

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN MẬU THỰC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG
CỦA BÀI THUỐC NGŨ TẠNG KIÊM TỬ CAO
ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SUY NHƯỢC CƠ THỂ
SAU PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT NÃO**

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN MẬU THỰC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG
CỦA BÀI THUỐC NGŨ TẠNG KIÊM TƯ CAO
ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SUY NHƯỢC CƠ THỂ
SAU PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT NÃO**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số :

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. Trần Quang Minh**
- 2. TS. Nguyễn Văn Như**

HÀ NỘI - 2025

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin trân trọng cảm ơn:

- Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo sau Đại học, các bộ môn, Quý thầy cô trong Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam đã tận tình giảng dạy và truyền đạt cho tôi những kiến thức và kinh nghiệm quý báu trong suốt quá trình học tập tại trường.

- Đảng uỷ, Ban Giám đốc, tập thể khoa Y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai đã tạo mọi điều kiện và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và làm luận văn.

- Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS. Trần Quang Minh và TS. Nguyễn Văn Nhưồng; hai thầy đã dành nhiều thời gian, tâm sức, trực tiếp hướng dẫn tôi nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

- Các Thầy - Cô trong Hội đồng đề cương đã chỉ bảo cho tôi những kiến thức quý báu trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

- Tôi xin cảm ơn chân thành tới các bạn bè đồng nghiệp, người thân và gia đình đã tận tình giúp đỡ, động viên, khích lệ tôi trong thời gian qua.

Luận văn này không thể tránh khỏi thiếu sót. Tôi rất mong nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của các Thầy, Cô và đồng nghiệp để luận văn được hoàn thiện hơn.

Xin trân trọng cảm ơn !

Hà Nội, ngày 15 tháng 12 năm 2024

Nguyễn Mậu Thực

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Mậu Thực, học viên chuyên khoa II khóa 8 Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

- Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Trần Quang Minh và TS. Nguyễn Văn Nhường.
- Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào đã được công bố tại Việt Nam.
- Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận, kiểm tra số liệu và chấp thuận của cơ sở đào tạo.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những lời cam kết trên.

Hà Nội, ngày 15 tháng 12 năm 2024

Người viết cam đoan

Nguyễn Mậu Thực

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

CLVT:	Chụp cắt lớp vi tính
CTA:	Chụp cắt lớp vi tính sọ não có tiêm thuốc cản quang
GCS:	Thang điểm Glassgow
HATB:	Huyết áp trung bình
HATT:	Huyết áp tâm thu
HATTr:	Huyết áp tâm trương
MRI:	Cộng hưởng từ
MRS:	Modified ranking scale (Thang điểm đánh giá phục hồi)
THA:	Tăng huyết áp
XHN:	Xuất huyết não
YHCT:	Y học cổ truyền
YHHĐ:	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....	2
1.1. Xuất huyết não tiên phát.....	2
1.1.1. Giới thiệu chung.....	2
1.1.2. Phân loại.....	2
1.1.3. Sinh lý bệnh.....	4
1.1.4. Các đặc điểm lâm sàng.....	5
1.1.5. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh.....	7
1.1.6. Điều trị.....	8
1.2. Các triệu chứng suy nhược sau phẫu thuật xuất huyết não.....	8
1.3. Quan điểm của Y học hiện đại về Suy nhược cơ thể.....	8
1.3.1. Khái niệm.....	8
1.3.2. Nguyên nhân.....	9
1.3.3. Chẩn đoán.....	10
1.3.4. Điều trị suy nhược cơ thể.....	11
1.4. Quan điểm của Y học cổ truyền về Hư lao.....	12
1.4.1. Khái niệm.....	12
1.4.2. Nguyên nhân.....	12
1.4.3. Nguyên tắc điều trị.....	14
1.4.4. Các thể lâm sàng.....	15
1.5. Bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao.....	18
1.5.1. Xuất xứ bài thuốc.....	18
1.5.2 Thành phần của bài thuốc.....	18
1.5.3 Cách dùng.....	20
1.5.4 Tác dụng.....	20
1.5.5 Phân tích bài thuốc.....	20
1.6 Các nghiên cứu về các bài thuốc bổ dưỡng của Y học cổ truyền.....	22

CHƯƠNG 2: CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.1. Chất liệu nghiên cứu	26
2.2 Đối tượng nghiên cứu	27
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHHĐ	27
2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHCT	27
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh	27
2.3 Phương pháp nghiên cứu	28
2.3.1 Thiết kế nghiên cứu	28
2.3.2 Cỡ mẫu nghiên cứu	28
2.3.3 Quy trình nghiên cứu	28
2.3.4 Biến số, chỉ số nghiên cứu	30
2.4 Thời gian, địa điểm nghiên cứu	33
2.5 Xử lý số liệu	33
2.6. Sai số và khống chế sai số	33
2.7. Đạo đức nghiên cứu	33
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	35
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	35
3.2. Kết quả nghiên cứu	39
3.3. Mối liên quan giữa mức độ hồi phục và các yếu tố khác	52
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	58
4.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu	58
4.1.1. Tỷ lệ phân bố theo lứa tuổi	58
4.1.2. Tỷ lệ phân bố theo giới	58
4.1.3. Đặc điểm phân bố theo nghề nghiệp	59
4.1.4. Tiền sử THA, tiền sử gia đình có người XHN	59
4.1.5. Kích thước ổ XHN	59
4.1.6. Vị trí ổ XHN	60
4.1.7. Dị dạng mạch não	60

4.2. Bàn luận về hiệu quả điều trị	60
4.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng cơ năng.....	60
4.2.2. Sự thay đổi chất lượng giấc ngủ	62
4.2.3. Sự thay đổi mức độ suy giảm trí nhớ theo thang điểm Mini-Cog..	62
4.2.4. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống.....	63
4.2.5. Sự thay đổi thang điểm Rankin mrs	64
4.2.6. Sự thay đổi thang điểm Glasgow (GCS)	65
4.2.7. Kết quả điều trị chung theo YHHĐ	66
4.2.8. Kết quả điều trị theo YHCT.....	66
4.2.9. Triệu chứng bất thường.....	69
4.2.10. Ảnh hưởng của bài thuốc lên chỉ số mạch, huyết áp.....	70
4.2.11. Ảnh hưởng của bài thuốc lên các chỉ số xét nghiệm	70
4.3. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng lên hiệu quả điều trị của bài thuốc	70
KẾT LUẬN.....	72
KIẾN NGHỊ.....	73
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Nguyên nhân xuất huyết não	3
Bảng 1.2. Tên, tính vị quy kinh và tác dụng của các vị thuốc	18
Bảng 3.1. Tiền sử THA	37
Bảng 3.2. Tiền sử gia đình XHN.....	37
Bảng 3.3 Sự thay đổi thang điểm Rankin sửa đổi mRS.....	44
Bảng 3.4. Sự ảnh hưởng của các yếu tố lên mức độ hồi phục theo YHHĐ...	52
Bảng 3.5. Sự ảnh hưởng của các yếu tố lên mức độ hồi phục theo YHCT ...	53
Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn	54
Bảng 3.7. Ảnh hưởng của thuốc lên chỉ số mạch, huyết áp.....	55
Bảng 3.8. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị	56

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm phân bố theo tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	35
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm phân bố theo giới.....	36
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm phân bố theo nghề nghiệp	36
Biểu đồ 3.4. Kích thước ổ XHN.....	38
Biểu đồ 3.5. Vị trí ổ XHN	38
Biểu đồ 3.6. Tình trạng dị dạng mạch não	39
Biểu đồ 3.7. Phục hồi theo thang điểm Rankin sửa đổi mRS	46
Biểu đồ 3.8. Kết quả phục hồi theo thang điểm Glasgow.....	48
Biểu đồ 3.9. Kết quả phục hồi theo YHHĐ	49
Biểu đồ 3.10. Kết quả phục hồi theo YHCT.....	51

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não (XHN) tiên phát là một dạng phổ biến của XHN, với tỉ lệ mắc và tử vong cao trên thế giới, trong đó có hơn 2/3 số ca mắc là ở các nước đang phát triển ¹. XHN tiên phát chiếm 78-80% các trường hợp XHN nói chung, nguyên nhân chính là vỡ các động mạch nhỏ do tăng huyết áp (THA) ².

Ở Việt Nam, XHN chiếm 40,42% các trường hợp đột quỵ não, tỉ lệ tử vong chung khoảng 30%. Mặc dù có những nỗ lực không ngừng để tìm biện pháp can thiệp tối ưu nhất và can thiệp ngoại khoa là lựa chọn phổ biến ³.

Sau phẫu thuật XHN, người bệnh cần có thời gian hồi sức ngoại khoa đặc biệt, ảnh hưởng tới khí, huyết của các tạng phủ. Kết quả sau quá trình hồi sức và chăm sóc đặc biệt đó làm công năng tạng phủ bị giảm sút. Tới nay, Y học cổ truyền (YHCT) chủ yếu tham gia điều trị bằng phương pháp không dùng thuốc với nhóm người bệnh này. Tuy nhiên để phục hồi khí huyết và công năng ngũ tạng sau phẫu thuật XHN còn có thể sử dụng nhiều bài thuốc cổ phương có tác dụng rất tốt.

Bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao là bài thuốc thuộc quyển 45 (Tâm đắc thần phương) của cuốn sách Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh, là bài thuốc cổ phương rất có giá trị trong phục hồi các chứng hư của cơ thể ⁴. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu về tác dụng của bài thuốc này trên nhóm người bệnh sau phẫu thuật XHN. Do vậy chúng tôi tiến hành làm đề tài: "**Đánh giá tác dụng của bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao điều trị người bệnh suy nhược cơ thể sau phẫu thuật xuất huyết não**".

Đề tài nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao điều trị người bệnh hư lao sau phẫu thuật xuất huyết não thể khí huyết lưỡng hư.*
2. *Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị của bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao trên người bệnh hư lao sau phẫu thuật xuất huyết não thể khí huyết lưỡng hư.*

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

1.1. Xuất huyết não tiên phát

1.1.1. Giới thiệu chung

XHN tiên phát được định nghĩa là sự thoát mạch tự phát cấp tính của máu vào nhu mô não, có thể lan rộng vào não thất và trường hợp hiếm là vào khoang dưới nhện. XHN tiên phát có tỉ lệ tử vong cao nhất trong tất cả tai biến mạch máu não, chiếm khoảng 10-30% tất cả đột quỵ nhập viện dẫn đến tàn tật nghiêm trọng, tỉ lệ biến chứng và tử vong 30-50% trong 30 ngày đầu ⁵. Tỉ lệ tử vong tại thời điểm sau 1 năm thay đổi theo vị trí khác nhau của XHN: 51% đối với vùng sâu, 57% thùy não, 42% tiểu não và 65% xuất huyết thân não ⁶.

XHN chiếm khoảng 10-15% các ca đột quỵ ở châu Âu, Mỹ và Úc, trong khi châu Á chiếm khoảng 20-30%. Theo báo cáo mỗi năm có khoảng 2 triệu người trên toàn thế giới bị XHN ¹. Trong một nghiên cứu trên dân số gần đây, tần suất chung của XHN ước tính là 12-15 trường hợp trên 100.000 dân ⁵. Mặc dù, theo số liệu thì tỉ lệ đột quỵ giảm dần theo thời gian, nhưng kết quả của một phân tích cho thấy tỉ lệ XHN từ năm 1980 đến 2008 đã không giảm ⁷. Chi phí điều trị của riêng XHN ước tính là 125.000 USD/người/năm, với tổng chi phí khoảng 6 tỉ USD mỗi năm ở Mỹ liên quan đến chi phí chăm sóc y tế cấp và mạn tính cũng như mất năng suất lao động ⁵.

1.1.2. Phân loại

Tùy vào nguyên nhân chảy máu mà XHN được phân loại là nguyên phát khi bắt nguồn từ sự vỡ tự phát các tiểu động mạch nhỏ bị hư hỏng do THA mạn tính hoặc bệnh thoái hóa mạch máu dạng bột ngày càng gặp nhiều do tăng dân số lớn tuổi chiếm ít nhất 85% tất cả trường hợp, hoặc XHN thứ phát khi kết hợp với nguyên nhân khác.

Bảng 1.1. Nguyên nhân xuất huyết não

Nguyên nhân	Đặc điểm ^{8,9}
XHN nguyên phát	
Bệnh THA	Xuất huyết trong thể vân, đồi thị, tiểu não và thân não do vỡ động mạch nhỏ
Bệnh mạch máu dạng bột	Do ứ đọng amyloid (A-beta) ở thành động mạch nhỏ và trung bình, gây XHN ở thùy não và thường tái phát
XHN thứ phát	
Dị dạng mạch máu	Vỡ các mạch máu nhỏ bất thường
Dị dạng động tĩnh mạch - Dò động tĩnh mạch màng cứng - U mạch máu dạng hang - U tĩnh mạch	Nguy cơ cao của XHN tái phát có thể giảm bằng phẫu thuật cắt bỏ, can thiệp nội mạch và xạ phẫu tiếp xúc (stereotactic radiosurgery)
Túi phình động mạch	Vỡ từ động mạch có kích thước trung bình
Huyết khối xoang tĩnh mạch	Gây nhồi máu tĩnh mạch xuất huyết
U não	Gây hoại tử và chảy máu trong u
Rối loạn đông máu	Do dùng thuốc chống đông hoặc chống huyết khối. Giảm tiểu cầu. Giảm tổng hợp yếu tố đông máu (hemophilia, bệnh gan), tăng tiêu thụ yếu tố đông máu (đông máu nội mạch lan tỏa)
Nhồi máu chuyển dạng xuất huyết	Do thiếu máu cục bộ gây tổn thương hàng rào máu não
Dùng thuốc cường giao cảm/ Lạm dụng rượu	Có thể kèm bất thường mạch máu
Chấn thương	

1.1.3. Sinh lý bệnh

THA gây ra bệnh lý mạch máu nhỏ mạn tính đặc trưng bởi sự phân mảnh, thoái hóa, và cuối cùng là vỡ những mạch máu nhỏ trong não (lipohyalinosis) ⁵. Hầu hết chảy máu trong XHN do THA xảy ra tại hoặc gần các nhánh rẽ của những động mạch nhỏ có đường kính 100-400 μm xuất phát từ động mạch nhân bèo, động mạch xuyên đồi, các nhánh cạnh đường giữa của động mạch thân nền và động mạch tiểu não dưới trước và trên. Vỡ nhiều vị trí cũng có thể xảy ra.

Trong nghiên cứu của Wiener, vị trí của XHN do THA như sau: 65% trong các hạch nền, 15% trong chất trắng dưới vỏ, 10% tiểu não và 10% cầu não ¹⁰.

Mặc dù ban đầu người ta tin rằng XHN là biến cố một pha ¹¹, các nghiên cứu gần đây cho thấy mở rộng ổ xuất huyết sớm là thường gặp ^{12,13}. Kết quả cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy tăng thể tích ổ xuất huyết với tỉ lệ khác nhau ở các người bệnh (3-40%) và chủ yếu xảy ra trong 24 giờ đầu. Các yếu tố có liên quan đến mở rộng ổ xuất huyết trong giai đoạn đầu bao gồm tiền sử nhồi máu não, bệnh gan, đái tháo đường không kiểm soát, tăng huyết áp tâm thu (HATT) lúc nhập viện (195 mmHg), tiền sử nghiện rượu, rối loạn đông máu (nồng độ fibrinogen thấp), ổ xuất huyết lớn trên CLVT ban đầu, hình dạng không đều của ổ xuất huyết, lượng bạch cầu ngoại biên cao và thân nhiệt cao lúc nhập viện ^{14,15,16}. Brott đã ghi nhận 36% ổ xuất huyết lớn lên thêm trong 1 giờ đầu và thêm 12% trong vòng 20 giờ ¹⁷. Kazui báo cáo 36% XHN lớn lên thêm trong vòng 3 giờ đầu và thêm 11% sau 3 giờ ¹⁸.

Vùng tổn thương có thể hồi phục xung quanh XHN là mô não bên cạnh bị chiếm chỗ và bị chèn ép do máu thoát mạch. Mô hình động vật cho thấy máu này gây kích thích nhu mô não và có một vùng phù nề, thiếu máu và hoại tử xuất huyết ở rìa của cục máu đông (vùng tranh tối tranh sáng thiếu máu cục

bộ)¹⁹. Thể tích của vùng não thiếu máu cục bộ này có thể lớn hơn ổ xuất huyết nhiều lần. Nghiên cứu lưu lượng máu não với chụp cắt lớp SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography-chụp cắt lớp bằng bức xạ đơn photon) ở người bệnh XHN đã xác nhận có một vùng thiếu máu tranh tối tranh sáng quanh ổ xuất huyết²⁰.

Kano và Nonomura đã điều trị thử nghiệm thành công một số tổn thương thần kinh ở người bệnh XHN bằng oxy cao áp²¹. Đây là bằng chứng mạnh mẽ về sự hiện diện của một vùng tổn thương thần kinh có thể hồi phục. Nghiên cứu thực nghiệm trên động vật cho thấy việc loại bỏ sớm các tổn thương choán chỗ có thể giảm tổn thương thiếu máu cục bộ. Nghiên cứu SPECT trên 14 người bệnh cho thấy phục hồi tốt hơn ở vùng thiếu máu tranh tối tranh sáng ở người bệnh phẫu thuật lấy máu tụ so với người bệnh điều trị bảo tồn²¹. Trên động vật thí nghiệm, dùng thuốc ức chế canxi nimodipine làm giảm đáng kể thể tích vùng thiếu máu cục bộ xác định trên mô học^{22.23}.

Có thể một phần sự mất tế bào thần kinh ở vùng thiếu máu tranh tối tranh sáng quanh ổ xuất huyết là do quá trình apoptosis. Apoptosis được kích hoạt từ các neuron trong não sau dập não. Phát hiện này cũng được Pittsburgh báo cáo²⁴. Hiện nay, người ta tin rằng nó chịu trách nhiệm gây chết tế bào trong đột quy²⁵. Kích thước của ổ xuất huyết quyết định mức độ tăng áp lực nội sọ (ALNS) và các hậu quả lâm sàng từ đau đầu đến hôn mê, từ thoát vị đến chết. Vị trí chảy máu quyết định kiểu suy giảm thần kinh.

1.1.4. Các đặc điểm lâm sàng

Suy giảm ý thức thường gặp ở người bệnh có ổ xuất huyết lớn và là hậu quả tăng ALNS và chèn ép trực tiếp hoặc biến dạng đồi thị và hệ thống lưới hoạt hóa thân não²⁶. Trong trường hợp XHN ở nhân bèo, nhân đuôi và đồi thị có biểu hiện suy giảm chức năng cảm giác và vận động đối bên ở các mức độ khác nhau. Rối loạn chức năng vỏ não cao cấp gồm chứng mất ngôn ngữ, sững sờ, khó liếc liên hợp và bán manh có thể xảy ra do hậu quả phá vỡ các

kết nối trong chất trắng dưới vỏ và ức chế chức năng vỏ não được biết với tên gọi là chứng mất liên hệ chức năng thần kinh (diaschisis). Trong trường hợp XHN dưới lều các dấu hiệu rối loạn chức năng thân não gồm: bất thường về liếc ngang (horizontal gaze), bất thường thần kinh sọ và suy giảm chức năng vận động đối bên. Thất điều, rung giật nhãn cầu và loạn tâm nổi bật khi XHN ở tiểu não. Các triệu chứng không đặc hiệu thường gồm đau đầu và nôn ói do tăng ALNS và hội chứng màng não do chảy máu vào não thất. Suy giảm thần kinh muện là do tiến triển của phù não ở tuần thứ 2 và 3²⁶.

Hầu hết những triệu chứng lâm sàng của XHN tiên phát tiểu não đều là những triệu chứng xuất hiện đột ngột. Tùy thuộc vào vùng tổn thương trong XHN mà các triệu chứng sau có thể xuất hiện:

- Đột ngột xuất hiện đau đầu.
- Co giật trên bệnh nhân không có tiền sử co giật.
- Yếu liệt một phần của cơ thể.
- Buồn nôn hoặc nôn.
- Giảm tri giác dần dần hoặc đột ngột.
- Đột ngột giảm thị lực.
- Rối loạn cảm giác cục bộ hoặc toàn thể.
- Rối loạn ngôn ngữ (thất ngôn hoặc mất khả năng nghe hiểu)
- Nuốt khó.
- Đọc hoặc viết khó.
- Mất đồng vận hoặc vận động tinh tế.
- Mất thăng bằng.
- Mất ngủ.
- Nặng nhất là mất ý thức, phản xạ.

1.1.5. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Hình ảnh ban đầu rất quan trọng để xác định nguyên nhân XHN. Người bệnh nghi ngờ đột quỵ đến khoa cấp cứu cần nhanh chóng chụp CLVT hoặc cộng hưởng từ (MRI) não sau khi ổn định tình trạng ban đầu để phân biệt đột quỵ thiếu máu não hay XHN. MRI có thể phát hiện XHN chính xác hơn đặc biệt là các ổ XHN nhỏ, nhưng tốn nhiều thời gian hơn và đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh, do đó hầu hết các bệnh viện sử dụng CLVT là chẩn đoán hình ảnh ban đầu. CLVT đánh giá kích thước và vị trí của ổ xuất huyết, lan rộng vào não thất, mức độ phù nề xung quanh và sự gián đoạn cấu trúc giải phẫu. Thể tích ổ xuất huyết có thể tính toán từ hình ảnh CLVT²⁷.

Chụp động mạch (CTA) thường không thực hiện ở hầu hết các trung tâm nhưng nó hữu ích trong dự đoán sự mở rộng và dự hậu của ổ xuất huyết⁵. Dấu hiệu điểm (spot sign) trên CTA đặc trưng bởi một hoặc nhiều ổ tăng độ tương phản trong ổ xuất huyết ban đầu, xảy ra ở khoảng 1/3 người bệnh chụp CLVT trong vòng 3 giờ với độ nhạy tốt (91%) và giá trị dự đoán âm tính tốt (96%)⁵. Dấu hiệu điểm trên CTA đi kèm tiên lượng xấu, tỉ lệ lâm sàng xấu đi sớm và tử vong cao, thường xảy ra trong vòng vài ngày sau khởi phát²⁷.

Chụp động mạch não quy ước (chụp mạch máu não xóa nền- DSA) nên dành cho người bệnh XHN thứ phát để tìm nguyên nhân nghi ngờ như túi phình động mạch, dị dạng động tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch vỏ não hay huyết khối xoang màng cứng hoặc viêm mạch máu.

Ngoài ra, một số yếu tố khác trên phim cắt lớp vi tính sọ não như đè dẫy đường giữa, xóa bể đáy, và sự tăng kích thước khối máu tụ sau các phim CLVT cũng là những yếu tố tiên lượng quan trọng đối với bệnh nhân XHN tiên phát.

1.1.6. Điều trị

XHN là một cấp cứu nội khoa. Chẩn đoán nhanh và kiểm soát hiệu quả là rất quan trọng vì lâm sàng xấu đi sớm trong vài giờ đầu sau XHN. Hơn 20% người bệnh sẽ bị giảm điểm Glasgow (GCS) ≥ 2 điểm từ sơ cấp cứu trước bệnh viện đến khoa cấp cứu ⁶. Trong số người bệnh suy giảm thần kinh trước bệnh viện, GCS giảm trung bình 6 điểm và tỉ lệ tử vong là $>75\%$. Hơn nữa, trong 1 giờ đầu tiên tại bệnh viện có 15% người bệnh giảm GCS ≥ 2 điểm ¹². Hướng dẫn điều trị XHN mới công bố gần đây của Hội Tim Mạch Mỹ cung cấp bằng chứng để điều trị thể đột quy này ⁶.

- Điều trị nội khoa: Các thủ thuật và thuốc.
- Điều trị ngoại khoa: Các phương pháp phẫu thuật.

1.2. Các triệu chứng suy nhược sau phẫu thuật xuất huyết não ^{28,29}

Sau phẫu thuật XHN, các triệu chứng đau, các biểu hiện phù não, tình trạng lo lắng, hoảng loạn, rối loạn tâm lý, thậm chí là các tác dụng phụ của các nhóm thuốc có thể gây nên các triệu chứng: đau, buồn nôn, chóng mặt, hay quên, ăn kém, rối loạn tiêu hóa, rối loạn nội tiết, rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi kéo dài, đau nhức xương khớp... Trong số đó có một số triệu chứng của suy nhược mắc phải.

