

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN TRƯƠNG ĐÀN

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHI TRÊN
Ở NGƯỜI BỆNH DO NHỒI MÁU NÃO
SAU GIAI ĐOẠN CẤP BẰNG
ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP BÀI TẬP CIMT**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI, NĂM 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN TRƯƠNG ĐÀN

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHI TRÊN
Ở NGƯỜI BỆNH DO NHỒI MÁU NÃO
SAU GIAI ĐOẠN CẤP BẰNG
ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP BÀI TẬP CIMT**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 87 20 115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học : PGS.TS. PHẠM HỒNG VÂN

HÀ NỘI, NĂM 2021

LỜI CẢM ƠN

Em xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Quản lý đào tạo Sau Đại học - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất em xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới PGS.TS. Phạm Hồng Vân là cô giáo hướng dẫn tâm huyết đã trực tiếp chỉ bảo, hướng dẫn tận tình, đóng góp nhiều ý kiến quý báu cũng như động viên em trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Lời cảm ơn tiếp theo, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Thạc sỹ - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.

Em cũng xin gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo khoa cùng toàn thể nhân viên Khoa Đột quỵ - Phục hồi chức năng - Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã tạo điều kiện cho em học tập, thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, những người thân trong gia đình đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các anh chị, các bạn, những người luôn đồng hành cùng em, động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

Nguyễn Trương Đoàn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Trương Đoàn, học viên Cao học khóa 11, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

Người viết cam đoan

Nguyễn Trương Đoàn

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

| Viết tắt | Tiếng Anh | Tiếng Việt |
|----------|--|--|
| BN | | Bệnh nhân |
| CIMT | Constraint induced movement therapy | Kỹ thuật vận động bắt buộc bên liệt |
| FM | Fugl - Meyer arm | Thang đánh giá vận động chi trên |
| HMS | Hand movement scale | Thang đo chuyển động tay |
| mCIMT | Modified Constraint Induced Movement Therapy | Kỹ thuật vận động bắt buộc cải biên |
| MMSE | Mini- Mental State Examination | Thang đánh giá trạng thái tâm thần |
| NIHSS | National Institutes of Health Stroke Scale | Thang điểm đánh giá đột quỵ của viện nghiên cứu sức khỏe quốc gia mỹ |
| NMCT | | Nhồi máu cơ tim |
| NMN | | Nhồi máu não |
| PHCN | | Phục hồi chức năng |
| WHO | World Health Organization | Tổ chức Y tế thế giới |
| YHCT | | Y học cổ truyền |
| YHHĐ | | Y học hiện đại |

MỤC LỤC

| | |
|---|------------|
| ĐẶT VẤN ĐỀ | 1 |
| CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU | 3 |
| 1.1. Đột quy não theo y học Hiện đại..... | 3 |
| 1.1.1. Định nghĩa đột quy não..... | 3 |
| 1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế gây bệnh đột quy não: | 3 |
| 1.1.3. Lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán đột quy não | 4 |
| 1.2. Đột quy não theo Y học cổ truyền | 8 |
| 1.2.1. Khái niệm | 8 |
| 1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh..... | 8 |
| 1.2.3. Thể lâm sàng và pháp điều trị | 10 |
| 1.3 Phương pháp điện châm và bài tập CIMT..... | 10 |
| 1.3.1 Phương pháp điện châm..... | 10 |
| 1.3.2. Bài tập CIMT trong phục hồi chức năng vận động cánh tay | 12 |
| 1.4. Các nghiên cứu ứng dụng điện châm và bài tập CIMT trong điều trị | 13 |
| 1.4.1. Tại Việt Nam..... | 13 |
| 1.4.2. Trên thế giới | 177 |
| CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU | 188 |
| 2.1. Đối tượng nghiên cứu | 188 |
| 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo Y học hiện đại..... | 188 |
| 2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo Y học cổ truyền. | 188 |
| 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân ra khỏi nghiên cứu | 188 |
| 2.1.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu | 199 |
| 2.2. Phương pháp nghiên cứu | 199 |
| 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu | 199 |
| 2.2.2 Cỡ mẫu..... | 199 |
| 2.2.3. Phân nhóm nghiên cứu | 20 |
| 2.2.4. Các chỉ số nghiên cứu và cách xác định các chỉ số nghiên cứu | 20 |
| 2.2.5 Phương tiện nghiên cứu | 22 |
| 2.3 Đạo đức trong nghiên cứu | 29 |
| 2.4 Phương pháp không chế sai số..... | 29 |

| | |
|--|------------|
| 2.5 Xử lý số liệu..... | 29 |
| CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU..... | 31 |
| 3.1 Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu | 311 |
| 3.1.1 Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi..... | 311 |
| 3.1.2 Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới..... | 312 |
| 3.1.3 Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân tham gia nghiên cứu | 322 |
| 3.1.4 Đặc điểm bệnh nhân theo tay thuận và bên liệt | 333 |
| 3.1.5 Đặc điểm bệnh nhân theo thời gian bắt đầu bị bệnh đến thời điểm được điều trị | 344 |
| 3.1.6 Đặc điểm các yếu tố nguy cơ đột quỵ não của 2 nhóm..... | 344 |
| 3.2 Kết quả nghiên cứu..... | 35 |
| 3.2.1 Kết quả PHCN khéo léo của bàn tay theo thang điểm HMS | 355 |
| 3.2.2 Kết quả PHCN vận động cánh tay theo thang điểm FM..... | 37 |
| 3.3 Kết quả cải thiện chức năng vận động chi trên..... | 40 |
| 3.5 Theo dõi các tác dụng không mong muốn của phương pháp..... | 41 |
| 3.5.1 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng..... | 41 |
| 3.5.2 Tác dụng không mong muốn của phương pháp lên một số chỉ số sinh lý..... | 42 |
| CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN..... | 433 |
| 4.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu..... | 433 |
| 4.1.1 Đặc điểm về tuổi và giới..... | 433 |
| 4.1.2 Đặc điểm về nghề nghiệp..... | 455 |
| 4.1.3 Đặc điểm về mối liên quan giữa bên liệt và tay thuận. | 46 |
| 4.1.4 Đặc điểm về thời gian từ khi mắc bệnh đến thời điểm được điều trị..... | 47 |
| 4.1.5 Đặc điểm về các yếu tố nguy cơ liên quan đến đột quỵ não | 49 |
| 4.2 Tác dụng phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não não sau giai đoạn cấp trên lâm sàng | 51 |
| 4.2.1 Kết quả phục hồi chức năng khéo léo của bàn tay theo thang điểm HMS..... | 511 |
| 4.2.2 Kết quả PHCN vận động cánh tay theo thang điểm FM..... | 53 |
| 4.2.3 Kết quả phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân nghiên cứu..... | 55 |
| 4.3 Về tác dụng không mong muốn của phương pháp | 58 |

4.3.1 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng..... 58

KẾT

LUẬN

.....60

0

KIẾN

NGHỊ

.....61

1

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

DANH MỤC BẢNG

| | |
|---|-----|
| Bảng 2.1 Thang điểm đánh giá chức năng vận động chi trên theo Fulg Meyer Arm Test | 20 |
| Bảng 2.2 Thang điểm đánh giá chức năng khéo léo của bàn tay HMS..... | 20 |
| Bảng 2.3 Bảng đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp. | 21 |
| Bảng 3.1 Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi | 31 |
| Bảng 3.2 Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới | 32 |
| Bảng 3.3 Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân tham gia nghiên cứu..... | 32 |
| Bảng 3.4 Đặc điểm bệnh nhân theo tay thuận và bên liệt..... | 33 |
| Bảng 3.5 Đặc điểm bệnh nhân theo thời gian từ khi bắt đầu bị bệnh đến thời điểm được điều trị..... | 34 |
| Bảng 3.6 Đặc điểm các bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ của 2 nhóm..... | 34 |
| Bảng 3.7: Giá trị trung bình điểm khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS | 35 |
| Bảng 3.8 Mức độ phục hồi khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS | 36 |
| Bảng 3.9 Giá trị trung bình điểm vận động cánh tay theo thang điểm FM | 37 |
| Bảng 3.10 Mức độ phục hồi vận động cánh theo thang điểm FM | 38 |
| Bảng 3.11 Kết quả PHCN vận động chi trên bên liệt của 2 nhóm sau liệu trình điều trị | 40 |
| Bảng 3.12 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của điện châm kết hợp với bài tập CIMT | 41 |
| Bảng 3.14 Sự thay đổi một số chỉ số sinh lý sau liệu trình điều trị..... | 422 |

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

| | |
|--|----|
| Biểu đồ 3.1: Kết quả mức độ phục hồi sự khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS sau liệu trình điều trị. | 37 |
| Biểu đồ 3.2: Kết quả mức độ phục hồi vận động cánh tay theo thang điểm FM sau liệu trình điều trị. | 38 |

DANH MỤC HÌNH

| | |
|---|----|
| Hình 1.1 Nhồi máu động mạch não trước | 6 |
| Hình 1.2 Nhồi máu động mạch não giữa | 6 |
| Hình 1.3 Nhồi máu động mạch não sau | 6 |
| Hình 2.1 Máy điện châm M8 | 23 |
| Hình 2.2 Các huyết sử dụng trong điều trị | 25 |
| Hình 2.3 Các huyết sử dụng trong điều trị | 26 |
| Hình 2.4 Dụng cụ cố định tay | 27 |
| Hình 2.5 Sơ đồ nghiên cứu | 29 |

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là các thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa. Các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, ngoại trừ nguyên nhân chấn thương [1], [15], [21].

Đột quy não (ĐQN) là nguyên nhân đứng hàng thứ ba gây tử vong và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật kéo dài. Trong đó, có đến 69% bệnh nhân giảm chức năng vận động chi trên và bàn tay và gần 56% tiếp tục giảm chức năng trong 5 năm sau đột quy não [1]. Ngày nay với sự tiên bộ của y học cùng các phương tiện chẩn đoán và trang thiết bị điều trị hiện đại, số người bệnh tai biến mạch máu não được cứu sống ngày càng nhiều, như vậy cũng có nghĩa là tỉ lệ người bị di chứng và tàn tật do đột quy não cũng sẽ tăng lên.

Việc suy giảm chức năng vận động bàn tay có thể ảnh hưởng nặng nề đến công việc cũng như chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Người bệnh không phục hồi chức năng không thể sử dụng bàn tay bên liệt để cầm nắm đồ vật hoặc thực hiện các động tác tinh vi, không thể làm được nghề cũ của mình, thậm chí không thể thực hiện được các chức năng tự chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội [21].

Do vậy phục hồi chức năng đặc biệt là chức năng vận động cho bệnh nhân đột quy não nói chung và bệnh nhân NMN sau giai đoạn cấp nói riêng trở thành vấn đề cấp thiết, góp phần giảm tối đa các di chứng, giúp bệnh nhân trở lại cuộc sống sinh hoạt và hòa nhập với cộng đồng. Phục hồi chức năng với nhiều phương pháp đã được áp dụng như vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu..., đã điều trị cũng như dự phòng cho bệnh nhân đột quy não, bên cạnh đó phương pháp điện châm cũng đã góp phần không nhỏ trong việc điều trị phục hồi di chứng đột quy não rất có hiệu quả.

Ở Việt Nam, các phương pháp, kỹ thuật điện châm đã được Nguyễn Tài Thu nghiên cứu và sử dụng từ những năm 70 của thế kỷ 20 để điều trị những người bệnh bị tổn thương tủy sống, viêm não, đột quỵ não và các hội chứng liệt nửa người. Từ đó đến nay phương pháp châm không ngừng được cải tiến và hoàn thiện.

Kỹ thuật tập bắt buộc tay người bệnh bên liệt (Constraint induced movement therapy- CIMT) là phương pháp can thiệp cụ thể cho phục hồi chi trên và bàn tay liệt với mục đích chính là ép buộc tay liệt phải hoạt động tối đa tới mức có thể để hoạt hóa và kích thích các tế bào thần kinh nhằm đem lại cho người bệnh kết quả chức năng tốt nhất [2], [13], [34].

Thực hiện kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại trong việc nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng vận động chi trên ở người bệnh do nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng điện châm kết hợp bài tập CIMT”** với các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng vận động chi trên ở người bệnh do nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng điện châm kết hợp bài tập CIMT.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đột quy não theo y học hiện đại

1.1.1. Định nghĩa đột quy não

Đột quy não là tình trạng tổn thương chức năng thần kinh xảy ra đột ngột do nguyên nhân mạch máu não (thường tắc hay vỡ động mạch). Các tổn thương thần kinh thường khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ, hoặc diễn biến nặng, có thể tử vong trong 24 giờ [20], [21].

Đột quy não thường xảy ra ở những người trung hoặc cao tuổi, trên lâm sàng được chia thành hai thể chính sau:

+Nhồi máu não hay thiếu máu não cục bộ (chiếm 80%).

+Chảy máu não (hay xuất huyết não).

Tình trạng thiếu máu não xảy ra khi giảm tưới máu não trong vài giây tới một vài phút. Các triệu chứng thần kinh xuất hiện sau 10 giây do tế bào thần kinh thiếu glyucose và năng lượng. Nếu được tái tưới máu sớm các tế bào thần kinh sẽ phục hồi chức năng, các triệu chứng chỉ tồn tại trong thời gian ngắn và gọi là cơn thiếu máu não thoáng qua. Cơn thiếu máu não thoáng qua điển hình kéo dài 5-15 phút, nhưng bao giờ cũng hồi phục trong 24 giờ. Nếu tình trạng thiếu máu não kéo dài vài phút tế bào não sẽ tổn thương không hồi phục hoặc chết [4].

1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế gây đột quy não

Nhồi máu não là hậu quả của sự giảm đột ngột lưu lượng tuần hoàn não do tắc một phần hoặc toàn bộ một động mạch não. Về mặt lâm sàng đột quy não thể nhồi máu não biểu hiện bằng sự xuất hiện đột ngột các triệu chứng thần kinh khu trú hay gặp nhất là liệt nửa người với các nguyên nhân:

+ Nhồi máu não do cục máu đông: Cục máu đông có thể hình thành từ tim hoặc mạch máu. Các nguyên nhân từ tim như: rung nhĩ, nhồi máu cơ tim, van nhân tạo, bệnh cơ tim giãn, bệnh lý van tim, cục máu đông từ tĩnh mạch vè tim... Huyết khối có nguồn gốc từ động mạch như bong mảng vữa xơ, bắt nguồn từ quai động mạch chủ hoặc mạch cảnh. Triệu chứng lâm sàng thường đột ngột. MRI sọ não có thể thấy hình ảnh ổ nhồi máu não mới, cũ, rải rác, các mảng xơ vữa động mạch.

+ Nhồi máu não do nghẽn mạch: Có thể gây tắc mạch lớn, nhỏ hoặc nhỏ. Chủ yếu là do vữa xơ mạch cảnh, mạch não. Các mảng vữa xơ gây tắc mạch tại chỗ hoặc nứt, bong mảng vữa xơ, tổn thương nội mạc làm lộ lớp dưới nội mạc, kích hoạt quá trình đông máu (đầu tiên là tiểu cầu rồi đến các yếu tố khác), tạo cục máu đông và gây tắc mạch, cũng có thể tắc mạch do các nguyên nhân khác như bệnh lý tăng đông (thiếu protein C, thiếu protein S, có kháng thể kháng phospholipid...) phình động mạch, tăng sinh xơ cơ động mạch....

+ Các yếu tố nguy cơ kèm theo:

- Tăng huyết áp tăng nguy cơ mắc TBMMN 4 lần.
- Rối loạn lipid máu: tăng nguy cơ mắc 1,3-2 lần
- Bệnh tim: thiếu máu não thoáng qua, rung nhĩ, bệnh van tim ...
- Đái tháo đường: tăng nguy cơ mắc 1,5-2 lần.
- Nhồi máu não do các nguy cơ khác: các thuốc tránh thai, bóc tách động mạch não, loạn sản xơ cơ thành mạch, viêm động mạch, các bệnh máu.
- Các yếu tố khác: Xơ vữa động mạch, tiền sử gia đình..... [4], [47].

1.1.3. Lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán TBMMN

1.1.3.1. Lâm sàng

Hỏi bệnh: tiền sử thiếu máu não thoáng qua, các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, rối loạn lipid máu...

Tính chất xuất hiện: các triệu chứng, dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện đột ngột từ vài phút, vài giờ, tối đa có thể vài ngày. Các triệu chứng có thể tăng dần đến ngày thứ 3-4 sau đó giảm dần.

Triệu chứng thần kinh khu trú: Biểu hiện thiếu sót chức năng vùng não bị tổn thương (tùy động mạch bị tổn thương, có thể thuộc hệ cảnh hoặc sừng nèn). Liệt nửa người, có thể kèm rối loạn cảm giác, thất ngôn, bán manh chóng mặt, liệt các dây thần kinh sọ não, hội chứng giao bên...

Rối loạn ý thức: thường không có hoặc nhẹ, rối loạn ý thức nặng nếu diện tổn thương rộng, có thể kèm rối loạn tâm thần trong những ngày đầu, đặc biệt là bệnh nhân trên 65 tuổi.

Con động kinh: cục bộ hoặc toàn thể (chiếm 5% các trường hợp) [20], [22].

1.1.3.2. Các phương pháp cận lâm sàng

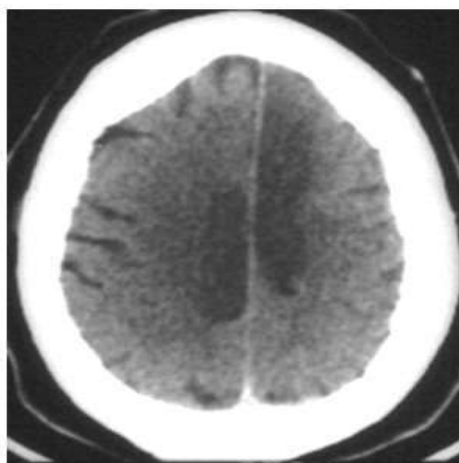
Chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT Scanner)

- + Ở giai đoạn sớm, bệnh nhân nhồi máu não có các biểu hiện rất kín đáo.
- + Sau giai đoạn cấp tính, bệnh nhân nhồi máu não có các ổ giảm đậm độ, ổ này thường thấy rõ từ ngày thứ hai trở đi. Trường hợp điển hình: có ổ giảm đậm độ thuần nhất, hình thang, hình tam giác đáy quay ra ngoài, hình tròn nhỏ, hình bầu dục hoặc hình dấu phẩy phù hợp với vùng phân bố của động mạch não. Trường hợp hội chứng ổ khuyết: có các ổ giảm đậm độ hình tròn hoặc hình bầu dục trong chất trắng và hạch nền não, đường kính nhỏ hơn.
- + Ổ nhồi máu biểu hiện bằng hình ảnh một vùng giảm tỷ trọng ở nhu mô não trong khu vực cấp máu của động mạch bị tắc. Hình ảnh ổ giảm tỷ trọng rõ nhất sau 48 đến 72 giờ, đến khoảng ngày thứ 8 sau đó hình ảnh giảm dần trong những tuần sau và ổn định di chứng là một ổ dịch hoặc sẹo.

