiên cứu.....	34

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	36
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	36
3.1.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	36
3.1.2. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu.....	36
3.1.3. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.1.4. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.1.5. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.....	38
3.1.6. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của hai nhóm trước điều trị.....	38
3.1.7. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	39
3.1.8. Đặc điểm chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu trước điều trị...	39
3.1.9. Đặc điểm thông số nhịp alpha và theta trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	40
3.1.10. Đặc điểm các chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	41
3.1.11. Đặc điểm thể bệnh lâm sàng y học cổ truyền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	42
3.2. Đánh giá kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu.....	42
3.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị.....	42
3.2.2. Sự thay đổi mức độ đau đầu theo thang điểm VAS trước và sau điều trị.....	43
3.2.3. Sự thay đổi mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Khadjev trước và sau điều trị.....	44
3.2.4. Sự thay đổi khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schulter trước và sau điều trị.....	44
3.2.5. Sự thay đổi điểm Wechsler trước và sau điều trị.....	45
3.2.6. Sự thay đổi thông số nhịp alpha và theta trên EEG nền trước và sau điều trị.....	45
3.2.7. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu sau điều trị....	46
3.2.8. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu	

trước và sau điều trị.....	47
3.2.9. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền sau điều trị.....	48
3.2.10. Hiệu quả điều trị chung.....	49
3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	49
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	50
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	50
4.2. Đánh giá hiệu quả điều trị của đối tượng nghiên cứu.....	54
4.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị.....	54
4.2.2. Sự thay đổi mức độ đau đầu theo thang điểm VAS trước và sau điều trị...55	
4.2.3. Sự thay đổi mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler trước và sau điều trị.....	56
4.2.4. Sự thay đổi khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler trước và sau điều trị.....	57
4.2.5. Đánh giá tổng thể qua thang điểm Khadjev.....	58
4.2.6. Biến đổi trên Điện não đồ.....	59
4.2.7. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu sau điều trị....62	
4.2.8. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	62
4.2.9. Hiệu quả điều trị chung của đối tượng nghiên cứu.....	63
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	64
KẾT LUẬN.....	66
KIẾN NGHỊ.....	67
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”	20
Bảng 2.2. Bảng đánh giá triệu chứng theo lâm sàng của Khadjev (1979).....	30
Bảng 2.3. Đánh giá mức độ đau.....	31
Bảng 2.4. Đánh giá khả năng nhìn nhớ Wechsler.....	31
Bảng 2.5. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schulter	32
Bảng 2.6. Phân loại hiệu quả điều trị chung.....	32
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi.....	36
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính.....	36
Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tình trạng dinh dưỡng	37
Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp.....	37
Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh.....	38
Bảng 3.6. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm nghiên cứu trước điều trị.....	38
Bảng 3.7. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	39
Bảng 3.8. Chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	39
Bảng 3.9. Thông số nhịp alpha trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	40
Bảng 3.10. Thông số nhịp theta trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	40
Bảng 3.11. Chỉ số công thức máu của đối tượng nghiên cứu trước điều trị....	41
Bảng 3.12. Chỉ số sinh hoá máu của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	41
Bảng 3.13. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thể bệnh y học cổ truyền.....	42
Bảng 3.14. So sánh đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	42
Bảng 3.15. So sánh mức độ đau đầu theo thang điểm VAS của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	43

Bảng 3.16. So sánh mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Khadjev của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	44
Bảng 3.17. So sánh khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schuler của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	44
Bảng 3.18. So sánh sự thay đổi điểm Wechsler của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	45
Bảng 3.19. Sự thay đổi thông số nhịp alpha trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	45
Bảng 3.20. Sự thay đổi thông số nhịp theta trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	46
Bảng 3.21. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu sau điều trị.....	46
Bảng 3.22. So sánh chỉ số công thức máu của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị.....	47
Bảng 3.23. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền sau điều trị.....	48
Bảng 3.24. Đánh giá hiệu quả điều trị chung.....	49
Bảng 3.25. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	49

DANH MỤC HÌNH ẢNH, SƠ ĐỒ

Hình 2.1. Máy từ trường BTL 4920 Prenium	26
Hình 2.2. Máy sắc thuốc Extractor.....	26
Hình 2.3. Thang điểm đau VAS.....	27
Hình 2.4. Thước đo thang điểm VAS.....	31
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	35

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (mã ICD-10: I67.8) là thuật ngữ chỉ tình trạng lượng máu tới nuôi dưỡng não bị suy giảm liên tục trong thời gian dài, gây ra những tổn thương tích lũy tại nhu mô não và làm suy thoái chức năng nhận thức [1]. Nếu không có biện pháp can thiệp kịp thời, tình trạng thiếu hụt oxy và dưỡng chất này có thể tiến triển thành thiếu máu não cục bộ thoáng qua, thậm chí là tiền đề dẫn đến đột quỵ não. Theo số liệu dịch tễ từ Tổ chức Y tế Thế giới, căn bệnh này đang trở nên phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 2/3 dân số người cao tuổi và chiếm tỷ lệ từ 9% đến 25% trong tổng số các ca tai biến mạch máu não được ghi nhận [2].

Hiện nay, Y học hiện đại tiếp cận điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính chủ yếu bằng nội khoa kết hợp kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Mặc dù thị trường dược phẩm đã phát triển nhiều nhóm thuốc đa dạng với các cơ chế tác động khác nhau, nhưng thực tế lâm sàng cho thấy chưa có thuốc đặc trị tối ưu và hiệu quả duy trì đường dài thường thiếu tính ổn định [3].

Trong khi đó, Y học cổ truyền tuy không có danh pháp bệnh học trùng khớp hoàn toàn, nhưng các triệu chứng lâm sàng điển hình như hoa mắt, chóng mặt, đau đầu, mất ngủ hay suy giảm trí nhớ... đã được mô tả kỹ lưỡng trong phạm vi các chứng “huyễn vựng”, “đầu thống”, “thất miên”, “kiện vong”. Nguyên tắc điều trị chủ đạo thường tập trung vào kiện tỳ, bổ dưỡng khí huyết và đã chứng minh được những hiệu quả tích cực thông qua cả phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc [1].

Bài thuốc cổ phương “Hoàng kỳ bổ huyết thang” còn có tên gọi khác là “Phù tỳ sinh mạch tán” xuất xứ từ Trung Quốc và được ghi trong Y học nhập môn quyển 7, tác giả Lý Diên thời nhà Minh biên soạn năm 1575, được viết lại trong quyển Trung y phương tễ đại từ điển - tập 5, do Đại học Trung Y dược Nam Kinh biên soạn năm 1996. Với công năng kiện tỳ phục mạch và bổ khí thăng dương, bài thuốc này đặc biệt phù hợp cho nhóm bệnh nhân có biểu hiện khí hư, âm suy – những triệu chứng tương đồng sâu sắc với bệnh cảnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.

Từ trường là môi trường vật chất đặc biệt sinh ra quanh các điện tích chuyển động hoặc do sự biến thiên của điện trường hoặc có nguồn gốc từ các mô-men lưỡng cực từ như nam châm. Từ trường tác động đặc biệt lên cơ thể thông qua ảnh hưởng trực tiếp đến tế bào máu, mô và hệ tuần hoàn. Đây là một yếu tố vật lý có khả năng tác động bảo vệ mô bị thiếu máu, thúc đẩy lưu thông máu tại khu vực bị ảnh hưởng, bảo vệ tế bào trong các điều kiện bất lợi như thiếu oxy, viêm nhiễm, sung phù, đồng thời kích thích quá trình tái tạo tế bào[4],[5].

Mặc dù cả Y học hiện đại và Y học cổ truyền đều có những thế mạnh riêng, nhưng việc tìm kiếm một giải pháp tối ưu hóa hiệu quả điều trị và rút ngắn thời gian hồi phục vẫn là thách thức lớn. Xu hướng kết hợp tinh hoa Y học cổ truyền với công nghệ Y học hiện đại đang mở ra nhiều triển vọng mới. Xuất phát từ thực tiễn đó, nhằm làm sáng tỏ hiệu quả cộng hưởng khi phối hợp được lực học của bài thuốc cổ phương với tác nhân vật lý trị liệu, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp từ trường trên người bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính”** với hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp từ trường trên người bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo y học hiện đại

1.1.1. Định nghĩa

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (mã phân loại ICD-10: I67.8) được hiểu là trạng thái suy giảm lượng máu nuôi dưỡng não bộ diễn ra liên tục và kéo dài. Hậu quả của quá trình này là sự thiếu hụt oxy và glucose cung cấp cho nhu mô não, dẫn đến những tổn thương tế bào thần kinh tiêm tiến và các rối loạn chức năng thần kinh - tâm thần [1],[6].

1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Mặc dù bệnh sinh rất đa dạng, nhưng y học hiện đại ghi nhận ba nhóm nguyên nhân chủ đạo gây cản trở dòng chảy của máu lên não:

- Vữa xơ động mạch: tình trạng này thường biểu hiện thầm lặng mà không có triệu chứng trong thời gian dài, làm mất tính đàn hồi và hẹp lòng mạch gây giảm lưu thông máu dẫn đến thiếu máu não mạn tính [7],[8]. Vữa xơ động mạch (ĐM) ngày càng tiến triển và gây nhiều biến chứng ở người cao tuổi [9].

- Thoái hóa cột sống cổ: trong thoái hóa xương, khớp, và đĩa đệm ở cột sống cổ, quá trình sản xương làm chồi lên những gai xương, mỏm xương có thể chèn đẩy ĐM sống ở tại lỗ gian đốt sống. Phản ứng của thoái hóa có thể làm xơ tổ chức xung quanh ĐM và làm hẹp những ĐM rễ [10]. ĐM đốt sống nền trước khi vào não phải đi qua một vùng bất lợi giữa các cơ thang và ống ĐM chật hẹp, một số động tác vận động cổ quá mức cũng có thể gây chèn ép ĐM tạm thời, làm hạn chế dòng máu lên não. Nếu có thêm các bệnh lý về đốt sống cổ gây co cứng các cơ thang thì sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới ĐM đốt sống, làm giảm lưu lượng máu não quá trình này kéo dài sẽ gây thiếu máu mạn tính ở não [11].

- Huyết khối động mạch: Do hư hại thành mạch kích hoạt hệ đông máu tạo huyết khối làm nghẽn tắc mạch máu, ngoài ra bệnh tim mạch, các bệnh thiếu oxy mãn tính như thiếu máu, giảm thông khí phổi... đều làm giảm khối lượng tuần hoàn gây thiếu máu não. Một số nguyên nhân ít gặp như viêm ĐM, dị tật bẩm sinh mạch máu não, chèn ép bên ngoài do u, ung thư đốt sống cổ, chấn thương cột sống cổ... [12].

1.1.3. Biểu hiện lâm sàng của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Các biểu hiện lâm sàng của TNTHNMT rất đa dạng và thường xuất hiện từ giai đoạn sớm. Những triệu chứng này là căn cứ quan trọng hàng đầu trong việc chẩn đoán bệnh TNTHNMT.

- Đau đầu: Đây là triệu chứng phổ biến nhất và cũng thường là dấu hiệu xuất hiện sớm nhất, chiếm hơn 91% các trường hợp. Cơn đau thường khu trú ở vùng chẩm và có thể lan tỏa khắp đầu, kèm theo cảm giác nặng nề trong đầu. Cơn đau có xu hướng tăng lên khi căng thẳng thần kinh hoặc hoạt động thể lực.

- Chóng mặt: Xuất hiện ở hơn 87% số bệnh nhân, với cảm giác bồng bênh thường xuyên, đôi khi kèm theo cảm nhận mọi vật xung quanh quay cuồng, đặc biệt khi thay đổi tư thế hoặc xoay đầu. Một số người còn có triệu chứng chóng mặt nghiêm trọng, tối sầm mắt mày và cảm thấy không vững khi đứng.

- Rối loạn cảm giác: Đây là một trong những triệu chứng xuất hiện sớm, với cảm giác tê bì, kiến bò, hoặc tê mỏi ở tay chân. Một số bệnh nhân còn gặp phải triệu chứng ù tai, cảm nhận như có tiếng ve kêu hoặc tiếng xay lúa vang lên trong tai.

- Rối loạn giấc ngủ: Đây là triệu chứng rất phổ biến và kéo dài, gây ra sự khó chịu cho bệnh nhân. Bệnh nhân có thể mất ngủ hoàn toàn hoặc gặp phải các dạng rối loạn giấc ngủ khác.

- Nhân cách, tính tình và xúc cảm: Sự thay đổi về nhân cách và tính cách của bệnh nhân thường phụ thuộc vào trạng thái tâm lý, sinh lý và các bệnh lý trước đó.

- Rối loạn chú ý: Thường xuất hiện từ giai đoạn sớm của bệnh, gây giảm khả năng làm việc và khó khăn trong việc chuyển sự chú ý từ hoạt động này sang hoạt động khác. Khi tình trạng trở nên nặng hơn, có thể dẫn đến sa sút trí tuệ.

- Rối loạn tri giác: Một dạng rối loạn tri giác khác là tăng nhạy cảm quá mức, khiến bệnh nhân phản ứng mạnh mẽ với mọi kích thích.

- Rối loạn vận động: Triệu chứng 'sụp đổ' tuy rất đặc trưng nhưng hiếm gặp, xảy ra khi bệnh nhân bất ngờ khuỵu hai chân sau khi quay cổ đột ngột, mà không mất ý thức. Thời gian xảy ra rất ngắn, chỉ vài giây, và trong nhiều trường hợp, chỉ biểu hiện dưới dạng cảm giác yếu ở hai chi dưới.

- Rối loạn trí nhớ: Đây là triệu chứng phổ biến nhất và thường xuất hiện sớm, đặc trưng bởi suy giảm trí nhớ ngắn hạn, giảm khả năng tư duy và kém minh mẫn, sáng tạo.

Khi thăm khám, các dấu hiệu thực thể thường không đặc hiệu, nhưng đôi khi có thể gặp tình trạng run tay, tăng phản xạ gân gối không đối xứng, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn điều phối động tác và thăng bằng [13], [14].

1.1.4. Chẩn đoán thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

1.1.4.1 Bảng tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của Khadjev

Đánh giá cho điểm các triệu chứng theo bảng chẩn đoán TNTNMT của Khadjev (1979), chẩn đoán xác định khi bệnh nhân (BN) có tổng số điểm 23,9 điểm trở lên (Phụ lục 5).

1.1.4.2. Cận lâm sàng chẩn đoán TNTHNMT

* Lưu huyết não đồ (REG)

Lưu huyết não đồ cho phép đánh giá một cách khách quan tình trạng thành động mạch, trương lực mạch máu não, thể tích máu tưới não và gián tiếp xác định mức độ tổn thương do xơ vữa động mạch não [15].

Tuy vậy, có nhiều yếu tố có thể tác động đến lưu lượng máu não và làm thay đổi các chỉ số lưu huyết, vì thế lưu huyết não đồ không phải là kỹ thuật đặc hiệu để chẩn đoán TNTHNMT mà chỉ đóng vai trò hỗ trợ. [16].

* Điện não đồ (EEG)

Điện não đồ là kỹ thuật khảo sát chức năng não bằng cách ghi nhận các điện thế hình thành trong quá trình hoạt động của tế bào thần kinh. EEG có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng các bệnh lý thuộc hệ thần kinh trung ương.

Mặc dù giúp theo dõi mức độ phục hồi hoạt động của tế bào não, điện não đồ không phản ánh được trương lực mạch hay các biến đổi huyết động học của tuần hoàn não. [17].

Trong trường hợp bệnh nhân mắc TNTHNMT, EEG có thể phát hiện những thay đổi trong hoạt động điện não liên quan đến sự suy giảm tuần hoàn máu đến não. Một số đặc điểm bất thường có thể xuất hiện bao gồm sóng chậm hoặc sự mất đồng bộ trong hoạt động điện não, điều này cho thấy các vùng não không nhận đủ lượng máu và oxy cần thiết để duy trì chức năng bình thường [17].

Điện não đồ và lưu huyết não đồ là những kỹ thuật an toàn, chi phí thấp, và trong nhiều trường hợp có giá trị đáng kể trong phát hiện sớm thiếu năng tuần hoàn não mạn tính [18].

* Siêu âm Doppler đo tốc độ dòng máu

Nhờ tiến bộ khoa học, siêu âm Doppler xuyên sọ hiện có thể được dùng để đánh giá mức độ tổn thương và các rối loạn huyết động tại những động mạch

chính trong não. Tuy vậy, kỹ thuật này vẫn chưa được sử dụng rộng rãi và chủ yếu được ưu tiên áp dụng cho bệnh nhân bị đột quy não. [19].

*** Chụp mạch kỹ thuật số xóa nền (DSA)**

Phương pháp này cho phép đánh giá trực tiếp toàn bộ hệ thống động mạch đốt sống thân nền. Tuy nhiên, việc chỉ định sử dụng còn hạn chế do kỹ thuật này chưa được phổ biến rộng rãi và hiện chủ yếu ưu tiên cho các bệnh nhân đột quy [20].

*** Chụp XQ đánh giá cột sống cổ tư thế thẳng nghiêng**

Trong tư thế thẳng, kỹ thuật này giúp phát hiện các thay đổi ở mỏm nha và khớp đôi trục. Tư thế nghiêng cho phép nhận diện tổn thương ở diện khớp, thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống và mất đường cong sinh lý của cột sống cổ. Khi chụp chếch 3/4 phải và 3/4 trái, phương pháp này giúp phát hiện những thay đổi tại lỗ ghép [20].

1.1.5. Điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Hiện nay, ở Việt Nam và trên thế giới, phương pháp điều trị chính cho thiếu năng tuần hoàn não mạn tính là nội khoa. Điều trị ngoại khoa chỉ được xem xét khi bệnh nhân gặp phải các tai biến mạch máu não tạm thời hoặc tổn thương thực thể.

Thuốc điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính có nhiều loại khác nhau, công dụng và kết quả cũng khác nhau, các thuốc này tạm chia thành bốn nhóm [10]:

Nhóm 1: Các chất tổng hợp hữu cơ

Tác dụng kháng Histamin (Stugeron)

Tác dụng ức chế thụ thể giao cảm alpha (Bencyclase)

Nhóm 2: Thuốc sử dụng các chất giống sinh học

Dẫn chất của acid nicotinic (Nicyl, Bradilas)

Các chất có hoạt tính vitamin (Vasocalin)

Nhóm 3: Thuốc có nguồn gốc thực vật như Rutin, Raubasin

Nhóm 4: Thuốc sử dụng các chất khác

Piracetam, Tanakan, Vasobral.

Ngoài ra, còn có thể sử dụng biện pháp không dùng thuốc để điều trị TNTHNMT. Phương pháp này vừa mang tính điều trị vừa mang tính dự phòng, an toàn và có hiệu quả. Các phương pháp chủ yếu là chế độ ăn uống, chế độ luyện tập, xoa bóp bấm huyệt... được nhiều nhà y học quan tâm nghiên cứu và đánh giá cao [21].

1.2. Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo y học cổ truyền

Y học cổ truyền không có bệnh danh “thiếu năng tuần hoàn não mạn tính” nhưng các biểu hiện lâm sàng thường được mô tả trong các chứng huyễn vựng (chóng mặt), đầu thống (đau đầu), thất miên (mất ngủ), giảm trí nhớ (kiện vong) trích dẫn trong chương Thượng cổ thiên chân luận trong tác phẩm Hoàng đế nội kinh Tố Vấn [22].

1.2.1. Bệnh danh

1.2.1.1. Chứng huyễn vựng

Huyễn là hiện tượng hoa mắt, còn vựng là cảm giác chòng chành, mất thăng bằng, như đang ngồi trên thuyền và liên tục chuyển động, còn được gọi là chóng mặt. Triệu chứng nhẹ có thể hết khi nhắm mắt, trong khi trường hợp nặng hơn thường đi kèm buồn nôn, nôn mửa, ra mồ hôi, và thậm chí có thể gây ngã. Khi hai triệu chứng này thường xuất hiện cùng nhau, được gọi là huyễn vựng [22].

1.2.1.2. Chứng đầu thống

Đầu là nơi hội tụ của các đường kinh dương từ hai mạch Nhâm và Đốc, do đó, khí thanh dương của các phủ cũng như huyết tinh hoa của các tạng đều tập trung ở đây. Khi khí huyết không được dẫn lên đầu hoặc bị trở trệ, rối loạn, có thể gây ra đau đầu [23].

1.2.1.3. Chứng thất miên

Thất miên là không ngủ được, có thể là khi ngủ không nhập giấc ngay, hoặc trong đêm thức giấc không ngủ lại được, hoặc lúc ngủ lúc tỉnh. Chứng thất miên thường kèm theo các triệu chứng đau đầu, hay quên, hồi hộp, đánh trống ngực. Triệu chứng về chứng thất miên sách Nội kinh ghi “Vì âm hư nên mắt không nhắm được”. Sách Loại chứng trị tài có viết “Lo nghĩ hại tỳ quanh năm mất ngủ”. Sách Cổ kim y thông cho rằng: “Do thận thủy thiếu, chân âm không thắng mà tâm hỏa khô nóng làm cho mất ngủ”. Sách Trương Thị y thông có viết: “Mạch hoạt sắc hữu lực làm mất ngủ, bên trong có đờm hỏa ứ trệ” [23].