1.3. Quan điểm của Y học hiện đại về Suy nhược cơ thể

1.3.1. Khái niệm

Bệnh suy nhược cơ thể, hay còn gọi là hội chứng mệt mỏi mạn tính (CFS) của y học hiện đại (YHHĐ). Hội chứng mệt mỏi mạn tính không phải là một trạng thái mới mẻ. Trong một thời gian dài, nó là một mảng khó hiểu, được xem là do nhiều nguyên nhân gây ra: môi trường, trạng thái bệnh tật nhiễm trùng và rối loạn trao đổi chất. Viện Chăm sóc sức khỏe Quốc gia của Anh (NICE - The National Institutes for Health and care excellence) năm

2007 và Tổ chức Nghiên cứu và giáo dục Y học của Mỹ (Mayo Foundation for medical education and research) năm 2001 dựa trên một số đặc điểm điển hình của hội chứng này để đưa ra định nghĩa: Hội chứng suy nhược cơ thể là một rối loạn có đặc điểm suy nhược không liên quan đến nghỉ ngơi, có thể xấu đi cùng với các hoạt động cơ thể và các hoạt động nặng nhọc^{30,31,32}.

1.3.2. Nguyên nhân

Bất chấp những nỗ lực trên toàn thế giới, không có nguyên nhân rõ ràng và duy nhất nào được tìm thấy để giải thích hội chứng này. Người ta nhận thấy rằng có nhiều yếu tố làm khởi phát và thúc đẩy sự phát triển của bệnh như:

- Nhiễm virus: Một số tác giả cho rằng một hoặc một số virus là tác nhân gây bệnh tiềm tàng, trong đó có một số virus Herpes ái hạch Lympho, Retrovirus và Entrovirus. Một số dẫn chứng đã nêu ra rằng hội chứng suy nhược cơ thể có thể bị thúc đẩy do nhiễm virus Epstein Bar, Cytomegalovirus cấp tính và một số yếu tố khác.

- Suy giảm miễn dịch: Có bằng chứng cho thấy có sự khác biệt về tình trạng miễn dịch trên bệnh nhân suy nhược cơ thể như tăng nồng độ kháng thể kháng các loại virus nói trên, giảm Globulin miễn dịch ở mức độ vừa phải, giảm tăng sinh các tế bào lympho sản xuất mitogen trong ống nghiệm và trong giải phóng Cytokin xảy ra sau đó.

- Hội chứng giảm killer - cell và chuyển dạng tế bào Lympho trở nên lớn hơn bình thường.

- Giảm chức năng hệ tiêu hóa: Một số nghiên cứu chỉ ra rằng trên các bệnh nhân này có tình trạng thiếu hụt các vitamin nhóm B, lysin, sắt, acid folic... Ngoài ra, tình trạng giảm hấp thu đường tiêu hóa, thiếu hụt năng lượng trường diễn, sự phát triển quá mức của vi khuẩn đường ruột, các bệnh đại tràng kích thích... cũng thường thấy trên các bệnh nhân suy nhược cơ thể mạn tính.

- Rối loạn chức năng hệ nội tiết: Các nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh nhân mắc hội chứng suy nhược cơ thể có sự bất thường về chức năng nội tiết: giảm sản xuất Corticotropin ở vùng dưới đồi, giảm độ tập trung cortisol trung bình, tăng nồng độ ACTH... Có giả thiết cho rằng những bất thường về nội tiết - thần kinh có thể góp phần làm ảnh hưởng tới năng lượng và khí sắc của bệnh nhân ³³.

1.3.3. Chẩn đoán

Năm 1994, nhóm nghiên cứu suy nhược quốc tế (the International CFS Study Group) đã đưa ra một bảng các triệu chứng để chẩn đoán hội chứng này ^{31,32,34}.

- Về mặt lâm sàng, không giải thích được tình trạng mệt mỏi mãn tính kéo dài hoặc tái phát:

+ Không mất đi khi nghỉ ngơi.

+ Hậu quả làm giảm các hoạt động xã hội, ảnh hưởng đến kết quả học tập hoặc công việc.

- Có trên 4 trong các triệu chứng sau đây mà chưa tìm ra được nguyên nhân:

+ Giảm trí nhớ hoặc giảm sức tập trung.

+ Đau họng.

+ Đau mỏi cơ.

+ Đau nhiều khớp không sưng đỏ.

+ Đau đầu.

+ Nổi hạch bạch huyết.

+ Ngủ không ngon giấc hoặc mất ngủ.

+ Khó chịu kéo dài trên 24 giờ sau gắng sức.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Có bệnh mạn tính có thể giải thích cho tình trạng suy nhược.

+ Có bệnh đã được chẩn đoán trước đó nghĩ đến là nguyên nhân của suy nhược.

+ Có tiền sử tâm thần, trầm cảm, tâm thần phân liệt, mất trí, chán ăn do nguyên nhân tâm thần.

1.3.4. Điều trị suy nhược cơ thể

Do nguyên nhân gây bệnh và cơ chế bệnh sinh không rõ ràng nên nguyên tắc điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng và cải thiện chức năng vận động cũng như tâm lý cho bệnh nhân.

- Liệu pháp sử dụng thuốc ^{30,32,35}

+ Các thuốc tăng cường miễn dịch cho cơ thể và thuốc kháng virus trong các trường hợp nhiễm EBV hay các virus khác mang lại nhiều kết quả tích cực ^{36,37,38}.

+ Các thuốc giảm đau được sử dụng khi bệnh nhân có các triệu chứng đau đầu, đau các khớp không có sưng nóng đỏ.

+ Thuốc chống trầm cảm được sử dụng trong các trường hợp bệnh nhân có các triệu chứng rối loạn dạng cơ thể nặng, mất ngủ nặng hay trầm cảm nặng.

- Liệu pháp tâm lý: Giúp bệnh nhân có thêm lạc quan và niềm tin để giúp họ có thể chung sống với tình trạng bệnh tật này. Ngoài ra, liệu pháp tâm lý còn giúp bệnh nhân điều chỉnh được hành vi của mình cho hợp lý, hòa nhập với cộng đồng, thư giãn tốt hơn ³¹.

- Chế độ luyện tập: Quá trình gắng sức làm nặng thêm tình trạng mệt mỏi, nhưng nếu không vận động thì không cải thiện được các triệu chứng và có

nguy cơ trầm cảm. Do đó bệnh nhân cần có chế độ vận động thể lực hợp lý, vừa sức. Chế độ vận động thể lực cần tăng dần với thời gian và cường độ ³⁹.

- Chế độ dinh dưỡng: Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng việc bổ sung dinh dưỡng bao gồm các vitamin, magie sulphate, kẽm, các acid amin... cải thiện được nhiều triệu chứng của hội chứng suy nhược mạn tính. Ngoài ra, một số thảo dược cũng góp phần tăng cường năng lượng, giảm mệt mỏi cho bệnh nhân ^{40,41}.

1.4. Quan điểm của Y học cổ truyền về Hư lao

1.4.1. Khái niệm ⁴²

Hư lao (hay còn gọi là hư tổn) là bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, với nhiều triệu chứng suy nhược mà bệnh cơ chủ yếu là tạng phủ hư tổn, khí huyết âm dương không đầy đủ. Hư là bệnh lâu ngày làm mất tinh khí, người gầy yếu. Tổn là hư tích làm tổn thương tạng phủ khó hồi phục được..

1.4.2. Nguyên nhân ⁴²

Có nhiều nguyên nhân gây hư lao, nhưng trên lâm sàng thường chia thành 5 loại nguyên nhân chính:

- Tiên thiên bất túc: Bẩm thụ tiên thiên yếu ớt, vì cha mẹ vốn yếu, trong thời kì thai nuôi dưỡng kém, dinh dưỡng không tốt. Tất cả đều gây nên thể chất non yếu, là cơ sở để bệnh hư lao phát sinh.

- Phiền lao quá độ hại đến ngũ tạng: Sách Tố Vấn viết “Nhìn lâu thương huyết, nằm lâu thương khí, ngồi lâu thương nhục, đứng lâu thương cốt, đi lâu thương gân”. Trong các hoạt động tinh thần thì vui quá hại tâm, giận quá hại can, lo quá hại tỳ, buồn quá hại phế, sợ quá hại thận. Ưu uất, tư lự, phiền lao quá độ làm tổn thương tâm tỳ, khí huyết hư suy thành lao; táo hôn, đa dâm, phòng lao hại thận làm thận tinh suy hư, thận khí bất túc, lâu ngày làm âm dương suy tổn.

- Ăn uống không điều độ làm tổn hại tỳ vị. Ăn nhiều, uống nhiều, dạ dày không tốt, lại thích ăn nhiều một thứ, uống rượu nhiều không điều độ làm tổn hại đến tỳ vị, ảnh hưởng đến công năng vận hóa đồ ăn thức uống để sinh chất tinh vi nuôi dưỡng khiến khí huyết bị ảnh hưởng. Nếu tỳ vị tổn thương lâu ngày, nguồn sinh khí huyết bị giảm sút, trong không điều hòa được ngũ tạng lục phủ; ngoài không vinh nhuận cho vinh vệ, kinh mạch, lâu dần thành hư lao.

- Bệnh nặng lâu ngày không được điều trị: Sau khi mắc đại bệnh, tạng khí bị tổn thương hoặc bệnh nhiệt lâu ngày hao huyết hại âm, bệnh nặng lâu ngày hao khí tổn dương, huyết ú kết ở trong, huyết mới không được sinh ra, tà khí đọng lâu làm hao tổn chính khí. Sau khi bị bệnh không được điều trị, chính khí suy tổn không hồi phục, làm tinh khí hao thương, tỳ hư thành tổn, lâu dần thành hư lao.

- Bị bệnh mà điều trị không đúng: Bệnh nhân dùng thuốc điều trị quá độ gây tổn thương tạng phủ: thuốc hàn lương quá nhiều làm hao tổn dương khí, dùng thuốc táo nhiệt quá nhiều gây âm hư, dùng thuốc công phá quá nhiều gây hao khí, dùng pháp tả hạ kéo dài làm tổn thương tỳ vị, dùng thông lợi không đúng làm hại thận. Hoặc do biện chứng bệnh không đúng gây điều trị không đúng, làm bệnh tình lâu khỏi, kéo dài làm âm tinh hay dương khí hao tổn quá lâu không thể hồi phục gây hư lao.

Tính chất bệnh lý có chia ra âm dương khí huyết nhưng thường xuất hiện đồng bệnh, chứng hậu hư lao tuy nhiều nhưng có thể khái quát trên bốn phương diện âm dương khí huyết. Khí hóa từ dương, huyết hóa từ âm, âm dương hỗ căn, khí huyết đồng nguyên nên bệnh của âm, dương, khí, huyết có thể đồng thời xuất hiện, liên lụy lẫn nhau. Bệnh biến can thiệp đến ngũ tạng cũng đều có thể chuyển biến lẫn nhau. Dương khí và âm huyết thông qua hoạt động của tạng phủ mà sinh thành, lại là chỗ công năng của tạng phủ duy trì, tu

ưỡng. nên âm dương khí huyết khuỷu tổn là do bệnh biến của ngũ tạng dẫn đến. Bệnh này thường thấy tình huống chính hư tả thực lẫn lộn, thường do khí hư vệ nhược, tà khí thừa cơ xâm nhập gây bệnh, chính không thắng nổi tà, trong hư có thực. Giai đoạn cuối thủy suy bại là bệnh rất nặng, ngũ tạng đều tổn thương, kèm triệu chứng của tỳ vị suy yếu như chán ăn, ăn vào nhanh đầy bụng, đau bụng, đại tiện phân nát....đó là các triệu chứng nguy cấp^{42,43}.

1.4.3. Nguyên tắc điều trị

Triệu chứng bệnh hư lao nhiều nhưng không ngoài ngũ tạng, mà ngũ tạng tổn thương không nằm ngoài khí huyết âm dương. Vì vậy, khi biện chứng hư lao, cần lấy khí huyết âm dương là chính rồi xét đến tính hư thực của ngũ tạng.

Hư lao do tiên thiên mâu chốt ở thận. Hư lao do hậu thiên mâu chốt ở tỳ. Trong hư lao còn cần biện chứng rõ thuận chứng và nghịch chứng. Trong điều trị hư lao cần tìm rõ nguyên nhân, phân biệt chứng bệnh chính và các chứng bệnh phụ khác kèm theo, cần phân biệt rõ tiêu bản chính phụ, hoãn cấp, hư thực để điều trị cho đúng.

Trong điều trị hư lao, nguyên tắc cơ bản là hư thì bổ, tổn thì ích. Thời gian điều trị thường dài, cần chú trọng bổ thận, bổ âm bổ dương (bổ tiên thiên), bổ tỳ, bổ khí, bổ huyết (bổ hậu thiên). Tỳ là gốc của hậu thiên, thận là gốc của tiên thiên là gốc của sinh mệnh, nên bổ tỳ, bổ thận có ý nghĩa quan trọng trong điều trị bệnh. Khi dùng thuốc cũng cần chú ý căn cứ vào các thuộc tính bệnh lý khác nhau mà dùng các phương thuốc ích khí, dưỡng huyết, tư âm, ôn dương để điều trị. Cần kết hợp chặt chẽ với bệnh ở ngũ tạng khác nhau mà lựa chọn phương pháp điều trị đúng bệnh.

Hải Thượng Lãn Ông có nói “Bệnh nặng chữa âm dương, bệnh nhẹ chữa khí huyết”, trong hư lao càng phải giữ gìn vị khí vì không có chất dinh dưỡng từ đồ ăn thì cơ thể không thể lớn mạnh được, mà vị khí mạnh thì thận

cũng khỏe, tinh huyết cũng được thịnh vượng. Tuệ Tĩnh cho rằng: “Bệnh không phải một sớm một chiều mà phát ra, thì việc dùng thuốc cũng không chỉ một thang, một viên là chữa khỏi”⁴.

1.4.4. Các thể lâm sàng^{42,43,44}

Chứng hậu của hư lao rất phức tạp, nhưng không nằm ngoài chứng bệnh của ngũ tạng. Ngũ tạng bị tổn thương cũng không nằm ngoài âm, dương, khí, huyết, nên trên lâm sàng thường có các thể bệnh sau:

* Khí hư: Sắc mặt trắng bệch hoặc vàng, đoản khí, ngại nói, tiếng nói nhỏ, chân tay vô lực, lưỡi nhợt, mạch tế nhược. Trong đó:

- Phế khí hư: thường gặp ở bệnh nhân ho khạc kéo dài, suy hô hấp do bệnh phổi mạn tính làm phế khí suy dần. Triệu chứng thường gặp gồm có: thở ngắn, thở gấp, ngại nói, tiếng nói nhỏ, tiếng ho yếu, người mệt mỏi vô lực, tự hãn, dễ bị cảm mạo, sắc mặt trắng bệch, chất lưỡi nhạt, mạch hư nhược. Pháp điều trị là bổ ích phế khí, cố biểu. Bài thuốc hay dùng là “Bổ phế thang”.

- Tâm khí hư: thường gặp ở người già, khí hư hoặc mất nước, mồ hôi nhiều. Triệu chứng hay gặp gồm đoản khí, hồi hộp trống ngực, mệt mỏi, lao động làm bệnh nặng lên, mặt trắng bệch, vô lực, tự hãn, lưỡi nhợt, mạch hư hoặc kết đại. Pháp điều trị là bổ tâm ích khí. Bài thuốc hay dùng là “Quy tỳ thang”.

- Tỳ khí hư: hay gặp ở người lao lực, rối loạn tiêu hóa, ỉa chảy mạn tính do viêm đại tràng, ăn uống không điều độ. Triệu chứng thường gặp là ăn kém, chán ăn, đầy bụng, người mệt mỏi, sắc mặt úa vàng, cân cơ teo nhẽo, đại tiện lỏng, có thể có phù, lưỡi nhợt bệu, rêu trắng, mạch hoãn nhược. Pháp điều trị là kiện tỳ ích khí. Bài thuốc hay dùng là “Tứ quân tử thang”.

- Thận khí hư: có triệu chứng hay gặp là lưng gối đau mỏi, tiểu tiện nhiều mà trong, lưỡi nhợt bệu, rêu trắng mỏng, mạch trầm vô lực hoặc trầm trì. Có thể di tinh hoạt tinh, đại tiểu tiện không tự chủ ở người già. Thận hư

không nạp khí gây hen suyễn, khó thở. Thận hư không khí hóa được bàng quang, không bài tiết được nước tiểu gây phù thũng. Pháp điều trị là ôn bổ thận khí. Bài thuốc hay dùng là “Đại bổ nguyên tiền”.

* Huyết hư: sắc mặt vàng hoặc trắng nhợt, nặng đầu hoa mắt chóng mặt, lưỡi hồng nhợt, ít rêu, mạch tế. Trong đó:

- Tâm huyết hư: Thường do nguồn sinh hóa của huyết không đủ, hoặc do mất huyết, phụ nữ sau sinh... Triệu chứng thường gặp gồm có sắc mặt nhợt, hoa mắt chóng mặt, hay quên, hồi hộp, đánh trống ngực, mất ngủ, môi nhợt lưỡi nhạt, mạch tế nhược. Pháp điều trị là dưỡng huyết an thần. Bài thuốc thường dùng là "Dưỡng tâm thang".

- Can huyết hư là chứng hay gặp ở người già xơ vữa mạch, tăng huyết áp, phụ nữ sau đẻ, rối loạn tiền mãn kinh... Triệu chứng thường gặp gồm đau tức vùng mạn sườn, nhức đầu, ù tai, hoa mắt chóng mặt, chân tay tê dại, mặt trắng bệch, phụ nữ thường kinh nguyệt không đều hoặc không có kinh, lưỡi nhợt, mạch huyền tế. Pháp điều trị là bổ huyết dưỡng can. Bài thuốc dùng “Tứ vật thang” gia vị.

* Dương hư: sắc mặt trắng bệch, sợ lạnh, tay chân lạnh, ra mồ hôi lạnh. Trong đó:

- Tỳ dương hư: thường là hậu quả của tỳ khí hư, hoặc do ăn uống đồ sống lạnh làm tổn thương tỳ dương. Triệu chứng hay gặp: người lạnh, mệt mỏi, chân tay lạnh, sắc mặt vàng úa, ăn ít, đau bụng, sôi bụng, đầy chướng. chườm nóng đỡ đau, gặp lạnh đau tăng, đại tiện phân lỏng nát, lưỡi nhợt, rêu trắng, mạch tế nhược. Pháp điều trị là ôn trung kiện tỳ. Bài thuốc hay dùng là “Phụ tử lý trung thang”.

- Thận dương hư: thường gặp ở người già lão suy, ốm yếu lâu ngày không khỏi, hao tổn quá độ, hoặc người vốn dương hư, mệnh môn hỏa suy. Triệu chứng là sắc mặt trắng bệch, sợ lạnh, chân tay lạnh, đau mỏi lưng, di

ting, liệt dương, răng yếu, ngũ canh tả, tiểu nhiều, chất lưỡi nhợt, rêu trắng, mạch trầm trì. Pháp điều trị là ôn bổ thận dương. Bài thuốc dùng chọn một trong số các bài “Thận khí hoàn”, “Hữu quy hoàn”, “Tứ thần hoàn”.

- Tâm dương hư hay gặp triệu chứng: tâm quý, tự hãn, mệt mỏi, thích nằm, đau vùng ngực, sắc mặt xanh, chất lưỡi nhợt hoặc tím tối, mạch trầm trì hoặc tế nhược. Pháp điều trị là ích khí ôn dương. Bài thuốc dùng “Bảo nguyên thang”.

* Âm hư: sắc mặt đỏ, triều nhiệt, ngũ tâm phiền nhiệt, hư phiền không yên, đạo hãn, miệng khô, chất lưỡi đỏ ít rêu, mạch tế vô lực. Trong đó có:

- Phế âm hư: thường do thương tổn phế âm lâu ngày, nhiệt tà thương phế hoặc mất nhiều mồ hôi, tân dịch thiếu không nuôi dưỡng được phế. Triệu chứng thường gặp gồm người gầy, họng khô, ho khan, khản tiếng, hoặc ho có máu triều nhiệt, đạo hãn, chất lưỡi khô, mạch tế sắc. Pháp điều trị là dưỡng phế âm thanh nhiệt. Bài thuốc hay dùng là “Sa sâm mạch đông thang”.

- Tâm âm hư: thường do nguồn sinh hóa của huyết thiếu, hoặc mất máu tâm hỏa thịnh. Các triệu chứng hay gặp là sắc mặt hồng, hồi hộp, mất ngủ, hay quên, phiền táo, đạo hãn lòng bàn tay bàn chân nóng, miệng khô, lưỡi đỏ ít rêu, loét miệng hoặc lưỡi, mạch tế sắc. Pháp điều trị là tư dưỡng tâm âm, an thần. Bài thuốc hay dùng là “Thiên vương bổ tâm đan” hoặc “Bá tử dưỡng tâm hoàn”.

- Tỳ vị âm hư: hay gặp ở bệnh nhân sau mắc các bệnh truyền nhiễm. Thường gặp các triệu chứng: miệng họng khô, sắc mặt đỏ không muốn ăn, tâm phiền, sốt nhẹ, nôn khan, nấc, có thể có loét miệng lưỡi, táo bón, lưỡi khô, rêu ít hoặc không có rêu, mạch tế sắc. Pháp điều trị là tư dưỡng vị âm. Thường dùng bài thuốc “Ích vị thang”.

- Can âm hư: thường gặp ở phụ nữ tiền mãn kinh, tăng huyết áp, suy nhược thần kinh. Triệu chứng hay gặp gồm: sắc mặt hồng, đau đầu, chóng

mặt, ù tai, dễ cáu gắt, mắt khô, sợ ánh sáng, nhìn không rõ, chân tay tê dại, lưỡi đỏ khô, mạch huyền tế sắc. Pháp điều trị là tư dưỡng can âm. Điều trị dùng bài thuốc “Bổ can thang”.

- Thận âm hư: hay gặp ở bệnh nhân suy nhược thần kinh, tăng huyết áp. bệnh hệ thống, thời kỳ hồi phục của các bệnh truyền nhiễm. Triệu chứng thường gặp là: Đau mỗi vùng thắt lưng, mỗi gối, hai chân rã rời, nhức đầu, ù tai, hoa mắt chóng mặt, răng lung lay, họng khô, miệng khô, lòng bàn tay bàn chân nóng, mất ngủ, đạo hãn, cốt chung, lưỡi đỏ, mạch trầm sắc. Pháp điều trị là tư bổ thận âm. Điều trị sử dụng bài thuốc “Tả quy hoàn”.

1.5. Bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao ⁴

1.5.1. Xuất xứ bài thuốc

Bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao là bài thuốc thuộc quyển 45 (Tâm đắc thần phương) của cuốn sách Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh, là bài thuốc cổ phương rất có giá trị trong phục hồi các chứng hư. Theo kinh nghiệm của Hải Thượng lãn ông thì bài thuốc này rất có hiệu quả trong điều trị các chứng hư của cơ thể.

1.5.2 Thành phần của bài thuốc

Bảng 1.2. Tên, tính vị quy kinh và tác dụng của các vị thuốc ^{45,46}

Tên thuốc	Tính	Vị	Quy kinh	Tác dụng
Hoàng kỳ <i>Radix astagali</i>	Ôn	Ngọt	Phế, Tỳ	Bổ khí, liễm hãn, tiêu viêm, thăng dương khí của tỳ, lợi niệu.
Đương quy <i>Radix Angenicae Sinensis</i>	Ôn	Ngọt Cay	Tâm Can Tỳ	Bổ huyết, hành huyết Điều kinh, nhuận táo.
Bạch truật <i>Rhizoma</i>	Hơi ôn	Ngọt đắng	Tỳ Vị	Kiện tỳ, táo thấp, cầm mồ hôi, an thai.

Tên thuốc	Tính	Vị	Quy kinh	Tác dụng
<i>Atratillodis Macrocephalae</i>				
Viễn chí <i>Radix Polygalae</i>	Ôn	Đắng	Tâm Thận	Bổ tâm thận, an thần, hóa đàm.
Toan táo nhân <i>Semen Ziziphi juzubae</i>	Bình	Ngọt, hơi đắng	Tâm Can Đờm Tỳ	Dưỡng tâm an thần Sinh tân chỉ khát.
Phục thần <i>Poria</i>	Bình	Ngọt nhạt	Tâm Can Tỳ Phế Thận	An thần
Thục địa <i>Rhizoma glutinosa</i>	Hơi ấm	Ngọt	Tâm Can Thận	Bổ huyết dưỡng âm
Mạch môn <i>Ophiopogon japonicus</i>	Hàn	Ngọt hơi đắng	Phế Vị Tâm	An thần, bổ phế, thanh nhiệt và giải độc, lợi tiểu, ích tinh - tân dịch.
Bạch thược <i>Paeonia lactiflora Pall</i>	Hàn	Đắng Chua	Tỳ Can Phế	Dưỡng huyết, chỉ thống, giáng khí, liễm âm, điều dưỡng tâm can huyết.
Đỗ trọng <i>Eucomia ulmoides Oliv</i>	Ôn	Ngọt hơi cay	Can Thận	Lợi tiểu, ôn thận, tráng dương, mạnh gân cốt, an thai, nhuận can táo, bổ can hư.
Ngưu tất <i>Achyranthes bidetata Blume</i>	Bình	Chua Đắng	Can Thận	Thông huyết mạch, làm tan máu ứ, giải nhiệt, tiêu ung thũng, sung tẩy, mạnh gân cốt.