Chụp động mạch não: Chụp động mạch số hóa xóa nền cho hình ảnh động mạch não rõ nét, phát hiện được tắc, hẹp mạch máu, phình mạch, dị dạng mạch, co thắt mạch não



Hình 1.1 Nhồi máu động mạch não trước



Hình 1.2 Nhồi máu động mạch não giữa



Hình 1.3 Nhồi máu động mạch não sau

Chụp cộng hưởng từ: Cho hình ảnh chi tiết hơn CT Scanner, đặc biệt là trong trường hợp nhồi máu nhỏ, tai biến mạch máu não giai đoạn sớm. Được chỉ định khi CT Scanner không rõ ràng hoặc nhồi máu hồ sau [30].

1.1.3.3. Chẩn đoán xác định đột quỵ não

**Tại cộng đồng:* Chẩn đoán xác định đột quỵ não dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO (1990):

- Các thiếu sót thần kinh xảy ra một cách đột ngột và nhanh.
- Các rối loạn chức năng này thường khu trú hiếm khi lan tỏa.
- Các triệu chứng tồn tại quá 24h hoặc tử vong trong vòng 24 giờ.
- Có dấu hiệu xuất huyết não hoặc nhồi máu não trên cận lâm sàng.
- Các khám xét thăm dò đã loại trừ nguyên nhân sang chấn.

**Tại bệnh viện:* Ngoài các tiêu chuẩn của WHO (1990) còn căn cứ vào các xét nghiệm:

- Quy tắc **FAST** bao gồm :

+ **F** (face) khuôn mặt bị mất cân đối, yếu liệt mặt, khuôn mặt một bên bị chảy sệ, cười méo mó. Có thể bảo bệnh nhân cười để quan sát

+ **A** (arm) cử động khó khăn hoặc không thể cử động tay chân, yếu liệt một bên cơ thể. Hãy bảo bệnh nhân giơ tay lên và so sánh, nếu hai tay không thể nâng qua đầu cùng lúc hoặc một tay rơi xuống trước thì có thể người đó bị bệnh đột quỵ não.

+ **S** (speech) giọng nói bị thay đổi, nói ngọng dính chữ. Có thể yêu cầu người đó nói những câu đơn giản, nếu không thể nhắc lại được thì người đó có dấu hiệu bị đột quỵ não.

+ **T** (time) khi một người có những triệu chứng trên thì rất có thể họ đã bị đột quỵ, vì vậy hãy gọi ngay cấp cứu (115) hoặc đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất bằng phương tiện phù hợp. Bệnh nhân được đưa đến bệnh viện càng sớm thì tổn thương càng ít, khả năng phục hồi càng cao, ngược lại đưa đến bệnh viện càng trễ thì càng có nhiều biến chứng nguy hiểm hơn.

- Xét nghiệm máu, dịch não tủy
- Siêu âm Doppler phát hiện hẹp động mạch

- Chẩn đoán hình ảnh, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ có tính chất xác định [22], [23].

1.2. Đột quy não theo Y học cổ truyền

1.2.1. Khái niệm

Theo y học cổ truyền, các triệu chứng mô tả trong bệnh đột quy não thuộc phạm trù trúng phong, bán thân bất toại của y học cổ truyền. Bệnh danh là đại quyết, bại quyết, thiên khô. Bệnh phát sinh có quan hệ mật thiết đến thể chất, ăn uống, tinh thần kích động. Biểu hiện lâm sàng của bệnh giống như y học hiện đại gặp trong đột quy não bao gồm xuất huyết và nhồi máu não [8].

Sau giai đoạn cấp (thông thường từ ngày thứ 20 sau đột quy não trở đi) khi các triệu chứng bệnh đã ổn định, người bệnh không còn xuất hiện thêm các triệu chứng mới thì có thể nói các triệu chứng còn lại là di chứng đột quy não. Lúc này, chính khí của cơ thể còn hư yếu, khí trệ huyết ứ, lạc mạch không thông, vì vậy cần sử dụng các thuốc và phương pháp điều trị có tác dụng nâng cao chính khí, hoạt huyết thông lạc [47].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh

1.2.2.1. Chính khí hư nhược, nội thương tích tổn

Người bệnh tuổi cao, sức yếu hoặc mắc bệnh lâu ngày làm khí huyết hao tổn, tổn thương nguyên khí nên não không được nuôi dưỡng. Khí hư làm cho huyết vận chuyển khó khăn, ứ trệ mạch não, âm huyết hư làm âm không chế được dương nên các nhân tố nội phong, đàm trọc, huyết ứ nhiễu loạn thanh khiếu mà đột nhiên gây bệnh [8].

1.2.2.2. Rối loạn tình chí, hỏa hỏa sinh phong

Tình chí (hỉ, nộ, ưu, tư, bi, khủng, kinh) rối loạn làm can khí uất kết, huyết không được vận hành thông thoát gây ứ trệ ở mạch não hoặc do cơ thể vốn dĩ âm hư (làm thủy không hàm được mộc) kết hợp với rối loạn tình chí gây can dương cương thịnh hoặc do ngũ chí quá thịnh, tâm hỏa cương thịnh,

phong hỏa kết hợp hun đốt làm huyết thuận theo khí nghịch gây nhiều loạn thần minh....đều gây nên chứng trúng phong.

1.2.2.3. Ăn uống không điều độ, đàm trọc nội sinh

Ăn nhiều chất béo ngọt, uống nhiều rượu làm tổn thương tỳ vị, tỳ mất vận hóa gây đàm trọc nội sinh, uất trệ lâu ngày hóa nhiệt làm cho đàm và nhiệt kết hợp gây trở trệ kinh mạch, bung bít thanh khiếu hoặc bầm tổ can vượng, khí cơ uất kết, khắc chế tỳ thổ gây đàm trọc nội sinh hoặc can uất hóa hỏa, hun đốt tân dịch thành đàm, đàm uất hồ kết, kết hợp phong tà nhiều loạn kinh mạch mà phát sinh bệnh.

Ngoài ra, một số học giả cho rằng bệnh trúng phong là do ngoại tà xâm nhập gây nên. Ví như, phong tà nhân cơ hội cơ thể hư yếu xâm nhập kinh lạc làm cho khí huyết trở trệ, cơ nhục cân mạch mất đi sự nuôi dưỡng hoặc do ngoại nhân dẫn động đàm thấp gây trệ tắc kinh mạch sinh ra chứng trúng phong (cổ nhân gọi là “trục trúng”).

Bệnh trúng phong phát sinh do chức năng tạng phủ rối loạn, khí huyết hư kết hợp với nội thương (lo lắng, tức giận, uống rượu...) lao động quá sức làm cho huyết ứ trở trệ, đàm nhiệt nội uẩn hoặc huyết xuất ra ngoài lòng mạch.

Vị trí bệnh tại não nhưng có quan hệ mật thiết đến các tạng tâm, can, thận, tỳ. Khái quát về cơ chế sinh bệnh có liên quan đến các nhân tố: hư (âm hư, khí hư), hỏa (can hỏa, tâm hỏa), phong (can phong, ngoại phong), đàm (phong đàm, thấp đàm), khí (khí nghịch), huyết (huyết ứ). Sáu cơ chế này trong điều kiện nhất định sẽ có ảnh hưởng chuyển hóa lẫn nhau.

Bệnh trúng phong phần lớn thuộc bản hư tiêu thực, thượng thực hạ hư. Trong đó, bản hư gồm can thận âm hư, khí huyết hư thiếu; tiêu thực gồm phong hỏa nhiều loạn, đàm thấp ủng trệ, huyết ứ trở trệ, khí huyết rối loạn [9].

1.2.3. Thể lâm sàng và pháp điều trị

Thời kỳ hồi phục, di chứng: thường gặp là chứng hư thực thác tạp, tà thực chưa được điều trị hết mà chính khí đã hư, cho nên nguyên tắc điều trị là phù chính khứ tà. Pháp điều trị thường dùng làm tư âm tức phong, ích khí hoạt huyết [8].

Theo sách kinh điển “Nội kinh”, “Linh khu”, “Châm cứu đại thành”, cũng theo như các tác giả Việt Nam như Nguyễn Tài Thu, Trần Thuý, điều trị chứng liệt nửa người chủ yếu dùng thủ pháp tả tác động vào các kinh dương (Đại kinh dương minh, Đại kinh thiếu dương, Đại kinh thái dương) và tác động vào mạch Đốc (Vì Đốc mạch đốc lục dương kinh) đồng thời châm bổ một số huyết thuộc kinh âm (kinh Tỳ, kinh Can, kinh Thận) để điều hoà âm dương, lập lại cân bằng cho trạng thái dương quá thịnh, âm quá suy, phục hồi chức năng sinh lý của phủ tạng, thông kinh hoạt lạc, khai khiếu đưa trả lại sự vận động của cơ thể đặc biệt là chân và tay.

Trong Thiên Thích tiết chân tà của sách Linh khu có ghi “thân hình bị trúng phong tà huyết mạch bị hư, sẽ làm cho tứ chi không co duỗi được, làm thân mình khó xoay trở, khó cúi xuống hoặc ngửa lên, như vậy cơ, cân, khớp, chân tay cứng dẫn đến khó cử động”. Khi điều trị phải châm tả tà khí, châm bổ chính khí nhằm bình phục lại âm dương [3].

Chứng hậu: yếu hoặc liệt nửa người có thể kèm theo liệt mặt cùng bên hoặc bên đối diện, lưỡi cứng nói khó, chân tay cử động khó khăn, ngoài ra còn có các biểu hiện như cảm giác tê bì, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, tiểu tiện hoặc đại tiện không tự chủ hoặc đại tiện bí kết, chất lưỡi nhạt rêu lưỡi trắng dày nhớt hoặc rêu lưỡi vàng, mạch trầm hoạt hoặc huyền hoạt [47].

1.3 Phương pháp điện châm và bài tập CIMT

1.3.1 Phương pháp điện châm

1.3.1.1. Khái niệm điện châm

Theo lý luận YHCT, cơ thể phát sinh bệnh tật là do mất sự thăng bằng âm dương, châm có tác dụng cơ bản là điều hòa cân bằng âm dương. Châm là tác động vào huyết để điều chỉnh các rối loạn chức năng của kinh mạch. Thông qua các huyết vị để điều chỉnh biến hóa bệnh lý. Châm là một phương pháp điều trị bệnh có hiệu quả đã được nghiên cứu và sử dụng. [3], [10], [11].

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp giữa tác dụng chữa bệnh của kim châm vào huyết với kích thích bằng dòng điện theo lý luận y học cổ truyền và tác dụng kích thích vào huyết của dòng điện. Hiện nay thường sử dụng máy phát ra xung điện có tính năng ổn định, an toàn, điều chỉnh thao tác dễ dàng, đơn giản. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm giảm đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, giảm viêm.....Do đó điện châm có tác dụng tốt trong điều trị chứng bán thân bất toại [11], [24], [25].

Hiệu ứng sinh lý khi dùng xung điện: Do kích thích của xung điện các trường ngoài dẫn tới thay đổi trong tổ chức tế bào tăng trương lực cơ, tăng quá trình trao đổi chất, thải chất acid lactic, nó có tác dụng như bơm hút trên tĩnh mạch và mạch bạch huyết. Trong vùng bị kích thích làm cho các chất di chuyển nhanh hơn. Tác dụng này rất có hiệu quả đối với bệnh nhân teo cơ làm tăng chuyển hóa trong tổ chức tế bào bệnh lý, phục hồi khả năng vận động dưới tác dụng của xung điện [24].

1.3.1.2. Cơ chế tác dụng của điện châm

Châm là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Vogralic và Kassin (Liên Xô cũ) căn cứ vào các vị trí và tác dụng của nơi châm cứu đề ra 3 loại phản ứng của cơ thể, trên cơ sở này để giải thích cơ chế tác dụng châm cứu [3], [10], [48].

Phản ứng tại chỗ: Châm vào huyết là một kích thích gây một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế cung phản xạ bệnh lý như làm giảm cơn đau,

giải phóng sự co cơ. Phản ứng tại chỗ có ý nghĩa thực tiễn lâm sàng khá lớn là cơ sở của phương pháp điều trị tại chỗ hay xung quanh nơi có tổn thương, y học cổ truyền gọi là thông điễm, a thị huyết hay thiên ứng huyết.

Phản ứng tiết đoạn: Việc sử dụng phản ứng tiết đoạn có nhiều ý nghĩa lớn: trước hết giúp cho chúng ta sử dụng được dễ dàng hơn, đơn giản; chia các huyết theo từng vùng cơ thể, trên mỗi vùng nhờ một công thức điều trị chung sẽ chữa được bệnh nội tạng ở vùng đó, giải thích phương pháp dùng các du, mộ huyết (huyết tương đương với tạng phủ ở vùng ngực bụng) và cách lấy huyết theo kinh từ xa (tuần kinh thủ huyết) của YHCT.

Phản ứng toàn thân: Khi điều trị một số bệnh, người ta dùng một số huyết không ở cùng với vị trí nơi đau và cũng không ở cùng tiết đoạn với cơ quan bị bệnh, vậy tác dụng điều trị của nó thông qua phản ứng toàn thân. Khi châm còn gây những sự biến đổi về thể dịch và nội tiết, sự thay đổi các trung gian hóa học...như số lượng bạch cầu tăng, sự tiết ra kích thích tố tuyến yên như ACTH, số lượng kháng thể tăng cao... [10], [48].

1.3.2. Bài tập CIMT trong phục hồi chức năng vận động cánh tay

1.3.2.1. Khái niệm bài tập CIMT

Kỹ thuật vận động cưỡng bức (CIMT - constraint induced movement therapy) là một phương pháp mới được Edward Taud nghiên cứu năm 1980 bằng việc lặp đi lặp lại cường độ cao các vận động của tay bị liệt với việc cố định tay không bị liệt. CIMT kích thích cho não tự hồi phục sau chấn thương lớn như đột quy não, chấn thương sọ não, bại não.

1.3.2.2. Các kỹ thuật của bài tập CIMT

Kỹ thuật cơ bản của CIMT bao gồm: bó cánh tay không bị liệt bằng găng tay hở ngón và dây đeo hoặc găng tay trong 90% thời gian thức trong giai đoạn 2 tuần đầu, kết hợp luyện tập tích cực lặp đi lặp lại tay bên liệt. Bệnh nhân tham gia vào chương trình 6-7 giờ một ngày, trong đó xen kẽ với

một giờ nghỉ ngơi, kết hợp với các hoạt động ở nhà và hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL). Liệt kê chi tiết các danh mục thói quen phải làm khi ở nhà trong khi bó tay, nhằm mục đích tăng cường sự tham gia của bệnh nhân, luyện tập theo thời gian đã quy định [13]. Có nhiều mô hình CIMT cải biên (Modified Constraint induced movement therapy -mCIMT) khác nhau về thời gian thực hành và thời gian cường bức hoạt động. Thời gian can thiệp thay đổi từ 2 đến 10 tuần và thời gian cường bức cũng thay đổi từ 30 phút - 3 giờ mỗi ngày trong nhiều nghiên cứu khác nhau đều cho thấy tính an toàn, hiệu quả nhất định. Tuy nhiên các chương trình mCIMT này luôn có 3 thành phần cơ bản bắt nguồn từ CIMT gốc:

- Cường bức hoạt động tay liệt bằng việc sử dụng găng
- Chuyên gia PHCN luyện các động tác định hình định hướng chức năng.
- Điều chỉnh hành vi để tuân thủ thời gian cường bức [13].

Yêu cầu của xã hội và môi trường chăm sóc sức khỏe ngày nay là cần phải đạt được mức độ hoạt động chức năng cao nhất trong thời gian ngắn nhất. Vì lí do này mà nhiều bệnh nhân thường cố gắng sử dụng tay bên không bị ảnh hưởng để thực hiện các hoạt động hàng ngày (activities of daily living - ADL). Việc thực hiện các hoạt động ADL bằng một tay sẽ làm khả năng hoạt động của bệnh nhân bị hạn chế. Nhiều năm sau TBMMN, vấn đề lớn nhất của họ là mất chức năng hoạt động của tay dù có đến 96% trong số đó đạt mức ADL độc lập theo số điểm Barthel Index của họ. Hiện tượng lệ thuộc vào một bên cơ thể có thể còn do hội chứng lạm dụng, đau, sự thất vọng hay lúng túng [14].

1.4. Các nghiên cứu ứng dụng điện châm và bài tập CIMT trong điều trị

1.4.1. Tại Việt Nam

Năm 2003, Trần Văn Chương đã nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não trên 92 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau khi tập luyện tại bệnh viện

và sau một năm tự tập luyện tại nhà có 89,7% bệnh nhân có thể tự ngồi dậy; 86,2% bệnh nhân có thể tự đứng dậy; 82,6% bệnh nhân có thể tự đi lại; 79,3% bệnh nhân độc lập về vận động chung; 65,5% bệnh nhân độc lập về thực hiện các hoạt động chức năng trong tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày; 67,2% ở mức giảm khả năng nhẹ. Cho thấy bệnh nhân được bắt đầu tập luyện phục hồi chức năng trước 6 tuần sau khi đột quỵ có kết quả phục hồi về đi lại và vận động chung cũng như các hoạt động tự chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày tốt hơn so với bệnh nhân được tập luyện sau 6 tuần.

Năm 2009, Vương Kim Chi đã tiến hành nghiên cứu phương pháp xoa bóp - vận động kết hợp điện châm góp phần phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân nhồi máu não tiến hành trên 94 bệnh nhân chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu (46 bệnh nhân) được điều trị bằng phương pháp xoa bóp- vận động kết hợp với điều trị bằng phương pháp điện châm; nhóm chứng (48 bệnh nhân) được điều trị bằng phương pháp xoa bóp - vận động đơn thuần. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê thông qua thang điểm Rankin và Orgogozo [10].

Năm 2010, Nguyễn Huy Hoàng đã tiến hành nghiên cứu về kết quả bước đầu phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não giai đoạn hồi phục được tiến hành trên 76 bệnh nhân trong đó nhóm nghiên cứu vận động cưỡng bức tay liệt và hoạt động trị liệu tại trung tâm, nhóm chứng được hướng dẫn phục hồi tay liệt bằng biện pháp đặt tư thế đúng và tập theo tầm vận động tại khoa. Kết quả cho thấy mức độ vận động tay bên liệt được cải thiện trung bình ở nhóm can thiệp là 2,21 và nhóm chứng là 0,74 (với $p < 0,001$); mức độ vận động bàn tay bên liệt được cải thiện với trung bình ở nhóm can thiệp là 1,89 và nhóm chứng là 0,68. Mức độ khéo léo bàn tay bên liệt được cải thiện với trung bình nhóm can thiệp là 0,92 và nhóm chứng là 0,27 ($p > 0,05$); mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày

cải thiện với mức trung bình của nhóm can thiệp là 1,00 và trung bình nhóm chứng là 0,38 ($p < 0,001$) [15].