1.2.1.4. Chứng kiện vong

Về chứng kiện vong theo Uông Ngang: “Tình chí người ta đều chứa ở thận, tinh của thận không đủ thì chính khí suy, không thông lên tâm được, cho nên nhầm lẫn hay quên”. Tình trạng hay quên thường bắt nguồn từ sự suy yếu của tâm, tỳ và thận. Tâm và tỳ chủ quản về huyết, trong khi thận chủ quản về tủy. Khi tinh khí suy giảm, tủy cũng giảm theo, dẫn đến não không được nuôi dưỡng đầy đủ, gây ra chứng hay quên. Ngoài ra, ở người lớn tuổi, sự suy nhược tinh thần cũng góp phần làm xuất hiện tình trạng này [23].

1.2.2. Bệnh nguyên

Theo Hoàng Đế nội kinh Tố Vấn và Linh Khu: các chứng “đầu thống”, “huyễn vựng”, “thất miên” có liên quan chặt chẽ đến các tạng can, tỳ, thận [23-25]. Có nhiều nguyên nhân gây bệnh tới công năng hoạt động của 3 tạng can, tỳ, thận như:

- Nội nhân (thất tình): Tình chí bất hoà làm hư yếu chính khí dễ cảm ngoại tà, thất tình thái quá cũng có thể gây bệnh như: tư lự quá hại tỳ, giận dữ hại can, sợ hãi hại thận [26].

- Bất nội ngoại nhân: Theo lý luận y học cổ truyền, nguồn gốc phát sinh bệnh do sinh hoạt không điều độ, tình chí bị tổn thương, mất cân bằng âm dương trong cơ thể, huyết quản mạch lạc không hoà, khí huyết suy hư, khí trệ huyết

ứ, kinh lạc bế trở; hoặc do ăn uống thất tiết... tổn thương tỳ thổ, tỳ hư kiện vận mất điều hoà, thấp tụ lại sinh đàm, đàm uất hoá hoả, can phong hiệp đàm đi lên phía trên, kinh lạc rối loạn mà phát bệnh. Đặc biệt là thận thuỷ bất túc, can mắt nuôi dưỡng, can dương thượng kháng, huyết uất không thăng dẫn đến bệnh [24],[26].

Thiên “Tuyên minh ngũ khí luận” trong sách Tố Vấn viết “Cửu ngoạ thương khí, cửu toạ thương nhục” thương khí dẫn đến khí hư, thương nhục dẫn đến tỳ hư, tỳ khí hư suy mà gây ra bệnh [27].

1.2.3. Cơ chế bệnh sinh

Trong sách Nội Kinh Tố Vấn viết: “Thận hư thì đầu nặng, tủy hải không đủ thì não chuyển ù tai” [27].

Hải Thượng Lãn Ông viết: “Âm huyết của hậu thiên hư thì hoả động lên, chân thuỷ của tiên thiên suy thì hoả bốc lên mà gây chứng huyễn vựng”. Phần lớn đau đầu thuộc chứng hư (dương hư, huyết hư, nặng hơn là hoả hư, thuỷ suy nên trong điều trị, nhẹ thì bổ khí huyết, nặng thì bổ thuỷ hoả [28].

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

Theo lý luận Y học cổ truyền, não được coi là nơi chứa tủy (tủy hải), một cơ quan quan trọng của cơ thể, có vai trò lớn đối với cuộc sống và không nên dễ hao tổn. Não và tủy có chức năng chủ quản sự minh mẫn của tai và mắt, sự linh hoạt của tay chân và mọi hoạt động tinh thần. Tâm chủ thần minh, nghĩa là chủ quản về tinh thần, ý thức và tư duy. Tâm cũng chủ quản về huyết mạch, do đó, khi chức năng của tạng Tâm được duy trì tốt, huyết mạch sẽ dồi dào, sắc mặt hồng hào, tinh thần minh mẫn và cơ thể khỏe mạnh. Não tủy và tâm cần được nuôi dưỡng bởi tinh huyết từ can và thận, cùng với sự vận hóa tinh hoa từ thức ăn, đồ uống và khí huyết do tỳ vị phân bố [27],[29]

Tóm lại, bất kể nguyên nhân gây bệnh là gì, đều dẫn đến tình trạng thiếu hụt hoặc tổn hại phần huyết trong cơ thể, làm gián đoạn sự lưu thông của huyết dịch. Huyết bị ứ trệ, khí huyết mất cân bằng, dẫn đến việc Tâm, Thận và não tủy không được nuôi dưỡng đầy đủ, làm suy giảm chức năng hoạt động của ngũ tạng. Kết quả là các triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, mất ngủ, hồi hộp, buồn bực, dễ cáu gắt, hay quên, mộng mị, tức ngực khó chịu, đau vùng sườn, tê bì chân tay, tinh thần mệt mỏi, hoặc trong trường hợp nặng có thể gây xây xẩm mặt mày và ngã ra hôn mê [27],[30].

1.2.4. Phân loại thể bệnh và điều trị

1.2.4.1. Tỳ hư đàm trệ

Bệnh cơ: Chứng Tỳ hư đàm trệ hình thành do sự suy yếu chức năng vận hóa của Tỳ, dẫn đến tình trạng thủy thấp đình trệ, ứ đọng lâu ngày sinh ra đàm. Đàm trệ gây cản trở sự lưu thông khí huyết, ảnh hưởng đến chức năng của các tạng phủ khác, gây ra nhiều triệu chứng bệnh lý.

Biểu hiện lâm sàng: Mệt mỏi, chán ăn, ăn không ngon miệng, đầy bụng, khó tiêu, buồn nôn, nôn, đại tiện lỏng nát, phân sống, cơ thể nặng nề, uể oải, dễ mệt. Lưỡi bệu, nhạt màu, có vết hằn răng, rêu lưỡi trắng, dày, nhớt, mạch nhu nhược, hoặc hoạt sác.

Pháp điều trị: Kiện tỳ, hóa đàm, hành khí

Phương: Lục quân tử thang [31].

1.2.4.2. Can thận âm hư

Bệnh cơ: Can tàng huyết, thận tàng tinh, tinh huyết tương hỗ, nương tựa lẫn nhau. Can Thận âm hư, tinh khô huyết thiếu lâu ngày âm hư không chế ước được dương khí, gây ra hỏa vượng.

Biểu hiện lâm sàng: Chóng mặt, đau đầu kéo dài, mất ngủ hoặc khó ngủ, hay tỉnh giấc vào ban đêm, suy giảm trí nhớ, khó tập trung, mệt mỏi, suy nhược cơ thể, mắt mờ, hoa mắt, khô mắt. Lưỡi đỏ ít rêu, mạch huyền tế.

Pháp điều trị: Bổ can thận

Phương: Lục vị địa hoàng hoàn gia giảm [31].

1.2.4.3. Khí huyết lưỡng hư

Bệnh cơ: Khí huyết lưỡng hư có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, bao gồm:

Tiên thiên bất túc: Cơ thể suy nhược bẩm sinh, khí huyết kém.

Hậu thiên thất dưỡng: Chế độ ăn uống không đầy đủ, thiếu chất dinh dưỡng, hoặc mắc các bệnh mạn tính tiêu hao khí huyết.

Lao động quá sức: Làm việc quá sức, thức khuya dài ngày, sinh hoạt tình dục quá độ, làm hao tổn tinh huyết.

Tình chí uất kết: Căng thẳng, lo âu, stress kéo dài ảnh hưởng đến khí huyết.

Biểu hiện lâm sàng: Cảm giác váng đầu hoặc trống rỗng, chóng mặt, hoa mắt, hồi hộp, hay quên, mất ngủ, mệt mỏi, hơi thở ngắn, chán ăn, đầy bụng, sắc mặt nhợt nhạt. Rêu lưỡi trắng mỏng, chất lưỡi nhợt, mạch tế nhược.

Pháp điều trị: Bổ khí dưỡng huyết

Phương: Bát trân thang [31]

1.2.4.4. Tâm tỳ hư

Bệnh cơ: Tâm chủ về huyết, Tỳ chủ về vận hóa thủy cốc và sinh huyết. Tâm và Tỳ có mối quan hệ mật thiết, hỗ trợ lẫn nhau. Tâm huyết đầy đủ thì Tỳ mới vận hóa tốt, sinh ra huyết mới nuôi dưỡng Tâm. Khi Tỳ hư nhược, không vận hóa được thủy cốc, sinh huyết kém, dẫn đến Tâm huyết bất túc. Tâm huyết hư không nuôi dưỡng được Tâm thần, gây ra các triệu chứng lo âu, hồi hộp, mất ngủ, hay quên...

Biểu hiện lâm sàng: Mệt mỏi, chóng mặt, đau đầu tăng lên khi thay đổi tư thế, kém tập trung, suy giảm trí nhớ, lo âu, hồi hộp, đánh trống ngực, khó ngủ, ngủ hay mơ, ăn ít, tiêu hóa kém. Lưỡi bệu, nhợt nhạt, có hằn răng, rêu lưỡi trắng mỏng, nhớt, mạch nhu nhược.

Pháp điều trị: Kiện tỳ, dưỡng huyết, an thần.

Phương: Quy tỳ thang gia giảm [31].

1.2.4.5. Can dương thượng cương

Bệnh cơ: Can chủ về sơ tiết, điều đạt khí huyết. Khi Can khí uất kết hoặc Can âm hư tổn, không chế ngự được Can dương, dẫn đến Can dương cương thịnh, bốc lên gây ra các triệu chứng đau đầu, chóng mặt, ù tai, dễ cáu gắt...

Biểu hiện lâm sàng: Chóng mặt, ù tai, đầu căng đau, đau tăng khi tức giận, khó ngủ, hay mơ, hay cáu gắt, mặt đỏ, mắt đỏ, miệng đắng, họng khô, chất lưỡi đỏ, mạch huyền.

Pháp điều trị: Bình Can, tiềm dương, thanh hỏa, tức phong.

Phương: Thiên ma câu đằng ẩm gia giảm [31].

1.2.5. Tổng quan về bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang

1.2.5.1. Tên gọi, nguồn gốc, xuất xứ

Bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” (còn được biết đến với tên gọi Phù tỳ sinh mạch tán) có xuất xứ từ tác phẩm *Y học nhập môn* của y gia Lý Diên (đời nhà Minh, 1575). Phương thuốc này được xây dựng dựa trên nguyên tắc kiện tỳ để sinh huyết, bổ khí để hành huyết, chuyên trị các chứng hư lao, khí huyết lưỡng hư với các biểu hiện tương đồng với thiếu năng tuần hoàn não mạn tính [32].

Với tác dụng kiện tỳ, phục mạch, bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” được chỉ định dùng cho những người khí hư, âm suy biểu hiện triệu chứng như hoa mắt, chóng mặt, tim hay hồi hộp, thở đoản hơi, mất ngủ, mạch hư tế... tương tự các triệu chứng thường gặp ở người bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Khi sử dụng thuốc bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang dưới dạng thang sắc, liều lượng các vị thuốc đã được điều chỉnh phù hợp, và tuân thủ theo Dược điển Việt Nam 5 [33]. Cụ thể thành phần và liều lượng bài thuốc dưới dạng thang sắc như 15 sau: Hoàng kỳ 16g, Nhân sâm 8g, Mạch môn đông 12g, Đương quy 8g, Bạch thược 8g, Tử uyển 12g, Ngũ vị tử 4g, Cam thảo 4g.

1.2.5.2. Phân tích bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang

	Dược vị	Tác dụng
Quân	Hoàng kỳ	Tác dụng chính trong việc bổ khí, thăng dương, hỗ trợ sinh tân và dưỡng huyết
Thần	Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí, phục mạch và ngăn ngừa thoát khí, đồng thời bổ tỳ, ích phế, sinh tân.
	Mạch môn	Dưỡng âm, sinh tân và thanh tâm.
	Đương quy	Bổ huyết và hoạt huyết.
	Bạch thược	Dưỡng huyết và liễm âm.
Tá	Tử uyển	Nhuận phế và hóa đàm, hỗ trợ tỳ vị.
	Ngũ vị tử	Ích khí sinh tân, ninh tâm.
Sứ	Cam thảo	Bổ tỳ, ích khí, điều hòa các vị thuốc.

Bài thuốc này có tác dụng kiện tỳ, phục mạch, bổ khí, thăng dương, dưỡng huyết, hoạt huyết và ninh tâm. Tác dụng tổng thể của bài thuốc rất phù hợp để điều trị các triệu chứng như hoa mắt, chóng mặt, đau đầu, hồi hộp, mất ngủ và giảm trí nhớ - những biểu hiện phổ biến của TNTHNMT tương ứng với chứng huyễn vựng, đầu thống, thất miên của YHCT.

1.3. Tổng quan về từ trường

1.3.1. Khái niệm

Từ trường là môi trường vật chất đặc biệt sinh ra quanh các điện tích chuyển động hoặc do sự biến thiên của điện trường hoặc có nguồn gốc từ các mô-men lưỡng cực từ như nam châm.

Tại Việt Nam, mặc dù phương pháp điều trị bằng từ trường đã được biết đến từ khá sớm, nhưng vẫn được xem là một lĩnh vực mới mẻ. Năm 1980, Việt Nam bắt đầu triển khai đề tài “Nghiên cứu, chế tạo và ứng dụng từ trường trong y học,” thuộc chương trình 66.03.03 do Bộ Quốc phòng chủ trì, Bệnh viện 108 là đơn vị thực hiện [32].

1.3.2. Tác dụng của từ trường đối với bệnh lý thiếu năng tuần hoàn não mạn tính

Cải thiện tuần hoàn máu: Từ trường có thể giúp gia tăng tốc độ lưu thông máu, giảm sức cản của dòng máu và cải thiện cung cấp oxy cho các mô, đặc biệt là các vùng bị suy giảm lưu lượng máu như trong các bệnh lý thiếu máu [34].

Tăng cường tái tạo mô: Ứng dụng từ trường đã được chứng minh giúp tăng tốc quá trình lành vết thương và tái tạo mô [35].

Tác động lên hệ thần kinh: Từ trường có thể làm giảm đau và cải thiện chức năng của hệ thần kinh bằng cách điều chỉnh các xung điện trong cơ thể [36].

1.3.3. Chỉ định

Điều trị bằng từ trường là một biện pháp an toàn, ít độc hại và có hiệu quả rộng rãi trong nhiều chuyên khoa. Một số chỉ định của từ trường là:

- + Tăng cường tuần hoàn cục bộ, kích thích tái tạo các đường tuần hoàn bằng hệ, tăng cường nuôi dưỡng tổ chức.
- + Điều hòa trương lực thần kinh: hội chứng suy nhược thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật...
- + Điều hòa và làm ổn định huyết áp.
- + Kích thích tái tạo tổ chức, đặc biệt đối với tổ chức xương. Đây là một biện pháp hỗ trợ rất hiệu quả trong ngoại khoa chấn thương, cho phép rút ngắn thời gian điều trị và dự phòng các biến chứng có thể xảy ra do chậm liền xương, hạn chế thừa xương.
- + Giảm đau: áp dụng trong các trường hợp đau xương khớp không đặc hiệu, đau vùng cổ gáy, đau quanh khớp vai, viêm mủm trên lồi cầu, hội chứng ống cổ tay, đau lưng - hông, đau thần kinh tọa, đau do chấn thương, hoặc do co thắt cơ...
- + Chống viêm: hiệu quả tại các vùng cục bộ và trong các trường hợp viêm nội tạng, như viêm đại tràng co thắt, viêm loét dạ dày - tá tràng.

1.3.4. Chống chỉ định

- + U ác tính, u lành tính.
- + Phụ nữ có thai hoặc trong thời kỳ kinh nguyệt không điều trị vào vùng bụng, vùng thắt lưng và xương cụt.
- + Sau nhồi máu cơ tim cấp, mang máy tạo nhịp
- + Bệnh hệ thống và bệnh máu (rối loạn đông máu...)
- + Các vùng đang chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu.

1.4. Các nghiên cứu thiếu năng tuần hoàn não mạn tính và điều trị bằng từ trường

1.4.1. Trên thế giới

Nghiên cứu của Wu Songlin (2023) về ứng dụng từ trường xuyên sọ (rTMS) đã cung cấp bằng chứng quan trọng về mối liên hệ giữa từ trường và các chất dẫn truyền thần kinh. Tác giả ghi nhận sự gia tăng nồng độ GABA và Gly, đồng thời giảm mức Glu và Cor, qua đó cải thiện đáng kể chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân [37].

Lin và cộng sự (2014) thông qua thực nghiệm trên chuột đã chứng minh từ trường xoay chiều có khả năng giảm thiểu phù não và thu nhỏ thể tích ổ nhồi máu nhờ cơ chế chống oxy hóa mô não [34].

Nghiên cứu của Chen Dan và Huang Qian (2024) khảo sát hiệu quả của “Dưỡng huyết não thanh” trên bệnh nhân TNTHNMT. Trong 88 bệnh nhân, nhóm dùng “Dưỡng huyết não thanh” có cải thiện rõ rệt về chức năng nội mô mạch máu (tăng NO, EDD và giảm ET-1) và chỉ số huyết động học (tăng lưu lượng máu ở ACA, VA, PCA, MCA) so với nhóm chỉ dùng thuốc tây y. Nhóm nghiên cứu cũng có điểm số lâm sàng cao hơn ở các tiêu chí trung y, chất lượng giấc ngủ (PSQI giảm) và nhận thức (MoCA tăng). Không có khác biệt đáng kể về tác dụng phụ giữa hai nhóm, khẳng định tính an toàn và hiệu quả của “Dưỡng huyết não thanh” trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính [38].

Nghiên cứu của Feng Yongfeng và cộng sự đánh giá hiệu quả của Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp với Irbesartan trên 60 bệnh nhân cao tuổi mắc tăng huyết áp H-type kèm nhồi máu não. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm đối chứng (Irbesartan đơn thuần) và nhóm kết hợp (Hoàng kỳ bổ huyết thang + Irbesartan). Kết quả cho thấy nhóm kết hợp có hiệu quả điều trị cao hơn, với mức NO tăng và ET-1 giảm đáng kể so với nhóm đối chứng. Mức homocysteine (Hcy) và điểm NIHSS (thang đo đột quỵ của NIH) cũng giảm nhiều hơn, cho thấy cải thiện chức năng nội mô mạch máu và giảm tổn thương thần kinh ở bệnh nhân [39].

Nghiên cứu của Guo J. và cộng sự (2019) trên 1.211 bệnh nhân đã khẳng định ưu thế của việc kết hợp Y học cổ truyền (cụ thể là chế phẩm Dưỡng huyết thanh não) với y học hiện đại trong việc cải thiện lưu tốc dòng máu tại động mạch đốt sống - thân nền [40].

Nghiên cứu của Jia Ni và cộng sự (2017) đánh giá hiệu quả của “Dưỡng não thông lạc thang” trên 60 bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính thể thận hư huyết ứ. Bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm đối chứng dùng Flunarizine và nhóm điều trị dùng “Dưỡng não thông lạc thang”. Sau 28 ngày, nhóm dùng “Dưỡng não thông lạc thang” có hiệu quả lâm sàng cao hơn so với nhóm đối chứng, với các chỉ số lưu thông mạch máu cải thiện rõ rệt hơn. Kết luận rằng “Dưỡng não thông lạc thang” có hiệu quả tốt hơn Flunarizine và đáng được khuyến khích sử dụng trong lâm sàng cho bệnh nhân thể thận hư huyết ứ [41].

1.4.2. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam, hiệu quả của từ trường cũng được Phạm Thị Kim Xuyên, Bùi Hoàng Tuấn Dũng (2024) khẳng định trong điều trị đau đầu mạn tính, với tỷ lệ giảm đau trên 50% đạt được ở phần lớn bệnh nhân sau 3 tháng điều trị [42].

Nguyễn Văn Phi, Nguyễn Văn Tuấn (2021). Khi đánh giá hiệu quả điều trị trầm cảm bằng kích thích từ trường xuyên sọ tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương. Kết quả cho thấy nhóm kết hợp thuốc và kích thích từ trường xuyên sọ (rTMS) làm tăng tỷ lệ đáp ứng trên thang điểm trầm cảm Beck một cách có ý nghĩa thống kê ngay sau tuần đầu tiên ($p < 0,05$) và tiếp tục gia tăng hiệu quả đáp ứng sau 2 tuần điều trị ($p < 0,001$). Nhóm kết hợp thuốc và rTMS có tỷ lệ lui bệnh cao hơn sau 2 tuần, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [43].

Nguyễn Thị Phương Chi (2017). Nghiên cứu tác dụng của từ trường nhân tạo trong việc cải thiện tuần hoàn não và phục hồi chức năng thần kinh ở bệnh nhân tai biến nhồi máu não bán cầu. Kết quả cho thấy, ứng dụng từ trường xoay chiều 50Hz, với cảm ứng từ 40-80mT, điều trị kết hợp cho bệnh nhân nhồi máu não vào ngày thứ 3, $2 \pm 1,28$ sau khi khởi phát, với liệu trình trung bình $9,8 \pm 3,11$ lần (20 phút/lần), có tác dụng cải thiện tuần hoàn não và chức năng thần kinh [44].