Tên thuốc	Tính	Vị	Quy kinh	Tác dụng
Nhân sâm <i>Panax ginseng</i>	Ôn	Ngọt Hơi đắng	Cả ngũ tạng	Đại bổ nguyên khí ích huyết sinh tân, định thần, ích trí, sáng mắt, tăng tuổi thọ.
Phục linh <i>Poria cocos wolf</i>	Bình	Ngọt nhạt	Tỳ Thận	Lợi niệu, kiện tỳ, an thần, cố thận chữa di tinh.
Liên nhục <i>Semen Nelumbinis</i>	Bình	Ngọt nhạt	Tâm Tỳ Thận	Ích thận, bổ tỳ, sáp trường, an thần, dưỡng tâm, cố tinh, với có tác dụng bổ khí huyết, thanh tâm, thanh hỏa, hóa ứ, mạnh Tỳ, trừ nhiệt, chỉ khát.

1.5.3 Cách dùng

Các vị thuốc sắc cùng nhau, ngày uống 2 lần, mỗi lần 200ml, uống sáng – chiều.

Thuốc được sắc và đóng túi tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Bạch Mai theo quy trình sắc thuốc và đóng gói thuốc của Bộ Y tế.

1.5.4 Tác dụng

Kiện tỳ, bổ dưỡng can huyết, bổ thận, ích khí, dưỡng tâm an thần, liễm phế.

1.5.5 Phân tích bài thuốc

a. Nhân sâm là vị thuốc đại bổ nguyên khí, vào cả ngũ tạng, kiện tỳ khí, phế khí và thận khí.

b. Hoàng kỳ, Bạch truật, Phục linh: cùng sao vàng, kiện tỳ thổ, kích thích tiêu hóa, trừ thấp, có lợi cho hậu thiên, hỗ trợ phục hồi cho các chứng hư suy có ảnh hưởng đến tiêu hóa. Phục linh trừ thấp kiện tỳ, càng làm cho gốc của hậu thiên được củng cố. Theo lý luận Y học cổ truyền, tỳ thổ khi vượng thì sẽ sinh ra phế kim mạnh, lý lẽ kiện tỳ ích phế là như vậy.

c. Thục địa, Quy thân, Bạch thược: bổ huyết, bổ thận huyết, bổ can huyết, hoạt huyết, điều kinh, các vị Thục địa và Bạch Thược thường có trong các bài thuốc cổ phương bổ huyết; có thêm vai trò của Ngưu tất hành huyết đi đến các chi thể, đặc biệt là chi dưới.

d. Thục địa, Mạch môn: ôn dưỡng thận huyết, bổ dưỡng cho huyết của thận tinh là gốc của tiên thiên. Có tác dụng bồi bổ khí huyết hư suy trong các chứng hư lao.

e. Liên nhục, Phục thần, Táo nhân, Viễn chí: dưỡng tâm huyết, an thần, định giấc ngủ. Kết hợp cùng các vị thuốc dưỡng huyết, hoạt huyết để nuôi dưỡng tâm huyết được tốt hơn, nâng cao hiệu quả và chất lượng giấc ngủ.

f. Mạch môn, Đỗ trọng, Ngưu tất: bổ thận, mạnh gân cốt, phối hợp cùng các vị bổ can thận huyết, kiện tỳ thổ làm cho hệ vận động bao gồm cơ nhục, gân cốt được kiện cường, vận động nhẹ nhàng linh hoạt, đặc biệt tốt khi có các chứng hư.

g. Các vị bổ khí: Nhân sâm, Hoàng kỳ, Bạch truật

h. Các vị bổ huyết: Thục địa, Bạch thược, Đương quy

*** Từ cơ sở trên, nhóm nghiên cứu xin đưa ra phân tích bài thuốc như sau**

- Tác dụng: dưỡng tâm tỳ, hòa can tư thận, thanh phế, bổ vinh, điều vệ, chữa các chứng hư thuộc về hậu thiên

- Phương này cốt yếu làm cho tinh hoa năm tạng liễm nạp về thận, cho nên hợp với các vị thuốc khí huyết làm thành hội

- Quân: Thục địa bổ thận âm dưỡng tinh tiên thiên và hậu thiên, bổ huyết làm chủ được kết hợp với Nhân sâm đại bổ nguyên khí (bao gồm khí tiên thiên và hậu thiên) giúp cho quá trình khí hóa của thận thủy được thuận lợi

- Thần: Hoàng kỳ, Bạch truật, Bạch linh Phục thần, Liên nhục, Táo nhân, Viễn chí có tác dụng kiện tỳ ích tâm giúp cho cơ thể suy nhược thu nạp và vận hóa ngũ cốc được thông sướng, tinh thần khỏe mạnh ăn ngủ tốt hơn. Hoàng kỳ chính mật sao có tác dụng kiện tỳ, ích khí, thăng khí hóa khắp toàn thân giúp

cho cơ nhục mạnh khỏe hồi phục. Bạch truyệt tẩm sữa sao giảm bớt tính táo thấp của Bạch truyệt kết hợp với Bạch linh, Phục thần tẩm rượu sao cùng với Hoàng kỳ giúp cho quá trình vận hóa thủy thấp của tỳ vị trơn vẹn hơn.

- Tá: Đương quy, Bạch thược, Đỗ trọng, Ngưu tất tẩm rượu sao. Đương quy, Bạch thược có tác dụng bổ huyết hòa can, dưỡng can huyết cùng với Thục địa có tác dụng tư bổ can thận nhu dưỡng cân cốt. Đỗ trọng, Ngưu tất tẩm rượu sao có tác dụng bổ thận dương làm mạnh cân cốt, lưng gối.

- Sứ: Mạch môn sao với gạo làm giảm bớt tính hàn, tính nê trệ của Mạch môn cùng với Viễn chí tẩm nước Cam thảo sao có tác dụng bổ phế âm, nhuận phế, tiêu đàm nên có tác dụng thanh phế dưỡng vinh.

1.6 Các nghiên cứu về các bài thuốc bổ dưỡng của Y học cổ truyền.

- Nguyễn Thị Kiều Oanh nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Lục vị quy thược trên bệnh nhân loãng xương – thiếu xương nhận thấy: với 40 bệnh nhân loãng xương thể can thận âm hư được điều trị bằng thuốc Lục Vị Quy Thược trong thời gian 6 tháng có 29/40 bệnh nhân cải thiện các dấu hiệu lâm sàng chiếm 72,5%, ít tác dụng ngoại ý⁴⁷.

- Nguyễn Thị Phương Thảo, nghiên cứu tác dụng của bài Lục vị kết hợp Hoàng liên a giao thang trong điều trị tiền mãn kinh và mãn kinh thể tâm thận bất giao, nhận thấy: Bài thuốc có tác dụng cải thiện rõ rệt một số triệu chứng ở phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh: chóng mặt (từ 84% xuống còn 48,9%) bốc hỏa (từ 95,5% xuống còn 48,9%), hồi hộp (từ 88,9% xuống còn 51,1%) đau đầu (từ 28,9% xuống còn 17,7%), mất ngủ (từ 80% xuống còn 26,7%) tâm tính thất thường (từ 28,9% xuống còn 20%), dễ bị kích động (từ 48,9% xuống còn 28,9%). Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ⁴⁸.

- Nguyễn Tuyết Trang đánh giá tác dụng của bài thuốc Quy tỳ thang trong điều trị chứng hư lao thể tâm tỳ hư, nhận thấy: Bài thuốc Quy Tỳ thang có tác dụng cải thiện rõ rệt tình trạng suy nhược cơ thể: (1) Thể hiện qua mức giảm điểm BUGARD - CROCQ: Số điểm BUGARD – CROCQ trung bình

của các bệnh nhân sau điều trị giảm rõ rệt, trung bình giảm $53.5 = 22.37$ điểm / bệnh nhân / 21 ngày. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Đã có 23.3% bệnh nhân đã thoát khỏi tình trạng suy nhược. 100% bệnh nhân đáp ứng với điều trị. Trong đó 93.34% bệnh nhân đáp ứng ở mức độ khả và tốt. (2) Thể hiện qua sự cải thiện thang điểm đánh giá mức độ rối loạn giấc ngủ Pittsburgh: 19 bệnh nhân chiếm 63.33% có cải thiện mức độ rối loạn giấc ngủ. Rối loạn giấc ngủ ở mức độ nặng giảm từ 50% xuống còn 13.33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. (3) Thể hiện qua sự cải thiện cơ lực: cơ lực trung bình ở cả 2 tay sau điều trị đều tăng ở mức có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Ở tay phải cơ lực trung bình tăng $1.37 + 2.69$ kg. Ở tay trái cơ lực trung bình tăng 1.43 ± 3.65 kg. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ ⁴⁹.

- Trần Mai Anh đánh giá tác dụng điều trị của cao lỏng Tứ quân với bệnh nhân hư lao thể tỳ khí hư, nhận thấy: Tác dụng của Cao lỏng Tứ quân trên bệnh nhân Hư lao thể Tỳ khí hư: (1) Các triệu chứng tỳ khí hư đều được cải thiện qua thời gian dùng thuốc, trong đó, ăn uống kém giảm 88%; tinh thần mệt mỏi giảm 70%. (2) Về cân nặng, bệnh nhân tăng $0,8 \pm 0,5$ kg sau 30 ngày và $1,7 \pm 0,9$ kg sau 60 ngày điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. BMI trung bình tăng $0,7 \pm 0,3$ sau 60 ngày ($p < 0,05$). (3) Chỉ số chất lượng giấc ngủ PSQI giảm $2,9 \pm 1,3$ điểm ($p < 0,05$). Chỉ số CLCS SF36 tăng trung bình $18,5 \pm 11,2$ điểm ($p < 0,05$) ⁵⁰.

- Ngô Danh Lục nghiên cứu tác dụng của viên nang nhân sâm dưỡng vinh điều trị chứng hư lao thể tâm tỳ hư ở người cao tuổi, nhận thấy: Sau 60 ngày điều trị: 81,96% bệnh nhân hết mệt mỏi; 96,72% bệnh nhân có cảm giác chất lượng giấc ngủ tốt, số giờ ngủ trung bình trong ngày tăng 41,3%; 88,52% bệnh nhân ăn hết khẩu phần ăn, 77,05% bệnh nhân có cảm giác ăn ngon miệng; 80,33% bệnh nhân hết hồi hộp trống ngực; ngoài ra một số triệu chứng

khác cũng được cải thiện rõ rệt. So sánh trước và sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)⁵¹.

- Quách Chấn Lương, Tô Chấn Linh và cộng sự (2015) phân tích Meta của các nghiên cứu trên 811 bệnh nhân viêm đại tràng kích thích (Nhóm nghiên cứu 425 bệnh nhân dùng Tứ quân tử thang hợp Tả yếu phương, nhóm chứng 316 bệnh nhân chỉ dùng Tây Y đơn thuần) cho thấy hiệu quả 95% (OR=3,75% CI5,78) cải thiện các triệu chứng lâm sàng⁵².

- Mã Thanh Mai (2003) nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Tứ quân tử thang gia vị đối với khả năng miễn dịch trên bệnh nhân ung thư. Kết quả đối với miễn dịch dịch thể 14 bệnh nhân cho hiệu quả, 4 bệnh nhân không có hiệu quả điều trị. Đối với miễn dịch tế bào, có hiệu quả điều trị trên 17 bệnh nhân, 1 bệnh nhân điều trị không hiệu quả⁵³.

- Lương Siêu, Trương Thắng Hoa, Thiều Chiếu Đệ và cộng sự (2005) đánh giá tác dụng của bài thuốc "Tứ quân tử thang" lên chức năng miễn dịch của 93 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư đường tiêu hoá có đặt sonde dạ dày. Các bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: Nhóm 1 chỉ sử dụng dinh dưỡng qua sonde. Nhóm 2 dinh dưỡng kết hợp với Tứ quân tử thang. Kết quả ở nhóm 2 sử dụng liệu pháp dinh dưỡng kết hợp với bài thuốc Tứ quân tử thang, các chỉ số về miễn dịch dịch thể và miễn dịch tế bào tăng rõ rệt sau 8 ngày điều trị⁵⁴.

- Thái Quân, Vương Hoa, Châu Thắng và cộng sự (2008) nghiên cứu đánh giá tác dụng của bài thuốc Tứ quân tử thang lên tình trạng dinh dưỡng và tế bào lympho T trên bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dạ dày, chia làm 3 nhóm: Nhóm chứng: 20 bệnh nhân được bổ sung dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nhóm nghiên cứu A: 21 bệnh nhân chỉ cung cấp dinh dưỡng qua sonde. Nhóm nghiên cứu B: 18 bệnh nhân, ngoài bổ sung dinh dưỡng qua sonde giống như nhóm A còn thêm thuốc sắc Tứ quân tử thang 100ml /ngày. Kết quả sau phẫu thuật 1 ngày, CD3, CD4, CD4/CD8 của cả ba nhóm đều giảm. Sau phẫu thuật 10 ngày, hai nhóm nghiên cứu A và B đều tăng cao hơn

so với nhóm chứng, trong đó nhóm uống Tứ quân tử thang tăng cao hơn nhóm A chỉ dùng dinh dưỡng qua sonde ⁵⁵.

- Năm 2021 Tác giả Trương Hồng, Đại học Trung y dược Phúc Kiến với luận văn thạc sĩ “Quan sát hiệu quả điều trị của Thập toàn đại bổ thang kết hợp hóa trị trong điều trị bệnh ung thư dạ dày thể khí hư huyết ứ giai đoạn muộn”. Phương pháp: Chọn 60 bệnh nhân mắc hội chứng ung thư dạ dày giai đoạn muộn thuộc hội chứng khí trệ huyết ứ. Theo phương pháp bảng số ngẫu nhiên, họ được chia thành nhóm điều trị và nhóm đối chứng. Nhóm trị liệu: Trên cơ sở hóa trị, các bệnh nhân được dùng thêm thuốc sắc Thập toàn đại bổ, trong khi nhóm đối chứng chỉ dùng thuốc hóa trị. Kết quả cuối cùng còn lại 55 bệnh nhân (5 người huỷ bỏ) nhóm điều trị 28, nhóm đối chiếu 27. Tổng tỷ lệ hiệu quả của bệnh nhân ở nhóm điều trị là 82.14% và của bệnh nhân ở nhóm đối chứng là 66.67%, triệu chứng sau điều trị của nhóm điều trị tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0.05$) Số lượng bạch cầu, huyết sắc tố và tiểu cầu của bệnh nhân trong nhóm điều trị không có sự thay đổi đáng kể về số lượng. Bệnh nhân trong nhóm đối chứng giảm số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu và thiếu máu. Kết luận: Thập toàn đại bổ thang kết hợp hóa trị trong điều trị ung thư dạ dày thể khí hư huyết ứ giai đoạn muộn có tác dụng chữa bệnh nhất định, đồng thời có thể cải thiện hiệu quả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và giảm tỷ lệ tái ung thư. Xứng đáng được ứng dụng và thúc đẩy lâm sàng ⁵⁶.

CHƯƠNG 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

Bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao

STT	Tên thuốc	Tên khoa học	Liều lượng (g)	Tiêu chuẩn
1	Hoàng kỳ	<i>Radix astagali</i>	16	DĐVN V
2	Đương quy	<i>Radix Angenicae Sinensis</i>	16	DĐVN V
3	Bạch truật	<i>Rhizoma Atratillodis Macrocephalae</i>	16	DĐVN V
4	Viễn chí	<i>Radix Polygalae</i>	8	DĐVN V
5	Toan táo nhân	<i>Semen Ziziphi jujubae</i>	20	DĐVN V
6	Phục thần	<i>Poria</i>	12	DĐVN V
7	Thục địa	<i>Rhizoma glutinosa</i>	24	DĐVN V
8	Mạch môn	<i>Ophiopogon japonicus</i>	8	DĐVN V
9	Bạch thược	<i>Paeonia lactiflora Pall</i>	10	DĐVN V
10	Đỗ trọng	<i>Eucomia ulmoides Oliv</i>	12	DĐVN V
11	Ngưu tất	<i>Achyranthes bidetata Blume</i>	12	DĐVN V
12	Nhân sâm	<i>Panax ginseng</i>	20	DĐVN V
13	Phục linh	<i>Poria cocos wolf</i>	12	DĐVN V
14	Liên nhục	<i>Semen Nelumbinis</i>	20	DĐVN V

Dạng sử dụng: các vị thuốc với hàm lượng trên dùng làm thang sắc uống hàng ngày, mỗi thang sắc uống 2 lần/ngày chia sáng – chiều, liên tục trong 30 ngày. Thuốc được sắc và cấp phát tại khoa Y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai. Quy trình sắc và đóng túi theo chuẩn quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế. (Phụ lục 7).

2.2 Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHHD^{51,52}

- Người bệnh được phẫu thuật XHN tại bệnh viện Bạch Mai qua giai đoạn cấp, được chuyển sang điều trị tại khoa Y học cổ truyền.

- Tuổi từ 18 trở lên.

- Người bệnh có GCS từ 13 điểm trở lên.

- Có tối thiểu 4 trong các triệu chứng sau: Tự cảm thấy giảm trí nhớ hoặc giảm sức tập trung; Đau họng; Đau mô cơ; Đau nhiều khớp không kèm sưng đỏ; Đau đầu; Giấc ngủ không sâu; Khó chịu sau gắng sức kéo dài trên 24 giờ.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHCT.^{47,48,49.}

- Tinh thần mệt mỏi

- Sắc mặt trắng bệch hoặc vàng nhợt.

- Đoản khí, ngại nói, tiếng nói nhỏ.

- Nặng đầu hoa mắt chóng mặt.

- Chân tay vô lực.

- Lưỡi nhợt.

- Mạch tế nhược.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh^{51,52.}

- Có kèm theo các bệnh nội khoa khác: trầm cảm, tâm thần phân liệt, suy tim, suy gan, suy thận, các bệnh viêm nhiễm cấp tính.

- Trong thời gian điều trị phát hiện các bệnh mới cần phải sử dụng các thuốc giữ nước: corticoid, thuốc chống trầm cảm, nội tiết tố.

- Không tuân thủ chế độ dùng thuốc nghiên cứu, hoặc không tham gia làm đủ các xét nghiệm theo yêu cầu.

- Người bệnh nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hoặc nuôi dưỡng qua sonde dạ dày.
- Phát hiện dấu hiệu dị ứng hoặc nghi ngờ dị ứng thuốc.
- Người bệnh thuộc các thể bệnh khác của YHCT.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, nghiên cứu lâm sàng, so sánh kết quả trước sau.

2.3.2 Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức tính cỡ mẫu: $n = 1,96^2 \times \frac{p \times (1-p)}{\epsilon \times \epsilon}$

- Với $p=0,8$ và $\epsilon = 0,1$ thì $n = 60$

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu là 60 bệnh nhân.

2.3.3 Quy trình nghiên cứu^{52,54}.

- Người bệnh được phẫu thuật XHN qua giai đoạn cấp, chuyển tới khoa Y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai.

- Hỏi bệnh và khám lâm sàng toàn diện theo mẫu bệnh án thống nhất (Phụ lục 1).

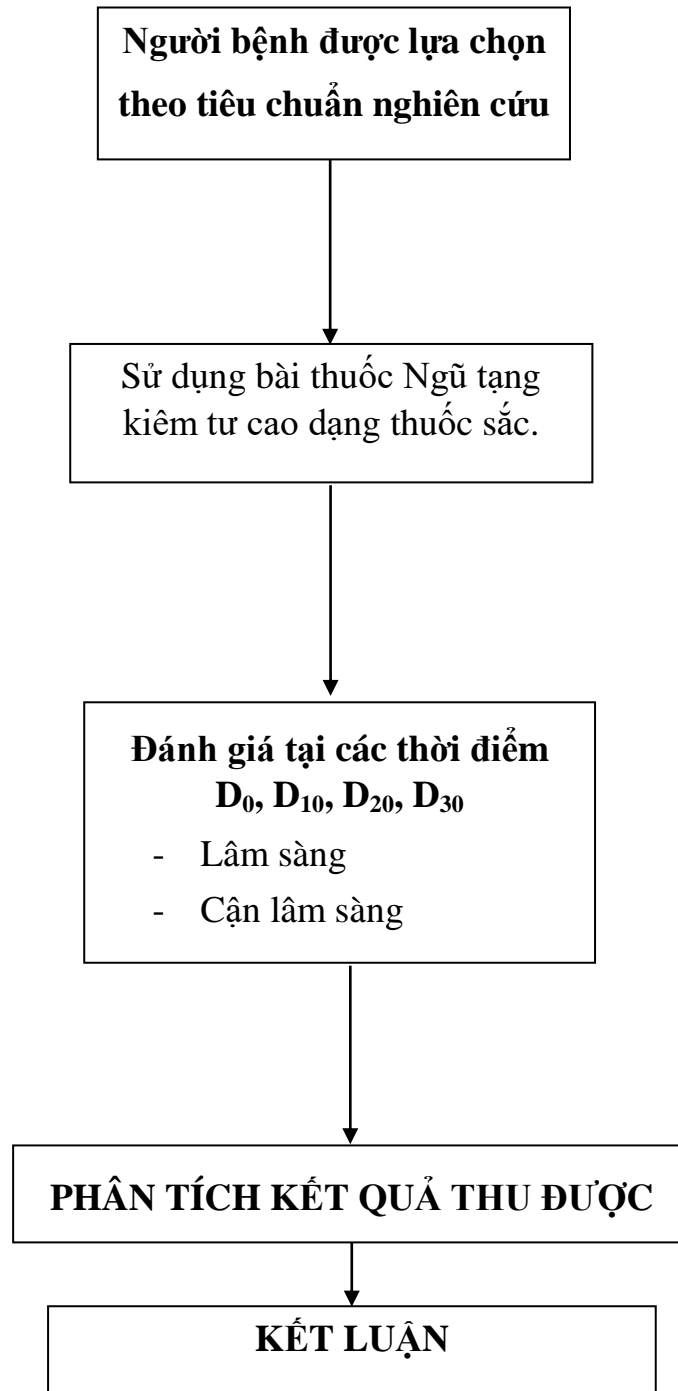
Làm xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu: ure, creatinin, ALT, AST, protein, albumin.

- Người bệnh hàng ngày dùng bài thuốc Ngũ tạng kiên trì cao ở dạng thuốc sắc. Nếu có các bệnh đi kèm thì sẽ sử dụng thuốc y học hiện đại tương ứng: Thuốc hạ áp, thuốc hạ đường huyết....

- Thời gian điều trị 30 ngày.

- Theo dõi dấu hiệu lâm sàng hàng ngày và các chỉ số xét nghiệm tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu là D_0 , D_{10} (ngày thứ 10), D_{20} (ngày thứ 20), D_{30} (ngày thứ 30).

Quy trình nghiên cứu trên lâm sàng được thể hiện bằng sơ đồ sau:



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

2.3.4 Biến số, chỉ số nghiên cứu

a. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ^{49,53,54}.

- Tuổi: chia ra các nhóm 18 – 29 tuổi; 30 – 39 tuổi; 40 – 49 tuổi; 50 – 59 tuổi; ≥ 60 tuổi.

- Giới: nam, nữ

- Nghề nghiệp: lao động tay chân, lao động trí óc, hưu trí.

- Tiền sử THA: có/không

- Tiền sử gia đình, những người cùng huyết thống có XHN: có/không.

- Kích thước ổ XHN: $< 5\text{cm}$ và $\geq 5\text{cm}$.

- Vị trí ổ XHN: trên lều và dưới lều

- Dị dạng mạch não: có/không

b. Các tiêu chí lâm sàng ^{47,48,55,56}:

- Triệu chứng cơ năng

+ Đau đầu: có/không

+ Đau các khớp không kèm sưng đỏ: có/không

+ Đau mô cơ: có/không.

+ Rối loạn giấc ngủ: có/không

+ Giảm trí nhớ hoặc giảm sức tập trung: có/không

+ Khó chịu sau gắng sức, kéo dài quá 24 giờ: có/không

+ Đau họng: có/không

+ Nổi hạch bạch huyết: có/không

- Rối loạn giấc ngủ: đánh giá bằng thang điểm PSQI (phụ lục 2). Cách đánh giá:

• Điểm PSQI ≤ 5 : Chất lượng giấc ngủ tốt.

• Điểm PSQI > 5 : Chất lượng giấc ngủ kém.