Năm 2011, Nguyễn Thị Kim Liên đã nghiên cứu phục hồi chức năng bàn tay trên 116 bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai, được chia làm 2 nhóm với nhóm nghiên cứu được phục hồi chức năng bằng phương pháp đặt tư thế đúng, tập theo tầm vận động và hoạt động trị liệu; nhóm chứng được phục hồi chức năng bằng phương pháp đặt tư thế đúng và tập theo tầm vận động. Kết quả cho thấy hiệu quả PHCN bàn tay nhóm nghiên cứu ứng dụng sớm hoạt động trị liệu có cải thiện rõ rệt về chức năng bàn tay liệt so với nhóm chứng: Chức năng vận động tay liệt, chức năng bàn tay, giảm cảm giác nông và sâu tăng lên rõ rệt sau 1,3 và 6 tháng với độ tin cậy trên 99% ($p < 0,01$); chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện sau 1 tháng mức độ tin cậy trên 95%, sau 3 và 6 tháng có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [1].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng năm 2013 về phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp bằng phương pháp CIMT cho thấy có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 2 tuần kết quả phục hồi chức năng vận động tay liệt ở nhóm can thiệp có 7 bệnh nhân đạt loại tốt (chiếm 23,3), tỷ lệ đạt loại khá đạt 40%; đã có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 2 tuần với tỷ lệ bệnh nhân đạt 6 điểm chiếm 10%; phục hồi chức năng vận động chi trên ở giai đoạn cấp của bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não không liên quan nhiều đến các yếu tố như: giới, tuổi, tay thuận và bên liệt [14].

Năm 2015, Huỳnh Đăng Ninh và cộng sự nghiên cứu tác dụng của điện trường châm trong phục hồi chức năng vận động bàn tay bàn chân trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ điểm theo Orgogozo ở nhóm nghiên cứu trước điều trị $54,3 \pm 6,7$, sau điều trị

là $67,5 \pm 4,3$ và cao hơn nhóm chứng; kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự biến đổi các đơn vị vận động trên điện cơ của nhóm điện trường châm cao hơn so với nhóm hào châm [3].

Năm 2015, Trần Việt Hà và cộng sự đã nghiên cứu hiệu quả phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não theo chương trình GRASP trên 60 bệnh nhân tại Trung tâm phục hồi chức năng, bệnh viện Bạch Mai chia làm 2 nhóm: Nhóm chứng được chỉ định vận động trị liệu, hoạt động trị liệu; nhóm nghiên cứu cũng được chỉ định vận động trị liệu, hoạt động trị liệu và thêm chương trình GRASP bao gồm 18 động tác với các bài tập cơ lực cho cánh tay và bàn tay, biên độ cử động và các kỹ năng cần thiết cho sinh hoạt hàng ngày. Kết quả cho thấy sau 3 tháng, tỷ lệ BN có mức vận động tốt ở 2 nhóm tăng lên, chức năng khéo léo của bàn tay FM tăng rõ ở 2 nhóm, đặc biệt nhóm nghiên cứu ($p < 0,05$) [45].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên năm 2017 về phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân chảy máu não giai đoạn hồi phục bằng phương pháp vận động cường bức cho kết quả sau 2 tuần có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân vận động chi trên bên liệt đạt loại tốt ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 30% (tăng 16,7%) và 13,3% (tăng 6,6%) so với trước can thiệp ($p < 0,05$) [36].

Năm 2019, Nguyễn Quang Anh, Phạm Văn Minh đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động tay liệt ở bệnh nhân nhồi máu não bằng phương pháp cường bức vận động cải biên mCIMT. Kết quả cho thấy mức độ vận động chi trên ở mức tốt và khá nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng với $p < 0,05$. Khéo léo bàn tay mức 3 và 4 ở hai nhóm tăng cao; riêng nhóm nghiên cứu có bệnh nhân đạt mức 5 chiếm 83,87% và có 1 bệnh nhân đạt mức 6 chiếm 3,23% cao hơn hẳn nhóm chứng với $p < 0,05$ [13].

1.4.2. Trên thế giới:

Có rất nhiều nhà khoa học tiến hành các nghiên cứu về phương pháp CIMT để đánh giá sự an toàn và hiệu quả của giao thức CIMT trong 2 tuần đối với hoạt động chi trên của bệnh nhân. Năm 2011, Yue X Shi và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 278 bệnh nhân tham gia cho thấy rằng CIMT đã sửa đổi có thể giảm mức độ khuyết tật, tăng cường khả năng sử dụng chi trên của người liệt và tăng cường tính tự phát trong thời gian vận động [49].

Năm 1998, Wolfgang và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân TBMMN giai đoạn mãn tính sau 2 tuần kết quả phục hồi chức năng chi liệt thay đổi đáng kể và rất lớn từ trước đến sau khi can thiệp [50].

Lynne V. Gauthire và cộng sự năm 2007 đã nghiên cứu trên 81 bệnh nhân TBMMN mạn tính trong đó có 44 bệnh nhân áp dụng theo phương pháp CIMT, sau 2 tuần kết quả phục hồi rất tốt và sự duy trì kéo dài nhiều tháng sau, sự phục hồi không phụ thuộc vào vị trí nhồi máu não [51].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là bệnh nhân liệt nửa người sau đột quy nhồi máu não tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương được lựa chọn theo tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo Y học hiện đại.

- + Liệt nửa người do đột quy não thể nhồi máu não lần thứ nhất
 - + Bệnh nhân không có rối loạn nhận thức dựa vào thang đánh giá tâm thần tối thiểu cơ bản của Folstein (MMSE) ≥ 24 điểm.
 - + Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
 - + Mức độ nhẹ và vừa - NIHSS < 15 điểm.
 - + Điểm Fugl- Meyer Arm test từ 10 điểm trở lên.
 - + Đồng ý hợp tác trong suốt quá trình nghiên cứu.
 - + Các bệnh nhân đang điều trị các bệnh lý nội khoa giai đoạn ổn định.
- * Cận lâm sàng: Chụp CT-Scanner hoặc MRI được chẩn đoán xác định là nhồi máu bán cầu não (có hình ảnh giảm tỷ trọng tại ổ nhồi máu).

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo Y học cổ truyền.

Là những bệnh nhân được chẩn đoán theo YHHTD là liệt nửa người do đột quy não thể nhồi máu não sau giai đoạn cấp và thuộc phạm trù chứng bán thân bất toại với các triệu chứng: yếu hoặc liệt nửa người có thể kèm theo liệt mặt cùng bên hoặc liệt mặt bên đối diện, lưỡi cứng nói khó, chân tay cử động khó khăn, ngoài ra có thể có các biểu hiện khác như cảm giác tê bì, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, tiểu tiện hoặc đại tiện không tự chủ, chất lưỡi nhạt rêu trắng dày nhớt hoặc rêu lưỡi vàng, mạch trầm hoạt hoặc huyền hoạt [47].

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân ra khỏi nghiên cứu.

- + Bệnh nhân bị đột quy lần thứ 2 trở lên.

- + Bệnh nhân đột quy não đang trong giai đoạn cấp.
- + Suy giảm nhận thức (MMSE) ≥ 24 điểm.
- + Nhồi máu não mức độ nặng, có chỉ số NIHSS ≥ 15 điểm.
- + Bệnh nhân có bệnh khớp cổ tay, bàn ngón tay hoặc chấn thương khớp cổ tay bàn tay trước khi bị đột quy não
- + Tái phát đột quy não hoặc tử vong trong thời gian nghiên cứu.

2.1.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 04/2020 đến tháng 11/2020

Địa điểm: Bệnh viện Châm cứu Trung Ương

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng

2.2.2 Cỡ mẫu

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

α : Mức ý nghĩa thống kê

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy

$Z_{1-\beta}$: Giá trị tới hạn ứng với độ mạnh của nghiên cứu

P_1 : Hiệu quả giả định ở nhóm can thiệp

P_2 : Hiệu quả giả định ở nhóm chứng

$P = (P_1 + P_2) / 2$ Mức cải thiện mong đợi đối với liệu pháp điều trị mới đạt ý nghĩa

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (tương ứng $\alpha=0,05$) $Z_{1-\beta}=1,282$ (tương ứng với $\beta=0,1$)

Với $P_1 = 0,9$ và $P_2 = 0,6$ (theo các nghiên cứu trước[10]) $P = (P_1 + P_2) / 2 = 0,75$

Với mức ý nghĩa 5%, độ mạnh 90%, trắc nghiệm hai phía

Áp dụng vào công thức tính cỡ mẫu lý thuyết trên cho $n = 41,7$ nên nhóm nghiên cứu chọn cỡ mẫu $2n = 84$

2.2.3. Phân nhóm nghiên cứu

Các bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn của YHHĐ và YHCT được phân theo thứ tự vào nhóm nghiên cứu can thiệp và nhóm đối chứng: thứ tự số lẻ vào nhóm nghiên cứu can thiệp, số chẵn vào nhóm đối chứng.

Nhóm nghiên cứu: Điều trị điện châm kết hợp bài tập CIMT

Nhóm đối chứng: Điều điện châm đơn thuần theo phác đồ của nhóm nghiên cứu.

Hai nhóm được điều trị và chăm sóc theo phác đồ YHHĐ là như nhau. Liệu trình điều trị 20 ngày.

2.2.4. Các chỉ số nghiên cứu và cách xác định các chỉ số nghiên cứu

2.2.4.1. Các chỉ số về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.

Các chỉ số về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu được tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị bằng phỏng vấn và khám lâm sàng tại thời điểm D0 gồm:

- Đặc điểm theo nhóm tuổi.
- Đặc điểm theo giới tính.
- Đặc điểm theo tay thuận và bên liệt.
- Đặc điểm theo thời gian mắc bệnh đến thời điểm được điều trị.
- Đặc điểm theo nguy cơ TBMMN.

2.2.4.2. Các chỉ số lâm sàng

Các chỉ số lâm sàng được xác định tại 2 thời điểm trước điều trị và sau điều trị gồm:

- * Đánh giá chức năng vận động chi trên theo Fulg Meyer Arm Test

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá chức năng vận động chi trên theo Fulg Meyer Arm Test là một bảng đánh giá gồm 9 nội dung với 33 tiêu mục (mỗi tiêu mục được đánh giá cho điểm từ 0 đến 2 điểm. Tổng điểm đánh giá tối đa là 66 điểm, chia làm 4 mức độ đánh giá: [13], [14], [15], [45]

Bảng 2.1 Thang điểm đánh giá chức năng vận động chi trên theo Fulg Meyer Arm Test

| Điểm FM | Điểm đánh giá | Kết quả điều trị |
|----------------|----------------------|-------------------------|
| 56 – 66 | 4 | Tốt |
| 42 – 54 | 3 | Khá |
| 20 – 40 | 2 | Trung bình |
| 0 – 20 | 1 | Kém |

* Đánh giá chức năng khéo léo của bàn tay bằng thang điểm HMS

Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá chức năng vận động chi trên bằng thang điểm đánh giá chức năng khéo léo của bàn tay bằng thang điểm HMS (Hand movement scale), bao gồm 6 nội dung tương ứng điểm từ 1 đến 6 và được chia làm 4 mức độ điểm đánh giá như sau:

Bảng 2.2 Thang điểm đánh giá chức năng khéo léo của bàn tay HMS

| Danh mục đánh giá vận động | Điểm HMS | Điểm đánh giá | Kết quả điều trị |
|--|-----------------|----------------------|-------------------------|
| Có khả năng đối chiếu ngón cái với các ngón còn lại | 6 | 4 | Tốt |
| Có khả năng đưa ngón cái đối chiếu với đầu ngón trỏ | 5 | | |
| Có thể duỗi ngón trỏ trong khi các ngón khác vẫn gập | 4 | 3 | Khá |
| Gập và duỗi đồng thời tất cả các ngón | 3 | 2 | Trung |
| Gập tất cả các ngón tay cùng một lúc | 2 | | Bình |
| Không có các cử động của ngón tay bên liệt | 1 | 1 | Kém |

* Đánh giá kết quả điều trị theo lâm sàng bằng thang điểm quy đổi tổng hợp từ FM và HMS

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp điện châm kết hợp bài tập CIMT cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp bằng điểm tổng hợp giữa thang điểm đánh giá chức năng vận động chi trên FM và thang điểm đánh giá chức năng khéo léo của bàn tay HMS

Bảng 2.3 Bảng đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp.

| Điểm FM+HMS | Phân loại | Kết quả điều trị |
|--------------------|------------------|-------------------------|
| 8 | Tốt | Đỡ |
| 6-7 | Khá | |
| 4-5 | Trung bình | Không đỡ |
| 2-3 | Kém | |

2.2.4.3. Theo dõi các tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

- Theo dõi các tác dụng không mong muốn có thể gặp như:

- + Chảy máu.
- + Bầm tím.
- + Vụng châm.

- Theo dõi ảnh hưởng của phương pháp điện châm và bài tập CIMT đến một số chỉ số sinh lý: mạch, huyết áp, nhiệt độ.

2.2.5. Phương tiện nghiên cứu

2.2.5.1. Dụng cụ

- Kim châm vô khuẩn dài từ 5-8cm, dùng 1 lần.
- Bông vô khuẩn

- Cồn y tế 70 độ
- Panh, khay đựng dụng cụ.
- Ống nghe, huyết áp kế, thước dây, cân đo cân nặng, chiều cao.
- Bảng lượng giá thang điểm theo FM và HMS (phụ lục 2,3)
- Dụng cụ cố định tay lành.
- Hộp chống sốc
- Máy điện châm hai tần số bỏ, tả M8 do Bệnh viện Châm Cứu Trung

Ương sản xuất

- Máy đo chỉ số sóng datascoppe.

- Máy xét nghiệm huyết học

Tất cả các phương tiện và dụng cụ đưa vào nghiên cứu phải được kiểm tra trước với yêu cầu là được phép sử dụng và trong tình trạng hoạt động tốt



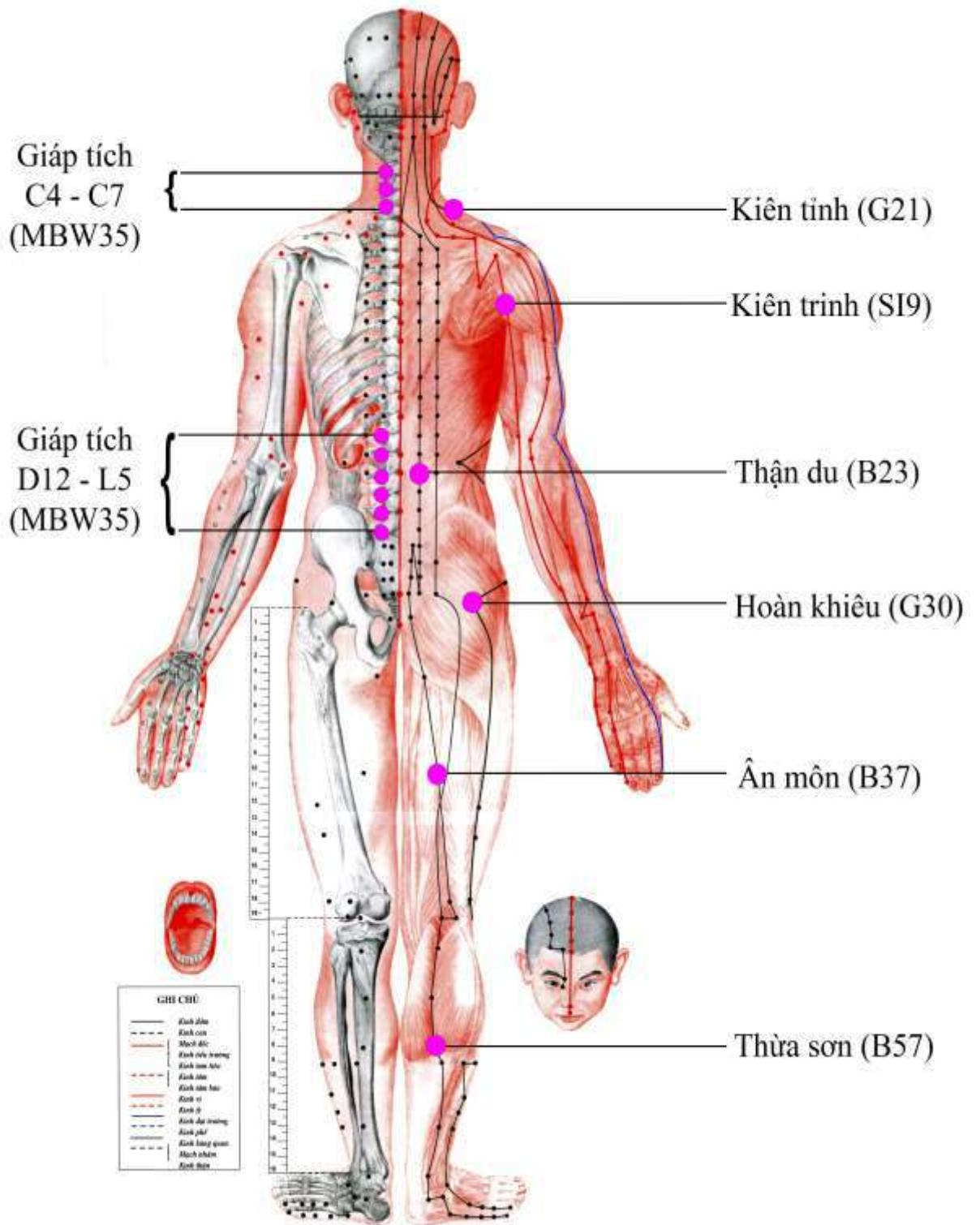
Hình 2.1 Máy điện châm M8

2.2.5.2 Phương pháp tiến hành

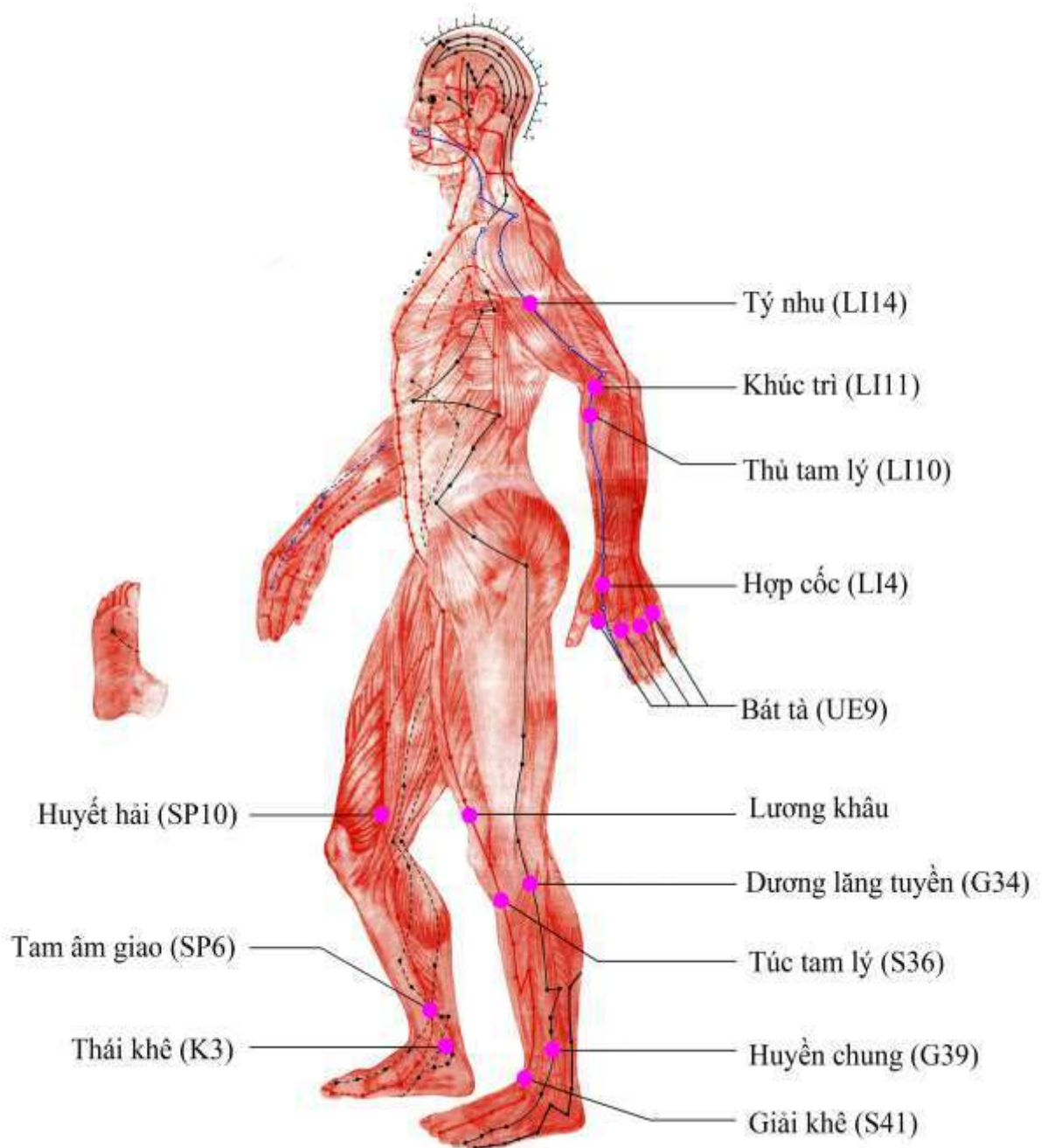
- * Điều trị bằng phương pháp điện châm

+ Phác đồ huyết [39] [34] [8] [12]:

- Thất ngôn, châm tả các huyết: Bách hội, Ngoại kim tân, Ngoại ngọc dịch, Thượng liên tuyền.
- Liệt mặt, châm tả các huyết: Quyên liêu, Hạ quan, Địa thương, Giáp xa, Thừa tương, ế phong.
- Liệt tay, châm tả các huyết: Giáp tích C4-C7 (bên liệt), Kiên tỉnh, Kiên trinh, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc, Bát tà.
- Liệt chân, châm tả các huyết: Giáp Tích D12-L5 (bên liệt), Hoàn khiêu, Huyền chung, Giải khô, Túc tam lý, Dương lăng tuyền.
- Châm bổ các huyết : Tam âm giao, Thận du, Thái khô, Huyết hải.