Dương Trọng Nghĩa (2001) “Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Ích khí điều vinh thang điều trị TNTHNMT qua một số tiêu chí lâm sàng và cận lâm sàng”, điều trị 35 bệnh nhân thiếu máu não mạn tính, cho thấy kết quả tốt 5,71%, khá 60%, trung bình 34,28% [45].

Trần Quốc Bình (2011) trong nghiên cứu “Tác dụng của bài thuốc Ích khí điều vinh thang trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính”. Nghiên cứu theo phương pháp mở, có so sánh trước sau điều trị. Kết quả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân trong thời gian 30 ngày, kết quả cho thấy điểm Khadjev giảm rõ rệt từ $29,26 \pm 2,68$ xuống $12,86 \pm 3,8$ [46].

Phí Ngọc Thuận (2017) “Đánh giá tác dụng của “Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc” trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm hư và khí huyết lưỡng hư”. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu so sánh trước sau điều trị giữa hai nhóm theo thể bệnh YHCT. Kết quả trong 60 bệnh nhân sau 30 ngày điều trị cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng trong hội chứng TNTHNMT như: Tốt 10%, Khá 73,3% [47].

Nguyễn Thu Trang (2018). Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Bổ não thông mạch HV” trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não. Nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, trên cỡ mẫu 60 bệnh nhân trong thời gian 30 ngày. Kết quả điểm VAS giảm rõ rệt từ $4,25 \pm 1,92$ xuống $1,31 \pm 1,23$. Điểm Khadjev giảm từ $26,78 \pm 2,31$ xuống $18,67 \pm 2,08$. Hiệu quả điều trị chung: Tốt 13,3%; Khá 66,7%; Trung bình 16% [48].

Nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng (2023) khi so sánh bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” với Piracetam đã cho thấy hiệu quả của bài thuốc trong việc cải thiện điểm đau (VAS) và thang điểm lâm sàng Khadjev, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có thể trạng Khí huyết lưỡng hư. Đây là tiền đề quan trọng để chúng tôi tiếp tục phát triển hướng nghiên cứu kết hợp bài thuốc này với tác nhân vật lý là từ trường trị liệu [49].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu: “Hoàng kỳ bổ huyết thang”

Phương dược được sử dụng trong nghiên cứu là bài “Hoàng kỳ bổ huyết thang” dạng thang sắc. Cấu trúc, liều lượng và tiêu chuẩn của các dược liệu thành phần được trình bày chi tiết tại Bảng 2.1.

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

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

Quy trình bào chế và sử dụng:

Tên khoa học của các vị thuốc viết theo thông tư 05, năm 2015 của Bộ Y tế [50]. Toàn bộ dược liệu phục vụ nghiên cứu được cung ứng và kiểm soát chất lượng bởi Khoa Dược - Bệnh viện Tuệ Tĩnh, đảm bảo đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V. Quá trình sắc thuốc được thực hiện tự động hóa bằng hệ thống máy chiết xuất Extractor (model sản xuất năm 2003 bởi hãng Kyungseo, Hàn Quốc). Về quy cách đóng gói: Mỗi thang thuốc (tương ứng tổng khối lượng dược liệu 72g) sau khi sắc được cô đặc và thu lại 300ml dịch thuốc thành phẩm.

Dịch thuốc này được đóng gói kín trong 02 túi chuyên dụng ngay tại bệnh viện, mỗi túi chứa 150ml [51].

Người bệnh sử dụng 01 thang/ngày. Thuốc được chia làm 2 lần uống (sáng, chiều), mỗi lần dùng 01 túi (150ml). Yêu cầu uống khi thuốc còn ấm và cách bữa ăn 30 phút. Liệu trình điều trị liên tục kéo dài 15 ngày.

2.1.2. Thuốc đối chứng (Piracetam)

- SĐK: VD - 23153 - 15
- Số lô: 187
- Ngày sản xuất: 15/01/2025
- Hạn sử dụng: 15/01/2028

THÔNG TIN CHI TIẾT

- Công thức:

Mỗi viên nang chứa hoạt chất: Piracetam 400 mg

- Chỉ định: Điều trị triệu chứng chóng mặt, suy giảm trí nhớ, kém tập trung.
- Liều dùng, cách dùng:

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

2.1.3. Điều trị bằng từ trường sử dụng trong nghiên cứu

Kỹ thuật từ trường trị liệu áp dụng trong nghiên cứu tuân thủ chặt chẽ theo “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng” (ban hành kèm Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế) [52].

Thiết bị: Sử dụng máy tạo từ trường (Model BTL 4920 Premium) đi kèm các phụ kiện kiểm chuẩn từ tính và hệ thống dây dẫn an toàn.

Quy trình thực hiện:

- b **Chuẩn bị:** Giải thích rõ quy trình để người bệnh yên tâm phối hợp; bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị (đảm bảo không có vật kim loại).

- ↳ **Vận hành:** Bệnh nhân được bố trí tư thế thoải mái nhất (nằm hoặc ngồi). Kỹ thuật viên cài đặt tham số, lựa chọn đầu phát từ trường phù hợp theo chỉ định lâm sàng và kiểm tra cường độ từ trường tại bề mặt đầu phát bằng thiết bị chuyên dụng.
- ↳ **Kết thúc:** Tắt máy, kiểm tra lại vùng da điều trị và ghi chép hồ sơ bệnh án.
- ↳ **Liệu trình:** Thực hiện 1 lần/ngày, mỗi lần 20 phút. Tổng liệu trình gồm 10 buổi điều trị (thực hiện liên tục trong 2 tuần, nghỉ các ngày cuối tuần).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Đối tượng tham gia nghiên cứu là các bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, đang điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

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

2.2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ

***Tiêu chuẩn lâm sàng:**

- Chọn bệnh nhân được chẩn đoán TNTHNMT theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2020) dựa trên một số triệu chứng chính sau [10]:

- + Chóng mặt
- + Nhức đầu
- + Rối loạn trí nhớ
- + Rối loạn giấc ngủ
- + Dị cảm.

***Lựa chọn bệnh nhân:**

- Mức độ đau theo thang điểm VAS: $3 \leq \text{VAS} \leq 6$
- Cho điểm các triệu chứng theo lựa chọn người bệnh có điểm theo bảng chẩn đoán lâm sàng TNTHNMT của Khadjev (1979), chọn những bệnh nhân có tổng số điểm từ 23,9 trở lên.

***Tiêu chuẩn cận lâm sàng:**

- Điện não đồ: Thông số EEG ở nhịp alpha và nhịp theta có sự thay đổi ở các trạng thái: Tần số, biên độ, chỉ số so với giá trị bình thường.

2.2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

Dựa vào vọng, văn, vẩn, thiết, căn cứ theo biện chứng luận trị của YHCT, để lựa chọn thể bệnh phù hợp với chỉ định của bài thuốc trong nghiên cứu là thể bệnh: Tâm tỳ hư và Khí huyết lưỡng hư của chứng Huyền vựng.

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

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi diện nghiên cứu

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

- + Tiền sử đột quỵ não, u não, dị dạng mạch não.

- + Tăng HA.
- + U ác tính, u lành tính.
- + Sau nhồi máu cơ tim cấp, mang máy tạo nhịp.
- + Bệnh hệ thống và bệnh máu (rối loạn đông máu...)
- + Các vùng đang chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu.
- + Suy gan, suy thận, suy tim nặng.
- + Bệnh nhân đang mắc các bệnh truyền nhiễm và bệnh cấp tính khác.
- + Phụ nữ có thai, cho con bú.
- + Bệnh nhân rối loạn tâm thần.
- + Bệnh nhân bỏ thuốc > 2 ngày hoặc bỏ thủ thuật, không tuân thủ điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

$$n_1 = n_2 = \frac{\left\{ Z_{(1-\alpha/2)} x \sqrt{2p(1-p)} + Z_{(1-\beta)} x \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$p = \frac{(p_1 + p_2)}{2}$$

Trong đó:

n_1 : Cỡ mẫu nhóm nghiên cứu

n_2 : Cỡ mẫu nhóm đối chứng

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0.05$); $Z = 1,96$

$Z_{(1-\beta)}$: Với $\beta = 0,2$ thì $Z_{(1-\beta)} = 0,842$

p_1 : Ước lượng tỉ lệ bệnh nhân sử dụng bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường điều trị thiếu máu não mạn tính có hiệu quả điều trị giả định $p_1 = 0,94$.

p_2 : Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng bài thuốc Ích khí điều kinh thang điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính có hiệu quả, dựa trên các nghiên cứu trước (Dương Trọng Nghĩa 2001 [45]), chọn $p = 0,66$. Tính được $n_1 = n_2 = 31$

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng là 31 bệnh nhân. Ước lượng có 10% bệnh nhân bỏ cuộc, hệ số điều chỉnh là 1.1 tính được mỗi nhóm 34,1 bệnh nhân, làm tròn thành 35, được tổng là 70 bệnh nhân nghiên cứu.

2.3.3. Cách chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu gồm 70 bệnh nhân. Sau khi đủ tiêu chuẩn lựa chọn, các bệnh nhân được phân nhóm bằng phương pháp phân nhóm ngẫu nhiên phân tầng. Trước khi phân nhóm, bệnh nhân nghiên cứu được chia thành các tầng tương đồng theo các tiêu chí: tuổi, giới và mức độ bệnh. Trong từng tầng, các bệnh nhân được đánh số thứ tự ngẫu nhiên; các bệnh nhân có số lẻ được phân vào nhóm nghiên cứu, số chẵn được phân vào nhóm đối chứng. Mỗi nhóm gồm 35 bệnh nhân:

Nhóm nghiên cứu (NNC): 35 BN (được dùng Hoàng kỳ bổ huyết thang liều 01 thang/ngày sắc uống + từ trường).

Nhóm đối chứng (NĐC): 35 BN (được dùng Piracetam liều 400mg x 03 viên/ngày + Từ trường).

Liệu trình dùng thuốc 15 ngày, từ trường 10 lần (nghỉ thứ 7, chủ nhật).

2.3.4. Phương tiện nghiên cứu

- **Máy từ trường:** BTL 4920 Premium, do hãng sản xuất BTL Industries Ltd, Anh, xuất xứ European Union – Bulgaria.



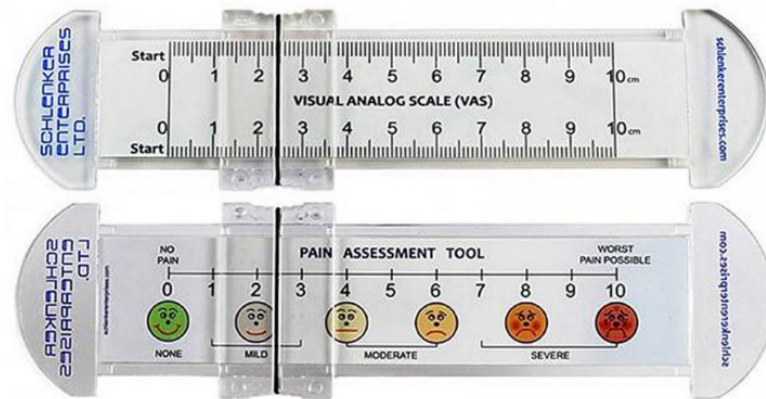
Hình 2.1. Máy từ trường BTL 4920 Prenium

- **Máy sắc thuốc:** Extractor do hãng Kyungseo của Hàn Quốc sản xuất năm 2003.



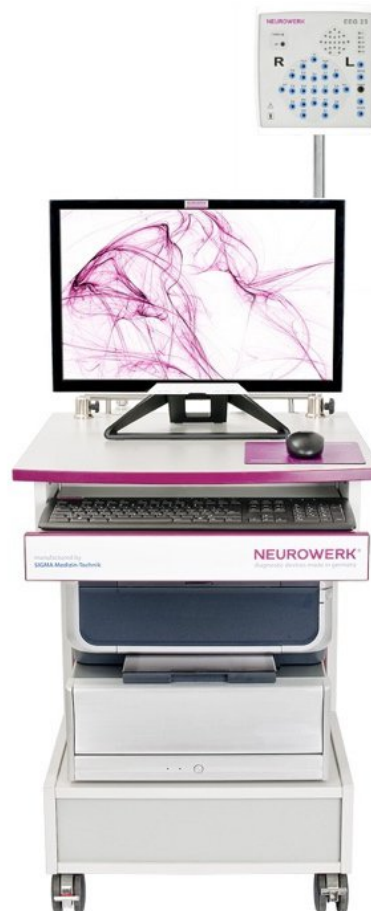
Hình 2.2. Máy sắc thuốc Extractor

- Thang điểm đau VAS



Hình 2.3. Thang điểm đau VAS

- Máy điện não đồ: Neurowerk/Sigmamedizin-Technik GmbH, sản xuất tại Đức năm 2018.



2.4. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Tuệ Tĩnh - Số 02 đường Trần Phú, Đại Mỗ, Hà Đông, Hà Nội.

2.5. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 4 năm 2025 đến hết tháng 10 năm 2025.

2.6. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh qua khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng theo YHHĐ được chẩn đoán xác định là TNTHNMT thuộc chứng Huyền vưng, lựa chọn thể bệnh Khí huyết lưỡng hư, Tâm tỳ hư, được thông báo về nghiên cứu và mời tham gia.

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

Bước 3: Phân làm 2 nhóm ngẫu nhiên

- Nhóm nghiên cứu: Uống “Hoàng kỳ bổ huyết thang” ngày 1 thang dưới dạng nước sắc, liều 300ml/ngày/2 lần sáng chiều, uống ấm sau ăn 30 phút, liệu trình 15 ngày liên tục kết hợp điều trị bằng từ trường 20 phút/lần/ngày x 10 lần trong 10 ngày (trừ thứ 7 và chủ nhật).

- Nhóm đối chứng: Uống Piracetam liều 400mg x 03 viên/ngày liệu trình 15 ngày liên tục kết hợp từ trường 20 phút/lần/ngày x 10 lần trong 10 ngày (trừ thứ 7 và chủ nhật).

Bước 4: Đánh giá hiệu quả trước ngày điều trị (D0), sau 5 ngày điều trị (D5), sau 10 ngày điều trị (D10), sau 15 ngày điều trị (D15) và tác dụng không mong muốn của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp từ trường trong suốt quá trình nghiên cứu.

2.7. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

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

- Các triệu chứng cơ năng: Được đánh giá theo bảng điểm lâm sàng trên cơ sở bảng tiêu chuẩn chẩn đoán TNTHNMT của Khadjev và đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.

Đánh giá vào các thời điểm: D0, D5, D10, và D15.

- Các triệu chứng thực thể:

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

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

- Cận lâm sàng: Chỉ số sinh hóa máu, công thức máu, điện não đồ trước và sau điều trị (D₀, D₁₅)

- Các triệu chứng lâm sàng theo YHCT: theo vọng, văn, vẩn, thiết trước và sau điều trị 15 ngày (D₀-D₁₅).

2.7.2. Theo dõi các tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu

Các biểu hiện đau bụng, đi ngoài phân nát, lỏng, dị ứng, sản ngứa, buồn nôn, nôn, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt, chóng mặt tăng lên, nóng rát, ngứa tại chỗ xuất hiện trong toàn bộ quá trình nghiên cứu.

2.8. Phương pháp thu thập thông tin và đánh giá

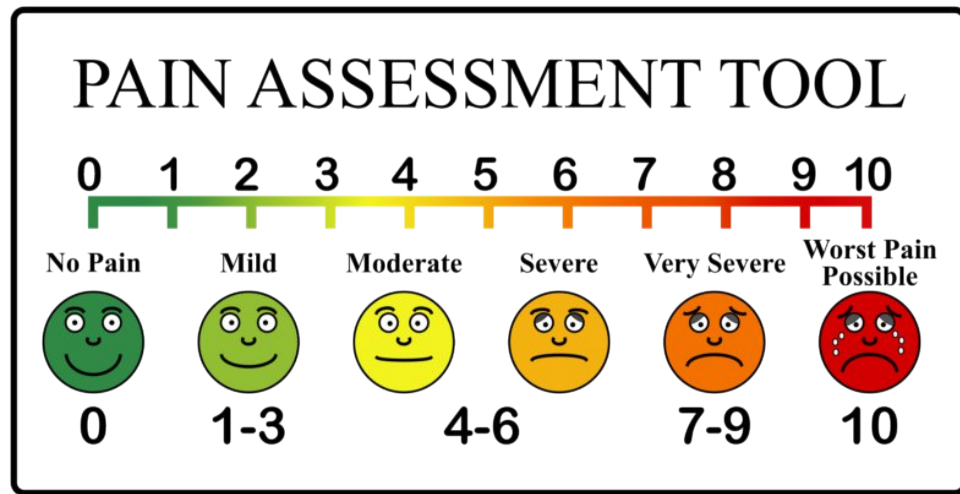
Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được khám, điều trị và ghi chép đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

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

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

STT	Triệu chứng	Điểm	
		Có	Không
1	Thường xuyên bị nhức đầu	2.5	0
2	Cảm giác nặng trong đầu	1.8	0
3	Thỉnh thoảng nhức đầu thất thường	0	0.9
4	Nhức đầu vùng thái dương	0	0.9
5	Nhức đầu vùng chẩm gáy	1.7	0
6	Chóng mặt	2	0
7	Thỉnh thoảng váng đầu thất thường	0	0.9
8	Chóng mặt khi quay đầu ngửa cổ	2.3	0
9	Ù tai khi làm việc căng thẳng	0	0.6
10	Tỉnh dậy lúc nửa đêm	3.2	0
11	Tỉnh dậy lúc gần sáng	0	3.1
12	Hay quên những việc mới xảy ra	4	0
13	Giảm trí nhớ liên tục	3	0
14	Đôi khi giảm trí nhớ	2.8	0
15	Dễ xúc động mũi lòng	2.2	0
16	Dễ nổi nóng, bực tức không tự chủ	2.2	0
17	Thần kinh luôn căng thẳng mệt mỏi	2.6	0
18	Giảm khả năng làm việc trí óc	3.5	0
19	Giảm tốc độ làm việc, chậm chạp	1.8	0
20	Khó khăn khi di chuyển sang việc khác	1.7	0

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



Hình 2.4. Thước đo thang điểm VAS

Bảng 2.3. Đánh giá mức độ đau

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

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

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

Bảng 2.4. Đánh giá khả năng nhìn nhớ Wechsler

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

2.8.4. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schulter

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

Bảng 2.5. Đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schulter

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

2.8.5. Hiệu quả điều trị chung

Đánh giá cải thiện triệu chứng lâm sàng dựa vào tổng số điểm các chỉ tiêu nghiên cứu. Từ tổng điểm đó quy đổi thành kết quả điều trị và đánh giá sự thay đổi điểm lâm sàng trước và sau điều trị theo phương pháp Nimodipin.

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

Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Khadjev.

Bảng 2.6. Phân loại hiệu quả điều trị chung

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

2.9. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu sau khi thu thập sẽ được sàng lọc, mã hóa và nhập liệu vào máy tính để xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS phiên bản 22.0. Các thuật toán thống kê được áp dụng bao gồm:

Thống kê mô tả:

- Đối với các biến số định tính (như giới tính, triệu chứng lâm sàng, phân loại kết quả): Sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm (%) để mô tả.
- Đối với các biến số định lượng (như tuổi, chỉ số sinh tồn, điểm số thang đo): Được trình bày dưới dạng Giá trị trung bình và Độ lệch chuẩn (SD).

Thống kê suy luận (kiểm định sự khác biệt):

- Sử dụng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác Fisher để so sánh sự khác biệt về các tỷ lệ giữa hai nhóm.
- Sử dụng kiểm định T-student (T-test) (bao gồm T-test ghép cặp cho so sánh trước - sau và T-test độc lập cho so sánh giữa hai nhóm) để kiểm định sự khác biệt về các giá trị trung bình.
- Ngưỡng ý nghĩa thống kê: Mọi sự khác biệt được ghi nhận là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%).

