

CLINICAL EFFICACY AND NEUROPHYSIOLOGICAL IMPACT OF HOANG KY BO HUYET THANG COMBINED WITH MAGNETIC FIELD THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL CIRCULATORY INSUFFICIENCY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Tran Thi Thu Van¹, Nguyen Thi Quy^{1*}, Ta Thi Nga², Bui Quoc Hung²

¹Vietnam University of Traditional Medicine - 2 Tran Phu, Ha Dong ward, Hanoi, Vietnam

²Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam ward, Hung Yen province, Vietnam

Received: 08/10/2025

Revised: 18/10/2025; Accepted: 18/11/2025

ABSTRACT

Objective: To compare the clinical efficacy and electroencephalographic impact of a combined therapy of Hoang ky bo huyet thang formula and magnetic field therapy versus a regimen of Piracetam and magnetic field therapy for chronic cerebral circulatory insufficiency.

Subjects and methods: A prospective, randomized, controlled trial was conducted on 70 chronic cerebral circulatory insufficiency patients, divided into two groups: the research group (n = 35) received Hoang ky bo huyet thang and magnetic field therapy, and the control group (n = 35) received Piracetam and magnetic field therapy for 15 days. Assessments were based on clinical scales (Khadjev, VAS), neuropsychological tests (Wechsler, Schuler), and electroencephalographic parameters (alpha, theta rhythms) before and after treatment.

Results: Both groups showed significant clinical improvement ($p < 0.05$). However, the research group demonstrated superior restoration of electroencephalographic parameters. The alpha index in the research group increased from $28.9 \pm 3.9\%$ to $55.3 \pm 4.3\%$, significantly higher than the control group (increased to $38.2 \pm 2.9\%$; $p < 0.05$). The pathological theta index in the research group decreased more substantially (from $28.5 \pm 5.9\%$ to $15.5 \pm 1.2\%$) compared to the control group (decreased to $20.7 \pm 1.6\%$; $p < 0.05$).

Conclusion: The combined regimen of Hoang ky bo huyet thang and magnetic field therapy is not only clinically effective but also induces a significantly better restoration of cerebral bioelectrical activity compared to the Piracetam and magnetic field therapy regimen, suggesting a neuro-restorative therapeutic potential.

Keywords: Chronic cerebral circulatory insufficiency, Hoang ky bo huyet thang, magnetic field therapy, electroencephalography, Piracetam.

*Corresponding author

Email: nquy97.tn@gmail.com Phone: (+84) 986069549 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3863>

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG VÀ TÁC ĐỘNG SINH LÝ THẦN KINH CỦA BÀI THUỐC HOÀNG KỲ BỔ HUYẾT THANG KẾT HỢP TỪ TRỪNG TRÊN BỆNH NHÂN THIỂU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO MẠN TÍNH: MỘT NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN CÓ ĐỐI CHỨNG

Trần Thị Thu Vân¹, Nguyễn Thị Quý^{1*}, Tạ Thị Nga², Bùi Quốc Hưng²

¹Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam - 2 Trần Phú, phường Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/10/2025

Ngày chỉnh sửa: 18/10/2025; Ngày duyệt đăng: 18/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả lâm sàng và tác động trên điện não đồ của phác đồ kết hợp bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang và từ trường so với phác đồ Piracetam và từ trường trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, ngẫu nhiên, có đối chứng trên 70 bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, chia thành hai nhóm: nhóm nghiên cứu (n = 35) dùng Hoàng kỳ bổ huyết thang và từ trường; nhóm đối chứng (n = 35) dùng Piracetam và từ trường trong 15 ngày. Đánh giá dựa trên thang điểm lâm sàng (Khadjev, VAS), tâm lý thần kinh (Wechsler, Schuller) và các thông số điện não đồ (nhịp alpha, theta) trước và sau điều trị.

Kết quả: Cả hai nhóm đều cải thiện đáng kể về lâm sàng ($p < 0,05$). Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu cho thấy sự phục hồi vượt trội trên các chỉ số điện não đồ. Chỉ số alpha của nhóm nghiên cứu tăng từ $28,9 \pm 3,9\%$ lên $55,3 \pm 4,3\%$, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng (tăng lên $38,2 \pm 2,9\%$; $p < 0,05$). Chỉ số theta bệnh lý của nhóm nghiên cứu giảm mạnh hơn (từ $28,5 \pm 5,9\%$ xuống $15,5 \pm 1,2\%$) so với nhóm đối chứng (xuống $20,7 \pm 1,6\%$; $p < 0,05$).