Hình 2.2 Các huyệt sử dụng trong điều trị



Hình 2.3 Các huyệt sử dụng trong điều trị

*** Quy trình kĩ thuật điện châm [11], [12].**

- Chuẩn bị: Bệnh nhân nằm ngửa, hoặc nằm nghiêng ở tư thế thoải mái.

- Tiến hành điện châm:

- *Bước 1 Xác định và sát trùng da vùng huyết*

- *Bước 2 Châm kim vào huyết theo các thì sau*

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “*Đắc khí*” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mót chặt tại vị trí huyết).

- *Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm*

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bỏ- tả của máy điện châm

- Tần số: Tần số bỏ từ 1 - 3Hz, Tần số tả từ 5 - 10Hz

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).

- *Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm*

- **Liệu trình điều trị điện châm:**

Điện châm 30 phút/1 lần x 1 lần/ngày x20 ngày.

*** Quy trình thực hiện kĩ thuật CIMT [2], [13].**

Bệnh nhân và người nhà được bác sĩ giải thích về kỹ thuật, rõ ràng về quy trình thực hiện, tác dụng của kỹ thuật và những khó khăn gặp phải cho bệnh nhân khi thực hiện thủ thuật để bệnh nhân và người nhà tuân thủ chương trình điều trị. Người nhà hỗ trợ và động viên bệnh nhân thực hiện

Thực hiện các bài tập CIMT

Bước 1: Bộc lộ vùng cánh tay bên lành

Bước 2: Tiến hành đeo dụng cụ cố định tay vào tay bên lành hoặc dùng băng

chun cuốn quanh bàn tay lành, chú ý không cuốn chặt. Hoặc dùng đai treo nâng đỡ cánh, cẳng, bàn tay lành.



Hình 2.4 Dụng cụ cố định tay

Bước 3: Thời gian đeo trong giai đoạn 1-4 tuần, kết hợp với việc cố gắng vận động tay liệt trong khi luyện tập cũng như trong sinh hoạt hàng ngày:

- Gấp duỗi cánh tay bên liệt có sự hỗ trợ của nhân viên y tế.
- Nắm, duỗi bàn tay bên liệt có sự hỗ trợ của nhân viên y tế.
- Tự tập các bài tập mở đóng ngăn kéo, bật tắt công tắc bằng tay bị liệt, Các bài tập luyện với bàn quay, thang tay, bộ xếp hình.
- Thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày trong quá trình điều trị.

Bước 4: Dùng danh mục thói quen để liệt kê chi tiết các hành động cần phải làm ở nhà trong khi bó tay nhằm mục đích tăng cường sử dụng tay bên liệt của người bệnh.

- Thời gian thực hiện 20-30 phút tùy tình trạng sức khỏe của người bệnh.

Tuần đầu thực hiện CIMT 30 phút /lần x2 lần/ngày. Trong thời gian này bệnh nhân được hướng dẫn các hoạt động trị liệu cũng như các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

Tuần thứ 2 đến tuần thứ 4 bệnh nhân thực hiện CIMT 30 phút/lần x2lần/ngày thực hiện các kĩ thuật hoạt động trị liệu. 60 phút/lần x2 lần / ngày thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày ăn uống, sinh hoạt ...

- **Liệu trình điều trị với bài tập CIMT**

Bài tập CIMT 30 phút/1 lần x 2 lần/ngày x 20 ngày.

Lần 1: Sau điện châm 15 phút.

Lần 2: 15h-15h30

2.3 Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng y đức của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện Châm cứu Trung ương.
- Được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu.
- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích gì khác.
- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.
- Khách quan trong đánh giá, phân loại và trung thực trong xử lí số liệu.

2.4 Phương pháp khống chế sai số

- Lựa chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn
- Giải thích hướng dẫn bệnh nhân và người nhà nắm được mục đích và nội dung của phương pháp
- Theo dõi chặt chẽ sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân

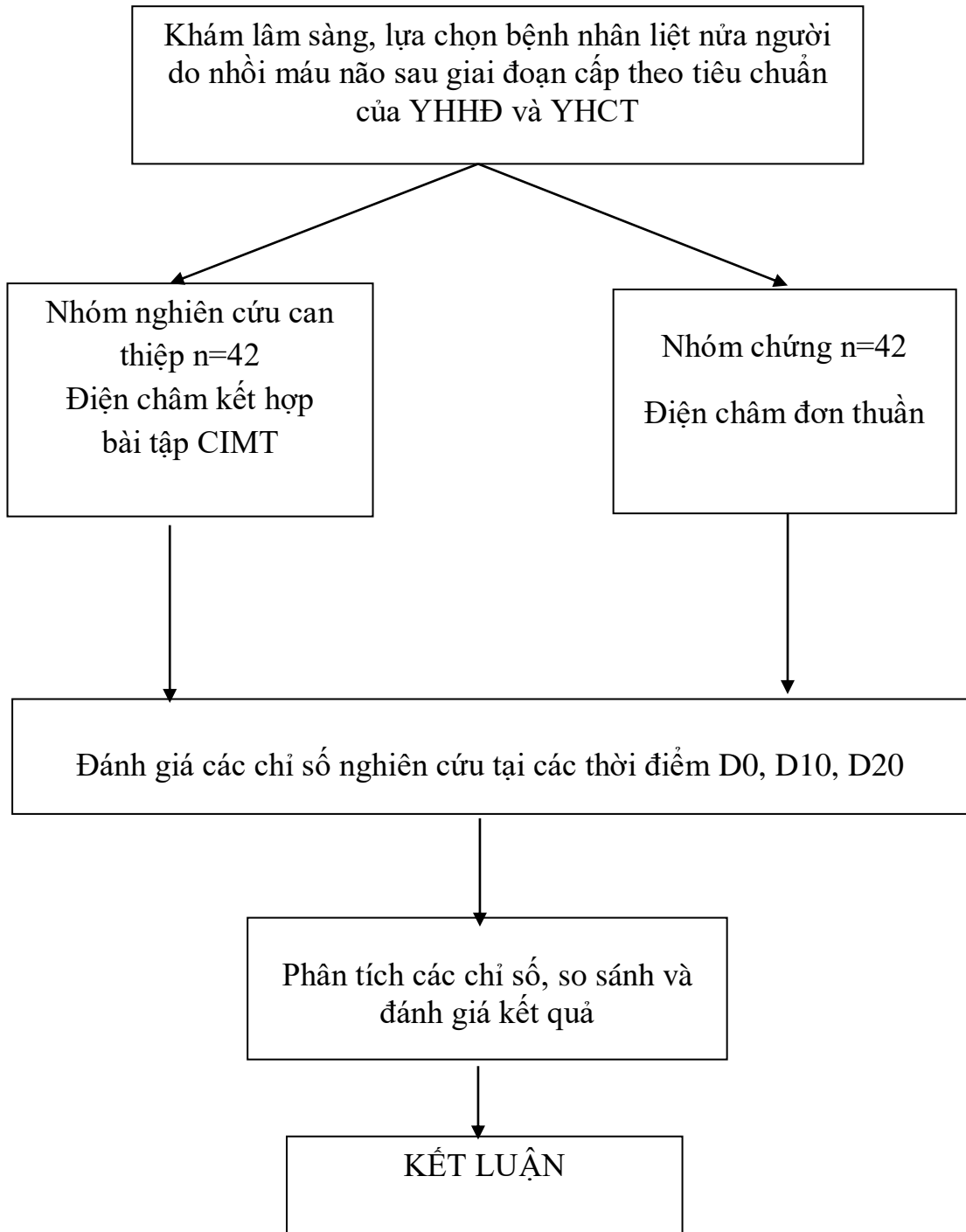
2.5 Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lí bằng phương pháp toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS (Statistics Products for the Social Services) 20.0

Sử dụng test T - Student để so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

Sử dụng test Chi- Square để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ.

Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.



Hình 2.5 Sơ đồ nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi

| Nhóm Tuổi | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | | Nhóm chứng n=42 (2) | | Tổng n=84 | |
|------------------------|----------------------------------|------|------------------------|------|--------------------|------|
| | n | % | N | % | n | % |
| ≤ 49 | 5 | 11,9 | 5 | 11,9 | 10 | 11,9 |
| 50-59 | 10 | 23,8 | 8 | 19,0 | 18 | 21,4 |
| 60-69 | 13 | 31,1 | 18 | 42,9 | 31 | 36,9 |
| ≥ 70 | 14 | 33,3 | 11 | 26,2 | 25 | 29,8 |
| $\bar{X} \pm SD$ | 61,67 ± 12,3 | | 62,5 ± 10 | | 62,1 ± 11,1 | |
| p₁₋₂ | p₁₋₂ > 0,05 | | | | | |

Nhận xét:

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $62,1 \pm 11,1$. Nhóm nghiên cứu: Độ tuổi trung bình là $61,67 \pm 12,3$, tuổi lớn nhất là 85 ít nhất là 30 tuổi. Nhóm chứng: độ tuổi trung bình là $62,5 \pm 10$, tuổi lớn nhất là 78, ít tuổi nhất là 40 tuổi.

Nhóm có tỷ lệ mắc cao nhất là tuổi từ 60-69 chiếm 36,9%. Tiếp đó là nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 29,8%, độ tuổi từ 50-59 chiếm 21,4% và ít nhất là độ tuổi ≤ 49 chiếm 11,9%. Giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.1.2 Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu theo giới

Bảng 3.2 Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới

| Nhóm Giới | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | | Nhóm chứng n=42 (2) | | Tổng n=84 | |
|------------------------|----------------------------------|------|------------------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Nam | 25 | 59,5 | 23 | 54,8 | 48 | 57,1 |
| Nữ | 17 | 40,5 | 19 | 45,2 | 36 | 42,9 |
| p₁₋₂ | p₁₋₂ > 0,05 | | | | | |

Nhận xét:

Có 48 bệnh nhân nam chiếm 57,1%, trong đó ở nhóm nghiên cứu có 25 bệnh nhân chiếm 59,5%, ở nhóm chứng có 23 bệnh nhân chiếm 54,8%.

Có 36 bệnh nhân nữ chiếm 42,9% trong đó ở nhóm nghiên cứu có 17 bệnh nhân chiếm 40,5% bệnh nhân trong nhóm, ở nhóm chứng có 19 bệnh nhân chiếm 45,2% trong nhóm.

Sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nam nữ trong hai nhóm với $p > 0,05$.

3.1.3 Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 3.3 Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

| Nhóm Thời gian | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | | Nhóm chứng n=42 (2) | | Tổng n=84 | |
|------------------------|----------------------------------|------|------------------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Lao động tự do | 16 | 38,1 | 14 | 33,3 | 30 | 35,7 |
| Hưu trí-CNVC | 20 | 47,6 | 25 | 59,5 | 45 | 53,6 |
| Nông dân | 6 | 14,3 | 3 | 7,1 | 9 | 10,7 |
| p₁₋₂ | p₁₋₂ > 0,05 | | | | | |

Nhận xét:

Số bệnh nhân là cán bộ hưu trí và công nhân viên chức cao nhất ở cả hai nhóm với tổng số 45/84 bệnh nhân và chiếm tỷ lệ 53,6% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, số bệnh nhân lao động tự do cao thứ hai với tổng số 30/84 và chiếm tỷ lệ 35,7% trong cả hai nhóm, bệnh nhân là nông dân có số lượng ít nhất với 9/84 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 10,7%. Sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $P > 0,05$.

3.1.4 Đặc điểm bệnh nhân theo tay thuận và bên liệt**Bảng 3.4 Đặc điểm bệnh nhân theo tay thuận và bên liệt.**

| Bên liệt | Thuận tay trái (1) | | Thuận tay phải (2) | | Tổng | |
|----------|--------------------------------------|------|--------------------|------|------|------|
| | n | % | N | % | n | % |
| Trái (a) | 14 | 35,9 | 25 | 64,1 | 39 | 46,4 |
| Phải (b) | 15 | 33,3 | 30 | 66,7 | 45 | 53,6 |
| Tổng | 29 | 34,5 | 55 | 65,5 | 84 | 100 |
| p | $p_{1-2} < 0,05$ $p_{a-b} > 0,05$ | | | | | |

Nhận xét:

Có 29 bệnh nhân thuận tay trái chiếm 34,5% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong đó có 14 bệnh nhân liệt ½ người trái và 15 bệnh nhân liệt ½ người phải. Không có sự khác biệt về bên liệt giữa hai nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

Có 55 bệnh nhân thuận tay phải chiếm 65,5% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong đó có 25 bệnh nhân liệt ½ người trái và 30 bệnh nhân liệt ½ người phải. Sự khác biệt về tay thuận giữa hai nhóm mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.5 Đặc điểm bệnh nhân theo thời gian bắt đầu bị bệnh đến thời điểm được điều trị

Bảng 3.5 Đặc điểm bệnh nhân theo thời gian từ khi bắt đầu bị bệnh đến thời điểm được điều trị

| Nhóm Thời gian | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | | Nhóm chứng n=42 (2) | | Tổng n=84 | |
|------------------------|----------------------------------|------|------------------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Dưới 1 tháng | 20 | 47,7 | 26 | 61,9 | 46 | 54,8 |
| Từ 1-3 tháng | 14 | 33,3 | 14 | 33,3 | 28 | 33,3 |
| Từ 3-6 tháng | 4 | 9,5 | 1 | 2,4 | 5 | 5,95 |
| Trên 6 tháng | 4 | 9,5 | 1 | 2,4 | 5 | 5,95 |
| p₁₋₂ | p₁₋₂ > 0,05 | | | | | |

Nhận xét:

Thời gian từ lúc mắc bệnh đến khi vào viện điều trị dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 46 BN chiếm 54,8%. Tiếp theo là nhóm có thời gian từ 1-3 tháng gồm 28 BN chiếm 33,3%, sau cùng là nhóm từ 3-6 tháng và trên 6 tháng có 5 BN chiếm 5,95. Không có sự khác biệt theo thời gian từ khi mắc bệnh đến khi được điều trị giữa hai nhóm nghiên cứu ($p < 0,05$).

3.1.6 Đặc điểm các yếu tố nguy cơ đột quỵ não của 2 nhóm

Bảng 3.6 Đặc điểm các bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ của 2 nhóm

| Nhóm Đặc điểm | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | | Nhóm chứng n=42 (2) | | Tổng n=84 | |
|----------------------------|----------------------------------|------|------------------------|------|-----------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Tăng huyết áp | 34 | 81 | 22 | 52,4 | 56 | 66,7 |
| Tiền sử bệnh tim mạch khác | 3 | 7,1 | 0 | 0 | 3 | 3,5 |
| Đái tháo đường | 17 | 40,5 | 17 | 40,5 | 34 | 40,5 |
| Rối loạn chuyển hóa Lipid | 10 | 23,8 | 15 | 35,7 | 25 | 29,8 |
| Bệnh khác | 8 | 19 | 9 | 21,4 | 17 | 20,2 |
| p₁₋₂ | p₁₋₂ > 0,05 | | | | | |

Nhận xét:

Có 56 bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm các nguy cơ gây bệnh, Sau đó là nhóm các bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường với 34 bệnh nhân và nhóm rối loạn chuyển hóa lipid với 25 bệnh nhân. Sự khác biệt về yếu tố nguy cơ của hai nhóm không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.2 Kết quả nghiên cứu**3.2.1 Kết quả PHCN khéo léo của bàn tay theo thang điểm HMS****Bảng 3.7: Giá trị trung bình điểm khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS**

| Thời gian \ Nhóm | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | Nhóm chứng n=42 (2) | p(1-2) |
|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| D0 | 2,4 ± 0,71 | 2,43 ± 0,67 | $p_{1-2} > 0,05$ |
| D10 | 3,38 ± 0,7 | 3,19 ± 0,9 | $p_{1-2} > 0,05$ |
| D20 | 4,31 ± 0,8 | 3,98 ± 0,6 | $p_{1-2} < 0,05$ |

Nhận xét:

Giá trị trung bình điểm đánh giá kết quả PHCN khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS trước điều trị của nhóm chứng là $2,43 \pm 0,67$ tăng lên $3,19 \pm 0,9$ và $3,98 \pm 0,6$; nhóm nghiên cứu là $2,4 \pm 0,71$ tăng lên $3,38 \pm 0,7$ và $4,31 \pm 0,8$ sau 10 và 20 ngày điều trị. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa giá trị trung bình điểm khéo léo bàn tay HMS tại thời điểm trước và sau 10 ngày điều trị giữa hai nhóm. Sau liệu trình 20 ngày điều trị giá trị trung bình điểm của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng với $p < 0,05$.