2.10. Khống chế sai số

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

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

2.11. Đạo đức trong nghiên cứu

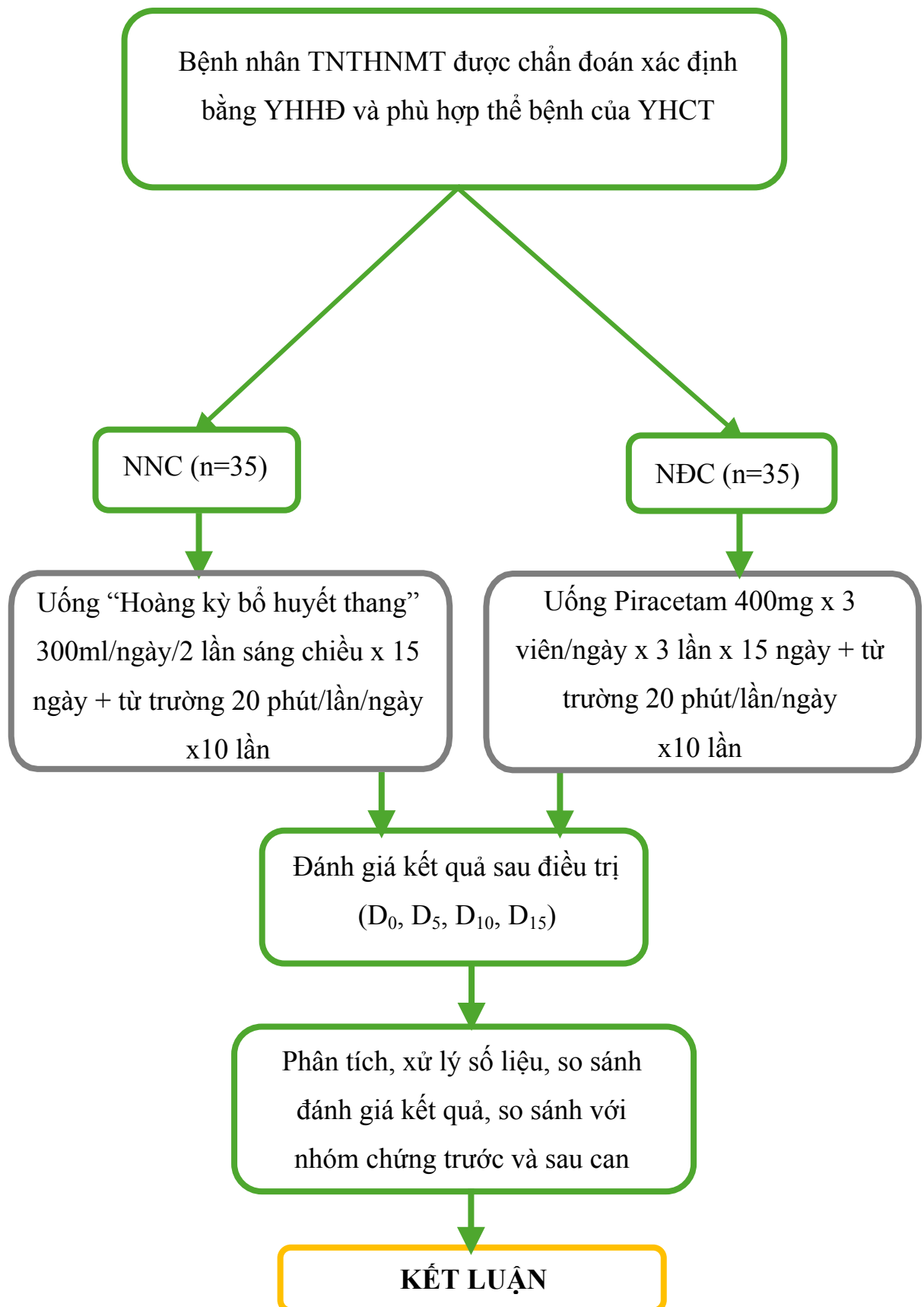
Đề cương nghiên cứu này đã được Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam thẩm định và phê duyệt. Quá trình triển khai tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc sau:

- Mục đích minh bạch: Nghiên cứu thuần túy phục vụ mục tiêu khoa học, chứng minh hiệu quả lâm sàng của phương pháp kết hợp Đông - Tây y, tuyệt đối không phục vụ mục đích thương mại hay phi chuyên môn.

- Tôn trọng đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về lợi ích, quy trình và các rủi ro tiềm ẩn trước khi ký cam kết tham gia. Bệnh nhân có quyền rút lui khỏi nghiên cứu ở bất kỳ giai đoạn nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi điều trị thông thường.

- Bảo mật thông tin: Các dữ liệu cá nhân và hồ sơ bệnh án thu thập được sẽ được mã hóa, bảo mật tuyệt đối và chỉ được công bố dưới dạng số liệu thống kê tổng hợp.

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

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Nhóm tuổi	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Tổng số (n=70)		P(NNC-NĐC)
	n	%	n	%	n	%	
18-29	6	17,1	7	20,0	13	18,6	>0,05
30-39	5	14,3	6	17,1	11	15,7	
40-49	4	11,4	3	8,6	7	10,0	
50-59	12	34,3	10	28,6	22	31,4	
≥ 60	8	22,9	9	25,7	17	24,3	
$\bar{X} \pm SD$	47,5 ± 18,8		46,5 ± 14,9		47,0 ± 17,0		>0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu (NNC) là $47,5 \pm 18,8$ tuổi, tương đương với nhóm đối chứng (NĐC) là $46,5 \pm 14,9$ tuổi. Ở cả hai nhóm, đối tượng nghiên cứu tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 50-59, chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3% ở NNC và 28,6% ở NĐC). Sự khác biệt về tuổi trung bình cũng như sự phân bố các nhóm tuổi giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Giới tính	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Tổng số (n=70)		P(NNC-NĐC)
	n	%	n	%	n	%	
Nam	19	54,3	17	48,6	36	51,4	>0,05
Nữ	16	45,7	18	51,4	34	48,6	

Nhận xét: Tại nhóm nghiên cứu (NNC), tỷ lệ nam giới chiếm 54,3% và nữ giới là 45,7%. Tại nhóm đối chứng (NĐC), tỷ lệ này lần lượt là 48,6% ở nam và 51,4% ở nữ. Sự khác biệt về phân bố giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.3. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tình trạng dinh dưỡng

Chỉ số BMI	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Tổng số (n=70)		p _(NNC-NĐC)
	n	%	n	%	n	%	
Gầy	7	20,0	5	14,3	12	17,1	>0,05
Bình thường	23	65,7	24	68,6	47	67,1	
Thừa cân, BP	5	14,3	6	17,1	11	15,7	
BMI ($\bar{X} \pm SD$)	21,0 $\pm$ 2,9		20,9 $\pm$ 2,9		20,95 $\pm$ 2,9		>0,05

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường, chiếm 65,7% ở nhóm nghiên cứu và 68,6% ở nhóm đối chứng. Chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $21,0 \pm 2,9$, và của nhóm đối chứng là $20,9 \pm 2,9$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố tình trạng dinh dưỡng cũng như chỉ số BMI trung bình giữa hai nhóm.

3.1.4. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Tổng số (n=70)		p _(NNC-NĐC)
	n	%	n	%	n	%	
Lao động trí óc	18	51,4	21	60,0	39	55,7	>0,05
Lao động chân tay	17	48,6	14	40,0	31	44,3	

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng là lao động trí óc ở nhóm nghiên cứu là 51,4% và ở nhóm đối chứng là 60,0%. Tỷ lệ lao động chân tay lần lượt là 48,6% ở nhóm nghiên cứu và 40,0% ở nhóm đối chứng. Sự khác biệt về đặc điểm nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

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

Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Tổng số (n=70)		p _(NNC-NĐC)
	n	%	n	%	n	%	
< 6 tháng	20	57,1	18	51,4	38	54,3	>0,05
6-12 tháng	10	28,6	8	22,9	18	25,7	
> 12 tháng	5	14,3	9	25,7	14	20,0	
$\bar{X} \pm SD$	8,1 $\pm$ 8,7		8,7 $\pm$ 8,3		8,4 $\pm$ 8,4		

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu (NNC) là 8,1 $\pm$ 8,7 tháng và của nhóm đối chứng (NĐC) là 8,7 $\pm$ 8,3 tháng. Đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng (57,1% ở NNC và 51,4% ở NĐC). Sự khác biệt về phân bố thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.6. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của hai nhóm trước điều trị

Bảng 3.6. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm nghiên cứu trước điều trị

Triệu chứng lâm sàng	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		p _(NNC-NĐC)
	SL	%	SL	%	
Đau đầu	28	80,0	27	77,1	>0,05
Chóng mặt	26	74,3	26	74,3	>0,05
Giảm trí nhớ	23	65,7	27	77,1	>0,05
Rối loạn giấc ngủ	21	60,0	22	62,9	>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, các triệu chứng lâm sàng xuất hiện với tỷ lệ tương đương ở cả hai nhóm. Tỷ lệ đau đầu là 80,0% ở NNC và 77,1% ở NĐC. Tỷ lệ chóng mặt là 74,3% ở cả hai nhóm. Tỷ lệ giảm trí nhớ là 65,7% ở NNC và 77,1% ở NĐC, và tỷ lệ rối loạn giấc ngủ là 60,0% ở NNC và 62,9% ở NĐC. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng này giữa hai nhóm.

3.1.7. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.7. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Thang điểm	NNC (n=35)	NĐC (n=35)	P _(NC-ĐC)
Điểm VAS ($\bar{X} \pm SD$)	5,9 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 2,6	>0,05
Điểm Khadjev ($\bar{X} \pm SD$)	27,5 $\pm$ 2,8	27,2 $\pm$ 3,6	>0,05
Điểm Wechsler ($\bar{X} \pm SD$)	4,7 $\pm$ 1,2	4,8 $\pm$ 0,9	>0,05
Điểm Schuler ($\bar{X} \pm SD$)	4,63 $\pm$ 0,8	4,83 $\pm$ 0,6	>0,05

Nhận xét: Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là 5,9 $\pm$ 2,7 điểm và của nhóm đối chứng là 5,6 $\pm$ 2,6 điểm, điểm Khadjev trung bình của nhóm nghiên cứu là 27,5 $\pm$ 2,8 điểm và của nhóm đối chứng là 27,2 $\pm$ 3,6 điểm, điểm Wechsler trung bình ở nhóm nghiên cứu là 4,7 $\pm$ 1,2 điểm và ở nhóm đối chứng là 4,8 $\pm$ 0,9 điểm, điểm Schuler trung bình của nhóm nghiên cứu (NNC) là 4,63 $\pm$ 0,8 điểm, và của nhóm đối chứng (NĐC) là 4,83 $\pm$ 0,6 điểm. Giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.8. Đặc điểm chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.8. Chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Chỉ số sinh tồn	NNC (n=35)	NĐC (n=35)	P _(NNC-NĐC)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Mạch (lần/phút)	74,1 $\pm$ 3,8	75,9 $\pm$ 4,0	>0,05
HA tâm thu (mmHg)	104,9 $\pm$ 3,5	106,9 $\pm$ 3,6	>0,05
HA tâm trương (mmHg)	68,6 $\pm$ 3,7	68,0 $\pm$ 3,2	>0,05
HA trung bình (mmHg)	73,6 $\pm$ 7,2	76,6 $\pm$ 5,9	>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, các chỉ số sinh tồn của hai nhóm có sự tương đồng. Mạch, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu và huyết áp trung bình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

3.1.9. Đặc điểm thông số nhịp alpha và theta trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.9. Thông số nhịp alpha trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Thông số nhịp alpha	NNC (n=35)	NĐC (n=35)	$P_{(NNC-NĐC)}$
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Tần số (ck/giây)	$7,7 \pm 0,5$	$7,7 \pm 0,4$	$>0,05$
Biên độ (μV)	$22,5 \pm 3,7$	$22,3 \pm 2,9$	$>0,05$
Chỉ số (%)	$28,9 \pm 3,9$	$28,9 \pm 3,0$	$>0,05$

Nhận xét: Các thông số của nhịp alpha trên điện não đồ nền của hai nhóm nghiên cứu là tương đương nhau.

Bảng 3.10. Thông số nhịp theta trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Thông số nhịp theta	NNC (n=35)	NĐC (n=35)	$P_{(NNC-NĐC)}$
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Tần số (ck/giây)	$5,9 \pm 1,0$	$6,1 \pm 1,1$	$>0,05$
Biên độ (μV)	$45,2 \pm 6,4$	$45,2 \pm 5,8$	$>0,05$
Chỉ số (%)	$28,5 \pm 5,9$	$28,9 \pm 5,4$	$>0,05$

Nhận xét: Các thông số của nhịp theta trên điện não đồ nền của hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt.

3.1.10. Đặc điểm các chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.11. Chỉ số công thức máu của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Công thức máu	NNC (n=35)	NĐC (n=35)	P _(NNC-NĐC)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Hồng cầu (T/L)	4,3 ± 0,3	4,3 ± 0,2	>0,05
Hemoglobin (g/L)	133,3 ± 6,8	133,1 ± 5,9	>0,05
Bạch cầu (G/L)	7,0 ± 0,8	7,0 ± 0,7	>0,05
Tiểu cầu (G/L)	253,3 ± 26,6	252,7 ± 24,1	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số trong công thức máu của hai nhóm nghiên cứu trước điều trị đều tương đồng.

Bảng 3.12. Chỉ số sinh hoá máu của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Sinh hoá máu	NNC (n=35)	NĐC (n=35)	P _(NNC-NĐC)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
AST (U/L)	32,3 ± 4,0	34,0 ± 4,3	>0,05
ALT (U/L)	30,3 ± 4,0	32,0 ± 4,3	>0,05
Creatinin (μmol/L)	96,1 ± 7,5	98,8 ± 7,8	>0,05
Ure (mmol/l)	6,0 ± 0,8	6,3 ± 0,8	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số sinh hoá máu cơ bản của hai nhóm trước điều trị không có sự khác biệt. Nồng độ AST, ALT, creatinin và ure trung bình giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.1.11. Đặc điểm thể bệnh lâm sàng y học cổ truyền của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.13. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thể bệnh y học cổ truyền

Thể bệnh YHCT	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Tổng (n=70)		P _(NNC-NĐC)
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tâm tý hư	11	31,4	12	34,3	23	32,9	>0,05
Khí huyết lưỡng hư	24	68,6	23	65,7	47	67,1	

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thuộc thể bệnh khí huyết lưỡng hư chiếm đa số với 67,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ thể bệnh y học cổ truyền ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Bảng 3.14. So sánh đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Triệu chứng		D ₀		D ₅		D ₁₀		D ₁₅		p (D ₀ -D ₁₅)
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Đau đầu	NĐC	27	77,1	22	62,9	16	45,7	13	37,1	<0,001
	NNC	28	80,0	20	57,1	12	34,3	6	17,1	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		
Chóng mặt	NĐC	26	74,3	20	57,1	17	48,6	14	40,0	<0,001
	NNC	26	74,3	17	48,6	11	31,4	5	14,3	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		<0,05		
Giảm trí nhớ	NĐC	27	77,1	21	60,0	18	51,4	15	42,9	<0,001
	NNC	23	65,7	18	51,4	11	31,4	7	20,0	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		<0,05		
Rối loạn giấc ngủ	NĐC	22	62,9	19	54,3	17	48,6	13	37,1	<0,001
	NNC	21	60,0	16	45,7	13	37,1	6	17,1	
P _(NC-ĐC)		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng đều giảm rõ rệt ở cả hai nhóm. Tỷ lệ đau đầu ở nhóm NNC giảm từ 80,0% xuống 17,1%, và ở nhóm NĐC giảm từ 77,1% xuống 37,1% ($p < 0,001$); tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ chóng mặt và giảm trí nhớ ở nhóm NNC cũng giảm nhiều hơn so với nhóm NĐC có ý nghĩa thống kê tại ngày điều trị thứ 15 ($p < 0,05$). Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ giảm ở cả hai nhóm và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm sau điều trị ($p > 0,05$).

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

Bảng 3.15. So sánh mức độ đau đầu theo thang điểm VAS của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

VAS TB $\bar{X} \pm SD$	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅	D₀ - D₁₅	p_{D0-D5}	p_{D0-D10}	p_{D0-D15}
NĐC (n=35)	5,6 ± 2,6	3,7 ± 1,0	3,2 ± 0,7	2,5 ± 0,9	3,8 ± 3,0	>0,05	<0,05	<0,05
NNC (n=35)	5,9 ± 2,7	4,2 ± 0,7	3,1 ± 1,1	2,1 ± 0,9	3,1 ± 2,8	>0,05	<0,001	<0,001
p _(NC-ĐC)	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05			

Nhận xét: Sau điều trị, điểm VAS trung bình giảm ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê ở D10 và D15. Nhóm NC cải thiện điểm VAS trung bình tốt hơn nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Sự thay đổi mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Khadjev trước và sau điều trị

Bảng 3.16. So sánh mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Khadjev của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Khadjev $\bar{X} \pm SD$	D ₀	D ₅	D ₁₀	D ₁₅	D ₀ - D ₁₅	P _{D0-D5}	P _{D0-D10}	P _{D0-D15}
NĐC (n=35)	27,2 ± 3,6	22,7 ± 1,2	21,9 ± 2,4	9,5 ± 1,9	18,1 ± 4,2	<0,001	0,001	<0,001
NNC (n=35)	27,5 ± 2,8	23,4 ± 2,8	20,2 ± 3,0	8,0 ± 1,0	19,5 ± 3,4	<0,001	<0,001	<0,001
p _(NC-ĐC)	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05			

Nhận xét: Tổng điểm triệu chứng lâm sàng theo thang điểm Khadjev giảm mạnh ở cả hai nhóm tại D5, D10, D15. Khi so sánh giữa hai nhóm, điểm Khadjev trung bình của nhóm NC thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC tại D10 và D15 (p<0,05).

3.2.4. Sự thay đổi khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schulter trước và sau điều trị

Bảng 3.17. So sánh khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schulter của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

SchulterTB $\bar{X} \pm SD$	D ₀	D ₅	D ₁₀	D ₁₅	D ₀ - D ₁₅	P _{D0-D5}	P _{D0-D10}	P _{D0-D15}
NĐC (n=35)	4,9 ± 0,7	5,2 ± 0,9	7,1 ± 0,8	8,1 ± 0,8	2,9 ± 1,4	>0,05	<0,001	<0,001
NNC (n=35)	4,7 ± 0,8	5,3 ± 0,5	6,4 ± 1,1	7,7 ± 0,6	3,0 ± 1,2	<0,05	<0,001	<0,001
p _(NC-ĐC)	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05			

Nhận xét: Khả năng tập trung chú ý của bệnh nhân ở cả hai nhóm đều được cải thiện sau điều trị. So với ban đầu, điểm Schuler trung bình của nhóm NĐC tăng có ý nghĩa thống kê từ ngày thứ 10 (p<0,001), trong khi nhóm NNC tăng có ý nghĩa thống kê ngay từ ngày thứ 5 (p<0,05). Khi so sánh giữa hai nhóm, điểm Schuler trung bình của nhóm NĐC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm NNC tại ngày D10 (p<0,05).

3.2.5. Sự thay đổi điểm Wechsler trước và sau điều trị

Bảng 3.18. So sánh sự thay đổi điểm Wechsler của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Wechsler $\bar{X} \pm SD$	D ₀	D ₅	D ₁₀	D ₁₅	D ₀ - D ₁₅	P _{D0-D5}	P _{D0-D10}	P _{D0-D15}
NĐC (n=35)	4,8 ± 0,9	5,1 ± 0,6	6,1 ± 0,6	7,4 ± 1,0	2,7 ± 1,1	<0,05	<0,05	<0,001
NNC (n=35)	4,7 ± 1,2	6,0 ± 0,6	6,2 ± 1,0	7,5 ± 0,9	2,9 ± 1,5	<0,05	<0,05	<0,001
p _(NC-ĐC)	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05			

Nhận xét: Khả năng ghi nhớ của bệnh nhân được cải thiện ở tất cả các thời điểm (D5, D10, D15) ở cả hai nhóm (p<0,05). Khi so sánh giữa hai nhóm, điểm Wechsler trung bình của nhóm NNC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm NĐC tại ngày D5 (p<0,05), các thời điểm khác không có sự khác biệt.