Kết luận: Phác đồ Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường không chỉ hiệu quả về mặt lâm sàng mà còn tạo ra sự phục hồi hoạt động điện sinh lý não bộ tốt hơn đáng kể so với phác đồ Piracetam kết hợp từ trường, cho thấy tiềm năng điều trị mang tính phục hồi thần kinh.

Từ khóa: Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, Hoàng kỳ bổ huyết thang, từ trường, điện não đồ, Piracetam.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, được mã hóa theo ICD-10 là I67.8, là một tình trạng bệnh lý phổ biến, đặc trưng bởi sự suy giảm kéo dài lượng máu cung cấp cho não bộ, dẫn đến tổn thương tế bào thần kinh và suy giảm chức năng nhận thức. Đây là một vấn đề y tế cộng đồng quan trọng, đặc biệt ở người cao tuổi, với thống kê cho thấy khoảng 2/3 người cao tuổi mắc bệnh này và chiếm từ 9-25% tổng số các tai biến mạch máu não [1]. Các nguyên nhân chính bao

gồm xơ vữa động mạch làm hẹp lòng mạch và thoái hóa cột sống cổ gây chèn ép động mạch đốt sống. Tình trạng giảm tưới máu kéo dài này gây ra một loạt các triệu chứng lâm sàng đa dạng, trong đó phổ biến nhất là đau đầu (xuất hiện ở > 91% trường hợp), chóng mặt (> 87%), giảm trí nhớ và rối loạn giấc ngủ.

Hiện nay, các phương pháp điều trị của y học hiện đại chủ yếu là điều trị nội khoa, tập trung vào việc

*Tác giả liên hệ

Email: nguy97.tn@gmail.com Điện thoại: (+84) 986069549 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3863>

cải thiện triệu chứng. Các thuốc hướng thần kinh (nootropic) như Piracetam là một lựa chọn phổ biến, hoạt động bằng cách tăng cường chuyển hóa của tế bào thần kinh và cải thiện việc sử dụng oxy [2-3]. Tuy nhiên, hiệu quả của các liệu pháp này thường chưa ổn định lâu dài và chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Điều này thúc đẩy việc tìm kiếm các phương pháp tiếp cận tích hợp, có khả năng tác động đa cơ chế để giải quyết bản chất phức tạp của bệnh.

Theo y học cổ truyền, các triệu chứng của thiếu năng tuần hoàn não mạn tính được mô tả trong các chứng bệnh như “huyễn vựng” (chóng mặt), “đầu thống” (đau đầu), và “kiện vong” (hay quên). Nguyên nhân sâu xa thường quy về sự suy yếu của các tạng phủ, đặc biệt là tình trạng “khí huyết lưỡng hư” (cả năng lượng và vật chất nuôi dưỡng đều thiếu hụt) [4-5]. Bài thuốc cổ phương Hoàng kỳ bổ huyết thang với pháp trị “kiện tỳ, bổ khí, dưỡng huyết” được xem là phù hợp để giải quyết gốc rễ của bệnh theo lý luận y học cổ truyền. Xu hướng kết hợp y học cổ truyền với các phương pháp vật lý trị liệu của y học hiện đại như từ trường, vốn có tác dụng cải thiện tuần hoàn tại chỗ, đang mở ra một hướng đi mới đầy hứa hẹn [6-7].