Bảng 3.8 Mức độ phục hồi sự khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS

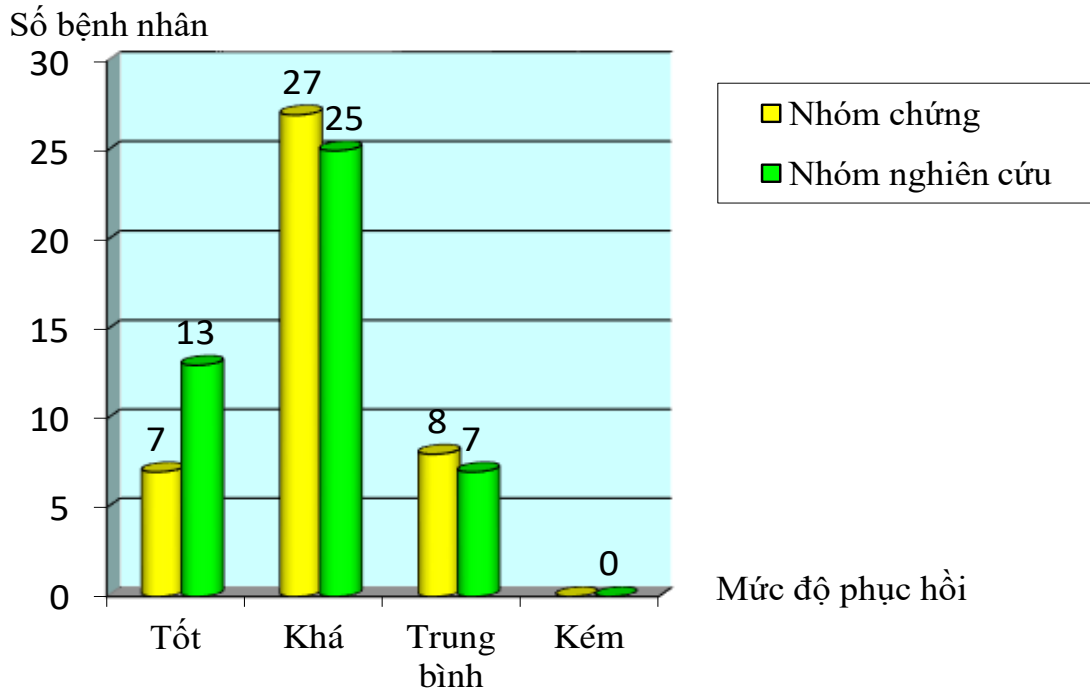
| Mức độ \ Nhóm | | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | | | Nhóm chứng n=42 (2) | | |
|---------------|---|--------------------------|------|------|---------------------|------|------|
| | | D0 | D10 | D20 | D0 | D10 | D20 |
| Tốt | n | 0 | 3 | 13 | 0 | 0 | 7 |
| | % | 0 | 7,1 | 31 | 0 | 0 | 16,7 |
| Khá | n | 0 | 12 | 25 | 0 | 15 | 27 |
| | % | 0 | 28,6 | 59,5 | 0 | 35,7 | 64,3 |
| Trung bình | n | 37 | 27 | 4 | 38 | 27 | 8 |
| | % | 88,1 | 64,3 | 9,5 | 90,5 | 64,3 | 19 |
| Kém | n | 5 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| | % | 11,9 | 0 | 0 | 9,5 | 0 | 0 |
| p | | $p_{D201-2} < 0,05$. | | | | | |

Nhận xét:

Tại thời điểm ngày đầu tiên vào viện, 38 bệnh nhân ở nhóm chứng có điểm khéo léo bàn tay ở mức trung bình chiếm 90,5% và 4 bệnh nhân có điểm khéo léo bàn tay ở mức kém chiếm 9,5%, tương đương với nhóm nghiên cứu có 37 bệnh nhân có điểm khéo léo bàn tay ở mức trung bình chiếm 88,1% và 5 bệnh nhân ở mức điểm kém chiếm 11,9% .

Ở ngày điều trị thứ 10, nhóm chứng có 15 bệnh nhân ở mức khá chiếm 35,7% và 27 bệnh nhân ở mức trung bình chiếm 64,3%. Nhóm nghiên cứu có 3 bệnh nhân mức tốt 7,1%, 12 bệnh nhân mức khá 28,6% và 27 bệnh nhân mức trung bình chiếm 64,3%. Không còn bệnh nhân nào ở mức điểm kém trong cả hai nhóm.

Ở ngày điều trị thứ 20, nhóm chứng có 7 bệnh nhân mức tốt chiếm 16,7%, 27 bệnh nhân khá chiếm 64,3% và 8 bệnh nhân trung bình chiếm 19%. Nhóm nghiên cứu có 13 bệnh nhân mức tốt chiếm 31%, 25 bệnh nhân mức khá chiếm 59,5% và 4 bệnh nhân mức trung bình chiếm 9,5%, $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1: Kết quả mức độ phục hồi sự khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS sau liệu trình điều trị.

3.2.2 Kết quả PHCN vận động cánh tay theo thang điểm FM

Bảng 3.9 Giá trị trung bình điểm vận động cánh tay theo thang điểm FM

| Thời gian \ FM | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | Nhóm chứng n=42 (2) | p_{1-2} |
|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| D0 | $2,02 \pm 0,52$ | $2,0 \pm 0,44$ | $p_{1-2} > 0,05$ |
| D10 | $2,69 \pm 0,47$ | $2,55 \pm 0,55$ | $p_{1-2} > 0,05$ |
| D20 | $2,76 \pm 0,6$ | $2,64 \pm 0,49$ | $p_{1-2} < 0,05$ |

Nhận xét:

Giá trị trung bình điểm đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động cánh tay theo thang điểm FM trước điều trị của nhóm chứng là $2,0 \pm 0,44$ tăng lên $2,55 \pm 0,55$ và $2,64 \pm 0,49$; nhóm nghiên cứu là $2,02 \pm 0,52$ tăng lên $2,69 \pm 0,47$ và $2,76 \pm 0,6$ sau 10 và 20 ngày điều trị.

Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa giá trị trung bình điểm vận động cánh tay theo thang điểm FM tại thời điểm trước và sau 10 ngày điều trị giữa hai nhóm. Sau liệu trình 20 ngày điều trị giá trị trung bình điểm của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng với $p < 0,05$ mang ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.10 Mức độ phục hồi vận động cánh tay theo thang điểm FM

| FM | | Nhóm | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | | | Nhóm chứng n=42 (2) | | |
|------------|---|------|-----------------------------|-----|------|------------------------|------|------|
| | | | D0 | D10 | D20 | D0 | D10 | D20 |
| Tốt | n | | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | % | | 0 | 0 | 9,5 | 0 | 0 | 0 |
| Khá | n | | 6 | 29 | 31 | 4 | 24 | 27 |
| | % | | 14,3 | 69 | 73,8 | 9,5 | 57,1 | 64,3 |
| Trung bình | n | | 31 | 13 | 7 | 34 | 17 | 15 |
| | % | | 73,8 | 31 | 16,7 | 81 | 40,5 | 35,7 |
| Kém | n | | 5 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 |
| | % | | 11,9 | 0 | 0 | 9,5 | 2,4 | 0 |

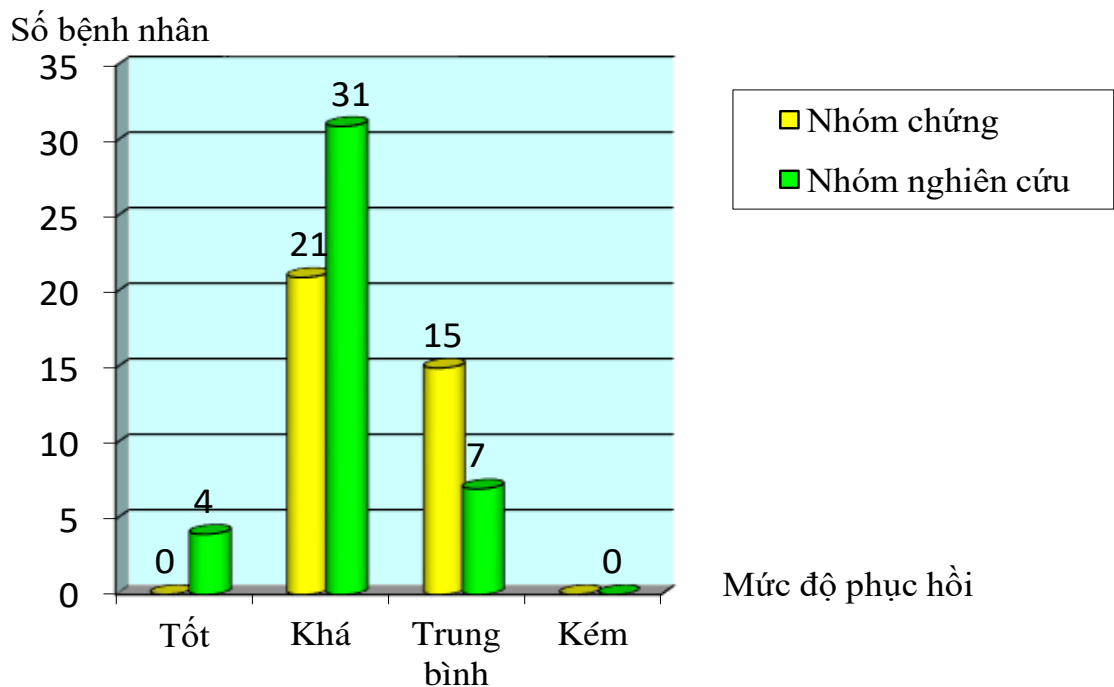
Nhận xét:

Tại thời điểm ngày đầu tiên vào viện nhóm nghiên cứu có 6 bệnh nhân ở mức điểm khá chiếm 14,3%, 31 bệnh nhân ở mức điểm trung bình chiếm 73,8% và 5 bệnh nhân ở mức điểm kém chiếm 11,9%; nhóm chứng có 4 bệnh

nhân ở mức điểm khá chiếm 9,5%, 34 bệnh nhân ở mức điểm trung bình chiếm 81% và 4 bệnh nhân ở mức điểm kém chiếm 9,5%.

Ngày điều trị thứ 10 nhóm nghiên cứu có 29 bệnh nhân ở mức điểm khá chiếm 69%, 13 bệnh nhân ở mức điểm trung bình chiếm 31%, không còn bệnh nhân nào ở mức điểm kém; nhóm chứng có 24 bệnh nhân ở mức điểm khá chiếm 57,1%, 17 bệnh nhân ở mức điểm trung bình chiếm 40,5%, 1 bệnh nhân ở mức điểm kém chiếm.

Ngày điều trị thứ 20 nhóm nghiên cứu có 4 bệnh nhân ở mức điểm tốt chiếm 9,5%, 31 bệnh nhân ở mức điểm khá chiếm 73,8% và 7 bệnh nhân ở mức điểm trung bình chiếm 16,7%; nhóm chứng có 27 bệnh nhân ở mức điểm khá chiếm 64,3%, 15 bệnh nhân ở mức điểm trung bình chiếm 35,7% và không còn bệnh nhân nào ở mức điểm kém



Biểu đồ 3.2: Kết quả phục hồi vận động cánh tay theo thang điểm FM sau liệu trình điều trị

3.3 Kết quả cải thiện chức năng vận động chi trên

Bảng 3.11 Kết quả PHCN vận động chi trên bên liệt của 2 nhóm sau liệu trình điều trị

| Nhóm | Điểm nghiên cứu | Số bệnh nhân | | Mức độ | Đánh giá |
|-----------------------------|-----------------|--------------|----------------------------------|------------|----------|
| | | N | % | | |
| Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | 8 | 6 | 14,29 | Tốt | Đỡ |
| | 6-7 | 28 | 66,67 | Khá | |
| | 4-5 | 8 | 19,11 | Trung bình | Không đỡ |
| | 2-3 | 0 | 0 | Kém | |
| Nhóm chứng n=42 (2) | 8 | 0 | 0 | Tốt | Đỡ |
| | 6-7 | 25 | 59,52 | Khá | |
| | 4-5 | 17 | 40,48 | Trung bình | Không đỡ |
| | 2-3 | 0 | 0 | Kém | |
| p₁₋₂ | | | p₁₋₂ < 0,05 | | |

Nhận xét:

Sau liệu trình điều trị, bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có đáp ứng điều trị tốt trong đó ở nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp điện châm kết hợp bài tập CIMT có mức độ cải thiện tốt hơn khi có 6 BN mức độ tốt, 28 BN mức độ khá và 8 BN mức độ trung bình tương đương với 34 BN được đánh giá đỡ chiếm 81% so với nhóm chứng được điều trị bằng điện châm đơn thuần chưa có BN nào được đánh giá mức độ tốt, 25 BN mức độ khá và 17 BN mức độ trung bình tương đương với 25 BN được đánh giá đỡ chiếm 60%. Cả hai nhóm không còn bệnh nhân nào ở mức độ kém sau liệu trình điều trị. Kết quả nghiên cứu có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5 Theo dõi các tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp thông qua việc theo dõi các dấu hiệu lâm sàng, theo dõi sự biến đổi một số chỉ số sinh lý và huyết học của bệnh nhân tại các thời điểm trước điều trị (D0) và sau liệu trình 20 ngày điều trị (D20).

Các dấu hiệu lâm sàng được theo dõi gồm chảy máu, bầm tím tại vị trí châm và vụng châm

Các chỉ số sinh lý gồm mạch, huyết áp động mạch, nhiệt độ;

Các chỉ số huyết học gồm số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, men gan và creatinin.

3.5.1 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.12 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

| Tác dụng không mong muốn | Nhóm nghiên cứu | | Nhóm chứng | |
|--------------------------|-----------------|------|------------|------|
| | n | % | n | % |
| Chảy máu | 5 | 11,9 | 6 | 12,1 |
| Bầm tím | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vụng châm | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét:

Qua theo dõi dọc trong liệu trình 20 ngày điều trị trên 84 liệt nửa người do nhồi máu não lần thứ nhất được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp bài tập CIMT chúng tôi thấy có 11/84 bệnh nhân bị chảy máu sau rút kim, xảy ra vào các ngày điều trị ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, tình trạng chảy máu sau rút kim đã được xử trí ngay bằng dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ. Không có bệnh nhân nào xuất hiện tình trạng bầm tím và vụng châm ở cả hai nhóm nghiên cứu.

3.5.2 Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị lên một số chỉ số sinh lý

Bảng 3.13 Sự thay đổi một số chỉ số sinh lý sau liệu trình điều trị

| Chỉ số | Thời gian | Nhóm nghiên cứu n=42 (1) | Nhóm chứng n=42 (2) | p ₁₋₂ |
|---------------------|-----------|--------------------------|---------------------|------------------------|
| Mạch | D0 | 18,76 ± 0,91 | 18,69 ± 0,99 | p ₁₋₂ >0,05 |
| | D20 | 18,71 ± 0,77 | 18,69 ± 0,81 | p ₁₋₂ >0,05 |
| Huyết áp tâm thu | D0 | 124,52 ± 6,7 | 127,62 ± 5,32 | p ₁₋₂ >0,05 |
| | D20 | 124,76 ± 6,33 | 128,01 ± 3,97 | p ₁₋₂ >0,05 |
| Huyết áp tâm trương | D0 | 84,76 ± 5,9 | 87,86 ± 4,7 | p ₁₋₂ >0,05 |
| | D20 | 85,23 ± 5,05 | 87,86 ± 4,7 | p ₁₋₂ >0,05 |
| Nhiệt độ | D0 | 36,77 ± 0,25 | 36,79 ± 0,27 | p ₁₋₂ >0,05 |
| | D20 | 36,8 ± 0,25 | 36,83 ± 0,24 | p ₁₋₂ >0,05 |

Nhận xét:

Sự thay đổi các chỉ số sinh lý về mạch, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu và nhiệt độ của bệnh nhân trước và sau liệu trình điều trị không mang ý nghĩa thống kê với p>0,05

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

4.1.1 Đặc điểm về tuổi và giới

Các kết quả nghiên cứu được trình bày trên bảng 3.1 và 3.2 cho thấy không có sự khác biệt về phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới ở cả 2 nhóm ($p>0,05$). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $62,1\pm 11,1$ tuổi (thấp nhất là 30 tuổi và cao nhất là 85 tuổi). Nhóm có tỷ lệ mắc đột quỵ não cao nhất là nhóm tuổi từ 60-69 chiếm 36,9%. Trong đó ở nhóm nghiên cứu có 25 bệnh nhân chiếm 59,5% trong nhóm, ở nhóm chứng có 23 bệnh nhân chiếm 54,8% trong nhóm.

Có 36 bệnh nhân nữ chiếm 42,9% trong đó ở nhóm nghiên cứu có 17 bệnh nhân chiếm 40,5% bệnh nhân trong nhóm, ở nhóm chứng có 19 bệnh nhân chiếm 45,2% trong nhóm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của các tác giả khác khi nghiên cứu về đặc điểm của tuổi và giới ở bệnh nhân đột quỵ não: Trần Văn Chương năm 2003 cho thấy nhóm tuổi từ 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (36,5%) độ tuổi trên 50 chiếm 83,5% trong đó có 65 trong tổng số 115 bệnh nhân là nam chiếm 56,5% [43]. Kết quả nghiên cứu tương đương với Nguyễn Thị Kim Liên (2011) cho thấy đột quỵ não tuổi trung bình là 59,2 và tuổi từ 45 trở lên chiếm 94%, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 66,3% [1]. Nghiên cứu của Trần Việt Hà(2013) có độ tuổi cao nhất là 82, thấp nhất là 29, trung bình là 64 tuổi. Bệnh gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 60-69 tuổi (38,3%) và tỷ lệ bệnh nhân là nam giới chiếm 66,7% [45]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2013) nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên chiếm 88,2%, trong 76 bệnh nhân

tham gia nghiên cứu có 46 bệnh nhân nam chiếm 60,5% [14]. Nghiên cứu của Huỳnh Đăng Ninh (2015) cho thấy BN tham gia nghiên cứu có tuổi từ 40 đến 70 tuổi và tuổi từ 50 trở lên chiếm 81,7%, có 54,6% là nam giới tham gia nghiên cứu [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh (2019) có độ tuổi trung bình $62,8 \pm 12,1$ và bệnh gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 60-69 tuổi, có 44 bệnh nhân nam chiếm 68,75% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu [13].

Theo quy luật tự nhiên khi độ tuổi càng cao thì các cơ quan bị lão hóa và kết hợp với thời gian làm việc lâu ngày là một trong những yếu tố nguy cơ gây nên bệnh. Nội kinh nói rằng ở độ tuổi từ 49 đối với nữ và 64 đối với nam đã thuộc vào lứa tuổi lão suy, âm suy chỉ còn một nửa, thiên quý bắt đầu suy, sinh ra đàm trọc, huyết ú. Như vậy liệt nửa người do đột quy não có gặp ở mọi lứa tuổi, song tỷ lệ tai biến mạch máu não trên 49 tuổi chiếm 88,1% và chủ yếu ở độ tuổi từ 60-69 tuổi cho thấy tai biến mạch máu não liên quan đến độ tuổi, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc tai biến mạch máu não càng lớn vì tuổi càng cao khả năng mắc các yếu tố nguy cơ càng cao, kết quả này phù hợp với học thuyết kinh điển của y học phương Đông. Qua các kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi mắc bệnh càng ngày càng trẻ hóa cho thấy các yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của chất lượng cuộc sống tới bệnh ngày một lớn hơn. Độ tuổi của người bệnh cũng là một yếu tố liên quan đến khả năng phục hồi của bệnh nhân, một yếu tố tốt không thuận lợi đối với bệnh nhân nên khả năng hồi phục sau TBMMN giảm xuống khi tuổi của họ tăng lên [43].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ mắc đột quy não ở nam lớn hơn nữ, Yếu tố này có thể do nhiều ảnh hưởng khác từ yếu tố sinh học đến các yếu tố về lâm sàng, tập quán sinh hoạt và áp lực công việc khác nhau giữa hai giới. Kết quả nghiên cứu này chưa thể có ý nghĩa thống kê do số lượng bệnh nhân còn ít nhưng điều này cũng là một gợi ý cho chúng tôi tiếp tục theo dõi và nghiên cứu sau này.