3.2.6. Sự thay đổi thông số nhịp alpha và theta trên EEG nền trước và sau điều trị

Bảng 3.19. Sự thay đổi thông số nhịp alpha trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Thông số nhịp alpha ($\bar{X} \pm SD$)	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		P _(NC-ĐC) D15
	D ₀	D ₁₅	D ₀	D ₁₅	
Tần số (ck/giây)	7,7 ± 0,5	9,5 ± 0,7	7,7 ± 0,4	8,5 ± 0,5	<0,05
P _(D0-D15)	<0,05		<0,05		
Biên độ (μV)	22,5 ± 3,7	45,2 ± 3,5	22,3 ± 2,9	30,4 ± 2,4	<0,05
P _(D0-D15)	<0,05		<0,05		
Chỉ số (%)	28,9 ± 3,9	55,3 ± 4,3	<0,05	38,2 ± 2,9	<0,05
P _(D0-D15)	<0,05		<0,05		

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, các thông số của nhịp alpha trên điện não đồ đều cải thiện ở cả hai nhóm so với trước điều trị (p<0,05). Tại ngày D15, cả ba thông số tần số, biên độ và chỉ số phần trăm của nhịp alpha ở nhóm NNC đều cao hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.20. Sự thay đổi thông số nhịp theta trên EEG nền của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Thông số nhịp theta ($\bar{X} \pm SD$)	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		P(NC-ĐC) D15
	D ₀	D ₁₅	D ₀	D ₁₅	
Tần số (ck/giây)	5,9 ± 1,0	5,6 ± 0,4	6,1 ± 1,1	5,9 ± 0,4	<0,05
P(D ₀ -D ₁₅)	<0,05		<0,05		
Biên độ (μV)	45,2 ± 6,4	25,7 ± 2,0	45,2 ± 5,8	36,1 ± 2,9	<0,05
P(D ₀ -D ₁₅)	<0,05		<0,05		
Chỉ số (%)	28,5 ± 5,9	15,5 ± 1,2	28,9 ± 5,4	20,7 ± 1,6	<0,05
P(D ₀ -D ₁₅)	<0,05		<0,05		

Nhận xét: Các thông số của nhịp theta trên điện não đồ thay đổi theo chiều hướng tích cực ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Tại D15, cả tần số, biên độ và chỉ số phần trăm của nhịp theta ở nhóm NC đều thấp hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.7. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu sau điều trị

Bảng 3.21. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu sau điều trị

Chỉ số sinh tồn	NNC (n=35)	NĐC (n=35)	P(NNC-NĐC)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Mạch (lần/phút)	71,2 ± 3,4	72,7 ± 3,8	>0,05
HA tâm thu (mmHg)	98,0 ± 2,9	99,7 ± 3,2	>0,05
HA tâm trương (mmHg)	62,8 ± 3,2	64,3 ± 3,0	>0,05
HA trung bình (mmHg)	68,8 ± 6,5	71,4 ± 6,3	>0,05

Nhận xét: Sau điều trị, tất cả chỉ số mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình trung bình của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.8. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Bảng 3.22. So sánh chỉ số công thức máu của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Các chỉ số	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		P(NC-ĐC) D15
	D ₀	D ₁₅	D ₀	D ₁₅	
Hồng cầu (T/L)	4,3 ± 0,3	4,4 ± 0,3	4,3 ± 0,2	4,4 ± 0,3	>0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		
Hemoglobin (g/L)	133,3± 6,8	133,5± 5,7	133,1± 5,9	135,0± 7,1	>0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		
Bạch cầu (G/L)	7,0 ± 0,8	6,7 ± 0,7	7,0 ± 0,7	6,8 ± 0,7	>0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		
Tiểu cầu (G/L)	253,3±26,6	248,9±28,7	252,7±24,1	255,0±23,0	>0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		
AST (U/L)	32,3 ± 4,0	32,1 ± 3,7	34,0 ± 4,3	34,1 ± 3,7	<0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		
ALT (U/L)	30,3 ± 4,0	30,1 ± 3,8	32,0 ± 4,3	32,1 ± 3,6	<0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		
Creatinin (mmol/l)	96,1 ± 7,5	96,1 ± 7,4	98,8 ± 7,8	99,1 ± 7,3	>0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		
Ure (mmol/l)	6,0 ± 0,8	6,1 ± 0,8	6,3 ± 0,8	6,4 ± 0,8	>0,05
P(D0-D15)	>0,05		>0,05		

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, các chỉ số hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu và tiểu cầu không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm. Các chỉ số chức năng thận gồm creatinin và ure không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong và giữa hai nhóm sau điều trị. Các chỉ số men gan AST và ALT cũng không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong mỗi nhóm, tuy nhiên khi so sánh giữa hai nhóm tại ngày D15, nồng độ AST và ALT của nhóm NĐC cao hơn nhóm NNC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

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

Bảng 3.23. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền sau điều trị

Triệu chứng lâm sàng	Tâm tỳ hư				Khí huyết lưỡng hư			
	NNC (n=11)		NĐC (n=12)		NNC (n=24)		NĐC (n=23)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sắc mặt	11	100,0	10	83,3	18	75,0	20	86,9
p	>0,05				>0,05			
Chất lưỡi	11	100,0	12	100,0	19	79,2	23	100,0
p	-				>0,05			
Rêu lưỡi	10	90,9	12	100,0	21	87,5	22	95,6
p	>0,05				>0,05			
Đau đầu	11	100,0	12	100,0	19	79,2	23	100,0
p	-				>0,05			
Chóng mặt	9	81,8	12	100,0	14	58,3	19	82,6
p	>0,05				>0,05			
Mệt mỏi	11	100,0	11	91,7	16	66,7	19	82,6
p	>0,05				>0,05			
Mạch	11	100,0	11	91,7	14	58,3	19	82,6
p	>0,05				>0,05			

Nhận xét: Đối với cả hai thể bệnh, tỷ lệ cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2.10. Hiệu quả điều trị chung

Bảng 3.24. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Hiệu quả chung	Tâm tỳ hư				Khí huyết lưỡng hư			
	NNC (n=11)		NĐC (n=12)		NNC (n=24)		NĐC (n=23)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	4	36,4	1	8,3	7	29,2	3	13,1
Khá	5	45,5	7	58,4	16	66,7	11	47,8
Trung bình	2	18,1	4	33,3	1	4,1	8	34,8
Kém	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
p	>0,05				<0,05			

Nhận xét: Ở thể bệnh Tâm tỳ hư, sự khác biệt về hiệu quả điều trị chung giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê. Ở thể bệnh Khí huyết lưỡng hư, tỷ lệ đạt hiệu quả Tốt và Khá ở nhóm NNC là 95,9%, cao hơn so với nhóm NĐC là 60,9%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

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

Bảng 3.25. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Buồn nôn	0	0
Nôn	0	0
Mẩn ngứa	0	0
Dị ứng	0	0
Sôi bụng	2	6,6
Đi ngoài phân lỏng	0	0
Đau đầu tăng lên	0	0
Chóng mặt tăng lên	0	0

Nhận xét: Trong quá trình nghiên cứu, chỉ ghi nhận một tác dụng không mong muốn với tỷ lệ thấp. Có 2 trường hợp bị sôi bụng trong ngày đầu dùng thuốc (chiếm 6,6%).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Dữ liệu thống kê tại Bảng 3.1 phản ánh độ tuổi trung bình của 70 bệnh nhân tham gia khảo sát là $47,0 \pm 17,0$ tuổi. Trong đó, phân khúc độ tuổi từ 50 – 59 chiếm tỷ trọng lớn nhất (31,4%). Điểm đáng chú ý là sự phân bố độ tuổi và giá trị trung bình giữa Nhóm nghiên cứu (NNC) và Nhóm đối chứng (NDC) hoàn toàn tương đồng, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự đồng nhất này là tiền đề quan trọng, đảm bảo tính khách quan cho các so sánh về hiệu quả can thiệp sau này.

Khi đối chiếu với các công bố khoa học khác, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng cao với nghiên cứu của Lê Minh Hoàng và cộng sự tại Bệnh viện YHCT Cần Thơ (độ tuổi trung bình $45,69 \pm 14,02$) [53]. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu tập trung vào bệnh lý tai biến mạch máu não hay nhồi máu não (thường có độ tuổi trung bình từ 63 – 67 tuổi) [54], [55], độ tuổi trong nghiên cứu này thấp hơn. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế lâm sàng, bởi Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (TNTHNMT) thường được xem là giai đoạn tiền đề hoặc giai đoạn sớm của các rối loạn tuần hoàn não, xuất hiện nhiều ở độ tuổi lao động và trung niên (40-59 tuổi) trước khi dẫn đến các biến cố cấp tính. Theo quan điểm của YHCT, đây cũng là giai đoạn “thiên quý suy”, khí huyết bắt đầu hư hao, hoàn toàn phù hợp với chỉ định của bài thuốc bổ khí như “Hoàng kỳ bổ huyết thang”.

Về thể trạng, số liệu từ Bảng 3.3 cho thấy phần lớn bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) nằm trong giới hạn bình thường (chiếm 67,1%), với giá trị trung bình là $20,9 \pm 2,9$. Không có sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê về đặc điểm này giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Khác với nhóm bệnh nhân đột quỵ thường đi kèm yếu tố nguy cơ béo phì, bệnh nhân TNTHNMT trong nghiên cứu của

chúng tôi có thể trạng cân đối hơn. Việc ứng dụng bài thuốc với chủ dược là Hoàng kỳ – một vị thuốc có công năng đại bổ nguyên khí – là hoàn toàn phù hợp để giải quyết gốc bệnh “hư chứng” (sự suy giảm chức năng tạng phủ) bất kể thể trạng bệnh nhân gầy hay béo.

Khi so sánh, chỉ số BMI của chúng tôi ($20,9 \pm 2,9$) thấp hơn so với các nghiên cứu trên bệnh nhân nhồi máu não của Ying Li và cộng sự [54], vốn có BMI trung bình cao hơn (khoảng $24,66 \pm 3,65$) và gần với ngưỡng thừa cân. Sự khác biệt này là hợp lý, vì bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (TNTHNMT) không nhất thiết phải có tình trạng thừa cân, béo phì, khác với nhóm bệnh nhân đột quỵ não nơi các yếu tố nguy cơ chuyển hóa thường biểu hiện rõ rệt hơn.

Từ góc độ Y học cổ truyền, việc đa số bệnh nhân có thể trạng bình thường không làm giảm đi tính phù hợp của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”. Theo lý luận, TNTHNMT (thuộc chứng Huyền vạng) có bệnh cơ cốt lõi là sự suy hư của tạng phủ, đặc biệt là tình trạng khí huyết lưỡng hư hoặc tâm tỳ hư. Hoàng kỳ, với vai trò là quân dược, có tác dụng đại bổ nguyên khí, phù hợp để điều trị gốc bệnh này bất kể thể trạng của bệnh nhân là gầy hay béo. Hơn nữa, các nghiên cứu dược lý hiện đại đã chứng minh Hoàng kỳ có khả năng điều hòa chuyển hóa, chống rối loạn lipid máu và cải thiện đường huyết. Tác dụng này đặc biệt có giá trị vì bệnh nhân TNTHNMT thường có các bệnh nền thuộc hội chứng chuyển hóa đi kèm [42].

Tóm lại, đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn phù hợp với thực tế lâm sàng của bệnh. Sự đồng nhất về BMI giữa hai nhóm đã củng cố vững chắc độ tin cậy của nghiên cứu, đồng thời cho thấy việc lựa chọn bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” là hợp lý dựa trên cả cơ sở lý luận y học cổ truyền và các bằng chứng dược lý hiện đại.

Về bức tranh lâm sàng trước can thiệp (Bảng 3.6), các triệu chứng điển hình như đau đầu (78,6%), chóng mặt (74,3%), suy giảm trí nhớ (71,4%) và rối loạn giấc ngủ (61,4%) xuất hiện với tần suất cao và tương đương ở cả hai nhóm. Sự phân bố triệu chứng này tương thích với mô tả trong nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân [49], khẳng định mẫu nghiên cứu mang tính đại diện cao cho bệnh lý TNTHNMT. Ở giai đoạn này, bệnh đã ảnh hưởng sâu sắc đến công năng tạng phủ, gây ra hội chứng Khí hư huyết ú. Tác dụng đại bổ nguyên khí, chống viêm và chống oxy hóa của Hoàng kỳ, như đã được chứng minh trong các nghiên cứu dược lý của Chen Y. và cộng sự, là cực kỳ cần thiết để điều trị gốc bệnh, cải thiện tuần hoàn não và ngăn ngừa bệnh tiến triển nặng hơn [56].

Kết quả từ bảng 3.6 cho thấy một bức tranh lâm sàng rõ nét về đối tượng nghiên cứu trước khi can thiệp. Các triệu chứng chính bao gồm đau đầu (78,6%), chóng mặt (74,3%), giảm trí nhớ (71,4%) và rối loạn giấc ngủ (61,4%). Điểm then chốt là tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng này hoàn toàn tương đồng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p>0,05$), tạo ra một nền tảng lâm sàng đồng nhất và vững chắc để đánh giá hiệu quả điều trị một cách khách quan. Sự phổ biến và tỷ lệ cao của các triệu chứng này có sự tương đồng chặt chẽ với các nghiên cứu về Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính (TNTHNMT), điển hình như nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân [49], cũng ghi nhận đau đầu, chóng mặt, và rối loạn giấc ngủ là các biểu hiện chủ đạo. Sự tương đồng này khẳng định rằng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi mang đầy đủ đặc điểm lâm sàng của bệnh cảnh TNTHNMT.

Do đó, việc lựa chọn can thiệp bằng bài thuốc này là hoàn toàn hợp lý. Hoàng kỳ, với tác dụng đại bổ khí, đóng vai trò thúc đẩy sự lưu thông của huyết dịch, giải quyết tình trạng ứ trệ. Các nghiên cứu dược lý hiện đại cũng củng cố điều này, cho thấy các hoạt chất trong Hoàng kỳ có tác dụng bảo vệ thần kinh, chống viêm, và chống oxy hóa, như đã được chỉ ra trong nghiên cứu của Li H.

và cộng sự [57]. Những cơ chế này cung cấp một nền tảng khoa học vững chắc, giải thích khả năng cải thiện các triệu chứng lâm sàng do tổn thương thần kinh trong thiếu máu não mạn tính.

Theo lý luận của Y học cổ truyền, bệnh cảnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính được mô tả trong các chứng “Huyễn vựng” (chóng mặt), “Đầu thống” (đau đầu) hay “Kiện vong” (hay quên). Nguyên nhân cốt lõi thường do “hư” chứng, đặc biệt là sự suy giảm chức năng của các tạng Tỳ, Can, Thận. Nghiên cứu này tập trung vào hai thể bệnh phổ biến là Tâm tỳ hư và Khí huyết lưỡng hư [36].

Đối với thể Tâm tỳ hư, bệnh sinh là do Tỳ khí hư nhược, chức năng vận hóa thủy cốc suy giảm, không thể sinh huyết đầy đủ. Điều này dẫn đến Tâm huyết bất túc. Do Tâm chủ thần minh và não là “tủy hải” đều cần huyết để nuôi dưỡng, khi cả hai không được dưỡng, các triệu chứng như hoa mắt, chóng mặt, mất ngủ, hay quên, hồi hộp sẽ xuất hiện. Đối với thể Khí huyết lưỡng hư là tình trạng toàn thân suy nhược khi khí huyết hư tổn. Khí hư thì không đủ sức để thăng dương (đưa thanh khí, huyết dịch lên trên). Huyết hư thì não tủy không được nuôi dưỡng đầy đủ. Sự thiếu hụt này chính là nguyên nhân trực tiếp gây ra huyễn vựng (chóng mặt) và kiện vong (hay quên).

Bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” được xây dựng chặt chẽ để giải quyết đồng thời cả hai thể bệnh trên, nhắm vào gốc bệnh “hư” chứng: oàng kỳ là quân dược có tác dụng bổ khí, thăng dương, sinh tân dưỡng huyết. Nhân sâm đại bổ nguyên khí, kiện tỳ, sinh tân dưỡng huyết, ích trí; mạch môn dưỡng âm sinh tân; đương quy bổ huyết hoạt huyết; bạch thược dưỡng huyết liễm âm đều là thần dược. Tử uyển nhuận phế hoá đàm làm đàm thấp không khôn tỳ giúp cho tỳ vượng; ngũ vị tử ích khí sinh tân, ninh tâm, bổ nguyên khí bất túc đều là tá dược. Cam thảo kiện tỳ ích khí điều hoà các vị thuốc là sứ dược. Toàn phương có tác dụng kiện tỳ phục mạch, bổ khí thăng dương, hoạt huyết dưỡng huyết, ninh tâm an thần, ích trí rất phù hợp điều trị các chứng hoa mắt chóng mặt, đau

đầu, mất ngủ, giảm trí nhớ ... thường gặp trong bệnh lý TNTHNMT thuộc chứng huyền vụng thể khí huyết lưỡng hư và tâm tỳ hư của YHCT.

4.2. Đánh giá hiệu quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Kết thúc liệu trình 15 ngày, dữ liệu tại Bảng 3.13 cho thấy cả hai phác đồ đều mang lại những chuyển biến tích cực rõ rệt so với thời điểm ban đầu ($p < 0,001$). Tuy nhiên, khi phân tích sâu hơn, nhóm sử dụng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp từ trường thể hiện sự ưu việt hơn hẳn ở hai triệu chứng then chốt là chóng mặt và giảm trí nhớ ($p < 0,05$). Hiệu quả này có thể được lý giải dựa trên cơ chế tác động kép: Về mặt YHCT, pháp trị “bổ khí thăng dương” của Hoàng kỳ giúp đưa huyết lên nuôi dưỡng não bộ (Thanh khiếu), giải quyết tận gốc chứng Huyền vụng. Về mặt dược lý hiện đại, hoạt chất Astragaloside IV trong Hoàng kỳ đã được chứng minh có khả năng bảo vệ tế bào thần kinh, chống lại stress oxy hóa và thúc đẩy quá trình tái tạo [59].

Đối với triệu chứng đau đầu và mất ngủ, mặc dù nhóm NNC có xu hướng giảm tỷ lệ mắc bệnh tốt hơn (cao gấp 1,5 – 1,7 lần so với nhóm NĐC), nhưng sự khác biệt chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy cần một liệu trình dài hơn để sự phục hồi thần kinh diễn ra toàn diện. Dù vậy, xu hướng tích cực này vẫn củng cố giá trị của bài thuốc, tương đồng với kết quả của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân vốn ghi nhận hiệu quả cao có ý nghĩa thống kê trên các triệu chứng này [49]. Tác dụng giảm đau đầu có thể đến từ khả năng bổ khí để hoạt huyết, làm thông suốt kinh lạc vùng đầu, trong khi tác dụng cải thiện giấc ngủ được quy cho công năng “ninh tâm an thần”, giúp ổn định lại thần trí bị ảnh hưởng do khí huyết suy hư.

Nhìn chung, hiệu quả điều trị toàn diện và ưu việt của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” đến từ cơ chế tác động đa mục tiêu, giải quyết đồng thời nhiều khía cạnh bệnh sinh của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Bài thuốc không chỉ điều trị triệu chứng mà còn nhắm vào gốc bệnh theo cơ chế bệnh sinh

của Y học cổ truyền. Các nghiên cứu hiện đại của Ying Li và cộng sự đã chứng thực điều này khi cho thấy Hoàng kỳ giúp làm giảm các chỉ dấu viêm, cải thiện các thông số huyết học và phục hồi chức năng thần kinh. Sự kết hợp giữa việc bổ khí (để cải thiện năng lượng và tuần hoàn) và dưỡng huyết (để nuôi dưỡng thần kinh) chính là chìa khóa tạo nên hiệu quả toàn diện của bài thuốc.

4.2.2. Sự thay đổi mức độ đau đầu theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Đánh giá mức độ đau qua thang điểm VAS (Bảng 3.14) ghi nhận xu hướng giảm đau đáng kể ở cả hai nhóm. Tuy nhiên, điểm sáng của nghiên cứu là tại thời điểm kết thúc (D15), nhóm NNC đạt mức điểm VAS trung bình thấp hơn đáng kể so với nhóm NĐC ($2,1 \pm 0,9$ so với $2,5 \pm 0,9$; $p < 0,05$). Kết quả này tái khẳng định kết luận của Bùi Quốc Hưng [49] về khả năng giảm đau bền vững của các bài thuốc chứa Hoàng kỳ. Cơ chế giảm đau ở đây không chỉ dừng lại ở việc cắt cơn triệu chứng mà đến từ khả năng “hành khí hoạt huyết” – tức là khơi thông dòng chảy của huyết dịch, giải phóng các điểm ứ trệ gây đau. Các bằng chứng thực nghiệm cũng chỉ ra rằng Hoàng kỳ có khả năng ức chế các chất trung gian gây viêm thần kinh (như IL-6, TNF- α), giải thích cho hiệu quả giảm đau đầu này [54], [58].

Một quan sát thú vị là tại thời điểm ngày thứ 5, nhóm đối chứng lại cho thấy hiệu quả giảm đau nhanh hơn một chút ($p < 0,05$). Điều này phản ánh đặc tính tác dụng của hai nền y học: thuốc tân dược thường nhắm vào triệu chứng và cho hiệu quả nhanh chóng, trong khi thuốc Y học cổ truyền tập trung điều trị gốc bệnh, cần một thời gian tích lũy để phát huy tác dụng toàn diện. Tuy nhiên, hiệu quả cuối cùng tại ngày 15 đã chứng minh rằng việc điều trị vào căn nguyên bằng “Hoàng kỳ bổ huyết thang” mang lại một kết quả sâu sắc và ưu việt hơn. Tóm lại, phác đồ chứa Hoàng kỳ đã khẳng định được hiệu quả giảm đau đầu trong điều trị TNTHNMT, phù hợp với cả lý luận cổ truyền và các bằng chứng khoa học hiện đại.

4.2.3. Sự thay đổi mức độ giảm trí nhớ theo điểm trắc nghiệm Wechsler trước và sau điều trị

Khả năng ghi nhớ của người bệnh (Bảng 3.17) có sự hồi phục ấn tượng ở cả hai nhóm. Một phát hiện thú vị là nhóm dùng thuốc YHCT (NNC) lại cho thấy tác dụng khởi phát nhanh hơn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ngay từ ngày thứ 5 ($p < 0,05$) so với nhóm dùng thuốc Tây y. Mặc dù đến ngày thứ 15, hiệu quả của hai nhóm trở nên tương đương và không còn khác biệt thống kê ($p > 0,05$), nhưng ưu thế về tác dụng khởi phát nhanh hơn của nhóm NNC là một phát hiện quan trọng.