Để vượt qua những đánh giá chủ quan dựa trên triệu chứng, việc sử dụng các dấu ấn sinh học khách quan là vô cùng cần thiết. Điện não đồ (EEG) là một công cụ chẩn đoán không xâm lấn, có vai trò then chốt trong việc đánh giá trạng thái chức năng của vỏ não bằng cách ghi lại hoạt động điện sinh học. Trong thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, tình trạng thiếu máu não cục bộ gây ra những thay đổi đặc trưng trên bản ghi EEG, thường biểu hiện qua sự chậm lại của các nhịp sóng: giảm hoạt động của nhịp alpha (liên quan đến sự chú ý và xử lý nhận thức) và tăng cường các sóng chậm bệnh lý như theta [8]. Do đó, việc bình thường hóa các mẫu sóng EEG phản ánh sự phục hồi ở cấp độ chức năng của vỏ não, cung cấp một thước đo khách quan và định lượng để đánh giá hiệu quả điều trị. Nhằm làm rõ hiệu quả lâm sàng và tác động sinh lý thần kinh của liệu pháp tích hợp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu sau: (1) Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường trên người bệnh thiếu năng tuần hoàn não mạn tính; (2) Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng một thử nghiệm can thiệp lâm sàng, tiến cứu, ngẫu nhiên, có đối chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tổng số 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thiếu năng tuần hoàn não mạn tính tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2025, được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm, mỗi nhóm 35 bệnh nhân.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân từ 18-80 tuổi, được chẩn đoán thiếu năng tuần hoàn não mạn tính theo hướng dẫn của Bộ Y tế, có điểm Khadjev từ 23,9 trở lên, mức độ đau đầu theo thang điểm VAS (visual analogue scale) từ 3-6. Theo y học cổ truyền, bệnh nhân thuộc thể bệnh Tâm tỳ hư hoặc Khí huyết lưỡng hư. Tất cả bệnh nhân đều tự nguyện và ký cam kết tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử đột quỵ não, u não, dị dạng mạch não; tăng huyết áp không kiểm soát; suy gan, suy thận, suy tim nặng; đang mắc các bệnh truyền nhiễm hoặc cấp tính khác; phụ nữ có thai hoặc cho con bú; rối loạn tâm thần.

2.3. Can thiệp nghiên cứu

- Nhóm nghiên cứu: bệnh nhân được điều trị bằng bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường.

Bài thuốc gồm 8 vị: Hoàng kỳ 16g, Nhân sâm 8g, Mạch môn 12g, Đương quy 8g, Bạch thược 8g, Tử uyển 12g, Ngũ vị tử 4g, Cam thảo 4g. Dược liệu đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V, được sắc bằng máy Extractor thành 300 ml, đóng thành 2 túi 150 ml. Bệnh nhân uống 1 thang/ngày, chia 2 lần, uống ấm sau ăn 30 phút, liệu trình 15 ngày liên tục.

Từ trường: sử dụng máy BTL 4920 Premium, điều trị 20 phút/lần/ngày, liệu trình 10 lần trong 2 tuần (nghỉ thứ 7, chủ nhật).

- Nhóm đối chứng: bệnh nhân được điều trị bằng Piracetam kết hợp từ trường.

Thuốc: Piracetam 400 mg, uống 1 viên/lần × 3 lần/ngày, liệu trình 15 ngày liên tục.

Từ trường: áp dụng phác đồ tương tự nhóm nghiên cứu.

2.4. Các chỉ số đánh giá

- Lâm sàng và tâm lý thần kinh: đánh giá tại các thời điểm ngày 0 (D0), D5, D10 và D15 bằng thang điểm chẩn đoán lâm sàng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của Khadjev, thang điểm đánh giá mức độ đau VAS, trắc nghiệm đánh giá khả năng nhìn nhớ Wechsler, phương pháp đánh giá khả năng tập trung di chuyển chú ý Schuller.

- Cận lâm sàng (thực hiện tại thời điểm D0 và D15): xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu (AST, ALT, ure, creatinin), ghi EEG để đánh giá các thông số của nhịp alpha và theta (tần số, biên độ, chỉ số).

- An toàn: theo dõi và ghi nhận các tác dụng không mong muốn (buồn nôn, mẩn ngứa, đại tiện phân lỏng, bầm tím tại chỗ...) trong suốt quá trình nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), các biến định tính thể hiện dưới dạng tần số và tỷ lệ (%). Phép kiểm T-test được sử dụng để so sánh giá trị trung bình và phép kiểm Chi-square (χ^2) cho so sánh tỷ lệ. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Tuệ Tĩnh. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu thời điểm D0