4.1.2 Đặc điểm về nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 3.3 cho thấy số lượng bệnh nhân hưu trí-CNVC chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm với tổng số 45/84 bệnh nhân và chiếm 53,6% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Xếp thứ hai là nhóm lao động tự do có 30/84 bệnh nhân chiếm 35,7% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các kết quả nghiên cứu của: Vương Kim Chi (2009) trong 94 bệnh nhân tham gia có 77 bệnh nhân là lao động trí óc hiện tại đang làm việc hoặc đã nghỉ hưu chiếm 81,89%, 17 bệnh nhân là lao động chân tay chiếm 18,09% [10]. Nguyễn Huy Hoàng (2010) có 18 cán bộ công nhân viên chức chiếm 23,67%, 15 bệnh nhân đã nghỉ hưu chiếm 19,73%, 29 bệnh nhân làm ruộng chiếm 38,17% và nghề nghiệp khác có 14 bệnh nhân chiếm 18,43% [15]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh(2019) cho thấy rằng ở nhóm chứng chiếm tỷ lệ cao 58,06%, nhóm nghiên cứu là 24,14%. Tuy nhiên bệnh nhân ở độ tuổi lao động bao gồm lao động tự do, công nhân, cán bộ công nhân viên chức chiếm 41,8% ở nhóm chứng và 70,1% ở nhóm nghiên cứu [13].

Các đối tượng lao động tự do, công nhân viên chức chiếm số đông trong nghiên cứu sẽ liên quan đến sự hiểu biết về bệnh, sự quan tâm chăm sóc cho sức khỏe của bản thân, tiếp xúc với y tế và hợp tác điều trị của bệnh nhân đối với lực lượng y tế trong quá trình điều trị và điều này có ảnh hưởng không nhỏ đến quá trình phục hồi của bệnh nhân. Từ đó dựa trên nghề nghiệp bệnh nhân hiện tại sẽ có những định hướng nghề nghiệp sau điều trị giúp bệnh nhân chủ động về công việc, duy trì hiệu quả phục hồi chức năng lâu dài khi bệnh nhân trở về với cộng đồng.

4.1.3 Đặc điểm về mối liên quan giữa bên liệt và tay thuận.

Kết quả trình bày tại bảng 3.4 cho thấy có 29 bệnh nhân thuận tay trái chiếm 34,5% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong đó có 14 bệnh nhân liệt $\frac{1}{2}$ người trái và 15 bệnh nhân liệt $\frac{1}{2}$ người phải. Có 55 bệnh nhân thuận tay phải chiếm 65,5% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong đó có 25 bệnh nhân liệt $\frac{1}{2}$ người trái và 30 bệnh nhân liệt $\frac{1}{2}$ người phải. Có 44 bệnh nhân liệt cùng bên với tay thuận chiếm 52,4%. Giữa hai nhóm có sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của: Nguyễn Thị Kim Liên (2011) số bệnh nhân thuận tay trái là 26 chiếm 22,4% và thuận tay phải là 90 chiếm 77,6; số bệnh nhân liệt nửa người trái là 46 chiếm 39,6% và liệt nửa người phải là 70 chiếm 60,4%; có tổng 64 bệnh nhân liệt tay thuận chiếm 55,2% [1]. Nghiên cứu của Trần Việt Hà (2013) liệt nửa người phải có 37 bệnh nhân chiếm 61,7% và 23 bệnh nhân liệt nửa người trái chiếm 38,3%; số bệnh nhân thuận tay trái là 9 chiếm 15%, số bệnh nhân thuận tay phải là 51 chiếm 85%; có 42 bệnh nhân liệt tay thuận chiếm 70% [45]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh (2019) số bệnh nhân liệt bên phải chiếm 75% và liệt bên trái chiếm 25% [13].

Các nghiên cứu cho thấy khoảng 95% số người thuận tay phải có bán cầu trái ưu thế do bó tháp bắt chéo nên vỏ não trái điều khiển bên phải. Sự khác nhau về khả năng phục hồi giữa liệt nửa người bên trái và bên phải, liệt tay thuận và tay không thuận đã được nhiều tác giả quan tâm và tranh luận. Đa số các tác giả cho rằng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về khả năng phục hồi vận động giữa hai bên. Những bệnh nhân liệt nửa người phải kèm thất ngôn toàn bộ hay Wernick thì ảnh hưởng giao tiếp dễ hợp tác với người điều trị còn những bệnh nhân liệt bên trái thường mất điều hợp, rối loạn thăng bằng, lãng quên nửa người bên liệt. Do đó trong nghiên cứu này

chúng tôi lựa chọn bệnh nhân đột quỵ não mức độ nhẹ và vừa theo thang điểm NIHSS và không có rối loạn nhận thức theo thang điểm tâm thần tối thiểu MMSE với mục đích để bệnh nhân tiếp thu và thực hiện tuân thủ chương trình can thiệp tốt hơn và cũng để hạn chế các rối loạn từ nguyên nhân tổn thương não [13]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê của tay thuận và bên liệt. Cỡ mẫu ít nên chưa thể kết luận chung cho một quần thể trong nghiên cứu.

4.1.4 Đặc điểm về thời gian từ khi mắc bệnh đến thời điểm được điều trị

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.5 cho thấy: Thời gian từ lúc mắc bệnh đến thời điểm được vào viện điều trị của bệnh nhân thường là dưới 3 tháng chiếm 88,1% với thời gian mắc bệnh đến thời điểm được điều trị dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 46 bệnh nhân chiếm 54,8% và từ 1-3 tháng là 33,3%. Điều này cho thấy sự quan tâm, hiểu biết của bệnh nhân cũng như gia đình người bệnh và đã tới các trung tâm y tế để điều trị và phục hồi chức năng sớm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Chương (2003), số bệnh nhân được tập PHCN trong 6 tuần đầu chiếm 73%, từ 7 đến 12 tuần chiếm 14,8% và nhóm sau 12 tuần chiếm 12,2% [43]. Tác giả cho rằng phần lớn nếu phục hồi muộn, khi đã có sai khớp vai, các khớp bị giãn và teo nên việc phục hồi khó khăn và phải lâu dài, cần phải có chương trình tập luyện có sự trợ giúp của gia đình người bệnh phối hợp với phục hồi chức năng tại cộng đồng, sẽ gây tổn kém nhiều về mặt tài chính cho gia đình và xã hội [19], [43].

Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà (2010), thì thời gian từ khi bị bệnh đến thời điểm được điều trị dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,1%

và nhóm bệnh nhân trên 6 tháng có số lượng ít nhất chiếm 6,2%. Thời gian trung bình của nghiên cứu là $1,9 \pm 2,16$ tháng [46].

Nghiên cứu của Huỳnh Đăng Ninh năm 2015 cho thấy số bệnh nhân đến điều sau thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm 35%, số bệnh nhân từ 1-6 tháng chiếm 45% và trên 6 tháng có tỷ lệ thấp nhất chiếm 20% [3].

Còn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh năm 2019 cho thấy thời gian từ lúc mắc bệnh đến thời điểm được điều trị của bệnh nhân tham gia nghiên cứu đa số là trước 2 tháng chiếm 74%, trên 4 tháng chiếm 15,6% và thời gian trung bình là $2,6 \pm 1,9$ tháng [13].

Có nhiều phương pháp phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người, nhưng tất cả các chuyên gia phục hồi chức năng đều thống nhất về việc phục hồi chức năng nói chung và luyện tập phục hồi chức năng vận động nói riêng cho người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não cần được bắt đầu càng sớm càng tốt, từng giai đoạn tiến triển của bệnh nhân sẽ có những bài tập phù hợp. Tổ chức Y tế Thế giới đã có khuyến cáo là ngay từ những ngày đầu tiên sau đột quy, kể cả khi bệnh nhân vẫn còn hôn mê thì việc phòng chống co cứng, biến dạng do co rút và các thương tật thứ cấp khác sau này cũng phải được coi trọng như là phòng chống loét và các biến chứng khác trong giai đoạn cấp. Kỹ thuật chính được áp dụng trong giai đoạn này là kỹ thuật vị thế [43].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian đến điều trị của bệnh nhân dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 54,8% và từ 1 đến 3 tháng chiếm 33,3% cho thấy đặc thù của bệnh viện Châm Cứu Trung Ương là đơn vị đầu ngành trong điều trị, người bệnh sau khi được khám chẩn đoán tại đơn vị hoặc chẩn đoán và điều trị cấp tính tại các trung tâm đột quy được chuyển đến bệnh viện tiếp tục điều trị. Qua đó cho thấy sự liên kết chặt chẽ giữa và tầm nhận

thức về sự quan trọng và cấp thiết của bệnh đối với sức khỏe và sinh hoạt của bệnh nhân bị đột quy não.

4.1.5 Đặc điểm về các yếu tố nguy cơ liên quan đến đột quy

Theo khuyến cáo của hội tim mạch Mỹ (2015) tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, đái tháo đường là những yếu tố nguy cơ có thể điều trị và cũng là nguy cơ quan trọng gây ra đột quy. Trong nghiên cứu này chúng tôi tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây nên tái biến mạch máu não như: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, các bệnh tim mạch khác...

Kết quả nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.6 thì yếu tố tăng huyết áp khi theo dõi huyết áp hàng ngày của bệnh nhân và tiền sử sử dụng thuốc điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 56/84 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có chẩn đoán tăng huyết áp chiếm 66,7%. Đặc điểm tăng huyết áp của bệnh nhân hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Vương Kim Chi có 64/94 bệnh nhân chiếm 68,1% bệnh nhân nghiên cứu có yếu tố nguy cơ tăng huyết áp. Tăng huyết áp lâu dài gây tổn thương thành mạch, hình thành các mảng xơ vữa, tạo huyết khối, tắc mạch, tạo các phình mạch nhỏ trong não dễ gây trạng thái nhồi máu ổ khuyết [10]. Do vậy ta thấy việc kiểm soát huyết áp thông qua việc tuân thủ điều trị và kiểm soát được huyết áp mục tiêu đóng vai trò quan trọng trong điều trị và tránh tái phát đột quy não. Từ các kết quả hiện tại cho thấy việc kiểm soát huyết áp dài hạn là một trong những biện pháp can thiệp quan trọng nhất trong phòng chống đột quy và phòng đột quy não tái phát.

Rối loạn chuyển hóa lipid là một nguyên nhân chính trong các bệnh về động mạch vành và các thành phần trong đó (tăng LDL, tăng cholesterol toàn bộ, tăng triglycerid và giảm HDL) là yếu tố nguy cơ hình thành nên xơ vữa động mạch. Nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu chiếm 23,8% và 15 bệnh nhân ở nhóm chứng chiếm 35,7% tương đồng với

kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh (2019) 36,6% ở nhóm chứng và 39,39% ở nhóm nghiên cứu. Điều trị lâu dài thuốc hạ mỡ máu có liên quan đến việc giảm nguy cơ tái phát đột quy và các biến cố tim mạch khác. Điều trị sớm statin có liên quan đến mức độ nghiêm trọng của đột quy thấp hơn và kết quả tốt hơn ở bệnh nhân đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính [13].

Đái tháo đường là một nguyên nhân chính gây nên tử vong và tàn tật kéo dài và là một yếu tố nguy cơ cao với người bệnh đột quy. Theo WHO số người mắc bệnh đái tháo đường tăng từ 108 triệu năm 1980 lên 422 triệu năm 2014. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 34 bệnh nhân tham gia nghiên cứu mắc ĐTD chiếm 40,5%. Đây là một yếu tố nguy cơ thường gặp trong các bệnh tim mạch nói chung và đột quy não nói riêng, bệnh thường đi kèm với các bệnh lý khác như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch và giảm sức bền thành mạch.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2013) cho thấy trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 44 bệnh nhân chiếm 73,3% mắc bệnh. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh (2019) tỷ lệ bệnh nhân ĐTD ở nhóm chứng là 26,67% và nhóm nghiên cứu là 15,15%.

Hầu hết các tác giả nghiên cứu cũng cho rằng tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu, đái tháo đường là những nguy cơ hàng đầu trong cơ chế bệnh sinh của đột quy não. Các yếu tố nguy cơ chúng tôi theo dõi đều là các yếu tố nguy cơ chính, quan trọng và có khả năng thay đổi được. Thông qua việc điều chỉnh lối sống, kiểm soát huyết áp, kiểm soát các vấn đề về chuyển hóa... một cách hiệu quả sẽ giảm đáng kể khả năng mắc bệnh và tái phát đột quy não. Thầy thuốc, gia đình và bệnh nhân cần nhận thức rõ tầm quan trọng trong việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ để dự phòng đột quy não tại gia đình và cộng đồng.

4.2 Tác dụng phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não sau giai đoạn cấp trên lâm sàng

4.2.1 Kết quả phục hồi chức năng khéo léo bàn tay theo thang điểm HMS

Như chúng ta đã biết đột quy là nguyên nhân thứ ba gây nên tử vong và là nguyên nhân đứng đầu gây nên tàn tật kéo dài trong đó có 69% bệnh nhân giảm chức năng vận động chi trên và có 56% giảm chức năng tiếp tục sau 5 năm. Việc suy giảm chức năng vận động bàn tay có thể ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống cũng như chức năng vận động sinh hoạt hàng ngày. Bệnh nhân không thể sử dụng bàn tay bên liệt để cầm nắm đồ vật hoặc thực hiện các động tác tinh vi do bàn tay đó bị mất hoặc giảm chức năng, mất hoặc giảm cử động các ngón tay, duỗi ngón tay và cổ tay... Do đó, sau khi ra viện họ không thể làm được nghề cũ của mình, thậm chí không thể thực hiện được các chức năng tự chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội [21]. Do đó việc phục hồi lại chức năng khéo léo của bàn tay là một trong những mục tiêu quan trọng trong quá trình phục hồi chức năng vận động chi trên cho bệnh nhân sau đột quy não.

Chức năng khéo léo của bàn tay được đánh giá dựa trên mục đánh giá chi trên bằng bảng đánh giá vận động trên bệnh nhân đột quy não của Carr J.H và Shepherd RB đưa vào sử dụng từ 1985 và được đưa vào sử dụng rộng rãi như một tiêu chuẩn đánh giá cho quá trình phục hồi chức năng chi trên sau đột quy và theo dõi quá trình hồi phục của bệnh nhân [45], [13].

Thang điểm đánh giá sự khéo léo của bàn tay HMS được chia làm 6 điểm (từ 1 đến 6 điểm trong đó điểm 5,6 tương đương với kết quả đánh tốt; 4 điểm tương đương với kết quả khá; 2,3 điểm tương đương với kết quả trung bình; 1 điểm tương đương kết quả kém).

Các kết quả nghiên cứu được trình bày tại các bảng 3.7 và 3.8 cho thấy chức năng khéo léo bàn tay của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khi vào viện là không có sự khác biệt với 38 bệnh nhân ở mức điểm trung bình và 4 bệnh nhân ở mức kém ở nhóm chứng so với 37 bệnh nhân mức điểm trung bình và 5 bệnh nhân ở mức kém của nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Sau 10 ngày điều trị kết quả đã có sự khác biệt nhưng chưa mang ý nghĩa thống kê với số điểm trung bình sự khéo léo của bàn tay lần lượt là $3,19 \pm 0,9$ và $3,38 \pm 0,7$ ở hai nhóm. Nhưng sau 20 ngày điều trị đã có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) của nhóm nghiên cứu với điểm trung bình là $4,31 \pm 0,8$ trong khi đó ở nhóm chứng có $3,98 \pm 0,6$ điểm. Nhóm chứng có 8 bệnh nhân ở mức độ trung bình, 27 bệnh nhân ở mức độ khá và 7 bệnh nhân ở mức độ tốt trong khi đó nhóm nghiên cứu có 4 bệnh nhân ở mức độ trung bình, 25 bệnh nhân ở mức độ khá và 13 bệnh nhân ở mức độ tốt, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Việt Hà (2013) sau 1 tháng điều trị ở nhóm can thiệp từ 10 bệnh nhân (33,3%) ở mức 0 lúc vào viện giảm xuống còn 0 bệnh nhân, mức 1 giảm từ 17 bệnh nhân (56,7%) xuống 1 bệnh nhân (3,3%), các mức còn lại đều tăng với mức 2 là 8 bệnh nhân (26,7%), mức 3 là 16 bệnh nhân (53,3%) mức 4 là 5 bệnh nhân (16,7%). Các mức còn lại là mức 5 và mức 6 đều chưa có bệnh nhân nào ở cả 2 nhóm.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2013) Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đột quỵ não cấp trong 2 tuần. Sau 2 tuần can thiệp kết quả phục hồi vận động bàn tay của nhóm can thiệp có 3 bệnh đạt mức tối đa 6 điểm chiếm (10%), trong khi đó ở nhóm chứng không có bệnh nhân nào, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Theo Nguyễn Thị Kim Liên (2011) chức năng khéo léo bàn tay được cải thiện sau 1, 3, 6 tháng với $p < 0,01$. Tuy nhiên mức độ khéo léo trong nhóm can thiệp của tác giả cao nhất là mức 3.

Chúng tôi cũng thấy rằng cùng mức độ phục hồi nhưng những bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có tốc độ phục hồi nhanh hơn trong khoảng thời gian ngắn hơn và chức năng bàn tay được hồi phục thực hiện động tác tốt hơn so với bệnh nhân ở nhóm chứng. Vì thời điểm đánh giá được sử dụng chung cho tất cả bệnh nhân và cỡ mẫu chưa đủ để tạo sự khác biệt về tốc độ phục hồi trong thời gian ngắn hơn giữa hai nhóm để có kết quả có giá trị mang ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy việc sử dụng phương pháp điện châm kết hợp bài tập CIMT ở nhóm nghiên cứu cho hiệu quả điều trị tốt hơn so với việc chỉ sử dụng phương pháp điện châm ở nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này đạt được cũng cần sự phối hợp chặt chẽ giữa nhân viên y tế bệnh viện cũng như người nhà bệnh nhân trong thực hiện phương pháp, các hoạt động điều trị cũng như các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, người bệnh cố gắng thực hiện các hoạt động tối đa và người nhà hỗ trợ tối thiểu. Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp cường bức vận động tay bên liệt một cách tối đa giải thích cho việc tiến bộ rõ rệt trong cải thiện chức năng vận động chi trên và khéo léo bàn tay.