- Giảm trí nhớ: Đánh giá bằng thang điểm Mini Cog (phụ lục 3). Cách đánh giá:

- Điểm Mini Cog ≥ 3 : Không có suy giảm trí nhớ.
- Điểm Mini Cog < 3 : Suy giảm trí nhớ.

- Chất lượng cuộc sống (Quality of Life) theo thang điểm SF (phụ lục 4)>

Bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống SF gồm 11 câu hỏi lớn, chứa 36 câu hỏi nhỏ, chia làm 8 phần và 2 lĩnh vực chính là sức khỏe tinh thần và sức khỏe thể chất.

Điểm của mỗi người bệnh sẽ là trung bình cộng của sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Cách đánh giá mức độ được quy định như sau:

- + Từ 0 – 25: Chất lượng cuộc sống kém.
- + Từ 26 - 50: Chất lượng cuộc sống trung bình.
- + Từ 51 – 75: Chất lượng cuộc sống khá.
- + Từ 76 – 100: Chất lượng cuộc sống tốt.

- Sự phục hồi theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS)

Thang điểm mRS bao gồm 7 mức độ đánh giá, từ 0 đến 6, với mỗi mức độ có mô tả chi tiết về khả năng tự chăm sóc bản thân của bệnh nhân (phụ lục 8)

- + Phục hồi tốt khi điểm Rankin giảm ≥ 3 điểm
- + Phục hồi khá khi điểm Rankin giảm 2 điểm
- + Phục hồi trung bình khi điểm Rankin giảm 1 điểm
- + Phục hồi kém khi điểm Rankin không giảm hoặc tăng lên

- Sự phục hồi theo thang điểm Glasgow (Phụ lục 9)

Thang đo đánh giá tình trạng hôn mê và suy giảm ý thức. Đến nay, thang đo Glasgow là thước đo chuẩn, được sử dụng trên toàn thế giới và cũng được Bộ Y tế cho phép sử dụng trong khám chữa bệnh.

- + Phục hồi tốt khi điểm Glasgow tăng 2 điểm.
 - + Phục hồi trung bình khi điểm Glasgow tăng 1 điểm
 - + Phục hồi kém khi điểm Glasgow không tăng hoặc giảm đi.
- Đánh giá mức độ đáp ứng theo YHHĐ dựa vào mức hồi phục theo 5 thang điểm trên (PSQI, Mini-Cog, SF36, Rankin mrs, Glasgow) trong đó nhóm tiêu chuẩn tích cực là: Chất lượng giấc ngủ tốt, Không có suy giảm trí nhớ, Chất lượng cuộc sống tốt/khá, Phục hồi tốt/khá theo thang điểm Rankin mrs, Phục hồi tốt theo thang điểm Glasgow. Mức độ đáp ứng chung là tốt khi đạt $\geq 3/5$ tiêu chuẩn tích cực này. Nếu đạt $\leq 2/5$ tiêu chuẩn tích cực này thì mức độ đáp ứng chung là kém.
- Các triệu chứng YHCT: ^{48,49,50,52}
- + Tinh thần mệt mỏi
 - + Sắc mặt trắng bệch hoặc vàng nhợt.
 - + Đoản khí, ngại nói, tiếng nói nhỏ.
 - + Nặng đầu hoa mắt chóng mặt.
 - + Chân tay vô lực.
 - + Luỡi nhợt.
 - + Mạch tế nhược.
- Đánh giá hiệu quả theo YHCT:
- + Tốt: khi cải thiện $\geq 4/7$ triệu chứng trên
 - + Kém: khi cải thiện $\leq 3/7$ triệu chứng trên hoặc nặng hơn
- Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị theo YHHĐ và kết quả điều trị theo YHCT bao gồm các yếu tố: Tuổi, giới, tiền sử tăng huyết áp, vị trí ổ XHN, kích thước ổ XHN, có dị dạng mạch não.
- Tác dụng không mong muốn: Mẫn ngứa, mề đay, đau bụng, buồn nôn, đại tiện lỏng nát...
 - Mạch, huyết áp.

c. Các chỉ tiêu cận lâm sàng:

- Các chỉ tiêu huyết học: số lượng hồng cầu, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu.

- Các chỉ số sinh hóa: ALT, AST, ure, creatinin, albumin, protein

2.4 Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024.

- Địa điểm: khoa Y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai.

2.5 Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến định tính: sử dụng thuật toán tính %, so sánh sự khác nhau giữa hai tỷ lệ phần trăm sử dụng test χ^2 .

Các biến định lượng: sử dụng thuật toán tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (SD), so sánh hai giá trị trung bình sử dụng T-test, ghép cặp, test t-student.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Sai số và khống chế sai số

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

- Chuẩn hoá trong quá trình sao chép dữ liệu: Kiểm định thông tin thu thập được trên 2 nguồn: bệnh án nghiên cứu và quá trình thăm khám lâm sàng.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng Đề cương luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Đề tài được thông qua Hội đồng Đạo đức Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Thuốc YHCT nhập tại Khoa YHCT - Bệnh viện Bạch Mai; đạt tiêu chuẩn cơ sở.

- Các thông tin liên quan đến người bệnh được giữ kín.

- Các người bệnh trong nghiên cứu đều được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, biết được trách nhiệm và quyền lợi cụ thể của mình, tự nguyện tham gia và hợp tác chấp hành đầy đủ các quy định trong quá trình nghiên cứu.

- Người bệnh có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào.

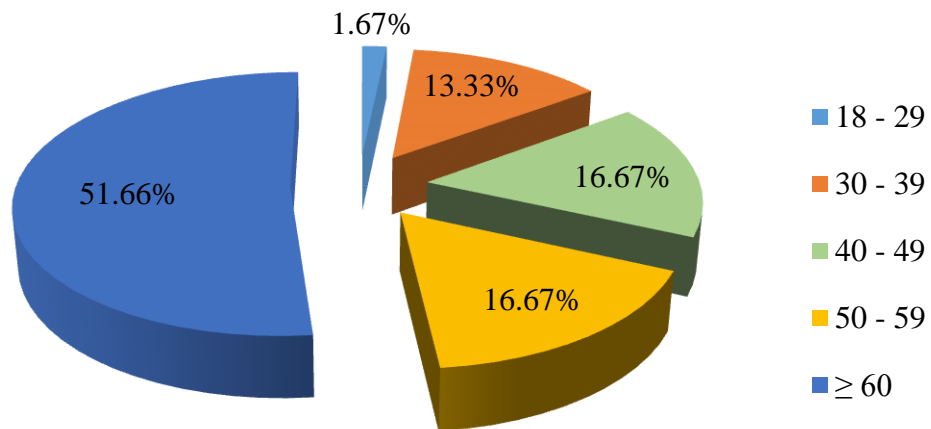
- Nghiên cứu nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng, ngoài ra không có mục đích nào khác.

- Nếu bệnh nặng hoặc xuất hiện các tác dụng không mong muốn sẽ được điều trị bằng phương pháp phù hợp.

CHƯƠNG 3

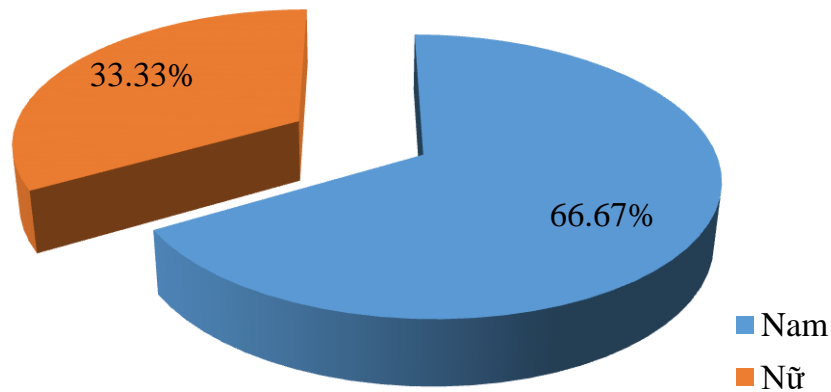
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu



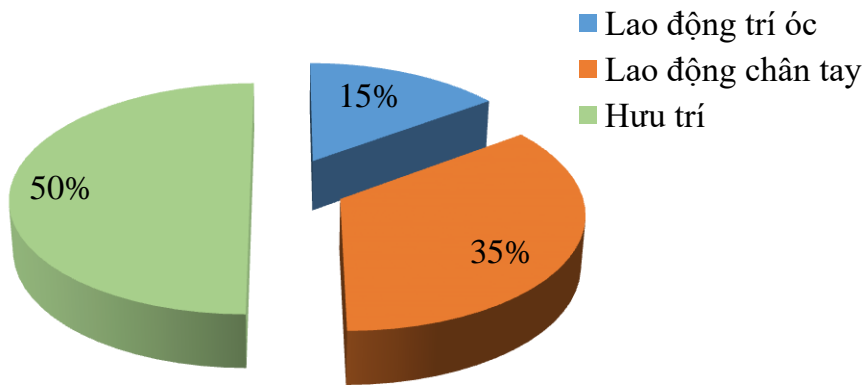
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm phân bố theo tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: ta thấy lứa tuổi dưới 30 tỉ lệ người bệnh rất thấp, chỉ có 1 người bệnh tương đương tỉ lệ 1.67%. Nhóm tuổi 30-39 có 8 người bệnh, tương đương tỉ lệ 13.33%. Nhóm tuổi 40-49 và 50-59 cùng có 10 người bệnh, tương đương tỉ lệ 16.67%. Đặc biệt ở lứa tuổi trên 60 thì số lượng người bệnh nhiều nhất, chiếm số lượng 31 người bệnh tương đương tỉ lệ 51.66%. Lứa tuổi càng cao thì số lượng người bệnh càng nhiều, tỉ lệ càng cao. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63.23 ± 3.25 .



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm phân bố theo giới

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy người bệnh nam giới chiếm ưu thế vượt trội hơn hẳn, số người bệnh nam là 40, tương đương tỉ lệ 66.67%; trong khi số người bệnh nữ là 20, tương đương tỉ lệ 33.33%. Tỉ lệ người bệnh nam cao gấp 2 lần so với nhóm người bệnh nữ.



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm phân bố theo nghề nghiệp

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy số lượng người bệnh lao động trí óc là 9 người tương đương tỉ lệ 15%. Người bệnh lao động chân tay là 21 người, tương đương tỉ lệ 35%. Đặc biệt số người bệnh cao tuổi thuộc nhóm hưu trí là 30 người, tương đương tỉ lệ 50%.

Bảng 3.1. Tiền sử THA

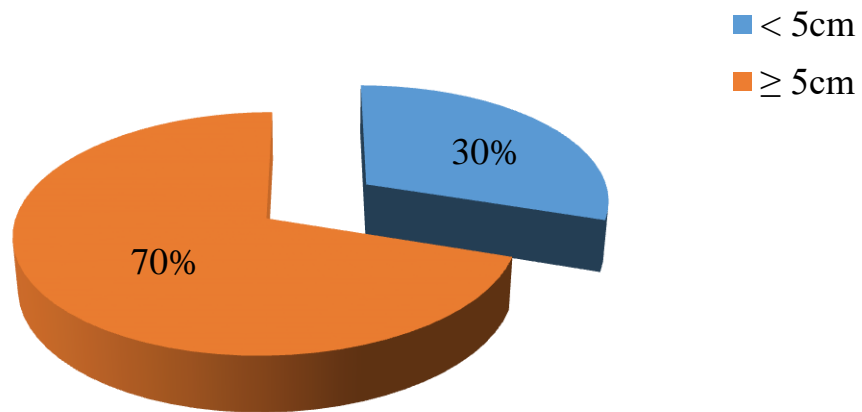
Tăng huyết áp	n	%
Có	27	45
Không	33	55

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy nhóm người bệnh có tiền sử THA trước đó chiếm số lượng 27 người bệnh, tỉ lệ tương đương 45%. Người bệnh không có tiền sử THA là 33, tương đương tỉ lệ 55%.

Bảng 3.2. Tiền sử gia đình XHN

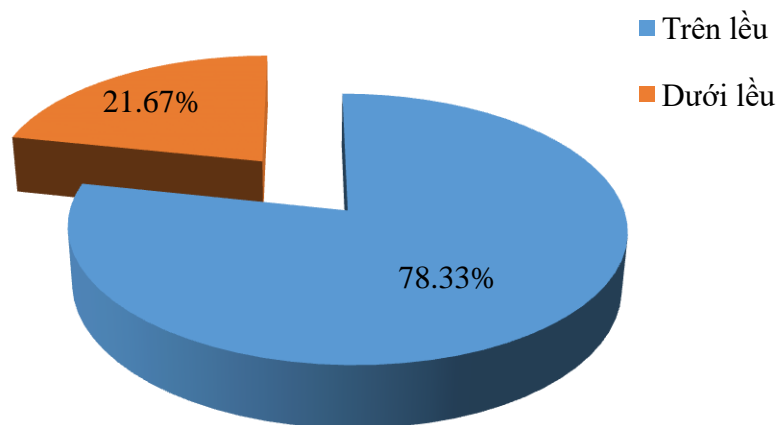
Tiền sử gia đình	n	%
Có xuất huyết não	13	21.67
Không xuất huyết não	47	78.33

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy nhóm người bệnh có tiền sử gia đình có người xuất huyết não là 13 người, tỉ lệ tương đương 21.67%. Trong khi đó số người bệnh không có tiền sử gia đình có người xuất huyết não là 47 người bệnh, tỉ lệ tương đương 78.33%.



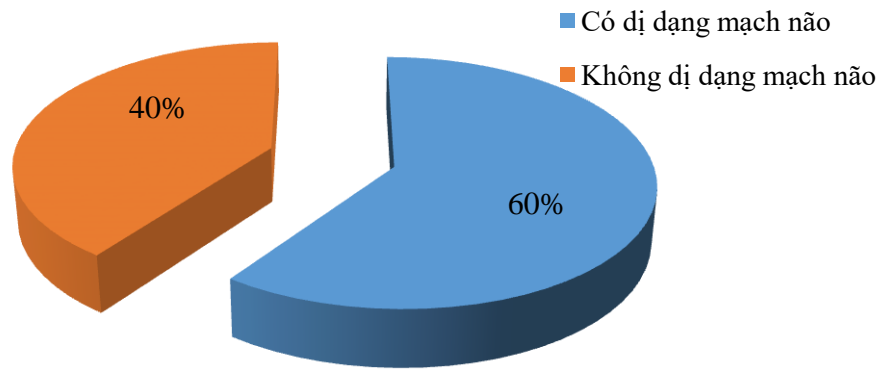
Biểu đồ 3.4. Kích thước ổ XHN

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy nhóm có kích thước ổ XHN < 5cm chiếm tỉ lệ 30%, ít hơn nhiều so với nhóm có kích thước ổ XHN ≥ 5cm là 70%. Kích thước trung bình của ổ XHN là 7.23 ± 1.25 cm.



Biểu đồ 3.5. Vị trí ổ XHN

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy nhóm có vị trí ổ XHN trên lều chiếm tỉ lệ rất lớn là 78.33%, tỉ lệ còn lại 21.67% là của nhóm XHN ở vị trí hố sau.



Biểu đồ 3.6. Tình trạng dị dạng mạch não

Nhận xét: Nhóm dị dạng mạch não chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm không dị dạng mạch não. Tỉ lệ Có dị dạng mạch não/Không dị dạng mạch não là 1.5.

3.2. Kết quả nghiên cứu

Bảng 3.6. Sự thay đổi các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	D0		D ₁₀		D ₂₀		D ₃₀		p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Đau đầu	55	91.67	35	58.33	20	33.33	10	16.67	<0.05
Đau khớp không kèm sưng đỏ	16	26.67	10	16.67	5	8.33	2	3.33	<0.05
Đau mỏi cơ	10	16.67	8	13.33	7	11.67	4	6.67	<0.05
Rối loạn giấc ngủ	50	83.33	43	71.67	40	66.67	20	33.33	<0.05
Giảm trí nhớ	30	50	26	43.33	16	26.67	8	13.33	<0.05
Khó chịu sau gắng sức, kéo dài quá 24 giờ	35	58.33	32	53.33	28	46.67	14	23.33	<0.05
Đau họng	12	20	9	15	6	10	0	0	<0.05
Nổi hạch bạch huyết	6	10	3	5	2	3.33	2	3.33	<0.05

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy số lượng người bệnh ở các nhóm triệu chứng cơ năng có sự khác nhau rõ rệt. Nhóm người bệnh có triệu chứng đau đầu chiếm số lượng gần như tuyệt đối, số lượng 55 người bệnh, tỉ lệ 91.67%. Tiếp theo đó là triệu chứng rối loạn giấc ngủ, có 50 người bệnh, tỉ lệ 83.33%; triệu chứng khó chịu sau khi gắng sức, kéo dài quá 24 giờ, có 35 người bệnh, tương đương tỉ lệ 58.33%; triệu chứng giảm trí nhớ có 30 người bệnh. Sự thay đổi của từng nhóm triệu chứng cơ năng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.7. Sự thay đổi chất lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI

Thời gian \ Mức độ	D ₀		D ₁₀		D ₂₀		D ₃₀		p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Chất lượng kém	60	100	57	95	38	63.33	15	25	<0.05
Chất lượng tốt	0	0	3	5	22	36.67	45	75	<0.05
($\bar{X} \pm SD$)	9.23±2.36		8.29±2.35		7.84±1.55		4.09±1.13		<0.05
$\Delta D_0 - D_{30}$	4.75±1.86								

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy tất cả người bệnh trong những ngày đầu sau mổ có hiện tượng rối loạn chất lượng giấc ngủ, số lượng 60 người bệnh, tương đương tỉ lệ 100% có chất lượng giấc ngủ kém. Sau đó số lượng người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt tăng dần, tại D₀ không có người bệnh nào có chất lượng giấc ngủ tốt, tại D₁₀ có 3 người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt, tương đương 5%; tại D₂₀ có 22 người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt, tương đương tỉ lệ 36.67%; tại D₃₀ có 45 người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt, tương đương tỉ lệ 75%. Sự thay đổi về số lượng người bệnh tại 4 thời điểm có sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số điểm trung bình theo thang điểm PSQI tại các thời điểm D_0 là 9.23 ± 2.36 , D_{10} là 8.29 ± 2.35 , D_{20} là 7.84 ± 1.55 và D_{30} là 4.09 ± 1.13 . Sự giảm điểm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Hiệu số điểm PSQI trung bình của ngày đầu và ngày cuối là 4.75 ± 1.86 .

Bảng 3.8. Sự thay đổi mức độ suy giảm trí nhớ theo thang điểm Mini – Cog

Thời gian Mức độ	D_0		D_{10}		D_{20}		D_{30}		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Có suy giảm trí nhớ	40	66.67	27	45	20	33.33	15	25	<0.05
Không suy giảm trí nhớ	20	33.33	33	55	40	66.67	45	75	<0.05
($\bar{X} \pm SD$)	2.42 ± 0.32		3.29 ± 0.35		3.84 ± 0.36		4.09 ± 0.27		<0.05
$\Delta D_{30} - D_0$	1.85 ± 0.37								

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy số lượng người bệnh có suy giảm trí nhớ tại thời điểm D_0 là 40, tương đương tỉ lệ 66.67%; tại thời điểm D_{10} là 27, tương đương tỉ lệ 45%; tại thời điểm D_{20} là 20, tương đương tỉ lệ 33.33%; tại thời điểm D_{30} là 15, tương đương tỉ lệ 25%. Sự giảm số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Đồng thời số lượng người bệnh không suy giảm trí nhớ tại thời điểm D_0 là 20, tương đương tỉ lệ 33.33%; tại thời điểm D_{10} là 33, tương đương tỉ lệ 55%; tại thời điểm D_{20} là 40, tương đương tỉ lệ 66.67%; tại thời điểm D_{30} là 45, tương đương tỉ lệ 75%. Sự tăng số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Điểm Mini – Cog qua các thời điểm có sự thay đổi, tại D_0 là 2.42 ± 0.32 , tại D_{10} là 3.29 ± 0.35 , tại D_{20} là 3.84 ± 0.36 , tại D_{30} là 4.09 ± 0.27 . Sự tăng dần điểm Mini – Cog trung bình có ý nghĩa với $p < 0.05$. Hiệu số điểm Mini – Cog của ngày cuối và ngày đầu nghiên cứu là 1.85 ± 0.37 .

Bảng 3.9. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF36

Thời gian Mức độ	D_0		D_{10}		D_{20}		D_{30}		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	5	8.33	15	25	26	43.33	38	63.33	<0.05
Khá	8	13.33	20	33.33	20	33.33	12	20	<0.05
Trung bình	40	66.67	16	26.67	8	13.34	8	13.33	<0.05
Kém	7	11.67	9	15	6	10	2	3.34	<0.05
$(\bar{X} \pm SD)$	43.25 ± 6.52		60.23 ± 5.37		68.47 ± 5.96		77.48 ± 4.36		<0.05
$\Delta D_{30} - D_0$	25.64 ± 5.62								

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt tại thời điểm D_0 là 5, tương đương tỉ lệ 8.33%; tại thời điểm D_{10} là 15, tương đương tỉ lệ 25%; tại thời điểm D_{20} là 26, tương đương tỉ lệ 43.33%; tại thời điểm D_{30} là 38, tương đương tỉ lệ 63.33%. Sự tăng số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống khá tại thời điểm D_0 là 8, tương đương tỉ lệ 13.33%; tại thời điểm D_{10} là 20, tương đương tỉ lệ 33.33%; tại thời điểm D_{20} là 20, tương đương tỉ lệ 23.33%; tại thời điểm D_{30} là 12, tương đương tỉ lệ 20%. Sự thay đổi số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống trung bình tại thời điểm D_0 là 40, tương đương tỉ lệ 66.67%; tại thời điểm D_{10} là 16, tương đương tỉ lệ 26.67%; tại thời điểm D_{20} là 8, tương đương tỉ lệ 13.34%; tại thời điểm D_{30} là 8, tương đương tỉ lệ 13.33%. Sự giảm số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống kém tại thời điểm D_0 là 7, tương đương tỉ lệ 11.67%; tại thời điểm D_{10} là 9, tương đương tỉ lệ 15%; tại thời điểm D_{20} là 6, tương đương tỉ lệ 10%; tại thời điểm D_{30} là 2, tương đương tỉ lệ 3.34%. Sự thay đổi số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt tăng nhiều và tăng đều, có sự khác biệt rõ rệt tại thời điểm bắt đầu và kết thúc nghiên cứu. Số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống khá có khi tăng khi giảm nhưng nhìn chung là tăng. Số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống kém giảm nhiều, từ 40 tại thời điểm D_0 xuống còn 8 người bệnh tại thời điểm D_{30} . Số lượng người bệnh có chất lượng cuộc sống kém có sự biến thiên không đều, nhưng xu thế là giảm.

Điểm SF36 qua các thời điểm có sự thay đổi, tại D_0 là 43.25 ± 6.52 , tại D_{10} là 60.23 ± 5.37 , tại D_{20} là 68.47 ± 5.96 , tại D_{30} là 77.48 ± 4.36 . Sự tăng dần điểm SF36 trung bình có ý nghĩa với $p < 0.05$. Hiệu số điểm SF36 của ngày cuối và ngày đầu nghiên cứu là 24.64 ± 5.62 .