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n = 35)	Nhóm đối chứng (n = 35)	p
Tuổi trung bình (năm)	47,5 $\pm$ 18,8	46,5 $\pm$ 14,9	> 0,05
Giới (nam/nữ)	19/16	17/18	> 0,05
BMI trung bình (kg/m ²)	21,0 $\pm$ 2,9	20,9 $\pm$ 2,9	> 0,05
Thời gian mắc bệnh (tháng)	8,1 $\pm$ 8,7	8,7 $\pm$ 8,3	> 0,05
Điểm Khadjev	27,5 $\pm$ 2,8	27,2 $\pm$ 3,6	> 0,05
Chỉ số alpha (%)	28,9 $\pm$ 3,9	28,9 $\pm$ 3,0	> 0,05
Chỉ số theta (%)	28,5 $\pm$ 5,9	28,9 $\pm$ 5,4	> 0,05

Tại thời điểm D0, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có các đặc điểm nền tương đồng nhau. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình (47,5 $\pm$ 18,8 ở nhóm nghiên cứu so với 46,5 $\pm$ 14,9 ở nhóm đối chứng), phân bố giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), nghề nghiệp và thời gian mắc bệnh trung bình. Các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ban đầu cũng không có sự khác biệt đáng kể, bao gồm điểm Khadjev, chỉ số alpha và theta trên EEG.

3.2. Hiệu quả cải thiện lâm sàng và tâm lý thần kinh

Bảng 2. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng cơ năng và cải thiện trên các thang điểm định lượng (D0 so với D15)

Triệu chứng	Nhóm	D0	D15	P _{D0-D15} (cùng nhóm)	P _{D15} (giữa 2 nhóm)
Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng cơ năng					
Đau đầu	Nhóm nghiên cứu	28 (80,0%)	6 (17,1%)	< 0,001	> 0,05
	Nhóm đối chứng	27 (77,1%)	13 (37,1%)	< 0,001	
Chóng mặt	Nhóm nghiên cứu	26 (74,3%)	5 (14,3%)	< 0,001	< 0,05
	Nhóm đối chứng	26 (74,3%)	14 (40,0%)	< 0,001	
Giảm trí nhớ	Nhóm nghiên cứu	23 (65,7%)	7 (20,0%)	< 0,001	< 0,05
	Nhóm đối chứng	27 (77,1%)	15 (42,9%)	< 0,001	
Rối loạn giấc ngủ	Nhóm nghiên cứu	21 (60,0%)	6 (17,1%)	< 0,001	> 0,05
	Nhóm đối chứng	22 (62,9%)	13 (37,1%)	< 0,001	

Triệu chứng	Nhóm	D0	D15	P_{D0-D15} (cùng nhóm)	P_{D15} (giữa 2 nhóm)
Hiệu quả cải thiện trên các thang điểm định lượng					
Điểm VAS	Nhóm nghiên cứu	$5,9 \pm 2,7$	$2,1 \pm 0,9$	$< 0,001$	$< 0,05$
	Nhóm đối chứng	$5,6 \pm 2,6$	$2,5 \pm 0,9$	$< 0,05$	
Điểm Khadjev	Nhóm nghiên cứu	$27,5 \pm 2,8$	$8,0 \pm 1,0$	$< 0,001$	$< 0,05$
	Nhóm đối chứng	$27,2 \pm 3,6$	$9,5 \pm 1,9$	$< 0,001$	
Điểm Wechsler	Nhóm nghiên cứu	$4,7 \pm 1,2$	$7,5 \pm 0,9$	$< 0,001$	$> 0,05$
	Nhóm đối chứng	$4,8 \pm 0,9$	$7,4 \pm 1,0$	$< 0,001$	
Điểm Schulter	Nhóm nghiên cứu	$4,7 \pm 0,8$	$7,7 \pm 0,6$	$< 0,001$	$> 0,05$
	Nhóm đối chứng	$4,9 \pm 0,7$	$8,1 \pm 0,8$	$< 0,001$	

Sau 15 ngày điều trị, cả hai nhóm đều cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện các triệu chứng cơ năng. Tỷ lệ bệnh nhân còn các triệu chứng ở cả hai nhóm đều giảm một cách có ý nghĩa thống kê cao so với thời điểm ban đầu ($p < 0,001$ cho tất cả các triệu chứng). Khi so sánh hiệu quả giữa hai nhóm tại D15, phác đồ điều trị nhóm nghiên cứu cho thấy hiệu quả vượt trội trong việc cải thiện hai triệu chứng quan trọng.