Khi so sánh với các nghiên cứu tương đồng, kết quả của chúng tôi vừa có điểm chung vừa có điểm khác biệt. Nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân cũng ghi nhận bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” giúp cải thiện đáng kể điểm Wechsler, khẳng định tính hiệu quả của phương pháp [49]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của họ, nhóm đối chứng dùng Piracetam lại cho kết quả cuối cùng tốt hơn. Dù vậy, điểm chung nhất quán là các phác đồ Y học cổ truyền có Hoàng kỳ làm chủ dược đều chứng minh được khả năng phục hồi chức năng trí nhớ một cách rõ rệt.

Tốc độ cải thiện trí nhớ nhanh hơn ở nhóm NNC có thể được luận giải thông qua cơ chế tác dụng của Hoàng kỳ. Theo Y học cổ truyền, trí nhớ suy giảm có liên quan mật thiết đến tình trạng khí huyết suy hư, không đủ để nuôi dưỡng tâm thần và não bộ. Tác dụng “bổ khí ích trí” của Hoàng kỳ giúp nhanh chóng phục hồi nguồn năng lượng cho cơ thể, tăng cường dinh dưỡng cho não bộ, từ đó cải thiện chức năng nhận thức. Về mặt dược lý hiện đại, các nghiên cứu của Xianhui Kang và cộng sự [59] hay Hengli Li và cộng sự [57] đã làm sáng tỏ cơ chế này ở cấp độ phân tử. Các hoạt chất trong Hoàng kỳ như Astragaloside IV có tác dụng bảo vệ thần kinh, chống viêm, chống oxy hóa và điều hòa các con đường chết tế bào. Các tác dụng này giúp nhanh chóng ngăn chặn các tổn thương thần kinh do thiếu máu não mạn tính gây ra, tạo điều kiện

cho sự phục hồi chức năng sớm, lý giải cho hiệu quả cải thiện tốt tại ngày thứ 5.

Tóm lại, mặc dù hiệu quả cải thiện trí nhớ cuối cùng của hai phác đồ là tương đương, bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” đã chứng tỏ một ưu điểm đặc biệt là mang lại tác dụng nhanh hơn trong giai đoạn đầu điều trị. Điều này cho thấy tiềm năng của liệu pháp Y học cổ truyền không chỉ trong việc điều trị căn nguyên lâu dài mà còn có khả năng đem lại lợi ích lâm sàng sớm cho người bệnh, củng cố vai trò của Hoàng kỳ trong việc bảo vệ và phục hồi chức năng thần kinh.

4.2.4. Sự thay đổi khả năng tập trung di chuyển chú ý bằng phương pháp Schulte trước và sau điều trị

Tương tự như chức năng ghi nhớ, khả năng tập trung chú ý (Bảng 3.16) cũng được cải thiện rõ rệt. Nhóm NNC tiếp tục thể hiện ưu thế về tốc độ đáp ứng khi cho thấy hiệu quả thống kê ngay từ ngày thứ 5, sớm hơn so với nhóm NĐC (ngày thứ 10 mới có ý nghĩa thống kê). Mặc dù đến cuối liệu trình (D15), hiệu quả giữa hai nhóm tiệm cận nhau, nhưng diễn biến này cho thấy bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” có khả năng tác động nhanh và trực diện vào chức năng nhận thức, phù hợp với mục tiêu điều trị phục hồi chức năng não bộ. Tốc độ tác dụng nhanh hơn này của nhóm NNC hoàn toàn tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân, củng cố thêm nhận định rằng phác đồ chứa Hoàng kỳ có ưu thế trong việc mang lại lợi ích sớm cho chức năng nhận thức của người bệnh [49].

Diễn biến hiệu quả trong suốt liệu trình cho thấy một sự tương tác thú vị. Mặc dù nhóm NĐC có điểm số cao hơn một cách có ý nghĩa tại ngày thứ 10 ($p < 0,05$), ưu thế này không được duy trì đến cuối liệu trình, khi hiệu quả của hai nhóm trở nên tương đương tại ngày thứ 15 ($p > 0,05$). Điều này cho thấy phác đồ của NĐC có thể đạt đỉnh hiệu quả nhanh hơn, nhưng bài thuốc Y học cổ truyền với Hoàng kỳ cho thấy một tác dụng bền vững và tiệm tiến, bắt kịp

và duy trì hiệu quả tương đương về lâu dài. Sự cải thiện chức năng nhận thức này, như đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh, là mục tiêu điều trị cốt lõi trong thiếu năng tuần hoàn não [60].

Sự cải thiện khả năng tập trung ở nhóm NNC có thể được luận giải một cách vững chắc trên cả hai nền tảng lý luận. Theo Y học cổ truyền, khả năng tập trung suy giảm là do khí huyết suy hư, không đủ để nuôi dưỡng não bộ và tâm thần. Bài thuốc với Hoàng kỳ làm chủ được có tác dụng “bổ khí ích trí”, giải quyết trực tiếp căn nguyên này. Về mặt dược lý hiện đại, các nghiên cứu của Xianhui Kang và cộng sự đã chỉ ra hoạt chất Astragaloside IV trong Hoàng kỳ có tác dụng bảo vệ thần kinh, chống viêm và chống oxy hóa thông qua việc điều hòa con đường tín hiệu TLR4/NF- κ B. Hơn nữa, nghiên cứu của Shouchao Xu và cộng sự cũng chứng minh khả năng thúc đẩy tái tạo mạch máu não của Hoàng kỳ. Những cơ chế này giúp cải thiện lưu lượng máu, bảo vệ tế bào não khỏi tổn thương do thiếu máu, từ đó phục hồi các chức năng thần kinh cao cấp như khả năng tập trung và chú ý.

4.2.5. Đánh giá tổng thể qua thang điểm Khadjev

Thang điểm Khadjev (Bảng 3.15) cung cấp cái nhìn tổng quan nhất về mức độ thuyên giảm bệnh. Từ ngày thứ 10 đến ngày thứ 15, nhóm NNC đã tạo ra khoảng cách biệt rõ rệt về điểm số so với nhóm NĐC ($p < 0,05$), với mức giảm điểm sâu hơn. Kết quả này gần như trùng khớp với công bố của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân (giảm trung bình ~19,5 điểm) [49], củng cố độ tin cậy của dữ liệu. Sự cải thiện toàn diện này chứng minh rằng cơ chế “trị bệnh cầu kỳ bản” (chữa bệnh tìm gốc) của YHCT – thông qua việc bồi bổ tạng phủ và khí huyết – mang lại hiệu quả bền vững và bao quát hơn so với việc chỉ điều trị triệu chứng đơn thuần. Sự trùng khớp này làm tăng đáng kể độ tin cậy và tính nhất quán về hiệu quả của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”. Hơn nữa, khi so với nghiên cứu của Phí Ngọc Thuận với Hoạt huyết bổ máu Đại bặc,

phác đồ 15 ngày của chúng tôi đã đạt được mức giảm điểm sâu hơn so với liệu trình 30 ngày của họ, cho thấy hiệu lực mạnh mẽ của bài thuốc [61].

Sự cải thiện tổng thể trên thang điểm Khadjev phản ánh khả năng tác động đa mục tiêu của Hoàng kỳ lên bệnh sinh phức tạp của thiếu năng tuần hoàn não. Theo Y học cổ truyền, việc cải thiện toàn diện các triệu chứng là kết quả của việc điều trị vào căn nguyên theo cơ chế bệnh sinh. Bằng cách bổ khí, Hoàng kỳ giúp phục hồi chức năng toàn thân, từ đó giải quyết đồng loạt các triệu chứng. Về mặt dược lý hiện đại, các nghiên cứu như của Hengli Li và cộng sự đã cung cấp bằng chứng vững chắc cho tác dụng này [57]. Khả năng bảo vệ thần kinh của Hoàng kỳ không chỉ đến từ việc chống viêm hay chống oxy hóa, mà còn thông qua việc điều hòa sâu sắc các con đường sinh học của tế bào như tự thực (autophagy), chết theo chương trình (apoptosis) và chết do sắt (ferroptosis). Cơ chế tác động toàn diện ở cấp độ tế bào này chính là nền tảng khoa học giải thích cho sự cải thiện tổng thể trên lâm sàng, được thể hiện qua điểm Khadjev.

4.2.6. Biến đổi trên Điện não đồ (EEG)

Dữ liệu cận lâm sàng từ bản ghi EEG (Bảng 3.18 và 3.19) là bằng chứng khách quan nhất khẳng định hiệu quả điều trị. Nhịp alpha, vốn là chỉ dấu cho trạng thái hoạt động bình thường và thư giãn của vỏ não, đã được cải thiện đáng kể ở cả hai nhóm sau 15 ngày. Tuy nhiên, điểm khác biệt mang giá trị lớn nhất là tại thời điểm cuối của liệu trình, nhóm nghiên cứu (NNC) sử dụng “Hoàng kỳ bổ huyết thang” đã cho thấy sự phục hồi có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng (NĐC) trên cả ba thông số: tần số, biên độ và chỉ số của nhịp alpha ($p < 0,05$). Sự cải thiện đồng bộ và mạnh mẽ này là minh chứng khách quan cho thấy phác đồ Y học cổ truyền không chỉ giảm triệu chứng mà còn tác động sâu sắc đến việc phục hồi chức năng sinh lý của não bộ.

Sự phục hồi mạnh mẽ của nhịp alpha ở nhóm NNC tương quan chặt chẽ với sự thuyên giảm các triệu chứng lâm sàng đã được ghi nhận trước đó, như

giảm chóng mặt và cải thiện trí nhớ. Theo lý luận Y học cổ truyền, sự cải thiện này phản ánh hiệu quả của các pháp trị “bổ khí thăng dương” và “ninh tâm an thần, ích trí”. Việc bổ khí giúp tăng cường lưu thông máu huyết lên não, trong khi việc an thần, ích trí giúp ổn định lại hoạt động của vỏ não. Điều này hoàn toàn phù hợp với quan điểm trong nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân, vốn cũng sử dụng sự thay đổi của nhịp alpha làm một tiêu chí để theo dõi và đánh giá bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não [49].

Hiệu quả này có thể được luận giải một cách vững chắc thông qua các cơ chế bảo vệ thần kinh đa mục tiêu của Hoàng kỳ đã được khoa học hiện đại chứng minh. Các tổng quan của Yuyu Zhang và cộng sự [58] cũng như Xianhui Kang [59] và cộng sự đã chỉ ra các hoạt chất trong Hoàng kỳ, đặc biệt là Astragaloside IV, có khả năng chống oxy hóa, chống viêm thần kinh, và bảo vệ não khỏi các tổn thương do thiếu máu cục bộ. Chúng giúp bảo vệ hàng rào máu não, điều hòa hoạt động của các tế bào miễn dịch não (microglia), và ngăn chặn các con đường gây chết tế bào thần kinh. Do đó, sự gia tăng biên độ và chỉ số nhịp alpha trên EEG chính là biểu hiện vĩ mô của những tác động vi mô này: các tế bào thần kinh được bảo vệ, chức năng được phục hồi, và hoạt động điện sinh lý của não bộ trở về trạng thái ổn định và đồng bộ hơn.

Nhịp theta, một chỉ dấu của hoạt động sóng chậm bệnh lý trên điện não đồ ở người tỉnh táo, đã cung cấp thêm một bằng chứng khách quan và thuyết phục về hiệu quả của phác đồ điều trị. Kết quả tại bảng 3.19 cho thấy sau 15 ngày, nhóm nghiên cứu (NNC) sử dụng “Hoàng kỳ bổ huyết thang” đã đạt được sự cải thiện có ý nghĩa thống kê trên cả ba thông số của nhịp theta so với nhóm đối chứng (NĐC) ($p < 0,05$). Kết quả này, khi kết hợp với sự gia tăng của nhịp alpha đã được bàn luận trước đó, đã vẽ nên một bức tranh toàn diện và nhất quán: phác đồ chứa Hoàng kỳ có tác dụng điều hòa chức năng vỏ não một cách mạnh mẽ, vừa phục hồi hoạt động điện sinh lý bình thường (tăng nhịp alpha), vừa ức chế hoạt động bệnh lý (giảm nhịp theta).

Sự cải thiện đồng bộ này trên EEG là nền tảng sinh lý thần kinh giải thích cho sự thuyên giảm các triệu chứng lâm sàng ở nhóm NNC. Theo Y học cổ truyền, sự xuất hiện của sóng chậm theta phản ánh tình trạng não bộ không được nuôi dưỡng đầy đủ do “Khí hư Huyết ú”. Bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang”, với pháp trị bổ khí làm chủ đạo, giúp tăng cường lưu thông máu huyết lên não, cung cấp đủ dưỡng chất và oxy, từ đó khắc phục tình trạng thiếu máu nuôi dưỡng mạn tính. Việc này giúp các tế bào thần kinh phục hồi và quay trở lại trạng thái hoạt động bình thường, làm suy giảm hoạt động sóng chậm bệnh lý.

Luận điểm này hoàn toàn tương thích với các bằng chứng được lý hiện đại. Các nghiên cứu của Xianhui Kang và cộng sự [59] hay Hengli Li [57] và cộng sự đã chỉ ra các hoạt chất trong Hoàng kỳ có khả năng bảo vệ thần kinh mạnh mẽ. Chúng giúp giảm tổn thương hàng rào máu não, chống lại quá trình viêm và stress oxy hóa, đồng thời điều hòa các con đường sinh học phức tạp như tự thực (autophagy) và chết theo chương trình (apoptosis) của tế bào. Việc giảm thiểu các tổn thương vi mô này chính là cơ sở để phục hồi chức năng thần kinh, được biểu hiện một cách khách quan qua việc bình thường hóa hoạt động điện não đồ. Do đó, sự suy giảm mạnh mẽ của nhịp theta ở nhóm NNC là một minh chứng rõ ràng cho thấy tác dụng điều trị vào căn nguyên, giúp phục hồi và ổn định môi trường vi mô của não bộ.

Hiệu quả toàn diện này không chỉ đến từ vị quân dược Hoàng kỳ, mà còn là kết quả của sự phối hợp dược lý đa mục tiêu từ các vị thuốc trong bài “Hoàng kỳ bổ huyết thang”. Cụ thể, Đương quy và Bạch thược đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện huyết động, với tác dụng ức chế ngưng tập tiểu cầu, chống đông máu, giãn mạch và tăng cường tuần hoàn, giải quyết trực tiếp tình trạng “huyết ú” và nguy cơ huyết khối. Song song đó, Nhân sâm và Ngũ vị tử hỗ trợ bảo vệ và tăng cường chức năng thần kinh trung ương, cải thiện hoạt động thần kinh cao cấp và khả năng làm việc của trí óc, tương ứng trực tiếp với việc phục hồi “trí nhớ” và “khả năng tập trung”. Cuối cùng, Mạch môn với tác dụng chống

loạn nhịp và giãn mạch ngoại vi, giúp ổn định dòng máu tưới não, đồng thời “dưỡng âm” để nuôi dưỡng và làm dịu hệ thần kinh đang trong trạng thái căng thẳng do thiếu máu mạn tính. Như vậy, chính cơ chế tác động hiệp đồng – vừa “bổ khí” (Hoàng kỳ), vừa “hoạt huyết, giãn mạch” (Đương quy, Bạch thược), lại vừa “bổ não, an thần” (Nhân sâm, Ngũ vị tử, Mạch môn) – đã tạo nên hiệu quả điều trị tốt, được chứng minh qua cả cải thiện lâm sàng (điểm Khadjev) và phục hồi chức năng sinh lý não bộ (chỉ số EEG) [57].

4.2.7. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn của đối tượng nghiên cứu sau điều trị

Tính an toàn của bài thuốc cũng được thể hiện rõ ở bảng 3.20 qua việc không gây ảnh hưởng đến tất cả các chỉ số sinh tồn ($p > 0,05$). Kết quả này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu lâm sàng của Ying Li và cộng sự [54] trên bệnh nhân nhồi máu não, cũng ghi nhận Hoàng kỳ không gây ra thay đổi đáng kể trên nhịp tim. Đặc biệt là đối với các bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh nền tim mạch. Tóm lại, các kết quả này cung cấp bằng chứng lâm sàng mạnh mẽ, khẳng định “Hoàng kỳ bổ huyết thang” là một liệu pháp đa mục tiêu, nhưng không ảnh hưởng đến chỉ số sinh tồn như huyết áp và nhịp tim

4.2.8. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị

Kết quả phân tích các chỉ số huyết học ở bảng 3.21 cung cấp những thông tin quan trọng về cả tính an toàn và cơ chế tác dụng của bài thuốc. Trước hết, sự ổn định của các chỉ số hồng cầu, hemoglobin và bạch cầu trong suốt 15 ngày điều trị ở cả hai nhóm đã khẳng định tính an toàn cao của phác đồ. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các dữ liệu lâm sàng quy mô lớn như nghiên cứu của Ying Li và cộng sự [54], vốn cũng kết luận Hoàng kỳ không gây ra các tác dụng phụ đáng kể trên hệ tạo máu sau một thời gian dài sử dụng. Điều này củng cố vị thế của Hoàng kỳ như một vị thuốc Y học cổ truyền an toàn, có thể sử dụng lâu dài với tác dụng phụ tối thiểu như đã được ghi nhận trong tổng quan của Yuyu Zhang và cộng sự [58].

4.2.9. Hiệu quả điều trị chung của đối tượng nghiên cứu

Phân tích dưới góc độ biện chứng luận trị (Bảng 3.23) cho thấy bài thuốc thể hiện “sở trường” đặc biệt trên thể bệnh **Khí huyết lưỡng hư**, với tỷ lệ đạt hiệu quả Tốt và Khá lên tới **95,9%** – cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng (60,9%, $p < 0,05$). Kết quả này là minh chứng hùng hồn cho nguyên lý “đối pháp lập phương”: Bài thuốc bổ khí huyết sẽ phát huy tác dụng tối đa trên nền bệnh lý khí huyết hư suy. Ngược lại, với thể Tâm tỳ hư, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này gợi ý rằng đối với thể bệnh phức tạp hơn này, có thể cần gia giảm thêm các vị thuốc chuyên biệt hoặc kéo dài thời gian điều trị để đạt hiệu quả tốt.

Hiệu quả tốt trên thể Khí huyết lưỡng hư là một kết quả hoàn toàn nhất quán với cả lý luận cổ truyền và các bằng chứng nghiên cứu hiện đại. Thể bệnh này có bệnh căn cốt lõi là tình trạng khí hư, dẫn đến huyết dịch không được sinh thành và vận hành đầy đủ. Hoàng kỳ, với vai trò là quân dược trong bài thuốc, là vị thuốc đại bổ nguyên khí hàng đầu, tác động trực tiếp vào gốc bệnh này. Kết quả của chúng tôi được củng cố mạnh mẽ bởi nghiên cứu của Ying Li và cộng sự [54], vốn cũng cho thấy Hoàng kỳ giúp cải thiện chức năng thần kinh trên bệnh nhân nhồi máu não. Tương tự, nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân cũng ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa thống kê các dấu hiệu Y học cổ truyền (như chất lưỡi, mạch tượng) ở thể bệnh này khi dùng cùng bài thuốc [49]. Do đó, có thể khẳng định rằng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” là một lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính có biểu hiện triệu chứng của thể Khí huyết lưỡng hư thuộc chứng huyền vạng của y học cổ truyền.

Đối với thể Tâm tỳ hư, kết quả không có sự khác biệt thống kê cũng là một phát hiện hợp lý và tương đồng với nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân [49]. Bệnh sinh của thể Tâm tỳ hư phức tạp hơn, không chỉ có Tỳ khí hư mà còn liên quan đến Tâm huyết bất túc và khả năng sinh đàm thấp. Mặc

dù Hoàng kỳ có tác dụng kiện tỳ, nhưng có lẽ tác dụng của bài thuốc lên các khía cạnh khác như dưỡng tâm huyết hay hóa đàm chưa đủ mạnh để tạo ra sự khác biệt rõ rệt so với phác đồ đối chứng trong một liệu trình ngắn, đặc biệt là khi cỡ mẫu của thể bệnh này tương đối nhỏ.

Tóm lại, kết quả phân tích hiệu quả chung theo thể bệnh đã chứng minh một cách thuyết phục giá trị của nguyên tắc “biện chứng luận trị”. Bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” đã khẳng định được hiệu quả cao khi được sử dụng đúng với thể bệnh sở trường của nó là Khí huyết lưỡng hư. Tỷ lệ hiệu quả gần như tuyệt đối (95,9%) ở nhóm bệnh nhân này là một con số rất ấn tượng, cung cấp một định hướng lâm sàng rõ ràng và củng cố vai trò quan trọng của Hoàng kỳ trong việc điều trị các bệnh lý rối loạn tuần hoàn não.

Kết quả phân tích hiệu quả theo các dấu hiệu của Y học cổ truyền (YHCT) đã cho thấy những kết quả đa chiều và cần được biện giải một cách cẩn trọng. Đối với thể Tâm tỳ hư, việc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ cải thiện triệu chứng giữa hai nhóm ($p > 0,05$) là một kết quả hợp lý. Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân [49] và có thể được lý giải bởi bệnh sinh phức tạp của thể bệnh này, nơi tác dụng kiện tỳ của Hoàng kỳ có thể chưa đủ để tạo ra ưu thế hơn so với phác đồ đối chứng trong một liệu trình ngắn.