Bảng 3.3 Sự thay đổi thang điểm Rankin sửa đổi mRS

Thời gian Mức độ	D ₀		D ₁₀		D ₂₀		D ₃₀		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0 điểm	0	0	3	5	7	11.67	10	16.67	<0.05
1 điểm	5	8.33	6	10	13	21.67	16	26.67	<0.05
2 điểm	7	11.67	15	25	15	25	16	26.67	<0.05
3 điểm	18	30	14	23.33	10	16.67	8	13.33	<0.05
4 điểm	15	25	12	20	8	13.33	7	11.66	<0.05
5 điểm	15	25	10	16.67	7	11.66	3	5	<0.05
($\bar{x} \pm SD$)	3.42±0.32		2.89±0.35		2.34±0.36		1.89±0.27		<0.05
$\Delta D_0 - D_{30}$	1.64±0.22								

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy số lượng người bệnh có điểm Rankin 0 điểm tại thời điểm D₀ là 0, tương đương tỉ lệ 0%; tại thời điểm D₁₀ là 3, tương đương tỉ lệ 5%; tại thời điểm D₂₀ là 7, tương đương tỉ lệ 11.67%; tại thời điểm D₃₀ là 10, tương đương tỉ lệ 16.67%. Mặc dù tỉ lệ ở nhóm 0 điểm còn thấp nhưng sự tăng số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có điểm Rankin 1 điểm tại thời điểm D₀ là 5, tương đương tỉ lệ 8.33%; tại thời điểm D₁₀ là 6, tương đương tỉ lệ 10%; tại thời điểm D₂₀ là 13, tương đương tỉ lệ 21.67%; tại thời điểm D₃₀ là 16, tương đương tỉ lệ 26.67%. Mặc dù tỉ lệ ở nhóm 1 điểm còn thấp nhưng sự tăng số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có điểm Rankin 2 điểm tại thời điểm D₀ là 7, tương đương tỉ lệ 11.67%; tại thời điểm D₁₀ là 15, tương đương tỉ lệ 25%; tại thời điểm D₂₀ là 15, tương đương tỉ lệ 25%; tại thời điểm D₃₀ là 16, tương đương tỉ lệ 26.67%. Sự tăng số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

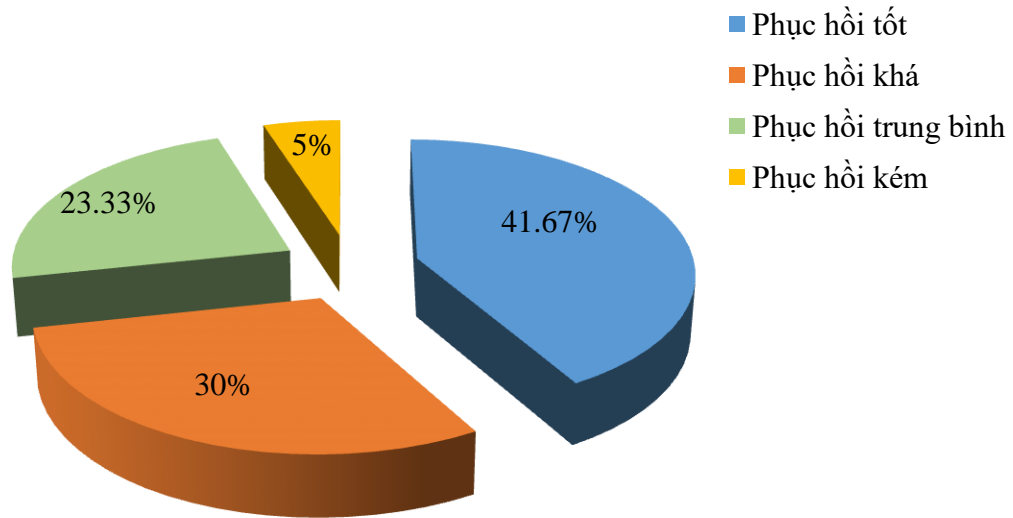
Số lượng người bệnh có điểm Rankin 3 điểm tại thời điểm D_0 là 18, tương đương tỉ lệ 30%; tại thời điểm D_{10} là 14, tương đương tỉ lệ 23.33%; tại thời điểm D_{20} là 10, tương đương tỉ lệ 16.67%; tại thời điểm D_{30} là 8, tương đương tỉ lệ 13.33%. Sự giảm số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có điểm Rankin 4 điểm tại thời điểm D_0 là 15, tương đương tỉ lệ 25%; tại thời điểm D_{10} là 12, tương đương tỉ lệ 20%; tại thời điểm D_{20} là 8, tương đương tỉ lệ 13.33%; tại thời điểm D_{30} là 7, tương đương tỉ lệ 11.66%. Sự giảm số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có điểm Rankin 5 điểm tại thời điểm D_0 là 15, tương đương tỉ lệ 25%; tại thời điểm D_{10} là 10, tương đương tỉ lệ 16.67%; tại thời điểm D_{20} là 7, tương đương tỉ lệ 11.66%; tại thời điểm D_{30} là 3, tương đương tỉ lệ 5%. Sự giảm số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Nhìn chung nhóm người bệnh có điểm Rankin từ 0-2 điểm có xu thế tăng dần, tại D_0 chỉ có 12 người bệnh, tại D_{30} có 42 người bệnh. Nhóm Rankin từ 3-5 điểm tương ứng có số lượng giảm dần tại D_0 là 48 người bệnh, tại D_{30} là 18 người bệnh.

Điểm Rankin trung bình thay đổi theo từng thời điểm tại D_0 là 3.42 ± 0.32 , tại D_{10} là 2.89 ± 0.35 , tại D_{20} là 2.34 ± 0.36 , tại D_{30} là 1.89 ± 0.27 . Sự giảm dần điểm Rankin trung bình có ý nghĩa với $p < 0.05$. Hiệu số điểm Rankin của ngày đầu và ngày cuối nghiên cứu là 1.64 ± 0.22



Biểu đồ 3.7. Phục hồi theo thang điểm Rankin sửa đổi mRS

Nhận xét: số lượng người bệnh phục hồi tốt theo thang điểm Rankin là 25 người bệnh, chiếm tỉ lệ 41.67%. Số lượng người bệnh hồi phục khá là 18, tương đương tỉ lệ 30%. Số lượng người bệnh hồi phục trung bình là 14, tương đương 23.33%. Số lượng người bệnh hồi phục kém là 3, tương đương 5%.

Bảng 3.12 Sự thay đổi điểm Glasgow

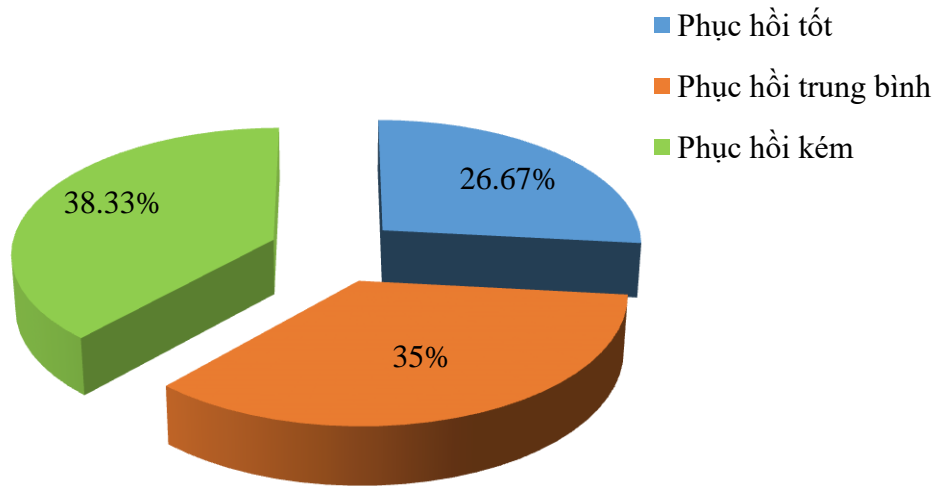
Thời gian \ Mức độ	D ₀		D ₁₀		D ₂₀		D ₃₀		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
13 điểm	25	41.67	20	33.33	12	20	7	11.67	<0.05
14 điểm	30	50	27	45	22	36.67	14	23.33	<0.05
15 điểm	5	8.33	13	21.67	26	43.33	39	65	<0.05
($\bar{x} \pm SD$)	13.42±0.91		14.25±0.86		14.38±0.78		14.61±0.65		<0.05
$\Delta D_{30} - D_0$	1.34±0.32								

Nhận xét: Số lượng người bệnh có GCS 13 tại thời điểm D_0 là 25 người bệnh, tương đương tỉ lệ 41.67%; tại thời điểm D_{10} là 20 người bệnh, tương đương tỉ lệ 23.33%; tại thời điểm D_{20} là 12 người bệnh, tương đương tỉ lệ 20%; tại thời điểm D_{30} là 7 người bệnh, tương đương tỉ lệ 11.67%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Số lượng người bệnh có GCS 14 tại thời điểm D_0 là 30 người bệnh, tương đương tỉ lệ 50%; tại thời điểm D_{10} là 27 người bệnh, tương đương tỉ lệ 45%; tại thời điểm D_{20} là 22 người bệnh, tương đương tỉ lệ 36.67%; tại thời điểm D_{30} là 14 người bệnh, tương đương tỉ lệ 23.33%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

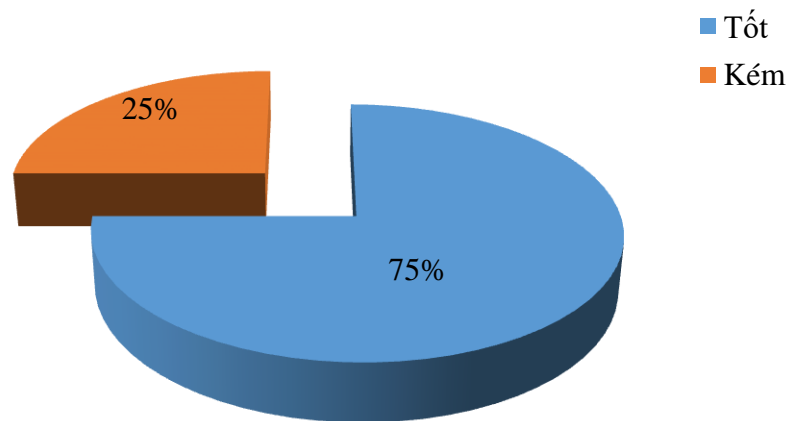
Số lượng người bệnh có GCS 15 tại thời điểm D_0 là 5 người bệnh, tương đương tỉ lệ 8.33%; tại thời điểm D_{10} là 13 người bệnh, tương đương tỉ lệ 21.67%; tại thời điểm D_{20} là 26 người bệnh, tương đương tỉ lệ 43.33%; tại thời điểm D_{30} là 39 người bệnh, tương đương tỉ lệ 65%. Sự tăng dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

GCS trung bình thay đổi theo từng thời điểm tại D_0 là 13.42 ± 0.91 , tại D_{10} là 14.25 ± 0.86 , tại D_{20} là 14.38 ± 0.78 , tại D_{30} là 14.61 ± 0.65 . Sự tăng dần GCS trung bình có ý nghĩa với $p < 0.05$. Hiệu số GCS của ngày cuối và ngày đầu nghiên cứu là 1.34 ± 0.32 .



Biểu đồ 3.8. Kết quả phục hồi theo thang điểm Glasgow

Nhận xét: Tỷ lệ kết quả hồi phục theo GCS khá đồng đều ở cả 3 nhóm, số lượng hồi phục tốt là 16, tương đương tỷ lệ 26.67%. Số lượng người bệnh phục hồi trung bình là 21, tương đương tỷ lệ 35%. Số lượng người bệnh phục hồi kém là 23, tương đương tỷ lệ 38.33%. Trong số này, tỷ lệ phục hồi kém chiếm số lượng người bệnh nhiều nhất. Tỷ lệ người bệnh phục hồi tốt, chiếm số lượng ít nhất.



Biểu đồ 3.9. Kết quả phục hồi theo YHHĐ

Nhận xét: Mức độ đáp ứng theo YHHĐ ở mức tốt là 75%, mức độ đáp ứng chung ở mức kém là 25%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Bảng 3.14. Kết quả điều trị theo YHCT

Triệu chứng	D ₀		D ₁₀		D ₂₀		D ₃₀		p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Tinh thần mệt mỏi	45	75	37	61.67	28	46.67	14	23.33	<0.05
Sắc nhợt	40	66.67	32	53.33	20	33.33	7	11.67	<0.05
Đoản khí	35	58.33	20	33.33	14	23.33	3	5	<0.05
Hoa mắt, chóng mặt	55	91.66	37	61.67	32	53.33	12	20	<0.05
Chân tay vô lực	48	80	34	56.67	27	45	13	21.67	<0.05
Lưỡi nhợt	32	53.33	25	41.67	22	36.67	5	8.33	<0.05
Mạch tế nhược	25	41.67	17	28.33	11	18.33	2	3.33	<0.05

Nhận xét: Số lượng người bệnh có biểu hiện tinh thần mệt mỏi tại thời điểm D_0 là 45 người bệnh, tương đương tỉ lệ 75%; tại thời điểm D_{10} là 37 người bệnh, tương đương tỉ lệ 61.67%; tại thời điểm D_{20} là 28 người bệnh, tương đương tỉ lệ 46.67%; tại thời điểm D_{30} là 14 người bệnh, tương đương tỉ lệ 23.33%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có biểu hiện sắc nhợt tại thời điểm D_0 là 40 người bệnh, tương đương tỉ lệ 66.67%; tại thời điểm D_{10} là 32 người bệnh, tương đương tỉ lệ 53.33%; tại thời điểm D_{20} là 20 người bệnh, tương đương tỉ lệ 33.33%; tại thời điểm D_{30} là 7 người bệnh, tương đương tỉ lệ 11.67%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có biểu hiện đoản khí tại thời điểm D_0 là 35 người bệnh, tương đương tỉ lệ 58.33%; tại thời điểm D_{10} là 20 người bệnh, tương đương tỉ lệ 33.33%; tại thời điểm D_{20} là 14 người bệnh, tương đương tỉ lệ 23.33%; tại thời điểm D_{30} là 3 người bệnh, tương đương tỉ lệ 5%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

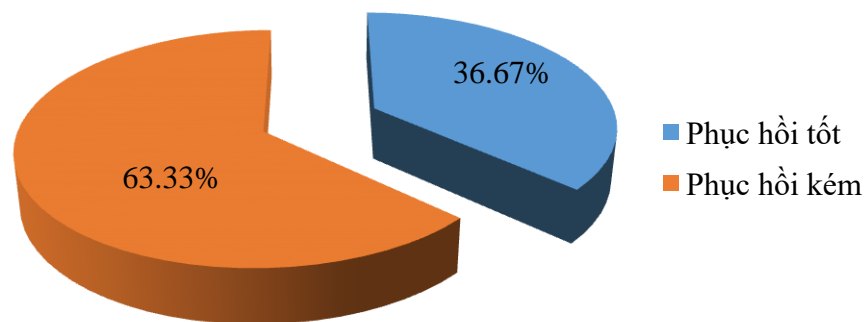
Số lượng người bệnh có biểu hiện hoa mắt, chóng mặt tại thời điểm D_0 là 55 người bệnh, tương đương tỉ lệ 91.66%; tại thời điểm D_{10} là 37 người bệnh, tương đương tỉ lệ 61.67%; tại thời điểm D_{20} là 32 người bệnh, tương đương tỉ lệ 53.33%; tại thời điểm D_{30} là 12 người bệnh, tương đương tỉ lệ 20%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có biểu hiện chân tay vô lực tại thời điểm D_0 là 48 người bệnh, tương đương tỉ lệ 80%; tại thời điểm D_{10} là 34 người bệnh, tương đương tỉ lệ 56.67%; tại thời điểm D_{20} là 27 người bệnh, tương đương tỉ lệ 45%; tại thời điểm D_{30} là 13 người bệnh, tương đương tỉ lệ 21.67%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Số lượng người bệnh có biểu hiện lưỡi nhợt tại thời điểm D_0 là 32 người bệnh, tương đương tỉ lệ 53.33%; tại thời điểm D_{10} là 25 người bệnh, tương đương tỉ lệ 41.67%; tại thời điểm D_{20} là 22 người bệnh, tương đương tỉ lệ 36.67%; tại thời điểm D_{30} là 5 người bệnh, tương đương tỉ lệ 8.33%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Số lượng người bệnh có biểu hiện mạch tế nhược tại thời điểm D_0 là 25 người bệnh, tương đương tỉ lệ 41.67%; tại thời điểm D_{10} là 17 người bệnh, tương đương tỉ lệ 28.33%; tại thời điểm D_{20} là 11 người bệnh, tương đương tỉ lệ 18.33%; tại thời điểm D_{30} là 2 người bệnh, tương đương tỉ lệ 3.33%. Sự giảm dần số lượng qua các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Nhìn chung các nhóm triệu chứng đều có sự cải thiện rõ rệt, và đều có sự cải thiện theo hướng tích cực. Tỉ lệ cải thiện rõ rệt nhất ở nhóm triệu chứng hoa mắt, chóng mặt.



Biểu đồ 3.10. Kết quả phục hồi theo YHCT

Nhận xét: Theo số liệu hồi phục các triệu chứng YHCT, tỉ lệ hồi phục tốt là 36.67% với số lượng 22 người bệnh. Nhóm hồi phục kém là 38 người bệnh, tỉ lệ 63.33%.

3.3. Mối liên quan giữa mức độ hồi phục và các yếu tố khác

Bảng 3.4. Sự ảnh hưởng của các yếu tố lên mức độ hồi phục theo YHHĐ

Chỉ số	Mức độ	Kết quả điều trị tốt	Kết quả điều trị kém	OR
				CI 95%
Tuổi	<60 tuổi	25	4	3.44
	≥60 tuổi	20	11	0.95 – 12.45
Giới	Nam	31	9	1.48
	Nữ	14	6	0.44 – 4.93
Tiền sử THA	Không	26	7	1.56
	Có	19	8	0.48 – 5.06
Kích thước ổ xuất huyết	< 5cm	13	5	0.82
	≥ 5cm	32	10	0.23 – 2.84
Vị trí ổ xuất huyết	Trên lều	36	11	1.45
	Dưới lều	9	4	0.37 – 5.65
Dị dạng mạch não	Không	20	4	2.2
	Có	25	11	0.61 – 7.97

Nhận xét:

- Tuổi dưới 60 tỉ lệ điều trị tốt cao gấp 3.44 lần so với tuổi từ 60.
- Giới nam có tỉ lệ điều trị tốt cao gấp 1.48 lần so với giới nữ.
- Không THA tỉ lệ điều trị tốt cao gấp 1.56 lần so với có THA.
- Kích thước ổ XHN < 5cm có tỉ lệ điều trị tốt bằng 0.82 lần nhóm có kích thước ổ XHN ≥ 5cm.
- Vị trí ổ XHN trên lều có tỉ lệ điều trị tốt gấp 1.45 lần nhóm có vị trí ổ XHN hỏ sau.
- Không có dị dạng mạch não có tỉ lệ điều trị tốt gấp 2.2 lần nhóm có dị dạng mạch não.

Bảng 3.5. Sự ảnh hưởng của các yếu tố lên mức độ hồi phục theo YHCT

Chỉ số	Mức độ	Kết quả điều trị tốt	Kết quả điều trị kém	OR
				CI 95%
Tuổi	<60 tuổi	14	15	2.68
	≥60 tuổi	8	23	0.91 – 7.94
Giới	Nam	15	25	1.11
	Nữ	7	13	0.36 – 3.41
Tiền sử THA	Không	10	23	0.54
	Có	12	15	0.19 – 1.57
Kích thước ổ xuất huyết	< 5cm	10	8	3.13
	≥ 5cm	12	30	0.99 – 9.83
Vị trí ổ xuất huyết	Trên lều	18	29	1.39
	Dưới lều	4	9	0.37 – 5.21
Dị dạng mạch não	Không	16	20	2.4
	Có	6	18	0.77 – 7.46

Nhận xét:

- Tuổi dưới 60 tỉ lệ điều trị tốt cao gấp 2.68 lần so với tuổi từ 60.
- Giới nam có tỉ lệ điều trị tốt cao gấp 1.11 lần so với giới nữ.
- Không THA tỉ lệ điều trị tốt cao bằng 0.54 lần so với có THA.
- Kích thước ổ XHN < 5cm có tỉ lệ điều trị tốt gấp 3.13 lần nhóm có kích thước ổ XHN ≥ 5cm.
- Vị trí ổ XHN trên lều có tỉ lệ điều trị tốt gấp 1.39 lần nhóm có vị trí ổ XHN hỏ sau.
- Không có dị dạng mạch não thì tỉ lệ điều trị tốt gấp 2.4 lần nhóm có dị dạng mạch não.

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn

Thời gian \ Triệu chứng	D ₀		D ₁₀		D ₂₀		D ₃₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau bụng, sôi bụng	0	0	5	8.33	3	5	5	8.33
Buồn nôn, nôn	16	26.67	3	5	0	0	0	0
Đại tiện lỏng	3	5	3	5	0	0	0	0
Mẩn ngứa, mề đay	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy số lượng người bệnh có triệu chứng đau bụng, sôi bụng tại thời điểm D₀ là 0, tương đương tỉ lệ 0%; tại thời điểm D₁₀ là 5 người bệnh, tương đương tỉ lệ 8.33%; tại thời điểm D₂₀ là 3 người bệnh tương đương tỉ lệ 5%; tại thời điểm D₃₀ là 5 người bệnh, tương đương tỉ lệ 8.33%.

Số lượng người bệnh có biểu hiện buồn nôn, nôn tại thời điểm D₀ là 16 người bệnh, tương đương tỉ lệ 26.67%; tại thời điểm D₁₀ là 3 người bệnh, tương đương tỉ lệ 5%; tại thời điểm D₂₀ và D₃₀ là 0 người bệnh, tương đương tỉ lệ 0%.

Số lượng người bệnh có biểu hiện buồn nôn, nôn tại thời điểm D₀ là 16 người bệnh, tương đương tỉ lệ 26.67%; tại thời điểm D₁₀ là 3 người bệnh, tương đương tỉ lệ 5%; tại thời điểm D₂₀ và D₃₀ là 0 người bệnh, tương đương tỉ lệ 0%.

Số lượng người bệnh có biểu hiện đại tiện lỏng tại thời điểm D₀ và D₁₀ là 3 người bệnh, tương đương tỉ lệ 5%; tại thời điểm D₂₀ và D₃₀ là 0 người bệnh, tương đương tỉ lệ 0%.

Suốt quá trình nghiên cứu, không có người bệnh nào có biểu hiện mẩn ngứa, nổi ban mề đay.

Bảng 3.7. Chỉ số mạch, huyết áp.

Thời gian Chỉ số	D₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₁₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₂₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₃₀ ($\bar{X} \pm SD$)	p
HATT (mmHg)	150.35±12.31	146.58±12.47	143.21±11.65	144.67±10.54	>0.05
HATTr (mmHg)	87.32±5.39	89.43±4.76	83.28±4.37	85.23±5.02	>0.05
HATB (mmHg)	108.45±9.32	109.23±8.79	103.58±7.95	104.02±6.81	>0.05
Mạch (lần/phút)	92.35±5.78	90.49±5.61	89.56±5.72	91.47±7.48	>0.05

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy chỉ số HATT trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D₀ là 150.35±12.31, tại D₁₀ là 146.58±12.47, tại D₂₀ là 143.21±11.65, tại D₃₀ là 144.67±10.54. Sự thay đổi HATT trung bình không có ý nghĩa với p>0.05.

Chỉ số HATTr trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D₀ là 87.32±5.39, tại D₁₀ là 89.43±4.76, tại D₂₀ là 83.28±4.37, tại D₃₀ là 85.23±5.02. Sự thay đổi HATTr trung bình không có ý nghĩa với p>0.05.

Chỉ số HATB trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D₀ là 108.45±9.32, tại D₁₀ là 109.23±8.79, tại D₂₀ là 103.58±7.95, tại D₃₀ là 104.02±6.81. Sự thay đổi HATB trung bình không có ý nghĩa với p>0.05.

Chỉ số mạch trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D₀ là 92.35±5.78, tại D₁₀ là 90.49±5.61, tại D₂₀ là 89.56±5.72, tại D₃₀ là 91.47±7.48. Sự thay đổi chỉ số mạch trung bình không có ý nghĩa với p>0.05.

Bảng 3.8. Chỉ số xét nghiệm

Thời gian Chỉ số	D₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₁₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₂₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₃₀ ($\bar{X} \pm SD$)	p
Hồng cầu (T/L)	3.82±0.12	4.22±0.18	4.35±0.23	4.42±0.17	<0.05
Hemoglobin (g/L)	127.22±12.34	130.21±13.69	136.01±12.11	145.24±13.25	<0.05
Bạch cầu (G/L)	11.23±1.34	8.62±1.57	7.34±1.12	7.01±0.65	<0.05
Tiểu cầu (G/L)	224.23±25.36	332.34±28.13	350.43±30.02	341.21±23.19	<0.05
Ure (mmol/L)	5.34±0.36	6.57±0.81	7.37±0.93	6.76±0,83	<0.05
Creatinin (μmol/L)	89.23±10.35	93.27±9.68	91.35±10.57	92.43±9.24	>0.05
AST (U/L)	26.34±3.45	30.32±2,78	29.54±1.98	28.59±2.01	>0.05
ALT (U/L)	27.27±2.88	28.87±3.01	29.06±2.97	30.31±2.35	>0.05
Protein (g/L)	70.05±3.27	67.32±4.05	69.54±4.79	68.52±3.98	>0.05
Albumin (g/L)	35.95±3.34	36.78±3.28	37.74±2.84	39.27±3.01	>0.05

Nhận xét: qua số liệu trên, ta thấy chỉ số xét nghiệm có sự khác nhau giữa nhóm huyết học và nhóm sinh hóa.

1. Chỉ số huyết học:

Số lượng hồng cầu trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D₀ là 3.82±0.12, tại D₁₀ là 4.22±0.18, tại D₂₀ là 4.35±0.23, tại D₃₀ là 4.42±0.17. Sự tăng dần số lượng hồng cầu trung bình có ý nghĩa với p<0.05.