4.2.2 Kết quả PHCN vận động cánh tay theo thang điểm FM

Thang điểm FM là một công cụ đo lường cho chức năng vận động sau đột quỵ và là một thang điểm có giá trị tin cậy và đáp ứng cao. Do vậy trong nghiên cứu này chúng tôi chọn thang điểm FM để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị. Kết quả nghiên cứu được trình bày tại các bảng 3.9 và 3.10 cho thấy điểm trung bình trước khi tham gia nghiên cứu của nhóm chứng

là $2,0 \pm 0,44$ gồm có 4 bệnh nhân ở mức kém, 34 bệnh nhân ở mức trung bình với có 4 bệnh nhân ở mức khá và nhóm nghiên cứu là $2,02 \pm 0,52$ gồm có 5 bệnh nhân ở mức kém, 31 bệnh nhân ở mức trung bình với 6 bệnh nhân ở mức khá. Sau 20 ngày điều trị kết quả có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với điểm nhóm nghiên cứu tăng lên là $2,76 \pm 0,6$ bao gồm 7 bệnh nhân ở mức điểm trung bình, 31 bệnh nhân khá và có 4 bệnh nhân ở mức điểm tốt trong khi đó nhóm chứng chỉ là $2,64 \pm 0,49$ gồm 15 bệnh nhân trung bình và 27 bệnh nhân khá nhưng chưa có bệnh nhân nào đạt điểm ở mức độ tốt, kết quả có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của Nguyễn Văn Hùng (2013), sau 1 tuần điều trị bằng phương pháp vận động cường bức (CIMT) trên bệnh nhân nhóm nghiên cứu có tiến triển hồi phục chức năng vận động nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê và sau 2 tuần sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đã có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Và nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh (2019) trên 32 bệnh nhân nhóm chứng có 10 bệnh nhân ở mức khá và 22 bệnh nhân ở mức trung bình so với nhóm nghiên cứu có 11 bệnh nhân ở mức khá và 21 bệnh nhân ở mức trung bình. Sau 4 tuần nghiên cứu nhóm chứng có 21 bệnh nhân ở mức điểm khá và 11 bệnh nhân ở mức điểm trung bình còn nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân ở mức điểm trung bình, 25 bệnh nhân ở mức điểm khá và đã có 6 bệnh nhân đạt mức điểm tốt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Việt Hà (2013) khi phục hồi vận động tay liệt của 60 bệnh nhân sau 1 tháng và 3 tháng điều trị đã có sự khác biệt so với lúc vào viện với $p < 0,05$. Trên 53 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có vận động tay liệt ở mức trung bình chiếm 88,3% lúc vào viện, sau 1 tháng điều trị giảm xuống còn 29 bệnh nhân chiếm 48,3%.

Từ đó thấy được việc luyện tập đặc hiệu, có chủ đích và kết hợp luyện tập lặp đi lặp lại các hoạt động có liên quan ở bệnh nhân nhóm nghiên cứu tạo nên hiệu quả tích cực đối với phục hồi chức năng thần kinh vận động chi trên. Ngoài ra ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi ngoài thời gian thực hiện điều trị bằng điện châm và tập luyện các động tác phục hồi chức năng với cán bộ nhân viên y tế còn có thời gian luyện tập theo phương pháp CIMT với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày sau sự hướng dẫn của nhân viên y tế và sự giám sát của người thân mang lại hiệu quả điều trị rõ rệt hơn nhóm bệnh nhân chỉ điều trị bằng điện châm thông thường.

4.2.3 Kết quả phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá hiệu quả của điện châm kết hợp với bài tập CIMT tổng hợp dựa trên hai tiêu chí là mức độ cải thiện, phục hồi chức năng chi trên của bệnh nhân dựa trên thang điểm đánh giá khéo léo bàn tay HMS và phục hồi vận động chi trên FM.

Kết quả tại bảng 3.11 cho thấy ở nhóm nghiên cứu có sử dụng phương pháp điện châm kết hợp với bài tập CIMT có tác dụng đối với bệnh nhân liệt nửa người sau đột quỵ não thể nhồi máu não hơn so với phương pháp sử dụng điện châm đơn thuần ($p < 0,05$). Kết quả nhóm chứng có 25 bệnh nhân đỡ sau 20 ngày điều trị chiếm 60% trong khi đó ở nhóm nghiên cứu có đến 34 bệnh nhân đỡ chiếm 81% trong đó có 6 bệnh nhân đạt mức độ đánh giá tốt, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Nguyễn Văn Hùng (2013) thì sau 1 tuần can thiệp bằng phương pháp vận động cưỡng bức CIMT bệnh nhân trên nhóm can thiệp có tiến triển phục hồi chức năng vận động nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 2 tuần sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguyễn Quang Anh (2019) có mức tỷ lệ bệnh nhân ở mức trung bình giảm, mức khá tăng lên sau 2 và 4 tuần, có 6 bệnh nhân ở nhóm tốt sau nghiên cứu.

Có được kết quả khả quan như trên là nhờ vào hỗ trợ tích cực từ sự phối hợp chặt chẽ giữa đội ngũ y bác sĩ điều trị và người nhà bệnh nhân trong chăm sóc thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, người bệnh cố gắng thực hiện các chức năng sinh hoạt của mình độc lập nhất có thể, người nhà hỗ trợ tối thiểu nhất. Kết quả phương pháp cũng cho thấy người bệnh hoạt động bằng tay bên liệt một cách tối đa, tránh sự phụ thuộc vào bên lành và nâng cao chất lượng sinh hoạt hàng ngày, điều đó cũng giải thích về nhóm nghiên cứu có kết quả tiến bộ rõ rệt về chức năng vận động chi trên và cũng như chức năng khéo léo của bàn tay sau quá trình tham gia nghiên cứu.

Theo Taub và cộng sự (1998) các đặc điểm độc đáo của điều trị với CIMT là tạo sự cải thiện vĩnh viễn về thời lượng sử dụng thực tế của chi trên. Sự lâu dài của kết quả sau điều trị đã được chứng minh là kết quả của việc tái tổ chức vỏ não. Nó đã được chứng minh bởi sự cải thiện về cơ lực của bệnh nhân đột quy sau khi được trị liệu với bài tập CIMT qua các thang điểm đánh giá. Sự cải thiện này là trọng tâm của phương pháp và cũng là yếu tố cơ bản tạo ra kết quả lâu dài của nó.

Theo Y học cổ truyền, huyết là nơi tiếp nhận các kích thích, tác động lên huyết với kích thích thích hợp có thể điều hòa khí huyết, phù chính khu tà, thông kinh hoạt lạc, lập lại thăng bằng âm dương trong cơ thể. Như vậy khi tác dụng lên huyết có thể phục hồi được những chức năng của cơ quan tạng phủ bị rối loạn nhằm lập lại hoạt động bình thường của cơ thể. Trên cơ sở về học thuyết kinh lạc việc chọn huyết dựa theo nguyên tắc “kinh mạch sơ quá, chủ trị sở cập” và “tuần kinh thủ huyết” nghĩa là lấy huyết tại nơi bị bệnh, huyết trên vùng kinh lạc đi qua nơi bị bệnh và chi phối mà xây dựng phác đồ huyết thích hợp [48].

Các huyết được chọn để châm có thể nằm trên cùng một đường kinh

hoặc trên các đường kinh khác nhau. Theo kinh nghiệm của Nguyễn Tài Thu châm các huyết có tác dụng cân bằng âm dương, điều hòa chức năng tạng phủ, thông kinh hoạt lạc. Mỗi lần châm, chọn huyết thay đổi các huyết dùng thủ pháp bổ tả cho hợp lí dựa trên nguyên tắc lấy huyết biểu lý, chọn huyết có tác dụng tại chỗ và huyết có tác dụng toàn thân. Do đó chúng tôi chọn dùng một số huyết vị điều trị phục hồi chức năng vận động sau đột quỵ não nhằm đạt hiệu quả cao bằng điện châm.

Việc kích thích huyết bằng máy điện được chúng tôi thực hiện theo nguyên tắc lượng kích thích phải vừa đủ và phù hợp với từng người bệnh. Khi thực hiện kỹ thuật điện châm chúng tôi chú ý đến phản ứng, độ nhạy cảm của từng bệnh nhân và sự khác nhau giữa các huyết trên cùng một bệnh nhân để điều chỉnh cường độ cho thích hợp. Với các huyết châm bổ dùng tần số thấp (1-3Hz) và cường độ kích thích nhẹ (0-30uA), với các huyết châm tả dùng tần số cao (6-10Hz) và cường độ kích thích mạnh (0-50uA). Thời gian kích thích là 30 phút cho một lần điện châm.

Thực tế cho thấy rằng, di chứng liệt sau đột quỵ não không chỉ gây ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, công việc làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn là gánh nặng đối với gia đình, xã hội. Do đó, các phương pháp điều trị để phục hồi chức năng chi trên có một vai trò quan trọng nhằm giúp các bệnh nhân hồi phục toàn diện, khôi phục chức năng vận động làm giảm tỷ lệ tàn tật, tăng khả năng tái hội nhập cộng đồng của người bệnh.

Sử dụng phương pháp điện châm, tuân thủ đúng các nguyên tắc chọn huyết cũng như sử dụng kỹ thuật châm chính xác, cường độ kích thích và thời gian phù hợp kết hợp với sử dụng bài tập CIMT có sự hỗ trợ hợp lí, chuyên nghiệp từ đội ngũ y bác sĩ điều trị và sự giúp đỡ, động viên từ người nhà bệnh nhân, giúp cho người bệnh có tinh thần lạc quan, tuân thủ đúng các nguyên

tắc điều trị và tích cực luyện tập nên đã thu được kết quả hết sức khả quan.

4.3 Về tác dụng không mong muốn của phương pháp

4.3.1 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Một trong những tiêu chí mà các nhà nghiên cứu cũng như các nhà lâm sàng quan tâm khi áp dụng một phương pháp trị liệu mới đó là tính an toàn của phương pháp đó. Trong nghiên cứu này, để đánh giá tính an toàn và tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm kết hợp bài tập cường bức trong phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não, chúng tôi đã tiến hành thu nhập số liệu về những tai biến, biến chứng (có thể xảy ra) của phương pháp này bằng phương pháp phỏng vấn trước và sau điều trị cũng như quan sát lâm sàng.

Trong phần khám sàng lọc ban đầu, chúng tôi đã loại trừ các bệnh nhân không phù hợp với chỉ định điều trị. Những bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu, qua mỗi lần điều trị chúng tôi đều hỏi cảm giác đồng thời quan sát sắc mặt, bề mặt da đặc biệt là vùng huyết vừa được điều trị xem các biểu hiện bất thường.

Kết quả tổng hợp được trình bày trong bảng 3.12 cho thấy về tác dụng không mong muốn của phương pháp chúng ta nhận thấy rằng sau nghiên cứu có 11 bệnh nhân có triệu chứng chảy máu sau rút kim tuy nhiên lượng máu chảy không nhiều và được cầm máu khi dùng bông khô vô khuẩn ấn nhẹ tại huyết châm, triệu chứng này xuất hiện rải rác trong suốt quá trình nghiên cứu và không liên tục trên các bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Đây là tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm đã được khuyến cáo và không gây ảnh hưởng gì tới quá trình điều trị của bệnh nhân tham gia nghiên cứu cho thấy điện châm là một phương pháp điều trị an toàn. Bài tập CIMT là một bài tập đã được nhiều nhà khoa học trên thế giới và Việt Nam nghiên cứu,

phát triển, mang lại kết quả điều trị tốt, bệnh nhân được luyện tập hoàn toàn chủ động và an toàn, không có tác dụng không mong muốn kèm theo.

Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3.13 về một số chỉ số sinh lý như mạch, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu và nhiệt độ của bệnh nhân có sự thay đổi không mang ý nghĩa thống kê trước và sau liệu trình điều trị.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả điều trị phục hồi chức năng vận động chi trên ở người bệnh do nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng điện châm kết hợp với bài tập CIMT trên 84 bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến nhồi máu não tại bệnh viện Châm cứu Trung Ương chúng tôi rút ra kết luận sau :

1. Điện châm kết hợp với bài tập CIMT có tác dụng phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp trên lâm sàng:
 - (1) Tăng điểm HMS nhóm nghiên cứu từ $2,4 \pm 0,71$ tăng lên $4,31 \pm 0,8$ so với $2,43 \pm 0,67$ tăng lên $3,98 \pm 0,6$ của nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
 - (2) Tăng điểm FM của nhóm nghiên cứu từ $2,02 \pm 0,52$ tăng lên $2,76 \pm 0,6$ so với $2,0 \pm 0,44$ tăng lên $2,64 \pm 0,49$ của nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
 - (3) Sau liệu trình điều trị, bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có đáp ứng điều trị tốt trong đó ở nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp điện châm kết hợp bài tập CIMT có mức độ cải thiện tốt hơn khi có 6 BN mức độ tốt, 28 BN mức độ khá và 8 BN mức độ trung bình tương đương với 34 BN được đánh giá đỡ chiếm 81% so với nhóm chứng được điều trị bằng điện châm đơn thuần chưa có BN nào được đánh giá mức độ tốt, 25 BN mức độ khá và 17 BN mức độ trung bình tương đương với 25 BN được đánh giá đỡ chiếm 60%. Cả hai nhóm không còn bệnh nhân nào ở mức độ kém sau liệu trình điều trị. Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
2. Điện châm kết hợp bài tập CIMT trong phục hồi chức năng vận động chi trên ở người bệnh do nhồi máu não sau giai đoạn cấp là phương pháp an toàn, không ảnh hưởng đến các chỉ số sinh lý của cơ thể.

KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả đạt được của nghiên cứu trong điều trị phục hồi chức năng vận động chi trên ở người bệnh do nhồi máu não sau giai đoạn cấp của phương pháp điện châm kết hợp với bài tập CIMT, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

1. Đây là một sự lựa chọn cho điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến nhồi máu não sau giai đoạn cấp hoàn toàn bằng phương pháp điều trị không dùng thuốc mang lại hiệu quả tích cực.

2. Phương pháp điện châm kết hợp với bài tập CIMT nên được thực hiện sớm tại bệnh viện khi bệnh nhân chưa chịu ảnh hưởng bởi các thương tật thứ cấp sẽ mang lại hiệu quả cao hơn.

3. Kỹ thuật CIMT có thể đưa vào chương trình phục hồi chức năng tại cộng đồng, hướng dẫn cho bệnh nhân và người nhà nắm bắt được những nguyên tắc và kỹ thuật để tuân thủ điều trị và đạt được hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Trong nước :

1. **Nguyễn Thị Kim Liên** (2011) , "*Nghiên cứu phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*", luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2017), "*hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng*" (ĐỢT 2)(Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)NXB Y học tr. 178-179.
3. **Huỳnh Đăng Ninh** (2015) "*Đánh giá tác dụng điện trường châm trong phục hồi chức năng vận động bàn tay, bàn chân trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não*" , luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II Đại học Y Hà Nội
4. **Ngô Quý Châu** (2016) , Đại học Y Hà Nội , Bệnh học nội khoa tập 1 ,NXB Y Học tr. 479-490.
5. **Frank H.Netter .MD** Atlas Giải phẫu người (2014) ,NXB Y học , trang hình 138, 419, 429, 430.
6. **Bộ môn Giải Phẫu** - Đại học Y Hà Nội (2011), :"*Giải phẫu người* " NXB Y học tr.97-103, tr73-80.
7. **Dương Trọng Nghĩa,Nguyễn Thị Thu Hà** (2017) :"*Điều trị tai biến mạch máu não bằng y học cổ truyền kết hợp với y học hiện đại* " ,NXB Y học tr.7-9.
8. **Bộ môn Y học cổ truyền** - Học viện quân y(2012),"*Bệnh học y học cổ truyền* " NXB quân đội nhân dân tr.265-283.
9. **Viện nghiên cứu trung y** (2008), "*Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y* ", NXB văn hóa dân tộc tr.120-128.

10. **Vương Kim Chi** (2009), "Nghiên cứu phương pháp xoa bóp- vận động kết hợp điện châm góp phần phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân nhồi máu não ", Luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y Hà Nội .
11. **Bộ Y Tế - Cục quản lí khám, chữa bệnh** (2013), Quyết định Về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu 12/3/2013 tr10-12 chương 1, tr.7-9 chương 2 .
12. **Bộ Y tế** (2013), Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013.
13. **Nguyễn Quang Anh, Phạm Văn Minh** (2019) " Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động tay liệt ở bệnh nhân nhồi máu não bằng phương pháp cường bức vận động cải biên mCIMT" , Kỷ yếu hội nghị quốc tế về khoa học và công nghệ và giải pháp tăng cường công tác phục hồi chức năng hội phục hồi chức năng Việt Nam 9-2019
14. **Nguyễn Văn Hùng** (2013) "Bước đầu nghiên cứu phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp bằng phương pháp CIMT", khóa luận tốt nghiệp Đại học Y Hà Nội năm 2013 .
15. **Nguyễn Huy Hoàng** (2010) "Kết quả bước đầu phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não giai đoạn hồi phục ", Khóa luận tốt nghiệp Đại học Y Hà Nội năm 2010.
16. **Nguyễn Văn Chương** (2011), " Thực hành lâm sàng thần kinh học tập III: Bệnh học thần kinh : NXB y học tr13.
17. **Nguyễn Văn Chương** (2013), "Thực hành lâm sàng thần kinh học tập V :Điều trị học " NXB y học. tr175-178, tr214-238
18. **Bộ môn thần kinh** (2015), đại học y dược thành phố hồ chí minh : "Sổ tay lâm sàng thần kinh " thành phố Hồ Chí Minh tr90-91

19. **Tôn Chí Nhân** (2004), “Nghiên cứu điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng điện châm kết hợp thuốc y học cổ truyền nghiệm phương “, Luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.
20. **Nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108** - Bộ quốc phòng, Giáo trình thần kinh. nxb y học tr 7,10.
21. **Hồ Hữu Lương** (2002) "Tai biến mạch máu não ", nxb y học tr149-155
22. **Nguyễn Văn Chương** (2012), "Thực hành lâm sàng thần kinh học tập V :Chẩn đoán cận lâm sàng " NXB y học., tr214-238
23. **Nguyễn Văn Thông** (1997) Bệnh mạch máu não và các cơn đột quy, nxb y học , tr.144-151
24. **Nguyễn Văn Chương** (2010)“ Bài giảng Đại cương về đột quy não “, Hà nội
25. **Nguyễn Tài Thu** (2013) "Mãng châm chữa bệnh " ,nxb y học tr26,23,44-60,302-306,152-161
26. **Nguyễn Tài Thu** (2013) "Châm cứu chữa bệnh " nxb y học tr189-194.202-206
27. **Nguyễn Tài Thu** (2013)"Châm cứu tuyển cơ sở " ,nxb y học tr13-17,27,61
28. **Nguyễn Tài Thu** (2013)"Tân châm " ,nxb y họctr197-204
29. **Nguyễn Cường**(2016) "Bách khoa bệnh học thần kinh " NBX Hà nội
30. **Nguyễn Xuân Nghiêm, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh** (2010) "Vật lý trị liệu phục hồi chức năng " , nxb y học tr90-95.248-263.285-314.550-603. 604-612.
31. **Bộ môn Sinh Lý Học** - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (2016) "Sinh lý học y khoa", nxb y học tr476-477
32. **Bệnh viện PHCN Hà Nội** (2018) "Hợp tác quốc tế về hoạt động trị liệu cho trẻ bại não "