Thứ nhất, đối với triệu chứng chóng mặt, tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu giảm xuống chỉ còn 14,3%, thấp hơn đáng kể so với 40% ở nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Thứ hai, đối với triệu chứng giảm trí nhớ, chỉ còn 20% bệnh nhân nhóm nghiên cứu báo cáo triệu chứng này, so với 42,9% ở nhóm đối chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đối với hai triệu chứng còn lại là đau đầu và rối loạn giấc ngủ, cả hai nhóm đều có sự cải thiện đáng kể, nhưng không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tại D15 ($p > 0,05$). Khi so sánh hiệu quả giữa hai nhóm, phân tích cho thấy sự khác biệt tùy thuộc vào bản chất của thang đo: (1) Trên các thang điểm triệu chứng chủ quan, nhóm nghiên cứu cho thấy mức độ cải thiện vượt trội; điểm Khadjev (đánh giá mức độ nghiêm trọng tổng thể của thiếu ngủ tuần hoàn não mạn tính) của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn $8,0 \pm 1,0$, thấp hơn đáng kể so với nhóm đối chứng ($9,5 \pm 1,9$; $p < 0,05$); tương tự, điểm đau đầu trung bình theo thang VAS của nhóm nghiên cứu cũng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng tại D15 ($2,1 \pm 0,9$ so với $2,5 \pm 0,9$; $p < 0,05$). (2) Trên các trắc nghiệm chức năng khách quan, một phát hiện quan trọng là đối với các trắc nghiệm tâm lý thần kinh đo lường hiệu suất nhận thức (Wechsler và Schulter), cả hai phác đồ đều cho thấy hiệu quả cải thiện mạnh mẽ và tương đương nhau.

Bảng 3. So sánh thay đổi các thông số điện não đồ (EEG) trước và sau điều trị

Thông số EEG		Nhóm	D0	D15	P_{D0-D15} (cùng nhóm)	P_{D15} (giữa 2 nhóm)
Nhịp alpha	Tần số (Hz)	Nhóm nghiên cứu	$7,7 \pm 0,5$	$9,5 \pm 0,7$	$< 0,05$	$> 0,05$
		Nhóm đối chứng	$7,7 \pm 0,4$	$8,5 \pm 0,5$	$< 0,05$	
	Biên độ (μV)	Nhóm nghiên cứu	$22,5 \pm 3,7$	$45,2 \pm 3,5$	$< 0,05$	$< 0,05$
		Nhóm đối chứng	$22,3 \pm 2,9$	$30,4 \pm 2,4$	$< 0,05$	
	Chỉ số (%)	Nhóm nghiên cứu	$28,9 \pm 3,9$	$55,3 \pm 4,3$	$< 0,05$	$< 0,05$
		Nhóm đối chứng	$28,9 \pm 3,0$	$38,2 \pm 2,9$	$< 0,05$	

Thông số EEG		Nhóm	D0	D15	P_{D0-D15} (cùng nhóm)	P_{D15} (giữa 2 nhóm)
Nhịp theta	Tần số (Hz)	Nhóm nghiên cứu	$5,9 \pm 1,0$	$5,6 \pm 0,4$	$< 0,05$	$< 0,05$
		Nhóm đối chứng	$6,1 \pm 1,1$	$5,9 \pm 0,4$	$< 0,05$	
	Biên độ (μV)	Nhóm nghiên cứu	$45,2 \pm 6,4$	$25,7 \pm 2,0$	$< 0,05$	$< 0,05$
		Nhóm đối chứng	$45,2 \pm 5,8$	$36,1 \pm 2,9$	$< 0,05$	
	Chỉ số (%)	Nhóm nghiên cứu	$28,5 \pm 5,9$	$15,5 \pm 1,2$	$< 0,05$	$< 0,05$
		Nhóm đối chứng	$28,9 \pm 5,4$	$20,7 \pm 1,6$	$< 0,05$	

Cả hai nhóm đều cho thấy sự cải thiện đáng kể về hoạt động điện não so với D0 ($p < 0,05$ cho tất cả các thông số), biểu hiện qua việc tăng cường nhịp alpha (liên quan đến trạng thái thư giãn, tỉnh táo) và giảm nhịp theta (liên quan đến hoạt động sóng chậm bệnh lý).