Lượng Hemoglobin trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D₀ là 127.22±12.34, tại D₁₀ là 130.21±13.69, tại D₂₀ là 136.01±12.11, tại D₃₀ là 145.24±13.25. Sự tăng dần lượng Hemoglobin trung bình có ý nghĩa với p<0.05.

Số lượng bạch cầu trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 11.23 ± 1.34 , tại D_{10} là 8.62 ± 1.57 , tại D_{20} là 7.34 ± 1.12 , tại D_{30} là 7.01 ± 0.65 . Sự giảm dần số lượng bạch cầu trung bình có ý nghĩa với $p < 0.05$.

Số lượng tiểu cầu trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 224.23 ± 25.36 , tại D_{10} là 332.34 ± 28.13 , tại D_{20} là 350.43 ± 30.02 , tại D_{30} là 341.21 ± 23.19 . Sự tăng dần số lượng tiểu cầu trung bình có ý nghĩa với $p < 0.05$.

Các giá trị của chỉ số huyết học đều có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

2. Chỉ số sinh hóa

Lượng Ure trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 5.34 ± 0.36 , tại D_{10} là 6.57 ± 0.81 , tại D_{20} là 7.37 ± 0.93 , tại D_{30} là 6.76 ± 0.83 . Sự thay đổi lượng ure trung bình có ý nghĩa với $p < 0.05$.

Lượng Creatinin trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 89.23 ± 10.35 , tại D_{10} là 93.27 ± 9.68 , tại D_{20} là 91.35 ± 10.57 , tại D_{30} là 92.43 ± 9.24 . Sự thay đổi lượng Creatinin trung bình không có ý nghĩa với $p > 0.05$.

Lượng AST trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 26.34 ± 3.45 , tại D_{10} là 30.32 ± 2.78 , tại D_{20} là 29.54 ± 1.98 , tại D_{30} là 28.59 ± 2.01 . Sự thay đổi lượng AST trung bình không có ý nghĩa với $p > 0.05$.

Lượng ALT trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 27.27 ± 2.88 , tại D_{10} là 28.87 ± 3.01 , tại D_{20} là 29.06 ± 2.97 , tại D_{30} là 30.31 ± 2.35 . Sự thay đổi lượng ALT trung bình không có ý nghĩa với $p > 0.05$.

Lượng Protein trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 70.05 ± 3.27 , tại D_{10} là 67.32 ± 4.05 , tại D_{20} là 69.54 ± 4.79 , tại D_{30} là 68.52 ± 3.98 . Sự thay đổi lượng Protein trung bình không có ý nghĩa với $p > 0.05$.

Lượng Albumin trung bình thay đổi theo từng thời điểm, tại D_0 là 35.95 ± 3.34 , tại D_{10} là 36.78 ± 3.28 , tại D_{20} là 37.74 ± 2.84 , tại D_{30} là 39.27 ± 3.01 . Sự thay đổi lượng Albumin trung bình không có ý nghĩa với $p > 0.05$.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Tỷ lệ phân bố theo lứa tuổi.

Theo bảng số liệu ta thấy lứa tuổi dưới 30 chỉ có 1 người bệnh, chiếm tỉ lệ rất thấp, lứa tuổi càng cao thì tỉ lệ người bệnh càng nhiều. Đặc biệt nhóm tuổi trên 60 chiếm hơn 50% người bệnh. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63.23 ± 3.25 .

Tỷ lệ phân bố lứa tuổi trong nghiên cứu này có khác biệt với 1 số tác giả liên quan tới nghiên cứu XHN. Keep RF, Hua Y, Xi G nghiên cứu về XHN nội sọ; Femandes HM nghiên cứu về phẫu thuật XHN nội sọ đều cho tỉ lệ người bệnh tăng cao tương ứng với tỉ lệ lứa tuổi.^{1,4}

Có lẽ lứa tuổi tăng cao, tỉ lệ biến chứng của THA gây nên cho tổn thương mạch não càng nhiều. Hoặc đi cùng với các tổn thương dị dạng mạch não bẩm sinh thì tuổi càng cao nguy cơ cho các dị dạng đủ thời gian để gây nên biến chứng càng rõ ràng.

4.1.2. Tỷ lệ phân bố theo giới

Theo số liệu thu được, ta thấy tỉ lệ người bệnh nam cao hơn hẳn tỉ lệ người bệnh nữ, tỉ lệ nam/nữ là 2:1.

Các nghiên cứu của Vũ Anh Nhị, Nguyễn Anh Tùng; hay nghiên cứu của Ming L, Bo W, Wen-Zhi W, et al cũng đều cho thấy tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, thậm chí còn lớn hơn tỉ lệ 2:1^{2,3}

Nam giới thường có nhiều stress tâm lý hơn, lối sống lạm dụng chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá... cũng nhiều hơn, các rối loạn chuyển hóa liên quan đến bệnh lý tim mạch theo đó cũng nhiều hơn. Có lẽ đó là tổng hợp

các nguyên nhân đó gây nên tỉ lệ XHN khác biệt về tỉ lệ giới tính như trong các nghiên cứu.

4.1.3. Đặc điểm phân bố theo nghề nghiệp

Tỉ lệ lao động trí óc chiếm 15%, thấp hơn tỉ lệ lao động tay chân là 35%, nhóm hưu trí chiếm tỉ lệ cao nhất là 50%.

Chưa có lý thuyết thực sự của nhóm nghề nghiệp liên quan tới XHN. Tuy nhiên nhóm hưu trí là nhóm tuổi cao thì tỉ lệ bệnh nhiều hơn, mang đặc điểm về lứa tuổi hơn là liên quan tới nghề nghiệp.

4.1.4. Tiền sử THA, tiền sử gia đình có người XHN

Có 27 người bệnh tiền sử THA, chiếm tỉ lệ 45%. Tỉ lệ này không nói được nhiều về mối liên hệ với mức độ bệnh. Có lẽ THA là yếu tố thúc đẩy XHN nhiều hơn, đây là yếu tố nguy cơ cho bệnh lý XHN và các bệnh lý tim mạch khác.

Gia đình có người XHN chiếm tỉ lệ 21.7%, đây là tỉ lệ rất cao. Những người có mối quan hệ huyết thống bị bệnh là yếu tố nguy cơ di truyền cho XHN. Đây cũng là yếu tố được các tác giả khác lưu ý tới như Morgenstem LB, Hemphill JC, Anderson C, et al trong nghiên cứu về chỉ dẫn thực hành của hội tim mạch Hoa kỳ cho người bệnh XHN ⁶

4.1.5. Kích thước ổ XHN

Căn cứ theo kích thước thì nhóm có ổ XHN < 5cm chiếm 30%, và nhóm có ổ XHN ≥ 5cm chiếm 70%. Kích thước trung bình của ổ XHN là 7.23±1.25 cm. Có lẽ kích thước ổ XHN nhỏ chưa gây ra các rối loạn thần kinh khu trú nhiều nên tỉ lệ để phẫu thuật không cao. Do vậy trong nghiên cứu này, tỉ lệ nhóm có ổ XHN < 5cm chiếm tỉ lệ thấp hơn rất nhiều so với nhóm còn lại.

4.1.6. Vị trí ổ XHN

Có lẽ các dị dạng mạch não, các u não biến chứng chảy máu gặp nhiều hơn ở vùng cấp máu của hệ mạch cảnh. Do vậy tỉ lệ gặp người bệnh có biến cố của hệ mạch cảnh nhiều hơn là hệ mạch sống nền. Điều này cũng phù hợp với con số chiếm ưu thế của tổn thương hệ mạch cảnh trong các nghiên cứu của một số tác giả^{7,8,9,10}.

4.1.7. Dị dạng mạch não

Dị dạng mạch não là yếu tố nguy cơ gây nên XHN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ người bệnh có dị dạng mạch não chiếm 60%. Tỉ lệ này có khác so với một số tác giả, nhưng các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ có dị dạng mạch não cao hơn nhóm không dị dạng mạch não^{5,6,7,8}. Điều đó cho thấy dị dạng mạch não là nguy cơ lớn của XHN. Tuổi càng cao, dị dạng mạch não sẽ càng có nguy cơ vỡ. Điều này cũng phù hợp trong nghiên cứu này với tỉ lệ nhóm tuổi >60 chiếm hơn 50%.

4.2. Bàn luận về hiệu quả điều trị

A. Hiệu quả cải thiện của bài thuốc.

4.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng cơ năng

- Triệu chứng đau đầu chiếm tỉ lệ rất cao 91.67%. Đây cũng là triệu chứng chủ đạo theo các nghiên cứu khác^{1,2,3,4,5}. Bản thân XHN đã gây đau đầu, các rối loạn vận mạch, sự thay đổi chỉ số huyết áp, sau phẫu thuật gây sang chấn, tâm lý căng thẳng...gây nên biểu hiện này. Tuy nhiên tại các ngày điều trị thứ 10, thứ 20 và thứ 30 thì triệu chứng này cải thiện rất rõ rệt. Điều đó liên quan tới tâm lý ổn định, vết thương ổn định, hiệu quả của thuốc điều trị. Đau do sang thương, theo YHCT là huyết ú; Nhóm thuốc bổ huyết hoạt huyết như Đương quy, Viễn chí, Ngưu tất góp phần vào cải thiện tốt triệu chứng này.

- Triệu chứng đau khớp không kèm sưng đỏ: có 16 người bệnh có triệu chứng này tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu và giảm nhanh ở các thời điểm tiếp theo. Lý giải cho đau khớp có thể đau do viêm khớp phản ứng, đau do tâm lý, đau do hạn chế vận động sau phẫu thuật... Tuy nhiên hiệu quả điều trị cuối cùng của bài thuốc nghiên cứu có đủ nhóm bổ âm dương khí huyết, bổ các tạng của YHCT đặc biệt các vị thuốc hoạt huyết, bổ khí, bổ thận như Thục địa, Mạch môn, Đỗ trọng, Ngưu tất nên giúp cho hệ vận động cải thiện tốt hơn.

- Triệu chứng đau mỗi cơ số lượng không nhiều và cũng có sự giảm nhanh ở thời ngày thứ 20 sang ngày thứ 30. Điều này cũng lý giải như biểu hiện đau nhức khớp, đó là hiệu quả chung của bài thuốc bổ ngũ tạng.

- Triệu chứng rối loạn giấc ngủ chiếm tỉ lệ lớn người bệnh, tại thời điểm nghiên cứu tỉ lệ này lớn hơn 80%. Đó là do tâm lý, do sang chấn; theo YHCT là do huyết ú, tâm huyết hư, tình chí rối loạn mà làm tâm bị nhiễu loạn khó an thần. Tuy nhiên do hiệu quả hoạt huyết, dưỡng tâm an thần của Đương quy, Viễn chí, Toan táo nhân, Phục thù mà triệu chứng này được cải thiện tốt.

- Triệu chứng giảm trí nhớ, theo YHHĐ thì triệu chứng này do đau đầu, mất máu sau phẫu thuật, tâm lý căng thẳng mà gây ra. Theo YHCT đó là do sang thương, huyết ú, tâm huyết ú trệ, thất miên gây nên thần minh bị nhiễu loạn. Khi có hiệu quả của các nhóm thuốc YHCT theo nhóm tác dụng tương ứng thì triệu chứng được cải thiện rõ rệt.

- Triệu chứng khó chịu sau gắng sức gặp ở gần 60% số lượng người bệnh tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu. Tuy nhiên khí huyết được cải thiện, thì triệu chứng này cũng cải thiện dần theo các thời điểm nghiên cứu.

- Triệu chứng đau họng và nổi hạch bạch huyết chiếm tỉ lệ không nhiều và cũng cải thiện nhanh theo các thời điểm nghiên cứu.

- Tất cả các triệu chứng cơ năng đều cải thiện tích cực, sự thay đổi khác biệt rõ rệt thể hiện được sự hồi phục của người bệnh cũng như thể hiện được hiệu quả của bài thuốc ngũ tạng kiêm tư cao.

4.2.2. Sự thay đổi chất lượng giấc ngủ

Thang điểm PSQI căn cứ trên nhiều tiêu chí Chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen (tỷ lệ toàn bộ thời gian ngủ và thời gian nằm trên giường), các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ (bao gồm cả thuốc được kê đơn và không kê đơn) và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Thang điểm này mang lại sự đánh giá toàn diện cho chất lượng giấc ngủ.

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu tất cả người bệnh đều có chất lượng giấc ngủ kém với tỉ lệ 100%. Có thể là đau đầu, tâm lý căng thẳng, rối loạn hoạt động của hệ tuần hoàn...điểm trung bình PSQI của thời điểm này rất cao 9.23 ± 2.36 . Nhưng sau quá trình điều trị, các triệu chứng cơ năng đỡ dần, tâm lý người bệnh tốt hơn, khí huyết điều hòa, cùng vai trò của các thuốc an thần YHCT nên tỉ lệ nhóm này giảm dần điểm trung bình PSQI cũng thấp dần đi và số lượng người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt tăng dần lên đến 75% ở thời điểm kết thúc nghiên cứu, điểm PSQI khi đó là 4.09 ± 1.13 và hiệu số điểm trung bình của D_0 với D_{30} là 4.75 ± 1.86 .

4.2.3. Sự thay đổi mức độ suy giảm trí nhớ theo thang điểm Mini-Cog

Thang điểm Mini-Cog dễ làm và dễ thực hiện với nhóm người bệnh nội khoa. Tuy nhiên không dễ đánh giá ở nhóm người bệnh ngoại khoa. Mini - Cog là thang điểm sàng lọc suy giảm nhận thức ở người lớn tuổi do tác giả Soo Borson, Đại học Washington, Hoa Kỳ mô tả năm 2000. Thang điểm Mini

- Cog kết hợp test nhớ lại 3 từ (3 item recall test) và test vẽ đồng hồ (Clock Drawing test). Bệnh nhân được nghe 3 từ quen thuộc và được yêu cầu nhắc lại sau khi thực hiện xong test vẽ đồng hồ.

Có lẽ do đau đầu, rối loạn giấc ngủ, tâm lý rối loạn như các phân tích trên. Nên tỉ lệ người bệnh bị suy giảm trí nhớ tại thời điểm D_0 là 66.67% và điểm Mini-Cog trung bình tại thời điểm này rất thấp 2.42 ± 0.32 . Sau đó tỉ lệ suy giảm trí nhớ giảm dần và tỉ lệ không suy giảm trí nhớ tăng dần tại các thời điểm tiếp theo. Tại D_{30} tỉ lệ không suy giảm trí nhớ là 75%, điểm trung bình Mini-Cog là 4.09 ± 0.27 . Hiệu số trung bình tại D_{30} và D_0 cũng rất rõ rệt 1.85 ± 0.37 . Các mức độ thay đổi đều có ý nghĩa khoa học $p < 0.05$.

Bài thuốc có tác dụng kiện tỳ, bổ dưỡng can huyết, bổ thận, ích khí, dưỡng tâm an thần, nên phát huy tổng thể tác dụng giúp tâm khí tâm huyết được khôi phục đủ đầy. Do đó thần minh sáng suốt, trí nhớ được cải thiện nhiều hơn.

4.2.4. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống

SF-36 có 8 thang điểm phụ: chức năng vật lý, giới hạn vai trò do vấn đề thể chất, nhận thức chung về sức khỏe, sức sống, chức năng xã hội, những hạn chế về vai trò do vấn đề tình cảm, sức khỏe tâm thần nói chung, chuyển đổi sức khỏe. Thang điểm đánh giá toàn diện về chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Số lượng người bệnh thừa nhận mình có chất lượng cuộc sống tốt ở thời điểm D_0 rất thấp, chỉ có 5 người bệnh. Tỉ lệ 2/3 số người bệnh đánh giá mình chỉ có chất lượng cuộc sống trung bình. Tuy nhiên qua các thời điểm đánh giá nghiên cứu thì tỉ lệ người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt tăng dần lên. Tại D_{30} tỉ lệ này là hơn 60%. Tổng số người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt và khá chiếm hơn 80% tại D_{30} . Điểm SF36 trung bình tại thời điểm D_0 là 43.25 ± 6.52 được nâng lên tại D_{30} là 77.48 ± 4.36 .

Theo YHHD thì người bệnh đỡ đau, ngủ tốt, phục hồi tốt, tâm lý ổn định sẽ thấy chất lượng cuộc sống tốt dần lên. Có được điều này là do hiệu quả của các nhóm thuốc cùng hiệp đồng tác dụng lên cơ thể.

Nhân sâm là vị thuốc đại bổ nguyên khí, vào cả ngũ tạng, kiện tỳ khí, phế khí và thận khí. Hoàng kỳ, Bạch truật, Phục linh: cùng sao vàng, kiện tỳ thổ, kích thích tiêu hóa, trừ thấp, có lợi cho hậu thiên, hỗ trợ phục hồi cho các chứng hư suy có ảnh hưởng đến tiêu hóa. Phục linh trừ thấp kiện tỳ, càng làm cho gốc của hậu thiên được củng cố. Theo lý luận Y học cổ truyền, tỳ thổ khi vượng thì sẽ sinh ra phế kim mạnh, lý lẽ kiện tỳ ích phế là như vậy.

Thục địa, Quy thân, Bạch thược: bổ huyết, bổ thận huyết, bổ can huyết, hoạt huyết, điều kinh, các vị Thục địa và Bạch Thược thường có trong các bài thuốc cổ phương bổ huyết; có thêm vai trò của Ngưu tất hành huyết đi đến các chi thể, đặc biệt là chi dưới.

Thục địa, Mạch môn: ôn dưỡng thận huyết, bổ dưỡng cho huyết của thận tinh là gốc của tiên thiên. Có tác dụng bồi bổ khí huyết hư suy trong các chứng hư lao.

Liên nhục, Phục thần, Táo nhân, Viễn chí: dưỡng tâm huyết, an thần, định giấc ngủ. Kết hợp cùng các vị thuốc dưỡng huyết, hoạt huyết để nuôi dưỡng tâm huyết được tốt hơn, nâng cao hiệu quả và chất lượng giấc ngủ.

Mạch môn, Đỗ trọng, Ngưu tất: bổ thận, mạnh gân cốt, phối hợp cùng các vị bổ can thận huyết, kiện tỳ thổ làm cho hệ vận động bao gồm cơ nhục, gân cốt được kiện cường, vận động nhẹ nhàng linh hoạt, đặc biệt tốt khi có các chứng hư.

Tổng hợp các tác dụng trên đã nâng cao thêm hiệu quả của bài thuốc.

4.2.5. Sự thay đổi thang điểm Rankin mrs

Nhóm người bệnh 0-2 điểm là có khả năng độc lập trong phục vụ sinh hoạt cá nhân có sự tăng dần về số lượng, tại D₀ là 12 người bệnh nhưng tại

D_{30} là 42 người bệnh. Số lượng người bệnh có điểm Rankin 3-5 cần phải có người khác hỗ trợ trong sinh hoạt có sự giảm dần về số lượng. Mức thay đổi của từng nhóm người bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điểm Rankin trung bình tại D_0 là 3.42 ± 0.32 nhưng giảm đi rõ rệt ở D_{30} là 1.89 ± 0.27 .

Khi đánh giá mức độ cải thiện thì tỉ lệ phục hồi tốt và khá chiếm hơn 70%. Điều này khẳng định hiệu quả của bài thuốc nghiên cứu rất có ý nghĩa phục hồi khả năng tự vận động, tự chăm sóc bản thân sau khi phẫu thuật XHN.

Tuy nhiên trong nghiên cứu vẫn còn 3 người bệnh không cải thiện thang điểm Rankin, vẫn ở mức độ 3 điểm. Có lẽ tổn thương não quá rộng nên sự hồi phục còn hạn chế. Hoặc có thể thời gian 30 ngày nghiên cứu chưa đủ đánh giá hết hiệu quả của bài thuốc.

4.2.6. Sự thay đổi thang điểm Glasgow (GCS)

Nhóm người bệnh lựa chọn trong nghiên cứu có GCS thấp nhất là 13, tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu chỉ có 5 người bệnh 15 điểm, 30 người bệnh 14 điểm, 25 người bệnh 13 điểm. Sau quá trình nghiên cứu nhóm 13 điểm giảm còn 7 người bệnh, nhóm 15 điểm tăng rất rõ rệt lên tới 39 người bệnh. Điểm trung bình tăng từ 13.42 ± 0.91 lên 14.61 ± 0.65 với sự thay đổi 1.34 ± 0.32 . Tất cả sự thay đổi trong các mức độ đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Khi đánh giá mức độ hồi phục thì có 16 người bệnh phục hồi tốt tăng 2 điểm GCS, 18 người bệnh hồi phục trung bình là tăng 1 điểm, tuy nhiên vẫn còn 26 người bệnh ở mức hồi phục kém. Trong đó 7 người bệnh 13 điểm không cải thiện, 5 người bệnh 15 điểm ngay từ đầu người bệnh, còn lại 14 người vẫn ở mức 14 điểm. Tổng số người bệnh có cải thiện điểm GCS là 34 người, chiếm tỉ lệ hơn 50%. Đồng thời nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có điểm GCS xấu đi.

Như vậy bài thuốc nghiên cứu có hiệu quả điều trị cải thiện ý thức của người bệnh. Nhờ các tác dụng bổ khí huyết, hoạt huyết, an thần ...mà có hiệu quả như vậy

4.2.7 Kết quả điều trị chung theo YHHD

Đánh giá mức độ đáp ứng chung dựa vào mức hồi phục theo 5 thang điểm trên (PSQI, Mini-Cog, SF36, Rankin mrs, Glasgow) trong đó nhóm tiêu chuẩn tích cực là: Chất lượng giấc ngủ tốt, Không có suy giảm trí nhớ, Chất lượng cuộc sống tốt/khá, Phục hồi tốt/khá theo thang điểm Rankin mrs, Phục hồi tốt theo thang điểm Glasgow. Mức độ đáp ứng chung là tốt khi đạt $\geq 3/5$ tiêu chuẩn tích cực này. Nếu đạt $\leq 2/5$ tiêu chuẩn tích cực này thì mức độ đáp ứng chung là kém.

Các tiêu chuẩn tích cực đều $\geq 50\%$ các đáp ứng tốt của các thang điểm. Và có 5 tiêu chuẩn tích cực thì cũng chọn tối thiểu 3/5 tiêu chuẩn tích cực để đánh giá mức đáp ứng điều trị chung là tốt. Điều đó cho thấy tiêu chuẩn được lựa chọn khá khắt khe để đánh giá.

Tỉ lệ đáp ứng điều trị tốt là 45 người bệnh, chiếm tỉ lệ 75%, vượt trội hơn hẳn tỉ lệ đáp ứng kém chỉ là 25%. Chắc chắn sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê.

4.2.8. Kết quả điều trị theo YHCT.

Bài thuốc nghiên cứu cho đối tượng khí huyết lưỡng hư, với các triệu chứng tiêu biểu là tinh thần mệt mỏi, sắc nhợt, đoản khí, hoa mắt chóng mặt, chân tay vô lực, lưỡi nhợt, mạch tế nhược. Sở dĩ người bệnh sau phẫu thuật XHN, đây là loại phẫu thuật đặc biệt, có nhiều nguy cơ và biến chứng. Người bệnh vừa đau, vừa lo lắng, thậm chí stress kéo dài...ăn ngủ sẽ kém đi, công năng của tạng phủ sẽ giảm sút, do vậy mà âm dương khí huyết sẽ hao tổn theo.

Bài thuốc nghiên cứu có đầy đủ các thành phần bổ khí, bổ huyết, bổ âm, bổ dương, dưỡng tâm an thần, kiện tỳ trừ thấp nên sẽ giúp hồi phục công năng hư tổn của ngũ tạng theo đúng tên của bài thuốc “Ngũ tạng kiêm tu cao”. Từ đó tỳ kiện vận, chức năng tỳ chủ sinh huyết sẽ có nguồn sinh hóa cho huyết dịch. Tỳ chủ hậu thiên, tỳ khí tốt sẽ dưỡng cho phế kim vượng dần lên, các triệu chứng của khí hư sẽ dần thoái lui. Huyết dịch đủ đầy có nơi lưu trú cho khí. Khí đầy đủ thì công năng được lưu thoát, vận hành ngũ tạng được hài hòa, huyết dịch được thông lợi, tinh thần phấn chấn. Tác dụng bổ khí bổ huyết từ đó mà được phát huy.