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

Ghi nhận thực tế lâm sàng (Bảng 3.24) cho thấy phác đồ điều trị có độ an toàn rất cao. Chỉ ghi nhận 2 trường hợp (chiếm tỷ lệ nhỏ 6,6%) có biểu hiện sôi bụng nhẹ trong ngày đầu dùng thuốc và tự thuyên giảm mà không cần can thiệp y tế. Không có bất kỳ phản ứng nghiêm trọng nào khác. So với các thuốc tân dược thường gây kích ứng dạ dày, ưu điểm “lạnh tính” này của bài thuốc YHCT là yếu tố quan trọng giúp người bệnh tuân thủ điều trị lâu dài, đặc biệt là trên đối tượng người cao tuổi.

Tính an toàn này hoàn toàn nhất quán với một kho tàng dữ liệu lớn về Hoàng kỳ. Các tổng quan hệ thống như của Yuyu Zhang và cộng sự đã khẳng định Hoàng kỳ là một vị thuốc bổ dưỡng lâu đời với “tác dụng phụ tối thiểu” [58]. Điều này còn được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng dài hạn, như nghiên cứu của Ying Li và cộng sự, vốn không ghi nhận bất kỳ tác dụng phụ đáng kể nào sau 12 tuần sử dụng Hoàng kỳ liên tục trên bệnh nhân nhồi máu não [54]. Đặc biệt, kết quả của chúng tôi gần như tương đồng với nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng và Trần Thị Thu Vân [49], khi họ cũng sử dụng chính bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” trong 15 ngày và báo cáo không có tác dụng phụ nào.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá tác dụng của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp với kỹ thuật từ trường trị liệu trên 70 bệnh nhân Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Hiệu quả điều trị:

Sau liệu trình 15 ngày, phác đồ điều trị đã thể hiện tính ưu việt rõ rệt so với phác đồ đối chứng:

- Trên lâm sàng: Nhóm nghiên cứu ghi nhận mức độ thuyên giảm ở các triệu chứng chóng mặt và suy giảm trí nhớ ($p < 0,05$). Đặc biệt, mức độ đau đầu đánh giá qua thang điểm VAS giảm sâu hơn, đạt trung bình $2,1 \pm 0,9$ điểm (so với $2,5 \pm 0,9$ điểm ở nhóm đối chứng). Tổng điểm triệu chứng lâm sàng theo thang Khadjev cũng cho thấy sự cải thiện đáng kể và ổn định hơn tại các thời điểm ngày thứ 10 và 15 của liệu trình.

- Trên cận lâm sàng (Điện não đồ): Hoạt động điện sinh lý não bộ có sự phục hồi tích cực. Nhóm nghiên cứu thể hiện sự tái lập trật tự của nhịp Alpha (tăng đồng bộ về tần số, biên độ, chỉ số) và ức chế hiệu quả các sóng chậm Theta bệnh lý tốt hơn so với nhóm đối chứng.

- Hiệu quả theo thể bệnh: Phác đồ tỏ ra đặc biệt phù hợp với thể bệnh "Khí huyết lưỡng hư", với tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả Khá - Tốt lên tới 95,9%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng (60,9%).

2. Về tính an toàn và tác dụng không mong muốn

Phác đồ điều trị phối hợp cho thấy độ an toàn cao và khả năng dung nạp tốt trên lâm sàng:

- Không ghi nhận bất kỳ biến cố bất lợi nghiêm trọng nào trong suốt quá trình nghiên cứu.

- Tác dụng phụ chỉ xuất hiện thoáng qua với tỷ lệ rất thấp (6,6%, tương ứng 2 bệnh nhân) có biểu hiện sôi bụng nhẹ và tụt thuyên giảm.

- Các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp) cũng như các chỉ số huyết học và sinh hóa máu được duy trì ổn định, không chịu ảnh hưởng tiêu cực từ thuốc và từ trường.

KIẾN NGHỊ

Dựa trên những kết quả khả quan thu được từ nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một số đề xuất sau:

Ứng dụng trong lâm sàng: Nên áp dụng phác đồ kết hợp bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” và điều trị từ trường tại các cơ sở y học cổ truyền để nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Đặc biệt, ưu tiên chỉ định cho nhóm bệnh nhân thuộc thể Khí huyết lưỡng hư do phương pháp này cho thấy hiệu quả tốt trên thể bệnh này (tỷ lệ Tốt và Khá đạt 95,9%).

Cần tiến hành các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá sâu hơn tác dụng của phương pháp trên các thể bệnh khác (như thể Tâm tỳ hư, vốn chưa cho thấy sự khác biệt thống kê rõ rệt trong nghiên cứu này) và khẳng định tính bền vững lâu dài của hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou D., R. Meng, S. J. Li, et al. (2018). Advances in chronic cerebral circulation insufficiency. *CNS Neurosci Ther*, 24(1): 5-17.
2. Kraft A., K. Irlbacher, K. Finke, et al. (2015). Dissociable spatial and non-spatial attentional deficits after circumscribed thalamic stroke. *Cortex*, 64: 327-42.
3. Xu Z., M. Shen and L. Li (2023). Exploring the active components and mechanism of modified bazhen decoction in treatment of chronic cerebral circulation insufficiency based on network pharmacology and molecular docking. *Medicine (Baltimore)*, 102(29): e34341.
4. Qin Y., L. Ba, F. Zhang, et al. (2023). Cerebral blood flow changes induced by high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation combined with cognitive training in Alzheimer's disease. *Front Neurol*, 14: 1037864.
5. Lê Thị Duyên, Nguyễn Thị Kim Liên và Lương Tuấn Khanh (2023). Vai trò của kích thích từ trường xuyên sọ trong tiên lượng phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân nhồi máu não. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 534(1): 317-321.
6. You J., L. Feng, L. Bao, et al. (2019). Potential Applications of Remote Limb Ischemic Conditioning for Chronic Cerebral Circulation Insufficiency. *Front Neurol*, 10: 467.
7. Bộ môn sinh lý học (2008), *Chuyên đề sinh lý học*. Tài liệu giảng dạy cho đối tượng sau đại học Hà Nội, Đại học Y Hà Nội: 13-28.
8. Nguyễn Mạnh Hùng, Trịnh Trọng Đạt (2009). Biến đổi điện não đồ ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính trước và sau điều trị bằng từ trường. *Tạp chí sinh lý học*, 13: 9-14.
9. Lê Quang Cường và Piere Jallon (2023), *Điện não đồ lâm sàng*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học: 214-215.

10. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
11. Phạm Đăng Diệu (2023), *Giải phẫu đầu - mặt - cổ*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
12. Nguyễn Xuân Thân (2004), *Bệnh mạch máu não và tủy sống*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học: 16-20.
13. He S., X. Wang, H. Niu, et al. (2024). Evaluation of cerebrovascular reactivity in moyamoya disease using oxygen-dependent magnetic resonance imaging. *iScience*, 27(2): 108923.
14. Nguyễn Thị Bay (2007), *Bệnh học và điều trị nội khoa*, Hà Nội, Nhà xuất bản y học: 9-33.
15. Bodó Mihály (2020). A noninvasive, continuous brain monitoring method: rheoencephalography (REG). *DRC Sustainable Future: Journal of Environment, Agriculture, and Energy*, 1: 103-119.
16. Chernii T. V., V. I. Cherniy and D. V. Svitlytska (2024). Latest research in nootropic therapy of patients with chronic cerebral circulation insufficiency. *Wiad Lek*, 77(5): 1063-1068.
17. Müller-Putz G. R. (2020). Electroencephalography. *Handb Clin Neurol*, 168: 249-262.
18. Nguyễn Thị Hải Hà (2020). Kết quả điều trị bệnh nhân bị thiếu năng tuần hoàn não bằng điều trị oxy cao áp tại Viện Y học biển năm 2019–2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 509(12): 139-145.
19. Purkayastha S. and F. Sorond (2012). Transcranial Doppler ultrasound: technique and application. *Semin Neurol*, 32(4): 411-20.
20. Lu L., L. J. Zhang, C. S. Poon, et al. (2012). Digital subtraction CT angiography for detection of intracranial aneurysms: comparison with three-dimensional digital subtraction angiography. *Radiology*, 262(2): 605-12.

21. Hoàng Bảo Châu (2006), *Nội khoa học Y học cổ truyền*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
22. **趙君豪; 楊庭華 (2022)**, “臨床常見眩暈症的診斷與治療”, *台北市醫師公會會刊*. 66(2), tr. 34-40.

Triệu Quân Hào, Dương Đình Hoa (2022). Chẩn đoán và điều trị chứng chóng mặt thường gặp trong lâm sàng. *Tạp chí Hội Y sư Thành phố Đài Bắc*, 66(2): 34-40.
23. Tuệ Tĩnh (1978), *Đầu thống, thất miên, huyễn vựng. Hồng nghĩa giác tư y thư*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học: 151-192.
24. **黄海量 等 (2015)**, “基于中医传承辅助系统的治疗健忘方剂组方规律分析”, *中国实验方剂学杂志*. 21(1), 第 213-215 页.

Hoàng Hải Lượng (2015). Phân tích quy luật phối phương của các bài thuốc điều trị chứng hay quên dựa trên hệ thống hỗ trợ kế thừa Y học cổ truyền. *Tạp chí Phương tế học Thực nghiệm Trung Quốc*, 21(1): 213-215.
25. **李向英, 常凤 (2020)**. 在慢性脑供血不足头晕患者护理中应用全面护理干预的临床效果观察[J]. *医学食疗与健康*, 18(22): 139-140.

Lý Hướng Anh, Thường Phụng (2020). Quan sát hiệu quả lâm sàng của can thiệp chăm sóc toàn diện trong chăm sóc bệnh nhân chóng mặt do thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. *Thực phẩm và Sức khỏe Y học*, 18(22): 139-140.
26. Trần Thúy (2001), *Nội kinh*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
27. Nguyễn Tử Siêu (1992), *Thương cổ thiên chân luận*. Hoàng đế Nội kinh Tổ Văn, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

28. **赵晓婷 (2024).** 心脑宁胶囊联合逐瘀通脉胶囊治疗慢性脑供血不足临床观察[J]. 实用中医药杂志, 40(01): 28-30.

Triệu Hiểu Đình (2024). Quan sát lâm sàng về tác dụng của Tâm não ninh hoàn kết hợp Trục ú thông mạch hoàn trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. *Tạp chí Y học cổ truyền Thực hành*, 40(1): 28-30.

29. **徐虹 (2024),** 全面护理在慢性脑供血不足致头晕患者中的应用研究, *基层医学论坛*. 28(15), 95-98.

Từ Hồng (2024). Nghiên cứu ứng dụng chăm sóc toàn diện trên bệnh nhân chóng mặt do thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. *Diễn đàn Y học Cơ sở*, 28(15): 95-98.

30. Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác (2012), *Hải Thượng Y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

31. Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà (2017), *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

32. **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.

Bành Hoài Nhân (2015), *Trung y phương tễ đại từ điển*, Đại học Trung y dược Nam Kinh, Nhà xuất bản Vệ sinh Nhân dân. Số 41579 - 387

33. Bộ Y tế (2019), *Dược điển Việt Nam tập 2*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.

34. Lin T. N., Y. Y. He, G. Wu, et al. (1993). Effect of brain edema on infarct volume in a focal cerebral ischemia model in rats. *Stroke*, 24(1): 117-21.

35. Akar Shima, Javad Esfahani and Seyed Ali Mousavi Shaegh (2019). A Numerical Investigation of Magnetic Field Effect on Blood Flow as Biomagnetic Fluid in a Bend Vessel. *Journal of Magnetism and Magnetic Materials*, 482.

36. Soma F. A., T. A. de Graaf and A. T. Sack (2022). Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Neurological Diseases. *Front Neurol*, 13: 793253.
37. **吴松林 (2023)**, “低频重复经颅磁刺激对原发性失眠患者睡眠质量及疾病相关因子的影响”, *现代医学与健康研究电子杂志*. 7(14), 31-33.
- Ngô Tùng Lâm (2023). Ảnh hưởng của kích thích từ trường xuyên sọ lặp lại tần số thấp đối với chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân mất ngủ nguyên phát. *Tạp chí Điện tử Nghiên cứu Y học Hiện đại và Sức khỏe*, 7(14): 31-33.
38. **陈思文, 任倩萌 和 张龙飞 (2024)**, “血液流变学指标及脑血流灌注量与慢性脑供血不足患者脑供血动脉狭窄的关系探究”, *临床和实验医学杂志*. 23(13), 第 1360-1363 页.
- Trần Tư Văn, Nhâm Thiện Mộng, Trương Long Phi (2024). Khám phá mối quan hệ giữa chỉ số lưu biến học máu và lưu lượng máu não với mức độ hẹp động mạch cung cấp máu não ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. *Tạp chí Y học Lâm sàng và Thực nghiệm*, 23(13): 1360-1363.
39. **冯永锋, 等 (2023)**. 黄芪补血汤联合厄贝沙坦治疗伴脑梗死老年H型高血压患者代谢紊乱的影响研究[J]. *辽宁中医杂志*, 第 1-10 页.
- Phùng Vĩnh Phong (2023). Nghiên cứu tác động của Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp Irbesartan trong điều trị rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân cao tuổi mắc tăng huyết áp thể H kèm nhồi máu não. *Tạp chí Y học cổ truyền Liêu Ninh*: 1-10.

40. Guo J., X. Xiong, Y. Cao, et al. (2019). Safety and Clinical Efficacy of Yangxue Qingnao Granules in the Treatment of Chronic Cerebral Circulation Insufficiency: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019: 8484263.
41. 贾妮, 等 (2017). 养脑通络汤治疗慢性脑供血不足肾虚血瘀型临床研究[J]. 陕西中医药大学学报, 40(05): 41-43.
- Giả Ni (2017). Nghiên cứu lâm sàng về tác dụng của Dưỡng Não Thông Lạc Thang trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính thể thận hư huyết ứ. *Tạp chí Đại học Y học cổ truyền Thiểm Tây*, 40(5): 41-43.
42. Phạm Thị Kim Xuyên, Bùi Hoàng Tuấn Dũng (2024). Hiệu quả kích thích từ trường xuyên sọ trong điều trị đau đầu mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 538(2).
43. Nguyễn Văn Phi, Nguyễn Văn Tuấn (2021). Hiệu quả điều trị trầm cảm bằng kích thích từ xuyên sọ tại bệnh viện lão khoa trung ương.
44. Nguyễn Thị Phương Chi (2017), *Nghiên cứu tác dụng của từ trường nhân tạo đối với cải thiện tuần hoàn não và phục hồi chức năng thần kinh ở bệnh nhân tai biến nhồi máu não bán cầu*, Luận văn Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
45. Dương Trọng Nghĩa (2001). Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Ích khí điều vinh thang điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính qua một số tiêu chí lâm sàng và cận lâm sàng. *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học viên Y học cổ truyền Trung Ương 2002*: 135-141.
46. Trần Quốc Bình (2011). Tác dụng của bài thuốc Ích khí điều vinh thang trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. *Tạp chí y học phụ trưong Trường Đại học Y Hà Nội*, 74(3): 399–403.
47. Phí Ngọc Thuận (2017), *Đánh giá tác dụng của Hoạt huyết bổ máu Đại Bắc trên lâm sàng trong điều trị thiếu máu não mạn tính thể can thận âm*

hư và khí huyết lưỡng hư, Luận văn Thạc sỹ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

48. Nguyễn Thu Trang (2018), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Bổ não thông mạch HV” trên bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não*, Luận văn Thạc sỹ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
49. Bùi Quốc Hưng, Trần Thị Thu Vân (2023). Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” kết hợp xoa bóp bấm huyệt đối với bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thái Bình năm 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 65: 305-314.
50. Bộ Y tế (2015), *Thông tư số 05/2015/TT-BYT Ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế*.
51. Nguyễn Phúc Hưng, Đặng Duy Khánh, Lưu Thái Quân (2023). Tổng quan về quản lý thuốc dược liệu tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524(2).
52. Bộ Y tế (2017) (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng*.
53. Lê Minh Hoàng, Lâm Quang Vinh, Nguyễn Ngọc Lan Chi và cộng sự (2021). Bước đầu đánh giá tình trạng sử dụng hoàng kỳ trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 511(2): 233-238.
54. Li Y., D. Wang, R. Guo, et al. (2023). Neuroprotective effect of Astragali Radix on cerebral infarction based on proteomics. *Front Pharmacol*, 14: 1162134.
55. Dong Y., K. Lu and W. Gao (2016). Application frequency and therapeutic effect of Astragalus in treating ischemic cerebrovascular disease. *Pak J Pharm Sci*, 29(6 Spec): 2213-2216.

56. Chen Y., L. Lei, K. Wang, et al. (2022). Huangqi-Honghua Combination Prevents Cerebral Infarction with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome in Rats by the Autophagy Pathway. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2022: 9496926.
57. Li Hengli, Mu Sun, Keyan Tang, et al. (2025), *Astragali Radix-Chuanxiong Rhizoma Ameliorate Cerebral Ischemia Injury by Regulating Oxidative-Induced Neuronal Death Based on Quality Markers and in Vivo Components Analysis*.
58. Zhang Y., Z. Chen, L. Chen, et al. (2024). Astragali radix (Huangqi): a time-honored nourishing herbal medicine. *Chin Med*, 19(1): 119.
59. Kang X., S. Su, W. Hong, et al. (2021). Research Progress on the Ability of Astragaloside IV to Protect the Brain Against Ischemia-Reperfusion Injury. *Front Neurosci*, 15: 755902.
60. Nguyễn Thị Vân Anh (2000), *Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
61. Trần Quốc Bảo, Trần Quốc Bình (2011), “Thuốc Y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, tr. 180-210-212-213-215-216-226-232-240.

PHỤ LỤC 1

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

1. Hoàng kỳ (*Astragalus membranaceus*)



Bộ phận dùng: rễ phơi khô

Tác dụng: bổ khí thăng dương, ích vệ cố biểu, lợi niệu tiêu thũng, thác sang sinh cơ

Chủ trị: điều trị tỳ vị khí hư, trung khí hạ hãm gây sa trực tràng, trĩ hoặc sa dạ con, sa dạ dày, chứng phế khí hư, biểu hư gây tự ra mồ hôi, phù thũng do khí hư thủy thấp đình trệ, khí huyết bất túc

Liều dùng: 10 - 15g/ngày, liều cao 30 - 60g/ngày

Tác dụng dược lý: tăng cường khả năng miễn dịch lợi niệu, chống lão suy, dưỡng can, hạ huyết áp. Thực nghiệm gây viêm thận, hoàng kỳ có tác dụng tiêu trừ protein niệu, tăng lực bóp cơ tim, ngoài ra còn có tác dụng kháng khuẩn, ổn định màng tế bào hồng cầu, nâng cao hàm lượng C – AMP, tăng cường tái sinh DNA, điều tiết hàm lượng đường máu [61].

2. Tử uyển (*Aster tataricus*)



Bộ phận dùng: rễ và thân phơi khô

Tác dụng: nhuận phế, hóa đàm, chỉ khái.

Chủ trị: chữa ho khạc đờm, trị phong hàn phạm phế, âm hư lao khái, viêm phổi, viêm phế quản, tiểu tiện không thông.

Liều dùng: 5 - 10g /ngày

Tác dụng dược lý: tiêu đàm giảm ho, ức chế trực khuẩn lỵ, trực khuẩn thương hàn, trực khuẩn mủ xanh [61].

3. Mạch môn (*Radix Ophyopogonis*)



Bộ phận dùng: rễ củ phơi khô

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

Chủ trị: trị phế âm bất túc gây ho, vị âm hư, tâm âm hư

Liều dùng: 10 - 15g/ ngày

Tác dụng dược lý: tăng bạch cầu ngoại vi, tăng khả năng miễn dịch, tăng cường tác dụng của tổ chất tuyến thượng thận, chống loạn nhịp tim, giãn mạch ngoại vi, giảm đường máu, ức chế một số vi khuẩn [61].

4. Đương quy (*Radix Angelicae Sinensis*)



Bộ phận dùng: rễ phơi khô

Tác dụng: bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh, nhuận tràng.

Chủ trị: trị tâm can huyết hư, huyết hư huyết ứ gây rối loạn kinh nguyệt, đau bụng kinh, bế kinh, trị huyết trệ kiềm hàn, khí huyết ứ trệ, đau bụng do hư hàn, vấp ngã gây đau, sung nề, phong thấp tý chứng, mụn nhọt sưng đau, đại tiểu tiện bí do huyết hư.

Liều dùng: 5 - 15g/ngày

Tác dụng dược lý: ức chế co thắt cơ tử cung, giảm tụ tập tiểu cầu, chống lại sự đông máu, tăng cường sản sinh hồng cầu, giảm thiếu máu cơ tim, giãn mạch, cải thiện tuần hoàn ngoại vi. Thử nghiệm chứng minh, đương quy giảm mỡ máu, tăng cường khả năng miễn dịch. Thử nghiệm trên chuột thấy đương quy tăng tái sinh tế bào gan, phục hồi một vài công năng của gan [61].

5. Bạch thược (*Radix Paeoniae Lactiflorae*)



Bộ phận dùng: rễ phơi khô

Tác dụng: dưỡng huyết, điều kinh, bình can chỉ thống, liễm âm chỉ hãn.