Tại D15, phác đồ điều trị nhóm nghiên cứu cho thấy khả năng bình thường hóa hoạt động điện não tốt hơn đáng kể so với phác đồ điều trị nhóm đối chứng trên tất cả 6 thông số được đo lường ($p < 0,05$ cho tất cả so sánh giữa 2 nhóm tại D15).

Cụ thể, chỉ số alpha (phản ánh tỷ lệ sóng alpha trên toàn bộ bản ghi) ở nhóm nghiên cứu tăng mạnh từ $28,9 \pm 3,9$ (%) lên $55,3 \pm 4,3$ (%), trong khi nhóm đối chứng chỉ tăng đến $38,2 \pm 2,9$ (%). Ngược lại, chỉ số theta bệnh lý ở nhóm nghiên cứu giảm mạnh từ $28,5 \pm 5,9$ (%) xuống còn $15,5 \pm 1,2$ (%), một mức giảm sâu hơn đáng kể so với nhóm đối chứng - giảm xuống $20,7 \pm 1,6$ (%).

3.4. Tính an toàn và dung nạp

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn của các phác đồ điều trị

Tác dụng không mong muốn	Nhóm nghiên cứu (n = 35)	Nhóm đối chứng (n = 35)	p
Tác dụng bất kỳ	2 (5,7%)	0	-
Sôi bụng	1 (3,3%)	0	-
Bầm tím tại chỗ	1 (3,3%)	0	-

Cả hai phác đồ điều trị đều cho thấy tính an toàn cao và được dung nạp tốt. Không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nghiêm trọng nào trong suốt quá trình can thiệp. Nhóm nghiên cứu ghi nhận 2 trường hợp có tác dụng không mong muốn nhẹ và thoáng qua, bao gồm 1 trường hợp sôi bụng (3,3%) và 1 trường hợp bầm tím tại chỗ đặt từ trường (3,3%). Cả 2 trường hợp đều tự hết mà không cần can thiệp y tế.

Bảng 5. Chỉ số an toàn cận lâm sàng

Chỉ số			D0	D15	p
Huyết học	Nhóm nghiên cứu	Hồng cầu (T/L)	$4,3 \pm 0,3$	$4,4 \pm 0,3$	$> 0,05$
		Hemoglobin (g/L)	$133,3 \pm 6,8$	$133,5 \pm 5,7$	$> 0,05$
		Bạch cầu (G/L)	$7,0 \pm 0,8$	$6,7 \pm 0,7$	$> 0,05$
		Tiểu cầu (G/L)	$253,3 \pm 26,6$	$248,9 \pm 28,7$	$> 0,05$
	Nhóm đối chứng	Hồng cầu (T/L)	$4,3 \pm 0,2$	$4,4 \pm 0,3$	$> 0,05$
		Hemoglobin (g/L)	$133,1 \pm 5,9$	$135,0 \pm 7,1$	$> 0,05$
		Bạch cầu (G/L)	$7,0 \pm 0,7$	$6,8 \pm 0,7$	$> 0,05$
		Tiểu cầu (G/L)	$252,7 \pm 24,1$	$265,0 \pm 23,0$	$< 0,05$

Chỉ số			D0	D15	p
Sinh hóa	Nhóm nghiên cứu	AST (U/L)	32,3 ± 4,0	32,1 ± 3,7	> 0,05
		ALT (U/L)	30,3 ± 4,0	30,1 ± 3,8	> 0,05
		Creatinin (μmol/L)	96,1 ± 7,5	96,1 ± 7,4	> 0,05
		Ure (mmol/L)	6,0 ± 0,8	6,1 ± 0,8	> 0,05
	Nhóm đối chứng	AST (U/	34,0 ± 4,3	34,1 ± 3,7	> 0,05
		ALT (U/L)	32,0 ± 4,3	32,1 ± 3,6	> 0,05
		Creatinin (μmol/L)	98,8 ± 7,8	99,1 ± 7,3	> 0,05
		Ure (mmol/L)	6,3 ± 0,8	6,4 ± 0,8	> 0,05

Đánh giá các chỉ số an toàn cận lâm sàng cho thấy tính an toàn cao của cả hai liệu pháp. Phân tích sự thay đổi trong mỗi nhóm (so sánh D0 và D15) cho thấy cả hai phác đồ đều không gây ảnh hưởng đến chức năng gan (AST, ALT), chức năng thận (creatinin, ure) hay các chỉ số huyết học chính (hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu). Gần như tất cả các so sánh p_{D0-D15} đều > 0,05, cho thấy sự ổn định của các chỉ số này.