- Tác dụng: nuôi dưỡng tâm tỳ, hòa can tư thận, thanh phế, bổ vinh, điều vệ, chữa các chứng hư thuộc về hậu thiên

- Phương này cốt yếu làm cho tinh hoa năm tạng liễm nạp về thận, cho nên hợp với các vị thuốc khí huyết làm thành hội

- Quân: Thục địa bổ thận âm dưỡng tinh tiên thiên và hậu thiên, bổ huyết làm chủ được kết hợp với Nhân sâm đại bổ nguyên khí (bao gồm khí tiên thiên và hậu thiên) giúp cho quá trình khí hóa của thận thủy được thuận lợi

- Thần: Hoàng kỳ, Bạch truật, Bạch linh, Phục thần, Liên nhục, Táo nhân, Viễn chí có tác dụng kiện tỳ ích tâm giúp cho cơ thể suy nhược thu nạp và vận hóa ngũ cốc được thông sướng, tinh thần khỏe mạnh ăn ngủ tốt hơn. Hoàng kỳ chích mật sao có tác dụng kiện tỳ, ích khí, thăng khí hóa khắp toàn thân giúp cho cơ nhục mạnh khỏe hồi phục. Bạch truật tẩm sữa sao giảm bớt tính táo thấp, kết hợp với Bạch linh, Phục thần tẩm rượu sao cùng với Hoàng kỳ giúp cho quá trình vận hóa thủy thấp của tỳ vị

- Tá: Đương quy, Bạch thược, Đỗ trọng, Ngưu tất tẩm rượu sao. Đương quy, Bạch thược có tác dụng bổ huyết hòa can, dưỡng can huyết cùng với Thục địa có tác dụng tư bổ can thận nhu dưỡng cân cốt. Đỗ trọng, Ngưu tất tẩm rượu sao có tác dụng bổ thận dương làm mạnh cân cốt, lưng gối.

- Sứ: Mạch môn sao với gạo làm giảm bớt tính hàn, tính nê trệ của Mạch môn cùng với Viễn chí tẩm nước Cam thảo sao có tác dụng bổ phế âm, nhuận phế, tiêu đàm nên có tác dụng thanh phế dưỡng vinh.

Qua số liệu nghiên cứu, ta thấy tất cả các triệu chứng của khí huyết hư đều được cải thiện rất nhiều: tinh thần được cải thiện, sắc da hồng hào hơn, triệu chứng đoản khí hồi phục tốt, giảm tỉ lệ hoa mắt chóng mặt, chân tay vận động nhanh nhẹn linh hoạt, lưỡi hồng hơn, mạch tượng cũng thay đổi theo hướng tích cực. Tất cả triệu chứng cải thiện rất rõ rệt, rất có ý nghĩa khoa học với $p < 0.05$.

Dựa trên 7 tiêu chí của YHCT để đánh giá thể khí huyết lưỡng hư, nhóm nghiên cứu chỉ chọn đáp ứng điều trị tốt khi có sự cải thiện của ít nhất 4 tiêu chuẩn, tức là phải đạt trên 50% sự cải thiện. Số lượng người bệnh đáp ứng điều trị tốt theo YHCT là 22, chiếm tỉ lệ 36,67%. Mặc dù số lượng này không phải chiếm ưu thế tuyệt đối như các tiêu chí của YHHĐ nhưng đó cũng là một kết quả rất tuyệt vời. Bởi khí huyết lưỡng hư là chính khí tổn hao rất nghiêm trọng mà vẫn có sự hồi phục tốt.

Nếu nhìn vào con số hồi phục tốt là 36.67%, có sự khác biệt rất nhiều với tỉ lệ hồi phục kém là 63.33%. Tuy nhiên nhóm hồi phục tốt phải có sự hồi phục của tối thiểu 4/7 tiêu chuẩn của thể khí huyết lưỡng hư. Trong khi nhóm hồi phục kém chỉ cần hồi phục của không quá 3/7 tiêu chuẩn của thể khí huyết lưỡng hư. Nhóm đáp ứng tốt theo các tiêu chí chung rất cao, lên tới 75%; nhưng đó lại hầu hết là tiêu chuẩn của các triệu chứng cơ năng, có thể có nhiều sai khác thực tế. Còn với các tiêu chuẩn của khí huyết lưỡng hư thì hầu hết là triệu chứng thực thể, có độ khách quan hơn nhiều.

Các tác giả khác có những bài thuốc nghiên cứu chữa hư lao cũng mang lại các kết quả đáng khích lệ. Có thể là bổ khí, có thể bổ huyết, có thể bổ âm, có thể bổ dương, có thể bổ khí sinh huyết trên các đối tượng người

bệnh khác nhau, đều có hiệu quả cải thiện tích cực ở những tiêu chí nhất định 48,49,50,51,53,54. Tuy nhiên bài thuốc này cải thiện được nhiều yếu tố liên quan tới khí huyết và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh rất nhiều.

B. Đánh giá tác dụng phụ của bài thuốc

4.2.9. Triệu chứng bất thường

- Có tỉ lệ nhỏ người bệnh có biểu hiện đau bụng, sôi bụng khi sử dụng thuốc sắc. Tỉ lệ này cũng là điều thường gặp với thực hành lâm sàng được cổ truyền. Có thể người bệnh có cơ địa bệnh lý tiêu hóa trước đó, khi dùng có thể nhạy cảm mà thành triệu chứng. Tuy nhiên không phải xử lý thuốc gì đặc biệt, và người bệnh vẫn duy trì được thuốc đến hết quá trình nghiên cứu.

- Triệu chứng buồn nôn ở những ngày đầu không phải là do thuốc sắc. Tại thời điểm D_0 có 16 người bệnh buồn nôn khi chưa sử dụng thuốc. Triệu chứng đó có thể do XHN hoặc dấu hiệu kích thích sau phẫu thuật XHN mà thành. Cụ thể trong quá trình dùng thuốc thì triệu chứng buồn nôn giảm dần và từ ngày điều trị thứ 20 không còn người bệnh nào có triệu chứng này.

- Đại tiện lỏng xuất hiện ở 3 người bệnh, tuy nhiên số lần đại tiện cũng không quá 2 lần/ngày và sau đó các triệu chứng giảm dần. Thời gian đầu có thể do chưa dung nạp thuốc sắc hoặc vì lý do tiêu hóa khác quan khác.

- Không ghi nhận trường hợp nào có biểu hiện ban đỏ, nổi ngứa do dùng thuốc. Điều này cho thấy sự an toàn của thuốc YHCT.

Như vậy không ghi nhận tác dụng nào bất thường đáng kể trong quá trình nghiên cứu. Thực tế số lượng người bệnh sử dụng bài thuốc này là hơn 100 người, nhưng do ra viện sớm trước quá trình kết thúc nghiên cứu nên không lựa chọn hết vào danh sách cỡ mẫu. Nhưng tất cả các trường hợp đó cũng không ghi nhận tác dụng phụ nào đáng kể của bài thuốc ngũ tạng kiêm tư cao.

4.2.10. Ảnh hưởng của bài thuốc lên chỉ số mạch, huyết áp

Người bệnh có THA được dùng thuốc kiểm soát huyết áp của YHHĐ. Trong quá trình phối hợp bài thuốc nghiên cứu, nhận thấy chỉ số HA không có biến động nào đáng kể. Trị số HATT trung bình hơi cao hơn giá trị chuẩn nhưng đó là phản ứng HA bình thường của người bệnh XHN và sau phẫu thuật. Hiện tượng THA ở giai đoạn stress là điều bình thường. Giá trị trung bình huyết áp của nhóm nhiên cứu ở các thời điểm đánh giá không có sự khác biệt.

Tần số mạch cũng hơi tăng do phản ứng của cơ thể trong giai đoạn stress chấn thương. Tuy nhiên giá trị trung bình của nhóm nghiên cứu tại các thời điểm thì không có sự khác biệt với $p > 0.05$.

4.2.11. Ảnh hưởng của bài thuốc lên các chỉ số xét nghiệm

Với các chỉ số huyết học ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có thể trong những ngày sau phẫu thuật, tình trạng thiếu máu sau phẫu thuật, giảm ăn uống do đau, lo lắng bệnh, nhiễm trùng sau phẫu thuật... gây nên các thay đổi nhẹ về số lượng hồng cầu, Hgb, bạch cầu, tiểu cầu. Nhưng tại các thời điểm D_{20} và D_{30} các chỉ số này dần về giá trị bình thường.

Với các chỉ số sinh hóa, không ghi nhận sự thay đổi nào gây ra đến mức bệnh lý phải can thiệp thuốc khác hoặc là phải ngừng thuốc sắc. Vì bài thuốc cổ phương này đã dùng lâu đời và không có biến chứng gây độc gan thận.

Như vậy bài thuốc không có tác dụng phụ đáng kể nào trên lâm sàng và xét nghiệm.

4.3. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng lên hiệu quả điều trị của bài thuốc

- Tuổi trẻ dưới 60 tuổi có mức đáp ứng điều trị tốt hơn nhóm từ tuổi 60 trở lên tới 3.44 lần. Điều này cũng là hợp lý vì trẻ tuổi thì sự hồi phục của các nhu mô thần kinh sẽ tốt hơn, vết mổ nhanh liền, tinh thần cũng lạc quan hơn, giấc ngủ cải thiện hơn.

- Giới nam có tỉ lệ hồi phục cao hơn giới nữ 1.48 lần. Nam giới thì ngưỡng chịu đựng đau và chịu stress thường tốt hơn, sự hồi phục cơ thể tốt hơn, tinh thần thường nhanh cải thiện hơn, trí nhớ tốt hơn...do vậy tỉ lệ đáp ứng chung cũng cao hơn.

- THA mạn tính làm tổn thương các mạch máu, nguy cơ xơ vữa động mạch cao hơn do vậy sự hồi phục của vết mổ sẽ chậm hơn. Đồng thời THA làm tổn thương các cơ quan đích và các mạch máu ngoại biên nhiều, chắc chắn điều đó làm ảnh hưởng tới sự hồi phục của người bệnh. Nhóm không có tiền sử THA đạt tỉ lệ hồi phục cao hơn 1,56 lần so với nhóm người bệnh có THA.

- Một trong những yếu tố quyết định đến chỉ định ngoại khoa của XHN là kích thước ổ XHN. Theo lý luận thông thường thì ổ XHN nhỏ sẽ ít làm tổn thương nhu mô thần kinh và sẽ hồi phục nhanh hơn. Tuy nhiên ở nghiên cứu này thì điều đó đang ngược lại. Tức là người bệnh có ổ XHN nhỏ lại có sự hồi phục kém hơn nhóm có ổ XHN lớn. Tuy vậy cần có một cỡ mẫu lớn hơn và thời gian nghiên cứu đủ dài hơn thì mới có thể kết luận chính xác điều này.

- Theo cấu trúc giải phẫu hệ động mạch não, hệ mạch cảnh sẽ có lưu lượng máu dồi dào hơn. Do đó khi có biến cố của hệ mạch cảnh, thì sự hồi phục thường tốt hơn. Thêm lý do nữa là hệ mạch cảnh thường không làm tổn thương đến vùng thẳng bằng như của hệ mạch sống nên thường tổn thương tiểu não. Do vậy người bệnh có sự hồi phục tốt hơn, trong nghiên cứu này là tốt hơn 1.45 lần.

- Người bệnh có XHN đi kèm với ổ dị dạng mạch não vỡ thì sự hồi phục sẽ kém hơn với người bệnh có XHN không đi kèm dị dạng mạch não vỡ. Điều này được lý giải là do dị dạng mạch não dù là phình động mạch, thông động tĩnh mạch, hay u mạch thể hang...khi vỡ thường là gây hiệu ứng khối choán chỗ lớn, đè đẩy nhiều vùng nhu mô thần kinh. Điều này không có lợi cho việc hồi phục sau này. Trong nghiên cứu này cho thấy người bệnh không có dị dạng mạch não thì tỉ lệ hồi phục cao hơn 2.2 lần nhóm người bệnh có dị dạng mạch não.

KẾT LUẬN

1. Bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao có hiệu quả tốt trong điều trị chứng hư lao ở người bệnh sau phẫu thuật XHN thể khí huyết lưỡng hư. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn đáng kể nào trong quá trình nghiên cứu.

2. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng hiệu quả của bài thuốc nghiên cứu là:

- Tuổi <60 thì hiệu quả điều trị cao hơn.
- Giới nam thì hiệu quả điều trị tốt hơn.
- XHN trên lều có hiệu quả điều trị tốt hơn.
- Không dị dạng mạch não thì hiệu quả điều trị tốt hơn.

KIẾN NGHỊ

1. Làm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nữa để có thể đánh giá khách quan hơn hiệu quả của bài thuốc.
2. Làm nghiên cứu với thời gian dài hơn để khẳng định hiệu quả hồi phục của bài thuốc ở những tuần tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Keep RF, Hua Y, Xi G. Intracerebral haemorrhage: mechanisms of injury and therapeutic targets. *Lancet Neurol.* 2012;11(8):720-731.
2. Ming L, Bo W, Wen-Zhi W, et al. Stroke in China: epidemiology, prevention, and management strategies. *Neurology.* 2007;6(5):456-464.
3. Vũ Anh Nhị, Nguyễn Anh Tùng. Tiên lượng xuất huyết não trên lều bằng các thang điểm đột quỵ tại bệnh viện Thủ Đức. *Tạp Chí Học TpHCM.* 2008;13(1):320-323.
4. Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác. *Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh*, Nhà xuất bản Y học 2014.
5. Femandes HM. Spontaneous intracerebral haemorrhage: a surgical dilemma. *Br J Neurosurg.* 1999;13(4):389-394.
6. Morgenstem LB, Hemphill JC, Anderson C, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2010;41(9):2108-2129.
7. Van Asch CJ, Luitse MJ, Rinkel GJ, et al. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2010;9(2):167-176.
8. Rosand J, Eckman MH, Knudsen KA, et al. The Effect of Warfarin and Intensity of Anticoagulation on Outcome of Intracerebral Hemorrhage. *Arch Intern Med.* 2004;164(8):880.
9. Qureshi AI, Tuhim S, Broderick JP, et al. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *N Engl J Med.* 2001;344(19):1450-1460.
10. Weiner HL, Cooper PR. The Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Contemp Neurosurg.* 1992;14(21):1.

11. Herbststein DJ, Schaumburg HH. Hypertensive Intracerebral Hematoma: An Investigation of the Initial Hemorrhage and Rebleeding Using Chromium Cr 51-Labeled Erythrocytes. *Arch Neurol.* 1974;30(5):412- 414.
12. Brot T, Broderick J, Kothari R, et al. Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage. *Stroke.* 1997;28(1):1-5.
13. Fujii Y, Takeuchi S, Sasaki O, et al. Multivariate analysis of predictors of hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke.* 1998;29(6):1160-1166.
14. Fujii Y, Tanaka R. Takeuchi S, et al. Hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage. *J Neurosurg.* 1994;80(1):51-57.
15. Kazui S, Minematsu K. Yamamoto H, et al. Predisposing factors to enlargement of spontaneous intracerebral hematoma. *Stroke.* 1997;28(12):2370-2375.
16. Suzuki S, Kelley RE, Dandapani BK, et al. Acute leukocyte and temperature response in hypertensive intracerebral hemorrhage. *Stroke.* 1995;26(6):1020-1023.
17. Damenbaum MJ, Barrow DL. Primary intracerebral hemorrhage: a look at past, present, and future. *World Neurosurg.* 2013;79(3):427-429.
18. Juvela S, Heiskanen O, Poranen A, et al. The treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage. A prospective randomized trial of surgical and conservative treatment. *J Neurosurg.* 1989;70(5):755-758.
19. Batjer HH, Reisch JS, Allen BC, et al. Failure of surgery to improve outcome in hypertensive putaminal hemorrhage. A prospective randomized trial. *Arch Neurol.* 1990;47(10):1103-1106.
20. Zifko UA. Slomka PJ, Young GB, et al. Brain mapping of median nerve somatosensory evoked potentials with combined 99mTc-ECD single-photon emission tomography and magnetic resonance imaging. *Eur J Nucl Med.* 1996;23(5):579-58.

21. Kamo T, Nonomura K. Hyperbaric oxygen therapy to determine the surgical indication of moderate hypertensive intracerebral hemorrhage. *Minim Invasive Neurosurg MIN*. 1996;39(2):56-59.
22. Mendelow AD. Mechanisms of ischemic brain damage with intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 1993;24(12):115-119.
23. Qureshi AI, Geocadin RG, Suarez JJ, et al. Long-term outcome after medical reversal of transtentorial herniation in patients with supratentorial mass lesions. *Crit Care Med*. 2000;28(5):1556-1564.
24. Clark RS, Kochanek PM, Chen M, et al. Increases in Bcl-2 and cleavage of caspase-1 and caspase-3 in human brain after head injury. *FASEB J Off Publ Fed Am Soc Exp Biol*. 1999;13(8):813-821.
25. Lê Điền Nhi. Vai trò của phẫu thuật trong điều trị máu tụ trong não do tăng huyết áp (Nghiên cứu so sánh các trường hợp phẫu thuật và không phẫu thuật). *Tạp Chí Học Tp HCM*. 2007;11(3):154-163.
26. Kalita J, Misra UK, Ranjan P, et al. Effect of mannitol on regional cerebral blood flow in patients with intracerebral hemorrhage. *J Neurol Sci*. 2004;224(1):19-22.
27. Rincon F, Mayer SA. Clinical review: Critical care management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Crit Care Lond Engl*. 2008;12(6):237.
28. Bài giảng bệnh học Ngoại khoa tập I, Nhà xuất bản Y học; 2006, 170-184.
29. Bài giảng bệnh học Ngoại khoa tập II, Nhà xuất bản Y học; 2006, 118 - 127.
30. Joseph R, Yancey, Sarah M, Thomas. Chronic fatigue syndrome: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*. 2012; Vol 86, No 8:741-746.
31. Janna Lawrence. Fresh evidence points to a cause and possible treatments for chronic fatigue syndrome. *The Pharmaceutical Journal*. 2016; Vol 297, No 7891.

32. Chronic fatigue syndrome/ Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) diagnosis and management of CFS/ME in adults and children. NICE Clinical guideline; 2017.
33. Daniel Missailidis, Sarah J. Annesley and Paul R. Fisher. Pathological Mechanisms Underlying Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Diagnostics*. 2019; 9-80.
34. Whiting. P., Bagnall, A.M., Sowden, A.J. et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Journal of American Medical Association*. 2001;286 (11): 1360-1368.
35. Montoya JG, Kogelnik AM, Bhangoo M et al. Randomised clinical trial to evaluate the efficacy and safety of valganciclovir in a subset of patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Medical Virology*. 2013;85:2101-2109.
36. Zeinech MM. Kang J, Atlas SW et al. Right arcuate fasciculus abnormality in chronic fatigue syndrome. *Radiology* 2015. 2015;274:517-526.
37. Hornig M, Montoya JG, Klimas NG et al. Distinct plasma immune signatures in ME/CFS are present early in the course of illness. *Science Advances*. 2015;1:e1400121.
38. Giloteaux L. Goodrich JK. Walters WA et al. Reduced diversity and altered composition of the gut microbiome in individuals with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Microbiome*. Published online 2016:4-30.
39. Lillebeth Larun 1, Kjetil G Brurberg. Jan Odgaard-Jensen, Jonathan R Price. *Exercise therapy for chronic fatigue syndrome, Exercise therapy for chronic fatigue syndrome (review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019.

40. Terje Alraek. Myeong Soo Lee, Tae-Young Choi, Huijuan Cao and Jianping Liu. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: A systematic review. BMC Complementary and Alternative Medicine. Published online 2011:11-87
41. Duncan Chambers¹ Anne-Marie Bagnal¹² Susanne Hempel Carol Forbes ¹. Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review. Journal of the royal society of medicine. 2016; 90:506-520.
42. *Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Hà Nội. Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (sách đào tạo sau đại học). Nhà xuất bản Y học; 2016.*
43. *Hoàng Bảo Châu. Nội khoa học cổ truyền. Nhà xuất bản Thời đại; 2010.*
44. Hội Đông Y Hà Nội. Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong Đông Y. In lần 2; Nhà xuất bản văn hóa dân tộc; 2008.
45. PGS. TS Nguyễn Nhược Kim, TS. Hoàng Minh Chung (2009), Dược học cổ truyền, Nxb Y học, tr.91 – 92, 121, 191 – 192, 228 – 233, 237.
46. Đỗ Tất Lợi (2003). Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, NXB Khoa học và kỹ thuật, tr.55 – 59, 222 – 223, 391 – 392, 396 – 397, 730 – 732, 788 – 791, 811-813, 863-867, 887-889.
47. Nguyễn Thị Kiều Oanh, *Mô tả đặc điểm lâm sàng và bước đầu đánh giá tác dụng của bài thuốc Lục vị quy thược trên bệnh nhân loãng xương - thiếu xương thể can thận âm hư, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2012.*
48. Nguyễn Thị Phương Thảo, *Đánh giá tác dụng của bài Lục vị địa hoàng hoàn hợp Hoàng liên A giao thang của thể tâm thận bất giao trên bệnh nhân tiền mãn kinh và mãn kinh, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2020.*
49. Nguyễn Tuyết Trang, *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Quy tỳ thang trong điều trị chứng hư lao thể tâm tỳ hư, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội, 2010*

50. Trần Mai Anh, *Đánh giá tác dụng điều trị của cao lỏng Tứ quân trên bệnh nhân hư lao thể tỳ khí hư*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2020.
51. Ngô Danh Lục, *Nghiên cứu tác dụng của viên nang nhân sâm dưỡng vinh điều trị chứng hư lao thể tâm tỳ hư ở người cao tuổi*, Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2019.
52. Quách Chấn Lương, Tô chân Linh, Vương Chính Phi, La Hiểu Mục. Phân tích Meta của bài Tứ quân tử thang phối hợp bài thuốc Thống tả yếu phương trong điều trị Viêm đại tràng kích thích. *Phương tễ học thực nghiệm Trung Quốc*. 2015;Kì 21, số 24.
53. 马梅青。加味四君子汤对肿瘤患者免疫功能调节的临床研究。中华实用中西医杂志, 2003.16(7):980
- Mã Thanh Mai. Nghiên cứu tác dụng của bài Tứ quân tử thang gia vị đối với khả năng miễn dịch trên bệnh nhân ung thư. *Tạp chí Trung Tây Y*.
54. 梁超张胜华蔡照弟冯寿全王雄达李兆基 早期肠内应用四君子汤对消化道肿瘤术后患者免疫功能的影响》中国中西医结合杂志2005.25 (12) Lương Siêu, Trương Thắng Hoa, Thiều Chiếu Đệ, Phùng Thọ Toàn, Vương Hùng Đạt, Lý Chiêu Cơ. Đánh giá tác dụng của bài thuốc Tứ Quân tử thang lên chức năng miễn dịch của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư đường tiêu hoá. *Tạp chí Trung Tây Y kết hợp Trung Quốc*. 2005;12/2005, kì 12, quyển 25:1070-1073.
55. 蔡骏, 王华, 周胜, 吴彬、宋华荣, 宣正荣: 《四君子汤联合肠内营养对胃癌手术患者T细胞亚群及营养状况影响的随机对照研究》中西医结合学报 2008.6 (1) 37-40. Thái Quân, Vương Hoa, Châu Thắng, Ngô Bản, Tông Hoa Dung. Tuyên Chính Dung. Nghiên cứu tác dụng của Tứ quân tử thang kết hợp với dinh dưỡng qua đường tiêu hóa lên tình trạng dinh dưỡng và tế bào Lympho T của bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật. 2008:37-40.

56. 张虹，十全大补汤加减联合化疗治疗进展期胃癌气血虚瘀证的疗效观察，硕士学位论文，福建中医药大学，2021年

Trương Hồng, *Quan sát hiệu quả điều trị của Thập toàn đại bổ thang kết hợp hóa trị trong điều trị bệnh ung thư dạ dày thể khí hư huyết ứ giai đoạn muộn*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Trung y dược Phúc Kiến, 2021.

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Bệnh viện Bạch Mai
Khoa: Y học cổ truyền

Mã NB

I. Hành chính

1. Họ và tên:.....; Tuổi:.... ; Giới: 1.Nữ 2.Nam.
2. Nghề nghiệp: 1. Lao động trí óc 2. Lao động chân tay 3. Hưu trí
3. Địa chỉ: số nhà.....thôn (phố).....Xã (phường).....Huyện (Q.T).....Tỉnh (T.P)..... Số điện thoại:.....
5. Ngày vào khoa (D₀).....Ngày kết thúc nghiên cứu (D₃₀).....