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

Liều dùng: 10 - 15g/ngày, liều cao 15 – 30g/ngày

Tác dụng dược lý: giảm co quắp, ức chế co thắt cơ trơn tử cung và đại tràng, trấn tĩnh, giảm đau, giãn mạch, hạ huyết áp. Bạch thược, cam thảo cùng dùng có tác dụng điều trị co thắt cơ gây đau bụng, đau đại tràng. Điều tiết khả năng đáp ứng miễn dịch, tăng lưu lượng tuần hoàn, ức chế một số loại vi khuẩn [61].

6. Nhân sâm (*Radix Ginseng*)



Bộ phận dùng: rễ củ phơi hoặc sấy khô

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

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

Liều dùng: 5 - 10g/ngày, trường hợp nặng có thể dùng đến liều 15 – 30g/ngày.

Tác dụng dược lý: tăng cường khả năng hưng phấn - ức chế của hoạt động thần kinh cao cấp, tăng cường khả năng linh hoạt của thần kinh, nâng cao sức làm việc của trí óc. Đối với thực nghiệm trên tim động vật, nhân sâm có khả năng liều nhỏ gây hưng phấn, liều cao gây ức chế. Nhân sâm có tác dụng chữa ngất, mệt mỏi giảm đường máu, điều hoà chuyển hoá cholesterol, tăng cường khả năng tạo huyết, giảm nhẹ tác dụng tổn hại của bức xạ với cơ quan tạo máu, tăng cường khả năng miễn dịch của cơ thể. Ngoài ra nhân sâm còn có tác dụng chống lại phản ứng quá mẫn chống ung thư...[61].

7. Ngũ vị tử (*Fructus Schisandrae Chinensis*)



Bộ phận dùng: quả chín phơi hoặc sấy khô của cây ngũ vị Bắc

Tác dụng: liễm phế, tư thận, sinh tân liễm hàn, sáp tinh chỉ tả, an thần.

Chủ trị: liễm phế khí, tư bổ thận âm, trị chứng phế hư, phế thận lưỡng hư, hàn ẩm gây ho, dùng trong chứng tiêu khát, điều trị các chứng nhiệt làm thương âm, mồ hôi nhiều, chứng đạo hãn, chứng tả lỵ, chứng hồi hộp mất ngủ.

Liều dùng: 3 - 6g/ngày

Tác dụng dược lý: hưng phấn thần kinh trung ương, hưng phấn hệ thống hô hấp, giảm ho, tiêu đàm, giảm huyết áp, lợi đờm, bảo vệ tế bào gan, ức chế một số loại trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn âm đạo, tụ cầu vàng, phế cầu khuẩn [61].

8. Cam thảo (*Glycyrrhiza uralensis*)



Bộ phận dùng: rễ phơi khô

Tác dụng: bổ trung, ích khí, thanh nhiệt giải độc, khứ đàm chỉ khái, hoãn cấp chỉ thống, điều hoà thuốc.

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

Liều dùng: 3 - 10g/ngày.

Tác dụng dược lý: ức chế sự tăng tiết dịch acid của dạ dày, giảm co thắt cơ trơn của ruột, giảm ho, tiêu đàm, chống viêm, chống quá mẫn, bảo vệ niêm mạc họng và khí quản khi bị viêm nhiễm [61].

PHỤ LỤC 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông/Bà:.....

Nghiên cứu viên:.....

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

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

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

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính tại Việt Nam và trên thế giới ngày càng gia tăng. Hiện nay phương pháp điều trị dùng thuốc và kết hợp không dùng thuốc ngày càng được chú trọng trong thực hành lâm sàng. Trên lâm sàng bài thuốc “Hoàng kỳ bổ huyết thang” đã được ứng dụng điều trị chứng huyễn vựng – một chứng bệnh có quan hệ chặt chẽ với bệnh Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Từ trường là phương pháp được chứng minh có khả năng bảo vệ tế bào, cải thiện tuần hoàn đặc biệt là vi tuần hoàn. Tuy nhiên hiện nay chưa có đề tài nghiên cứu nào kết hợp bài thuốc ‘Hoàng kỳ bổ huyết thang với từ trường’ trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường và theo dõi tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

2. Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong 15 ngày.

Đối tượng: Ông/Bà được chẩn đoán, điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn

tính tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 04/2025 – 10/2025.

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

3. Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Sự tham gia của Ông/Bà góp phần quan trọng vào kết quả của nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường 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.

Họ và tên: BS Nguyễn Thị Quý

Số điện thoại: 0986069549

Hoặc Email: Nquy97.tn@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.

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.

1. Người tham gia nghiên cứu

Chữ ký của người tham gia:

Ngày tháng năm:.....

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.

Ngày tháng năm:.....

PHỤ LỤC 3
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

NNC ☐ NĐC ☐

Số bệnh án:.....

A.HÀNH CHÍNH

Họ và tên bệnh nhân:.....

Tuổi:..... Giới tính: Nam ☐Nữ ☐.....

Nghề nghiệp:.....Trí óc ☐Chân tay ☐.....

Địa chỉ:.....

Ngày vào viện:.....

Ngày ra viện:.....

Địa chỉ liên lạc:.....

B.TIỀN SỬ

Tiền sử bản thân:.....

Thời gian mắc bệnh:.....

C.KHÁM LÂM SÀNG

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

Cận lâm sàng:

- Công thức máu, sinh hoá máu

Chỉ số	D0	D15
Hồng cầu (T/L)		
Hemoglobin (g/L)		
Bạch cầu (G/L)		
Tiểu cầu (G/L)		
AST (U/L)		
ALT (U/L)		
Creatinin (mmol/l)		
Ure (mmol/l)		

- Điện não đồ

Thông số	Nhịp alpha (α)		Nhịp theta (θ)	
	D0	D15	D0	D15
Tần số (ck/giây)				
Biên độ (μ V)				
Chỉ số (%)				

D.Y HỌC CỔ TRUYỀN

Thể bệnh YHCT: Khí huyết lưỡng hư ☐

Tâm tỳ hư ☐

Tứ chẩn	D0	D5	D10	D15
Sắc mặt				
Chất lưỡi				
Rêu lưỡi				
Đau đầu				
Chóng mặt				
Mệt mỏi				
Mạch				

E. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG

Tốt :

Khá :

Trung bình :

Kém :

F. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

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

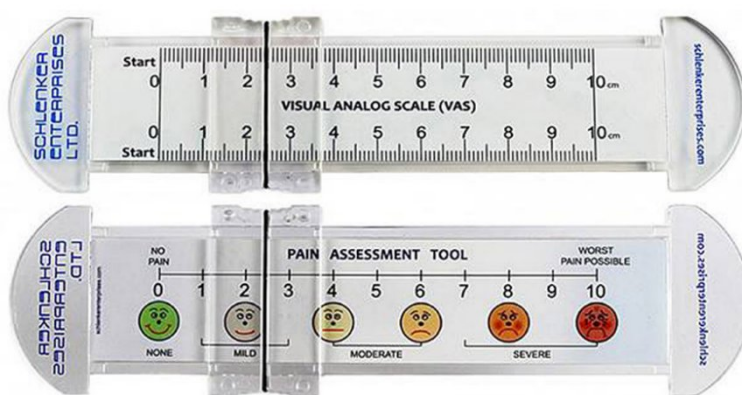
Hà Nội, ngày tháng năm 202

Nghiên cứu viên

PHỤ LỤC 4

THANG ĐIỂM VAS

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



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

PHỤ LỤC 5
BẢNG ĐIỂM KHADJEV

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

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

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

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

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

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

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

PHỤ LỤC 6

BẢNG ĐIỂM TRẮC NGHIỆM WECHSLER

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

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

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

D₀	
D₅	
D₁₀	
D₁₅	

PHỤ LỤC 7
BẢNG ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG TẬP TRUNG DI CHUYỂN
SCHULTER

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

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

PHỤ LỤC 8
QUY TRÌNH SẮC THUỐC THANG BẰNG MÁY
SẮC THUỐC TỰ ĐỘNG

1. Tiếp nhận và kiểm tra đơn thuốc

- Kiểm tra đầy đủ thông tin người bệnh.
- Kiểm tra bài thuốc, liều lượng, số thang.

2. Chuẩn bị dược liệu

- Cân chính xác từng vị thuốc theo đơn.
- Làm sạch dược liệu, loại bỏ tạp chất.
- Phân loại dược liệu theo yêu cầu sắc (sắc trước, cho sau, bọc riêng).
- Cho dược liệu vào túi lọc hoặc nồi sắc của máy.

3. Chuẩn bị máy và cho nước

- Kiểm tra tình trạng hoạt động của máy sắc thuốc.
- Cho lượng nước thích hợp vào máy (thông thường 600–1000 ml cho một thang, tùy bài thuốc).
- Đặt túi thuốc/nồi thuốc vào máy và đóng kín nắp.

4. Cài đặt và vận hành máy

- Cài đặt các thông số theo hướng dẫn của máy và yêu cầu bài thuốc.
- Khởi động máy và giám sát trong suốt quá trình sắc thuốc.
- Không mở nắp máy khi máy đang vận hành.

5. Thu dịch thuốc

- Sau khi kết thúc chu trình sắc, tiến hành thu dịch thuốc.
- Máy tự động lọc bã hoặc thực hiện lọc thủ công nếu cần.
- Kiểm tra dịch thuốc về

6. Đóng gói và ghi nhãn

- Đóng gói dịch thuốc vào túi hoặc chai theo quy định.
- Ghi nhãn đầy đủ

PHỤ LỤC 9
TRUNG Y PHƯƠNG TẾ ĐẠI TỪ ĐIỂN

中医方剂大辞典

第五册

主编单位：南京中医学院

主编：彭怀仁

人民卫生出版社，1996

中医方剂大辞典

第九册

主编单位 南京中医学院

主 编 彭怀仁

人民卫生出版社

00225401

41572 扶抑归化汤	385
41573 扶命生火丹	385
41574 扶差仙凤酒	386
41575 扶桑至宝丹	386
41576 扶桑浴目方	386
41577 扶桑清肺丹	386
41578 扶桑清肺散	386
41579 扶脾生脉散	387
41580 扶脾逐水丸	387
41581 扶脾消脾汤	387
41582 扶脾调肝汤	387
41583 扶脾舒肝汤	387
41584 扶麻黑白丹	387
41585 扶桑延年至宝丹	387

抚

41586 抚芎汤	388
41587 抚惊丸	388

扼

41588 扼虎膏	388
-----------	-----

拒

41589 拒风丸	388
41590 拒风丹	388
41591 拒风丹	388
41592 拒胜汤	388

折

41593 折冲饮	389
41594 折冲饮	389
41595 折郁汤	389
41596 折桂散	389
41597 折锐汤	389

抓

41598 抓痧膏	389
-----------	-----

抑

41599 抑上丸	389
41600 抑气丸	389
41601 抑气汤	390
41602 抑气散	390

41603 抑气散	390
41604 抑气散	390
41605 抑气散	390
41606 抑气散	390
41607 抑气散	390
41608 抑火丹	390
41609 抑火汤	390
41610 抑火汤	390
41611 抑火汤	390
41612 抑火汤	390
41613 抑火汤	391
41614 抑火散	391
41615 抑扬散	391
41616 抑阳丸	391
41617 抑阳散	391
41618 抑阴丸	391
41619 抑阴散	391
41620 抑阴散	391
41621 抑阴散	391
41622 抑红煎	391
41623 抑扶煎	391
41624 抑肝散	392
41625 抑肝散	392
41626 抑肝散	392
41627 抑青丸	392
41628 抑青丸	392
41629 抑青丸	392
41630 抑青丸	392
41631 抑青丸	392
41632 抑青饼	392
41633 抑郁丸	393
41634 抑金散	393
41635 抑痰丸	393
41636 抑心气汤	393
41637 抑上补下方	393
41638 抑木和中汤	393
41639 抑气内消散	393
41640 抑气养荣汤	393
41641 抑火化痰汤	393
41642 抑火安心丹	394
41643 抑火制阳丹	394
41644 抑火理脾汤	394
41645 抑心清肺丸	394

41646 抑阳乌龙膏	394
41647 抑阳酒连散	394
41648 抑阳清暑汤	394
41649 抑阴地黄丸	394
41650 抑阴地黄丸	395
41651 抑阴肾气丸	395
41652 抑肝开郁汤	395
41653 抑肝化积汤	395
41654 抑肝化痰汤	395
41655 抑肝导赤汤	395
41656 抑肝导赤散	395
41657 抑肝扶脾汤	395
41658 抑肝扶脾汤	395
41659 抑肝扶脾散	395
41660 抑肝定痛饮	395
41661 抑肝顺气汤	396
41662 抑肝消毒散	396
41663 抑肝清饮	396
41664 抑青明目汤	396
41665 抑清明目汤	396
41666 抑火清肝退翳汤	396

投

41667 投杯汤	396
41668 投杯汤	396
41669 投杯汤	396
41670 投杯汤	397
41671 投杯汤	397
41672 投杯麻黄汤	397

抗

41673 抗毒丸	397
41674 抗过敏膏	397

护

41675 护子汤	397
41676 护元丹	397
41677 护内汤	398
41678 护从丸	398
41679 护心丸	398
41680 护心丸	398
41681 护心丸	398
41682 护心丸	398

目 录

77587 黄香当归丸	325	77630 黄香建中汤	331	77673 黄香鳖甲散	331
77588 黄香当归汤	325	77631 黄香建中汤	331	77674 黄香鳖甲散	331
77589 黄香当归汤	325	77632 黄香建中汤	331	77675 黄香鳖甲散	331
77590 黄香当归汤	325	77633 黄香建中汤	331	77676 黄香鳖甲散	331
77591 黄香当归散	325	77634 黄香建中汤	331	77677 黄香鳖甲散	331
77592 黄香当归散	325	77635 黄香建中汤	331	77678 黄香鳖甲散	331
77593 黄香当归散	325	77636 黄香建中汤	332	77679 黄香鳖甲散	331
77594 黄香竹叶汤	326	77637 黄香建中散	332	77680 黄香鳖甲散	331
77595 黄香防己汤	326	77638 黄香茵陈散	332	77681 黄香鳖甲散	331
77596 黄香防风汤	326	77639 黄香茯苓汤	332	77682 黄香鳖甲散	331
77597 黄香苓术汤	326	77640 黄香茯苓汤	332	77683 黄香鳖甲散	331
77598 黄香赤风汤	326	77641 黄香茯苓散	332	77684 黄香鳖甲散	331
77599 黄香赤昆汤	326	77642 黄香茯苓汤	332	77685 黄香鳖甲散	331
77600 黄香赤昆汤	326	77643 黄香茯苓散	332	77686 黄香鳖甲散	331
77601 黄香束气汤	326	77644 黄香姜苓汤	332	77687 黄香鳖甲散	331
77602 黄香羌活丸	327	77645 黄香姜桂汤	333	77688 黄香鳖甲散	331
77603 黄香羌活饮	327	77646 黄香除热丸	333	77689 黄香鳖甲散	331
77604 黄香羌活散	327	77647 黄香桃红汤	333	77690 黄香鳖甲散	331
77605 黄香补中汤	327	77648 黄香柴胡汤	333	77691 黄香鳖甲散	331
77606 黄香补中汤	327	77649 黄香柴胡汤	333	77692 黄香鳖甲散	331
77607 黄香补气汤	327	77650 黄香柴胡汤	333	77693 黄香鳖甲散	331
77608 黄香补气汤	327	77651 黄香益气汤	333	77694 黄香鳖甲散	331
77609 黄香补气汤	327	77652 黄香益气汤	333	77695 黄香鳖甲散	331
77610 黄香补血汤	328	77653 黄香益气汤	333	77696 黄香鳖甲散	331
77611 黄香补血汤	328	77654 黄香益损汤	333	77697 黄香鳖甲散	331
77612 黄香补血汤	328	77655 黄香益损汤	333	77698 黄香鳖甲散	331
77613 黄香补血汤	328	77656 黄香理中汤	334	77699 黄香鳖甲散	331
77614 黄香补肺汤	328	77657 黄香散阴汤	334	77700 黄香鳖甲散	331
77615 黄香补肺汤	328	77658 黄香葛花丸	334	77701 黄香鳖甲散	331
77616 黄香补胃汤	328	77659 黄香葛根汤	334	77702 黄香鳖甲散	331
77617 黄香补胃汤	328	77660 黄香搜风汤	334	77703 黄香鳖甲散	331
77618 黄香鸡首煎	328	77661 黄香解肌汤	334	77704 黄香鳖甲散	331
77619 黄香苦酒汤	328	77662 黄香解肌散	334	77705 黄香鳖甲散	331
77620 黄香固真汤	328	77663 黄香解暑饮	334	77706 黄香鳖甲散	331
77621 黄香固真汤	328	77664 黄香薤白汤	335	77707 黄香鳖甲散	331
77622 黄香建中丸	329	77665 黄香薤白汤	335	77708 黄香鳖甲散	331
77623 黄香建中汤	329	77666 黄香鳖甲汤	335	77709 黄香鳖甲散	331
77624 黄香建中汤	330	77667 黄香鳖甲汤	335	77710 黄香鳖甲散	331
77625 黄香建中汤	331	77668 黄香鳖甲汤	335	77711 黄香鳖甲散	331
77626 黄香建中汤	331	77669 黄香鳖甲汤	335	77712 黄香鳖甲散	331
77627 黄香建中汤	331	77670 黄香鳖甲饮	335	77713 黄香鳖甲散	331
77628 黄香建中汤	331	77671 黄香鳖甲饮	335	77714 黄香鳖甲散	331
77629 黄香建中汤	331	77672 黄香鳖甲饮	336	77715 黄香鳖甲散	331

《普救秘决》卷上。为《辨证录》卷十三“扶桑清肺丹”之异名。见该条。

41579 扶脾生脉散

【方源】《医学入门》卷七。

【异名】黄耆补血汤。

【组成】人参 当归 白芍各一钱 紫菀 黄耆各二钱 麦门冬 五味 甘草各五分

【用法】水煎，食后温服。

【主治】衄血，吐血不止，脾胃虚弱，气喘，精神短少。

41580 扶脾逐水丸

【方源】《玉案》卷五。

【组成】白茯苓 云白术 山药 苦苈 花椒目 巴戟各五钱 黄连 黑丑各八钱 北五味二钱 海金沙 泽泻各一两

【用法】上为末，荷叶煎汤为丸。每服三钱，空心白滚汤送下。

【主治】通身水肿，气往上逆，小便竟无，日不能食，夜不能卧。

41581 扶脾消肿汤

【方源】《普济方》卷二。

【组成】人参 白术（去芦） 茯苓 猪苓 泽泻 木通 滑石 木香 麦门冬（去心） 黄芩 大腹皮 桑白皮 茯苓皮 陈皮 生姜皮 灯草 甘草

【用法】水煎服。

【主治】水肿。

41582 扶脾调肝汤

【方源】《中医妇科治疗学》。

【组成】泡参五钱 白术 炒白芍各三钱 阿胶珠二钱 茯神三钱 软柴胡二钱 甘草一钱

【用法】水煎，食远温服。

【功用】扶气养血舒郁。

【主治】产后血崩，头晕目眩，精神抑郁，噎气太息，心烦善怒，胸闷，两胁胀痛，血色淡红，食欲减退，大便不调或溏薄不畅，舌苔薄白，脉弦，重按无力。

【加减】血量过多，甚至兼有血块者，加乌

鰮骨一两，茜草根、蒲黄炭各二钱。

41583 扶脾舒肝汤

【方源】《中医妇科治疗学》。

【组成】泡参五钱 白术 茯苓各三钱 柴胡二钱 白芍（土炒） 炒蒲黄各三钱 血余炭二钱 焦艾三钱

【用法】水煎服。

【功用】培土抑木，止血。

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

41584 扶羸黑白丹

【方源】《普济方》卷二六五引《家藏经验方》。

【组成】黑丹：麋茸（去床骨皮毛，酒浸一宿，酥炙令黄） 鹿茸（事治如麋茸之法）各等分

白丹：钟乳粉

【用法】黑丹：共为细末，酒糊为丸，如梧桐子大。

白丹：糯米糊为丸。

上用此二丹，杂之而服。如觉血少，即多用黑丹。每服三十丸，空心、食前温酒或米饮送下。

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

【备考】《寿亲养老》：如觉气不足，即多用白丹。

41585 扶桑延年至宝丹

【方源】《集验良方》卷二。

【组成】巨胜子一斤 枸杞子一斤 何首乌一斤 冬青八两 破故纸八两 山萸肉一斤 巴戟四两 桑叶十斤 柏子仁一斤 蛇床子一斤 川椒半斤

【用法】上为极细末，同金樱子膏十五斤、白蜜二十斤，同炼至滴水成珠，和群药为丸，如梧桐子大。每日清晨淡盐汤送服三钱，晚

图书在版编目 (CIP) 数据

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

I. 中… II. 彭… III. 方剂-词典 IV. R289-61

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 08030 号

中医方剂大辞典

第九册

主编单位 南京中医学院

主编 彭怀仁

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

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

1996年12月第1版 1996年12月第1版第1次印刷

印数: 00 001- 3 000

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