Có sự thay đổi nhỏ về tiểu cầu ở nhóm đối chứng ($p < 0,05$) không được xem là có ý nghĩa lâm sàng do cả giá trị D0 và D15 đều nằm trong giới hạn bình thường. Tóm lại, cả hai phác đồ đều an toàn, không gây độc tính lên gan, thận hay hệ tạo máu sau 15 ngày điều trị.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã chứng minh rằng phác đồ kết hợp bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang và từ trường là một liệu pháp hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Phát hiện quan trọng nhất là sự khác biệt giữa kết quả lâm sàng và kết quả EEG. Trong khi cả hai phác đồ đều mang lại sự cải thiện đáng kể về mặt triệu chứng, phác đồ Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường đã tạo ra một sự phục hồi hoạt động điện sinh lý não bộ vượt trội một cách rõ rệt. Điều này cho thấy các thang điểm lâm sàng chủ quan có thể không đủ nhạy để nắm bắt toàn bộ mức độ phục hồi sinh học thần kinh, và liệu pháp Hoàng kỳ bổ huyết thang có một cơ chế tác động sâu sắc hơn.

Hiệu quả vượt trội này có thể được giải thích thông qua cơ chế hiệp đồng giữa hai thành phần của liệu pháp. Theo lý luận y học cổ truyền, thiếu năng tuần hoàn não mạn tính tương ứng với chứng “khí huyết lưỡng hư”, nơi “khí” là năng lượng thúc đẩy sự lưu thông và “huyết” là vật chất nuôi dưỡng não bộ (“tủy hải”) [9-10]. Bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang với

pháp trị “bổ khí, dưỡng huyết” tác động một cách hệ thống vào gốc rễ này. Vị thuốc chủ đạo (Quân) là Hoàng kỳ (*Astragalus membranaceus*) đã được các nghiên cứu hiện đại chứng minh có tác dụng tăng cường miễn dịch, chống oxy hóa mạnh, bảo vệ tế bào thần kinh và cải thiện vi tuần hoàn. Các vị thuốc khác như Đương quy (*Angelica sinensis*) có tác dụng bổ huyết và hoạt huyết, trong khi Nhân sâm (*Panax ginseng*) đại bổ nguyên khí, cùng nhau tạo nên một công thức toàn diện để cải thiện chất lượng máu và tính toàn vẹn của mạch máu [8]. Song song đó, liệu pháp từ trường tác động cục bộ tại vùng đầu-cổ, giúp tăng cường trực tiếp lưu thông máu, cung cấp oxy và dưỡng chất đến các mô não đang bị thiếu hụt, tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt chất trong bài thuốc phát huy tác dụng.

Sự kết hợp của chiến lược “hệ thống + cục bộ” này tỏ ra ưu việt hơn so với cách tiếp cận “một phân tử, một mục tiêu” của Piracetam, vốn chủ yếu nhằm vào chuyển hóa tế bào thần kinh. Sự bình thường hóa vượt trội của EEG, tăng cường mạnh mẽ nhịp alpha và ức chế hoạt động theta bệnh lý, chính là bằng chứng khách quan cho hiệu quả của cơ chế hiệp đồng này.

Sự tăng cường nhịp alpha phản ánh sự phục hồi khả năng của não bộ trong việc xử lý thông tin một cách tập trung và thực hiện kiểm soát nhận thức hiệu quả, trong khi sự suy giảm hoạt động theta là chỉ dấu trực tiếp của việc giảm thiểu tình trạng thiếu máu cục bộ ở cấp độ tế bào.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng và phát triển thêm các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Bùi Quốc Hưng (2023) [8] cũng cho thấy bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt cải thiện đáng kể điểm Khadjev và VAS ở bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Các nghiên cứu quốc tế cũng đã chứng minh hiệu quả của các bài thuốc y học cổ truyền tương tự như bài

thuốc Dưỡng huyết thanh não trong việc cải thiện các chỉ số huyết động học và chức năng nhận thức [10]. Nghiên cứu này bổ sung thêm bằng chứng khách quan từ EEG, làm rõ hơn cơ chế tác động sinh lý thần kinh của liệu pháp.