II. Lý do vào viện.....

III. Tiền sử gia đình có người XHN : 1. Có 2. Không.....

IV. Khám lâm sàng

1. Mạch, huyết áp

Chỉ số	D ₀	D ₁₀	D ₂₀	D ₃₀
Mạch (tần số)				
HATT (mmHg)				
HATTr (mmHg)				
HATB (mmHg)				

2. Triệu chứng cơ năng:

Triệu chứng	D ₀	D ₁₀	D ₂₀	D ₃₀
Đau đầu				
Đau khớp không sưng nóng đỏ				
Đau mỏi cơ				
Khó chịu sau gắng sức, kéo dài > 24h				
Rối loạn giấc ngủ				
Giảm trí nhớ hoặc giảm sức tập trung				
Đau họng				
Nổi hạch bạch huyết				

3. Sự thay đổi các thang điểm

Thang điểm	D ₀	D ₁₀	D ₂₀	D ₃₀
Rối loạn giấc ngủ (PSQI)				
Rối loạn trí nhớ, giảm sức tập trung (Mini Cog)				
Chất lượng cuộc sống (SF36)				
Thang điểm mRS				
Thang điểm Glasgow				

V. Cận lâm sàng

Các chỉ số	D ₀	D ₁₀	D ₂₀	D ₃₀
1. Huyết học				
Số lượng HC (T/L)				
Huyết sắc tố (g/L)				
Số lượng BC (G/L)				
Số lượng TC (G/L)				
ALT (u/L)				
AST (u/L)				
Urê máu (mmol/L)				
Creatinin (μmol/L)				
Protein (g/L)				
Albumin (g/L)				

VI. Triệu chứng theo YHCT

Triệu chứng	D ₀	D ₁₀	D ₂₀	D ₃₀
- Tinh thần mệt mỏi				
- Sắc mặt trắng bệch hoặc vàng nhợt.				
- Đoản khí, ngại nói, tiếng nói nhỏ.				
- Nặng đầu hoa mắt chóng mặt.				
- Chân tay vô lực.				
- Lưỡi nhợt.				
- Mạch tế nhược.				

VII. Tác dụng không mong muốn

Buồn nôn

Đại tiện lỏng

Đau bụng

Dị ứng ngoài da

Khác (ghi rõ)

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

PHỤ LỤC 2

THANG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PSQI

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

THANG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PSQI

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

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

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

4. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ

5. Trong tháng qua, anh (chị) có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho anh (chị) không?	Không Có (0)	ít hơn 1 lần/tuần (1)	1 hoặc 2 lần/tuần (2)	3 hoặc >3 lần/tuần (3)
a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút.				
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng.				
c. Phải thức dậy để tắm.				
d. Khó thở				
e. Ho hoặc ngứa to				
f. Cảm thấy rất lạnh				
g. Cảm thấy rất nóng				
h. Có ác mộng				
i. Thấy đau				
k. Lý do khác..... Trong tháng qua, vấn đề này có thường gây mất ngủ cho anh/chị không?				
6. Trong tháng qua, anh/chị có thường phải sử dụng thuốc ngủ không (Sử dụng theo đơn hoặc tự mua về dùng)?				
7. Trong tháng qua, anh/chị có hay gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo lúc lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xã hội hay không?				
8. Trong tháng qua, anh/chị có gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành các công việc hay không?				
	Rất tốt (0)	Tương đối tốt (1)	Tương đối kém (2)	Rất kém (3)
9. Trong tháng qua, nhìn chung anh/chị đánh giá về chất lượng giấc ngủ của mình thế nào?				

Tổng số điểm:

Kết quả test.....

Hà Nội, ngày tháng năm 20.....

Người thực hiện

PHỤ LỤC 3

THANG ĐÁNH GIÁ SUY GIẢM TRÍ NHỚ MINI COG

Mini - Cog là thang điểm sàng lọc suy giảm nhận thức ở người lớn tuổi do tác giả Soo Borson, Đại học Washington, Hoa Kỳ mô tả năm 2000. Thang điểm Mini - Cog kết hợp test nhớ lại 3 từ (3 item recall test) và test vẽ đồng hồ (Clock Drawing test). Bệnh nhân được nghe 3 từ quen thuộc và được yêu cầu nhắc lại sau khi thực hiện xong test vẽ đồng hồ. Về test vẽ đồng hồ, bệnh nhân được yêu cầu vẽ một vòng tròn lớn, vẽ thêm đầy đủ các số như số trên mặt đồng hồ, sau đó vẽ thêm kim dài và kim ngắn chỉ 2:45. Được xem là vẽ đồng hồ đúng khi đồng hồ có vòng tròn tương đối kín, đủ số, số đúng vị trí và kim chỉ tương đối đúng. Thang Mini Cog chỉ cần 2-3 phút để hoàn thành với độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Mini -Cog có cấu tạo gồm test nhớ lại 3 từ và test vẽ đồng hồ nên nó gần như không lệ thuộc vào ngôn ngữ và học vấn cao. Mặc khác, Mini - Cog có thể đánh giá vừa trí nhớ (thông qua test nhớ 3 từ) vừa đánh giá được nhận thức, đặc biệt là chức năng sắp xếp điều tiết, thị giác không gian (thông qua test vẽ đồng hồ) nên nó có thể phát hiện được nhiều thể sa sút trí tuệ như Alzheimer, sa sút trí tuệ...

THANG ĐÁNH GIÁ SUY GIẢM TRÍ NHỚ MINI COG

Họ và tên:.....

Tuổi:.....Giới:.....

Địa chỉ:.....

Chẩn đoán:.. ..

Nghề nghiệp:.....

Bước 1: Ghi nhớ 3 từ

Vui lòng lắng nghe kỹ. Tôi sẽ nói ra ba từ, vui lòng nhắc lại cho tôi và cố gắng nhớ ba từ đó. Những từ đó là (chọn một danh sách các từ trong các nhóm bên dưới). Bây giờ vui lòng nói các từ đó cho tôi.

Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4	Nhóm 5	Nhóm 6
Quả chuối Bình minh Cái ghế	Lãnh đạo Mùa giải Cái bàn	Ngôi làng Căn bếp Em bé	Dòng sông Quốc gia Ngón tay	Đội trưởng Khu vườn Bức tranh	Con gái Thiên đường Ngọn núi

Bước 2: Vẽ đồng hồ

“Tiếp theo, vui lòng vẽ cho tôi một chiếc đồng hồ. Trước tiên, vẽ tất cả các số ở đúng vị trí”. Khi người vẽ hoàn thành thao tác trên, nói: “Bây giờ chỉnh hai kim đồng hồ thành 11 giờ 10”

Sử dụng vòng tròn in sẵn cho bài tập này.

Chuyển sang Bước 3 nếu người vẽ không vẽ xong chiếc đồng hồ trong vòng ba phút.

Bước 3: Nhớ lại 3 từ

Đề nghị người đó nhớ lại ba từ bạn đã nói ở Bước 1.

Cách tính điểm:

Nhớ lại Từ:..... (0-3 điểm)	1 điểm cho mỗi từ tự nhớ được mà không cần gợi ý.
Vẽ Đồng hồ:..... (0-2 điểm)	Đồng hồ bình thường = 2 điểm. Trên đồng hồ, tất cả các số nằm đúng thứ tự và có vị trí tương đối chính xác. Không tính điểm độ dài kim đồng hồ. Không thể vẽ hoặc từ chối vẽ đồng hồ (bất thường) = 0 điểm.
Tổng điểm: (0-5 điểm)	Tổng điểm = Điểm nhớ lại từ + điểm vẽ đồng hồ.

PHỤ LỤC 4

BỘ CÂU HỎI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SF 36

I. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ tên:..... 2. Tuổi:.....3. Giới:.....
4. Địa chỉ:..... 5. SDT:.....
6. Nghề nghiệp:.....
7. Trình độ văn hóa:.....
8. Thời gian mắc bệnh.....

II. CÂU HỎI KHẢO SÁT

Hãy trả lời các câu hỏi sau đây một cách trung thực và không ngắt quãng

1. Nhìn chung anh/chị cho rằng sức khỏe của mình là:

1. Tuyệt vời 2. Rất tốt 3. Tốt 4. Vừa phải 5. Tệ

2. Anh/chị đánh giá thế nào về sức khỏe hiện tại của mình so với 1 năm trước?

1. Tốt hơn nhiều so với một năm trước
2. Tốt hơn một chút so với một năm trước
3. Như nhau
4. Tồi hơn một chút so với một năm trước
5. Tồi hơn nhiều so với một năm trước

GIỚI HẠN HOẠT ĐỘNG

Những câu sau đây đề cập đến những hoạt động thường ngày của anh/chị. Tình trạng sức khỏe hiện nay của anh/chị có gây cản trở các hoạt động này không và nếu có thì ở mức độ nào?

Câu	Vấn đề	Cản trở nhiều (1)	Cản trở ít (2)	Không cản trở (3)
3	Hoạt động mạnh như chạy, mang vật nặng			
4	Hoạt động trung bình như đẩy máy hút bụi, chơi golf, di chuyển 1 cái bàn...			
5	Nhấc hoặc mang các tạp phẩm			
6	Trèo vài lượt cầu thang			
7	Trèo một lượt cầu thang			
8	Quỳ, uốn hoặc cúi người			
9	Đi bộ nhiều hơn 2km			
10	Đi bộ vài đoạn đường			
11	Đi bộ một đoạn đường			
12	Tắm hoặc tự mặc quần áo			

CÁC VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE THỂ CHẤT

Trong 4 tuần vừa qua, anh/chị có gặp phải vấn đề nào dưới đây liên quan với công việc hoặc hoạt động thường ngày do các vấn đề sức khỏe thể chất của mình gây ra không?

Câu	Vấn đề	Có (1)	Không (2)
13	Giảm thời gian dành cho công việc hoặc các hoạt động khác		
14	Hoàn thành kém hơn khả năng của mình		
15	Hạn chế một số công việc hoặc hoạt động		
16	Khó thực hiện công việc hoặc các hoạt động		

CÁC VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE TINH THẦN

Trong 4 tuần vừa qua, anh/chị có gặp phải vấn đề nào dưới đây liên quan với công việc hoặc hoạt động thường ngày do các vấn đề sức khỏe tinh thần gây ra không (như trầm cảm, lo lắng)?

Câu	Vấn đề	Có (1)	Không (2)
17	Giảm thời gian dành cho công việc hoặc các hoạt động khác		
18	Hoàn thành kém hơn khả năng của mình		
19	Không thể thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác cẩn thận như bình thường		

HOẠT ĐỘNG XÃ HỘI

20. Các vấn đề về tinh thần có cản trở các hoạt động xã hội bình thường của anh/chị với gia đình, bạn bè và hàng xóm không?

1. Không 2. Một chút 3. Vừa phải 4. Nhiều 5. Rất nhiều

SỰ ĐAU ĐỚN

21. Trong 4 tuần vừa qua, cơ thể anh/chị có cảm giác đau đớn ở mức độ nào?

1. Không 2. Rất nhẹ 3. Nhẹ 4. Vừa 5. Nặng 6. Rất nặng

22. Trong 4 tuần vừa qua, cảm giác đau làm cản trở hoạt động thường ngày của anh/chị ở mức độ nào?

1. Không 2. Một chút 3. Vừa phải 4. Khá nhiều 5. Hoàn toàn

HOẠT ĐỘNG XÃ HỘI

32. Trong 4 tuần vừa qua, tình trạng sức khỏe thể chất và các vấn đề về tinh thần đã cản trở hoạt động xã hội của anh/chị ở mức độ nào

1. Luôn luôn
2. Hầu hết thời gian
3. Khá thường xuyên
4. Đôi khi
5. Ít khi
6. Không lúc nào

TÌNH HÌNH SỨC KHỎE CHUNG

Các khẳng định sau đây đúng hay sai ở mức độ nào với anh/chị?

Trả lời		Hoàn toàn đúng (1)	Hầu như đúng (2)	Không biết (3)	Hầu như sai (4)	Hoàn toàn sai (5)
33	Tôi dễ bị ốm hơn người khác					
34	Tôi khỏe mạnh như tất cả những người tôi biết					
35	Tôi thấy sức khỏe của mình đang yếu đi					
36	Sức khỏe của tôi rất tốt					

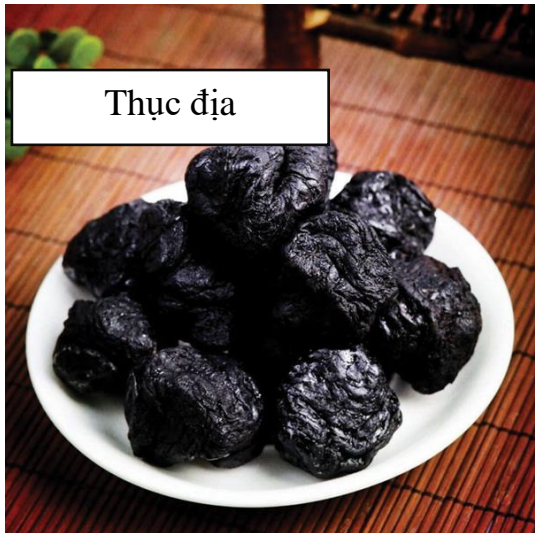
Tổng số điểm:.....

Kết quả test:.....

Hà Nội, ngày tháng năm

NGƯỜI THỰC HIỆN

PHỤ LỤC 5
HÌNH ẢNH CÁC VỊ THUỐC SỬ DỤNG CHO NGHIÊN CỨU





Mách Môn



Đỗ trọng



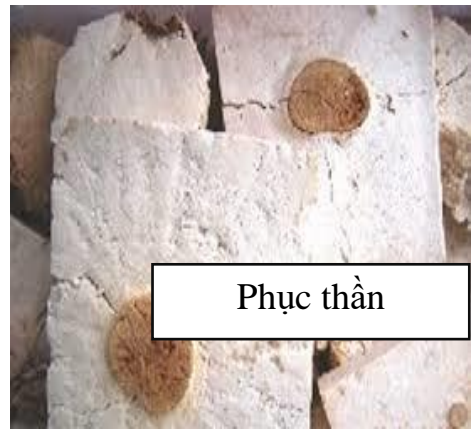
Ngũ tât



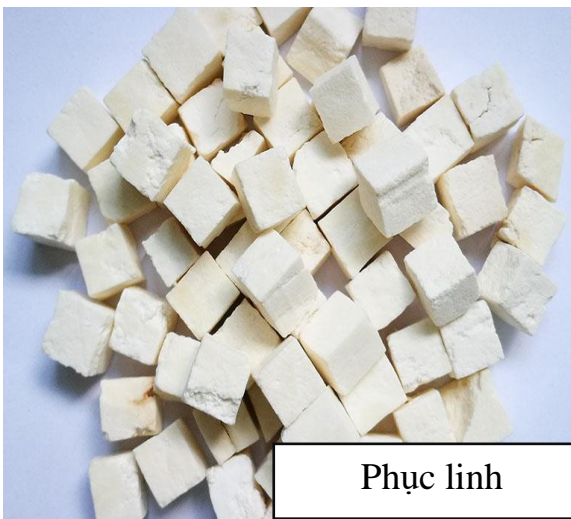
Bạch thược



Nhân sâm



Phục thần



Phục linh



Liên nhục

PHỤ LỤC 6
PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU
ĐỀ TÀI: ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC NGŨ TẠNG
KIÊM TƯ CAO TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT XHN

Tên tôi là:.....Tuổi:.....Giới:.....

Địa chỉ.....

Là bệnh nhân hiện đang điều trị tại khoa Y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai.

Ngày vào khoa:.....

Tôi đã được nghe giải thích về đề tài nghiên cứu và các thủ tục đăng kí tham gia nghiên cứu. Tôi biết rằng:

Quyền lợi của người tham gia nghiên cứu:

1. Được cung cấp thông tin đầy đủ về nội dung nghiên cứu, lợi ích và nghĩa vụ của người tham gia nghiên cứu, những nguy cơ, tai biến có thể xảy ra trong quá trình nghiên cứu.
2. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, không bị ép buộc và có quyền tự ý rút khỏi nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào, với bất kì lí do nào mà không bị phân biệt đối xử.
3. Được bảo vệ, chăm sóc trong suốt quá trình nghiên cứu, không phải trả chi phí trong quá trình tham gia nghiên cứu.
4. Các thông tin bí mật, riêng tư của người tham gia nghiên cứu được đảm bảo, các số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.
5. Trong thời gian tham gia nghiên cứu, nếu có xảy ra tai biến do nghiên cứu đối với người tình nguyện tham gia nghiên cứu, nhóm nghiên cứu sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm xử lý.

Sau khi đã được nhóm nghiên cứu giải thích các nguy cơ có thể xảy ra, tôi đồng ý tham gia nghiên cứu "Đánh giá tác dụng của bài thuốc Ngũ tạng kiêm tư cao trên người bệnh sau phẫu thuật XHN " và cam kết sẽ tuân thủ các thủ tục quy trình nghiên cứu và lịch trình khám và xét nghiệm. Việc tham gia nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện.

Hà Nội, ngày..... tháng..... năm.....

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 7

SẮC THUỐC THANG YHCT VÀ ĐÓNG GÓI THUỐC BẰNG MÁY

1. ĐỊNH NGHĨA

Sử dụng thiết bị sắc thuốc liên hoàn của Hàn Quốc hoặc Trung Quốc thông qua nhiệt độ sôi của nước tác động vào các vị thuốc làm cho chất thuốc hòa tan trong nước sôi, làm cho tính dược hòa hoãn và giảm được tác dụng phụ của thuốc rồi chắt lấy nước thuốc cho sang thiết bị chiết cô, đóng gói túi thuốc để uống dần.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân có chỉ định dùng thuốc y học cổ truyền.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định rõ, chủ yếu là sắc đúng cách để đảm bảo chất lượng thuốc dùng cho bệnh cấp tính và bệnh mãn tính.

4. CHUẨN BỊ

A. Cán bộ chuyên khoa

Nhân viên sắc thuốc, yêu cầu:

- Biết được kỹ thuật sắc thuốc và đóng gói thuốc bằng máy.
- Được trang bị kiến thức về an toàn lao động và mặc đồ bảo hộ lao động.

B. Phương tiện

- Gói thuốc sắc, túi vải bọc gói thuốc, túi ni lông đựng gói thuốc.
- Nước sắc thuốc: nước sạch.
- Thiết bị sắc thuốc của Hàn quốc hoặc Trung Quốc, thiết bị triết cô và đóng gói túi thuốc tự động.

C. Bệnh nhân

- Chuẩn bị người bệnh theo hồ sơ đúng quy định
- Người bệnh được hướng dẫn cách dùng thuốc và bảo quản thuốc.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nhận thuốc vào sổ theo số thứ tự (số thứ tự treo vào túi thuốc)
- Cho thuốc vào túi vải thô ngâm trong thời gian 2-3 giờ tùy theo từng loại thuốc, lượng nước ngâm thuốc khoảng 0.8- 1lít nước/ 1thang thuốc (Đảm bảo cho nước ngập thuốc).
- Cho thuốc vào nồi sắc (Cho cả túi vải bọc thuốc và nước ngâm thuốc vào trong nồi).
- Treo số thẻ của từng bệnh nhân cạnh máy sắc
- Đóng hết các van, vặn van giữ nắp nồi sắc.
- Bật máy đặt chế độ vận hành tự động:
 - + T0: 13000, thời gian sắc khoảng 90 phút đến 120 phút (Tính từ lúc bật máy, thời gian này tùy theo số thang thuốc cần sắc và chủng loại thuốc)
 - + Áp suất của van an toàn khoảng 1.5kg
- Khi thuốc đã sắc xong: tắt máy, mở van, ép thuốc sang máy cô thuốc, cô đến lượng thuốc đủ để đóng gói:
 - + Thường 6lít nước cho 10 thang thuốc sắc (Mỗi thang sắc lấy 3 túi thuốc).
- Cho cuộn túi ni lông thuốc vào máy đóng túi thuốc.
- Bật nút máy đóng túi sau chờ khoảng 15- 20 phút cho máy nóng, thường để nhiệt độ của máy đóng túi ở khoảng 1150-1250.
- Bỏ đi 1/2 túi thuốc đầu, chỉnh lượng thuốc khoảng trong túi cho phù hợp thường 180-200ml/ 1túi thuốc.
- Ấn nút đóng gói tự động.
- Sau khi đóng gói túi thuốc xong, cho nước vào tráng rửa bình triết cô và nồi sắc thuốc

6. THEO DÕI

- Chú ý áp suất van an toàn và toàn bộ quá trình sắc thuốc, đóng túi thuốc.
- Chú ý an toàn trong lao động và sản xuất.

7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ:

- Xì hơi thuốc trong quá trình sắc, thường do vặn van nồi không chặt hoặc không cân đối. Xử lý: xì hết hơi áp suất nồi, vặn lại van nắp nồi.

- Cháy nổ, xử lý như quy trình phòng chống cháy nổ.

- Thuốc khi cho sang bình triết nếu ít quá thì vặn chặt van ép hết lượng thuốc sang bình triết hoặc cho thêm nước vào bình sắc sắc thêm cho đủ lượng nước.

- Bông hơi thuốc xử trí như bông nước sôi, tùy theo từng mức độ.

Tài liệu tham khảo:

1. Quyết định số 5370/ QĐ – BYT

PHỤ LỤC 8

THANG ĐIỂM RANKIN SỬA ĐỔI (mRS)

Thang điểm mRS bao gồm 7 mức độ đánh giá, từ 0 đến 6, với mỗi mức độ có mô tả chi tiết về khả năng tự chăm sóc bản thân của bệnh nhân. Cụ thể, các mức độ đánh giá của thang điểm mRS như sau:

Điểm	Lâm sàng
0	Hoàn toàn không triệu chứng
1	Không có di chứng ý nghĩa; có thể thực hiện các động tác và hoạt động thông thường
2	Di chứng nhẹ; không có khả năng hoạt động như trước nhưng có thể tự thực hiện các công việc mà không cần trợ giúp
3	Di chứng vừa; cần có một số sự trợ giúp nhưng có thể đi lại không cần trợ giúp
4	Di chứng vừa-nặng; Đi lại phải có sự trợ giúp và không có khả năng thực hiện các động tác đáp ứng nhu cầu của cơ thể mà không có sự trợ giúp
5	Di chứng nặng; nằm liệt giường và cần có người phục vụ thường xuyên
6	Tử vong

0: Không có triệu chứng, không gặp giới hạn trong các hoạt động thường ngày.

1: Không có khuyết tật đáng kể, có thể tồn tại triệu chứng nhưng không gặp giới hạn.

Câu hỏi: Người bệnh có cảm thấy khó khăn khi đọc hoặc viết; khó khăn khi nói hoặc tìm từ ngữ phù hợp? Người bệnh có cảm thấy mất thăng bằng hoặc phối hợp động tác? Bệnh nhân có vấn đề về thị lực; tê chân, bàn chân, tay, bàn tay, mặt; mất vận động chân, bàn chân, tay, bàn tay, mặt; gặp khó khăn khi nuốt hoặc các triệu chứng khác không?

2: Khuyết tật nhẹ, gặp giới hạn khi tham gia các hoạt động, vai trò xã hội nhưng không phụ thuộc vào người chăm sóc.

Câu hỏi: Có thay đổi gì về khả năng lao động hoặc chăm sóc người khác sau đột quỵ không? Khả năng tham gia các hoạt động xã hội hoặc hoạt động giải trí của bệnh nhân có thay đổi không? Bệnh nhân có gặp vấn đề với các mối quan hệ hoặc trở nên cô lập không?

3: Khuyết tật vừa, cần người chăm sóc ở một số khía cạnh nhưng không cần chăm sóc cơ bản.

Câu hỏi: Bệnh nhân có cần hỗ trợ để chuẩn bị một bữa ăn đơn giản, làm việc nhà, giữ tiền, mua sắm, đi lại ở địa phương không?

4: Khuyết tật vừa, cần những trợ giúp cơ bản từ người chăm sóc nhưng không yêu cầu chăm sóc liên tục.

Câu hỏi: Bệnh nhân có cần trợ giúp khi ăn, khi đi vệ sinh, đi lại hoặc vệ sinh thân thể thường ngày không?

5: Khuyết tật nặng, cần người chăm sóc liên tục, người chăm sóc có thể được đào tạo hoặc không.

Câu hỏi: Người bệnh có cần sự chăm sóc liên tục không?

6: Chết.

PHỤ LỤC 9

THANG ĐIỂM GLASGOW

Tiêu chí: Đáp ứng bằng mắt.

- Có thể mở mắt tự nhiên: điểm 4.
- Chỉ mở mắt khi gọi: điểm 3.
- Chỉ mở mắt khi bị gây đau: điểm 2.
- Không mở mắt được: điểm 1.

Tiêu chí: Đáp ứng bằng lời nói.

- Định hướng tốt, nói được chính xác tên, ngày giờ, địa điểm: điểm 5.
- Giao tiếp mạch lạc nhưng nhầm lẫn về thông tin: điểm 4.
- Chỉ nói được từ đơn dễ: điểm 3
- Nói những từ hoặc câu vô nghĩa: điểm 2.
- Không nói được: điểm 1.

Tiêu chí: Đáp ứng bằng vận động.

- Có thể thực hiện vận động được theo lệnh: điểm 6.
- Đáp ứng chính xác khi bị gây đau: điểm 5.
- Đáp ứng không chính xác khi bị gây đau: điểm 4.
- Gáp cứng: điểm 3.
- Duỗi cứng: điểm 2.
- Không đáp ứng: điểm 1.