Về mặt lâm sàng, những phát hiện này có ý nghĩa quan trọng. Chúng cho thấy liệu pháp Hoàng kỳ bổ huyết thang kết hợp từ trường có thể mang lại lợi ích bền vững hơn bằng cách tác động vào gốc rễ sinh lý bệnh, thay vì chỉ giảm nhẹ triệu chứng. Điều này ủng hộ việc tích hợp các phương pháp đo lường khách quan như EEG vào quy trình đánh giá hiệu quả điều trị, đặc biệt đối với các liệu pháp mang tính phục hồi.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế cần được thừa nhận, bao gồm cỡ mẫu tương đối nhỏ và thời gian theo dõi ngắn (15 ngày). Do tính chất can thiệp khác biệt, nghiên cứu không thể thực hiện làm mù đôi, điều này có thể ảnh hưởng đến các đánh giá chủ quan. Các hướng nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào các thử nghiệm với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hạn để đánh giá tính bền vững của hiệu quả. Việc sử dụng các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thần kinh tiên tiến như chụp cộng hưởng từ chức năng hoặc chụp tưới máu não có thể làm rõ hơn nữa tác động lên lưu lượng máu não và kết nối chức năng.

5. KẾT LUẬN

Liệu pháp tích hợp bài thuốc Hoàng kỳ bổ huyết thang và từ trường đã được chứng minh là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả trên lâm sàng cho bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Vượt ra ngoài việc giảm nhẹ triệu chứng, phát hiện cốt lõi của nghiên cứu này nằm ở khả năng phục hồi hoạt động điện sinh lý não bộ một cách vượt trội của liệu pháp so với phác đồ điều trị bằng Piracetam. Sự tăng cường mạnh mẽ nhịp alpha và ức chế đáng kể hoạt động theta bệnh lý cung cấp bằng chứng khách quan về một cơ chế tác động sâu sắc, mang tính phục hồi. Những thay đổi này cho thấy tiềm năng phục hồi chức năng thần kinh ở cấp độ cơ bản, mở ra một hướng tiếp cận điều trị có khả năng điều chỉnh bệnh thay vì chỉ điều trị triệu chứng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Zhou D, Meng R, Li J et al. Advances in chronic cerebral circulation insufficiency. *CNS Neurosci Ther*, 2018, 24 (1): 5-17.
- [2] Kraft A, Irlbacher K, Finke K et al. Dissociable spatial and non-spatial attentional deficits after circumscribed thalamic stroke. *Cortex*, 2015, 64: 327-42.
- [3] Xu Z, Shen M, Li L et al. Exploring the active components and mechanism of modified bazhen decoction in treatment of chronic cerebral circulation insufficiency based on network pharmacology and molecular docking. *Medicine (Baltimore)*, 2023, 102 (29): e34341.
- [4] Qin Y, Zhang Y, Wang J et al. Cerebral blood flow changes induced by high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation combined with cognitive training in Alzheimer's disease. *Front Neurol*, 2023, 14: 1037864.
- [5] Lê Thị Duyên, Nguyễn Thị Kim Liên, Lương Tuấn Khanh. Vai trò của kích thích từ trường xuyên sọ trong tiên lượng phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân nhồi máu não. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 534 (1): 317-321.
- [6] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não (ban hành kèm theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020), Hà Nội, 2020.
- [7] Nguyễn Thị Bay. *Bệnh học và điều trị nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007: 9-33, 482-496.
- [8] Bùi Quốc Hưng. Đánh giá tác dụng điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính của bài thuốc "Hoàng kỳ bổ huyết thang" kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, 2023.
- [9] Nguyễn Nhược Kim. *Huyền vãng*. Bài giảng cho học viên sau đại học, 2001: 3-5.
- [10] Bành Hoài Nhân. *Trung y phương tễ đại từ điển*, tập 5. Đại học Trung Y Dược Nam Kinh, Nhà xuất bản Y học Nhân dân (Trung Quốc), 2015.