33. **Đoàn Thị Liễu** (2018) "Phục hồi chức năng tai biến mạch máu não " Báo cáo khoa học cơ sở Bệnh viện Quân Y 175
34. **Bộ môn thần kinh, đại học y dược thành phố hồ chí minh** (2013): "Sổ tay lâm sàng thần kinh ", pt HCM tr90-91
35. **Lê Hữu Trác** (1997). Hải Thượng y tông tâm lĩnh. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
36. **Nguyễn Hữu Công** (2013) Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng. Nhà xuất bản đại học quốc gia tp.HCM tr1, tr19-21, tr50-67
37. **Nguyễn Thị Kim Liên** (2017) Tạp chí y dược lâm sàng 108, bệnh viện trung ương quân đội 108 "Nghiên cứu phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân chảy máu não giai đoạn hồi phục bằng phương pháp vận động cường bức", tr 109-114
38. **Nguyễn Văn Trịnh**, "Đánh giá tác dụng điện châm kết hợp tiểu tục mệnh thang so với điện châm kết hợp hoa đà tái tạo hoàn ở bệnh nhân nhồi máu não" luận án BSCCKII Y học cổ truyền Đại học Y HN
39. **Dương Kế Châu** (1990) Châm cứu đại thành, tập 2, Hội Y học dân tộc TP Hồ Chí Minh xuất bản, tr 249 - 272.
40. **Bộ Y Tế** (2007) "Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền", quy trình số 29
41. **Lê Quý Ngưu** "Từ điển huyệt vị châm cứu" nxb Thuận Hóa
42. **Trường Đại học Y Hà Nội** - Khoa Y học cổ truyền (2006) *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.394-396
43. **Trần Văn Chương** (2003) "Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não" luận án tiến sỹ y học- Trường đại học y Hà Nội
44. **Nguyễn Thị Hà** (2010) "Đánh giá tình trạng co cứng và hiệu quả can thiệp bằng các bài tập vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não" trường Đại học Y HN

45. **Trần Việt Hà (2013)** “Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến nhồi máu não theo chương trình GRASP” trường Đại học Y HN.
46. **Viện nghiên cứu y khoa dân tộc Thượng Hải** (Biên dịch Trương Quốc Bảo- Hải Ngọc) (2000) Nội khoa bằng y học cổ truyền Trung Quốc, nxb Thanh Hóa, tr291-291.
47. **Phạm Vũ Khánh** (2011) “Lão khoa y học cổ truyền” NXB Giáo Dục Việt Nam, tr 71-97.
48. **Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy** “Châm cứu sau đại học” NXB Y Học

Ngoài nước

49. Yue X Shi et al (2011), “Modified constraint – induced movement therapy versus traditional rehabilitation in patients with upper – extremity dysfunction after stroke : a systematic review and meta – analysis
50. **Wolfgang** et al (1998), “Effecta of Constraint induced movement therapy on patient with chronic motor peficits after stoke.
51. **Lynne V, Gauthire** et al (2007), Improvement After is Independent of Infarct location in chronic stroke patient.
52. **Department of Neurosciences- University of Turin** (2019) "Constraint-induced movement therapy in multiple sclerosis: Safety and three-dimensional kinematic analysis of upper limb activity. A randomized single-blind pilot study" Italy
53. **Department of Rehabilitation Medicine, Bundang Jesaeng General Hospital** "Is there a dose-dependent effect of modified constraint-induced movement therapy in patients with hemiplegia", Korea, NeuroRehabilitation, vol. 45, no. 1, pp. 57-66, 2019

54. **Zhi-Yong Zhai and Juan Feng, PhD**, Department of Neurology, Shengjing Hospital of China Medical University (2015) "Constraint-induced movement therapy enhances angiogenesis and neurogenesis after cerebral ischemia/reperfusion" China
55. **Sharon Landesman Ramey, Jane Case-Smith** (2019) "Children with Hemiparesis Arm and Movement Project (CHAMP): protocol for a multisite comparative efficacy trial of paediatric constraint-induced movement therapy (CIMT) testing effects of dosage and type of constraint for children with hemiparetic cerebral palsy" USA
56. **Liverpool Hospital Brain Injury Rehabilitation Unit**, (2019) "Constraint-induced movement therapy for upper limb recovery in adult neurorehabilitation: An international survey of current knowledge and experience." Australia
57. **Victorian Paediatric Rehabilitation Service, Occupational Therapy, Monash Medical Centre** (2007) "Constraint-induced movement therapy in the treatment of the upper limb in children with hemiplegic cerebral palsy." Australia
58. **Health and Rehabilitation Sciences Research Institute and School of Health Sciences, University of Ulster** (2014) "Application of constraint-induced movement therapy in clinical practice: an online survey" Northern Ireland
59. **Medical Advisory Secretariat, Health Quality Ontario** (2011) "Constraint-induced movement therapy for rehabilitation of arm dysfunction after stroke in adults: an evidence-based analysis." Canada
60. **Department of Physical Therapy, Wonkwang Health Science University** (2016) "Effect of Modified Constraint-Induced Movement Therapy Combined with Auditory Feedback for Trunk Control on Upper Extremity in Subacute Stroke Patients with Moderate Impairment: Randomized Controlled Pilot Trial." Korea

- 61. Department of Physical Therapy, Graduate School of Daejeon University** (2015) "The effects of modified constraint-induced movement therapy combined with trunk restraint in subacute stroke: a double-blinded randomized controlled trial." Korea
- 62. Department of Physical Medicine & Rehabilitation, VMHC & Safdarjung Hospital** (2016) "Efficacy of Modified Constraint Induced Movement Therapy in the Treatment of Hemiparetic Upper Limb in Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial." India 12->13

PHỤ LỤC 1
MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã số :

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên bệnh nhân :

.....tuổi.....giới.....

2. Nghề nghiệp :

3. Địa chỉ :

4. Điện thoại :

5. Ngày vào viện :

6. Lý do vào viện : Bên liệt.....

7. Ngày bị bệnh :

8. Ngày đánh giá :

9. Giường số :

II. TIỀN SỬ

1. Bản thân :

1.1 liên qua đến bệnh

.....

.....

1.2 Các yếu tố nguy cơ

.....

.....

2. Gia đình :

.....

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân :

1.1 Tinh thần :

1.2 Thể trạng :

1.3 Mạch :Huyết áp

Nhịp thởNhiệt độ

2. Thần kinh :

2.1 Ý thức :

Tay thuận :

Bên liệt :

2.2 Vận động :

- Vận động chủ động

.....

- Vận động tự động

.....

2.3 Trương lực cơ :

- Độ chắc của cơ
- Ve vẩy ngón chi.....
- Độ gấp duỗi chi bị bệnh.....

2.4 Cơ lực.....

2.5 Phản xạ

- Phản xạ gân xương
:.....
- Phản xạ bệnh lý
:.....

2.6 Cảm giác

- Cảm giác nông
:.....
- Cảm giác sâu
:.....

2.7 Dây thần kinh sọ :

.....

2.8 Hội chứng thần kinh :

.....

2.9 Đánh giá theo Fugl- Meyer Arm

- Tốt : 56-66 điểm
- Khá : 42-54 điểm
- Trung bình 22-40 điểm
- Kém 0-22 điểm

| Thời gian | D0 | D10 | D20 |
|-----------|----|-----|-----|
| Điểm | | | |

2.10 Đánh giá theo HMS

- 1 điểm : không có các cử động của ngón tay bên liệt
- 2 điểm : gập tất cả các ngón tay cùng một lúc
- 3 điểm : gập và duỗi đồng thời tất cả các ngón
- 4 điểm : có thể duỗi ngón trở trong khi các ngón khác vẫn gập
- 5 điểm : có khả năng đưa ngón cái đối chiều với đầu ngón trở
- 6 điểm : có khả năng đối chiều ngón cái với các ngón còn lại

| Thời gian | D0 | D10 | D20 |
|-----------|----|-----|-----|
| Điểm | | | |

3. Tim mạch

.....

4. Hô hấp

.....

5. Các cơ quan khác :

.....

IV. CẬN LÂM SÀNG

1. Kết quả lâm sàng đã có

.....

.....

.....

.....

V. CHẨN ĐOÁN

.....

.....

VI. ĐIỀU TRỊ - CAN THIỆP

1. Điều trị nội khoa

2. Điều trị theo y học cổ truyền

3. Can thiệp phục hồi chức năng theo phương pháp CIMT

- Đánh giá kết quả sau 2 tuần theo FM và HMS

- Đánh giá kết quả sau 4 tuần theo FM và HMS

- Nhận xét kết quả

VII. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

| Chỉ tiêu đánh giá | D0 | D10 | D20 |
|--------------------------------|-----------|------------|------------|
| Chức năng vận động tay liệt FM | | | |
| Chức năng khéo léo bàn tay HMS | | | |
| Đánh giá tổng quát | | | |

Ngày..... Tháng..... năm.....

Nghiên cứu viên

PHỤ LỤC 2
ĐÁNH GIÁ VẬN ĐỘNG CHI TRÊN
THEO FUGL MEYER ARM TEST

Họ và tênTuổi.....

| Điểm | Danh mục | Điểm tối đa | Thời điểm đánh giá | | |
|------|--|-------------|--------------------|-----|-----|
| | | | D0 | D10 | D20 |
| I | Phản xạ | 6 | | | |
| 1 | Phản xạ cơ nhị đầu | | | | |
| 2 | Phản xạ cơ tam đầu | | | | |
| 3 | Phản xạ chậm quay | | | | |
| II | Cử động gấp | 12 | | | |
| 4 | Đưa cánh tay ra sau | | | | |
| 5 | Đưa cánh tay ra trước | | | | |
| 6 | Dang cánh tay | | | | |
| 7 | Xoay ngoài cánh tay | | | | |
| 8 | Gấp khuỷu | | | | |
| 9 | Ngửa cẳng tay | | | | |
| III | Cử động duỗi | 6 | | | |
| 10 | Xoay trong cánh tay | | | | |
| 11 | Duỗi khuỷu | | | | |
| 12 | Sấp cẳng tay | | | | |
| IV | Các động tác phối hợp | 6 | | | |
| 13 | Bàn tay với cột sống lưng | | | | |
| 14 | Gấp khớp vai 0-90° | | | | |
| 15 | Khuỷu gấp 90 độ sấp và ngửa cẳng tay | | | | |
| V | Các động tác không phối hợp | 6 | | | |
| 16 | Khớp vai dạng 90° với khuỷu duỗi 15° | | | | |
| 17 | Khớp vai gấp 90°-180° với khuỷu duỗi | | | | |
| 18 | Khuỷu gấp 0° sấp và ngửa cẳng tay | | | | |
| VI | Cổ tay | 10 | | | |
| 19 | Khuỷu gấp 90° giữ cổ tay ở tư thế duỗi 15° | | | | |
| 20 | Khuỷu gấp 90° gấp và duỗi cổ tay hết tầm | | | | |
| 21 | Khuỷu 0° giữ cổ tay ở tư thế duỗi 15° | | | | |
| 22 | Khuỷu 0° gấp và duỗi cổ tay hết tầm | | | | |
| 23 | Quay tròn khớp cổ tay | | | | |

| | | | | | |
|------|--|----|--|--|--|
| VIII | Bàn tay | 14 | | | |
| 24 | Gấp các ngón | | | | |
| 25 | Duỗi các ngón | | | | |
| 26 | Nắm móc các ngón tay | | | | |
| 27 | Giữ tờ giấy giữa ngón 1 và 2 | | | | |
| 28 | Giữ các bút chì giữa ngón 1 và 2 | | | | |
| 29 | Giữ lon Coke bằng ngón 1,2 và 3 | | | | |
| 30 | Giữ quả bong-a (tennis) trong các ngón tay | | | | |
| IX | Phối hợp và tốc độ trong ngón tay chỉ mũi | 6 | | | |
| 31 | Run | | | | |
| 32 | Không tới tâm | | | | |
| 33 | Tốc độ thực hiện | | | | |
| Tổng | | 66 | | | |

Đánh giá

0 điểm : bệnh nhân không làm được động tác.

1 điểm : bệnh nhân thực hiện được động tác nhưng không hết tầm.

2 điểm : bệnh nhân hoàn thành được động tác.

Tốt 56-66 điểm

Khá 42-54 điểm

Trung bình 22-40 điểm

Kém 0-20 điểm

PHỤ LỤC 3
THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ ĐỘNG TÁC VẬN ĐỘNG
CỦA BÀN TAY (HMS)

| Điểm | Danh mục đánh giá vận động | Thời điểm đánh giá | | |
|------|--|--------------------|-----|-----|
| | | D0 | D10 | D20 |
| 1 | Không có các cử động của ngón tay bên liệt | | | |
| 2 | Gập tất cả các ngón tay cùng một lúc | | | |
| 3 | Gập và duỗi đồng thời tất cả các ngón | | | |
| 4 | Có thể duỗi ngón trỏ trong khi các ngón khác vẫn gập | | | |
| 5 | Có khả năng đưa ngón cái đối chiều với đầu ngón trỏ | | | |
| 6 | Có khả năng đối chiếu ngón cái với các ngón còn lại | | | |

PHỤ LỤC 4
THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ ĐỘT QUỴ NIHSS
THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ ĐỘT QUỴ CỦA
VIỆN NGHIÊN CỨU SỨC KHỎE QUỐC GIA MỸ
(National Institutes of Health Stroke Scale [NIHSS])

| Thông số đánh giá | Mô tả | Điểm |
|--|---|-------------|
| 1A- Đánh giá mức độ thức tỉnh bằng quan sát | Tỉnh hoàn toàn | 0 |
| | Ngủ gà | 1 |
| | Sững sờ | 2 |
| | Hôn mê | 3 |
| 1B- Đánh giá mức độ thức tỉnh bằng đặt 2 câu hỏi : Tuổi bn và ngày tháng hiện tại | Trả lời chính xác cả hai câu hỏi | 0 |
| | Trả lời chính xác một câu hỏi | 1 |
| | Không trả lời chính xác câu nào | 2 |
| 1C- Đánh giá mức độ thức tỉnh bằng cách ra lệnh: nhắm mở mắt và nắm xòe bàn tay bên không bị liệt | Thực hiện chính xác cả hai động tác | 0 |
| | Thực hiện chính xác một động tác | 1 |
| | Không chính xác động tác nào | 2 |
| 2- Hướng đưa mắt nhìn tốt nhất: chỉ đánh giá tình trạng chuyển động hai mắt theo chiều ngang | Bình thường | 0 |
| | Liệt đưa mắt 1 phần | 1 |
| | Lệch trục nhiều | 2 |
| 3-Thị trường | Bình thường | 0 |
| | Bán manh 1 phần | 1 |
| | Bán manh hoàn toàn | 2 |
| | Bán manh 2 bên | 3 |
| 4- liệt mặt | Không liệt | 0 |
| | Liệt nhẹ (chỉ mất cân đối khi cười, nói, vận | 1 |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| | động thì bthg | |
| | Liệt một phần (liệt rõ rệt nhưng còn cử động phần nào) | 2 |
| | Liệt hoàn toàn (liệt hoàn toàn) | 3 |
| 5A- Vận động của tay phải | Không lệch (giữ được hơn 10 giây) | 0 |
| | Lệch (giữ được nhưng thấp trước 10 giây) | 1 |
| | Không chống được trọng (lệch nhanh, nhưng có cố giữ lại) | 2 |
| | Rơi tự do (tay rơi hoàn toàn, cố nhưng không cưỡng lại được) | 3 |
| | Không hề cử động | 4 |
| 5B- Vận động của tay trái | Không lệch (giữ được hơn 10 giây) | 0 |
| | Lệch (giữ được nhưng thấp trước 10 giây) | 1 |
| | Không chống được trọng (lệch nhanh, nhưng có cố giữ lại) | 2 |
| | Rơi tự do (tay rơi hoàn toàn, cố nhưng không cưỡng lại được) | 3 |
| | Không hề cử động | 4 |
| 6A- Vận động chân phải | Không lệch (giữ được 30 độ hơn 5 giây) | 0 |
| | Lệch (lệch xuống tư thế trung gian gần hết 5 giây) | 1 |
| | Không chống được trọng lực (rơi xuống trước 5 giây) | 2 |
| | Rơi tự do | 3 |
| | Không hề cử động | 4 |
| 6B- Vận động chân trái | Không lệch (giữ được 30 độ hơn 5 giây) | 0 |
| | Lệch (lệch xuống tư thế trung gian gần hết 5 giây) | 1 |

| | | |
|---|--|-----------|
| | Không chống được trọng lực (rơi xuống trước 5 giây) | 2 |
| | Rơi tự do | 3 |
| | Không hề cử động | 4 |
| 7- Mất điều hòa vận động(nghiệm pháp trò mũi và gót gối) | Không có mất điều hòa | 0 |
| | Có nhưng chỉ ở tay hoặc chỉ ở chân | 1 |
| | Có ở cả tay lẫn chân | 2 |
| 8- Cảm giác | Bình thường | 0 |
| | Giảm một phần | 1 |
| | Giảm nặng | 2 |
| 9- Chứng quên lãng một bên | Không có lãng quên nửa người | 0 |
| | Lãng quên 1 thứ: thị giác hoặc xúc giác hoặc thính giác | 1 |
| | Lãng quên ít nhất 2 thứ kể trên | 2 |
| 10- Loạn vận ngôn | Nói bình thường | 0 |
| | Nhẹ/ trung bình (nói lắp vài từ, hiểu được nhưng có khó khăn) | 1 |
| | Nặng (nói lắp nhiều không thể hiểu được, nhưng không loạn ngôn ngữ) | 2 |
| 11- Ngôn ngữ | Bình thường | 0 |
| | Thất ngôn nhẹ/ trung bình | 1 |
| | Mất ngôn ngữ nặng (biểu hiện thể Broca hay Wernicke hay biến thể) | 2 |
| | Câm lạng hoặc mất ngôn ngữ toàn bộ | 3 |
| | TỔNG ĐIỂM (càng cao lâm sàng càng nặng) | 42 |

PHỤ LỤC 5

THANG ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN MMSE

Tên bệnh nhân: Tuổi..... Giới..... Nghề
nghịệp.....
Địa chỉ: Chẩn đoán Ngày làm test.....

Đánh giá về định hướng: (nói đúng cho mỗi câu 1 điểm)

1. Hãy nói cho biết hôm nay là ngày thứ mấy?.....
2. Hãy nói cho biết tháng này là tháng mấy?.....
3. Hãy cho biết mùa này là mùa gì?.....
4. Hãy cho biết năm nay là năm nào?.....
5. Hãy cho biết đây là buồng (tàngnào)?.....
6. Hãy cho biết đây là ở đâu?.....
7. Hãy cho biết đây thuộc quận (huyện) nào?.....
8. Hãy cho biết đây là nước nào?.....

Đánh giá khả năng ghi nhận (trí nhớ tức thì)

Đọc tên 3 đồ vật bất kỳ (quả táo, cái bàn, đồng xu...) một cách chậm rãi, rõ ràng;
sau đó yêu cầu bệnh nhân nhắc lại luôn (ghi 1 điểm cho mỗi câu trả lời đúng. Xin
nhắc tên 3 đồ vật đó cho tới khi bệnh nhân thuộc được cả 3)..... □

Đánh giá sự chú ý và tính toán

- Yêu cầu bệnh nhân làm phép tính $100 - 7$ liên tiếp (dừng lại sau 5 lần) (ghi 1 điểm
cho mỗi lần trả lời đúng)..... □

- Nếu bệnh nhân không làm được 5 lần nghiệm pháp $100 - 7$, yêu cầu bệnh nhân
làm liệu pháp khác: đánh vần ngược 1 từ: HƯƠNG -> GNOUH. (Số điểm ghi bằng
đúng theo thứ tự sắp xếp chính xác của từ)..... □

Đánh giá khả năng hồi ức nhớ lại

- Yêu cầu bệnh nhân nhắc lại tên 3 đồ vật đã nêu ở phần B. (cho 1 điểm cho mỗi câu
trả lời đúng)..... □

Đánh giá về ngôn ngữ:

1. Gọi tên đồ vật: (cho 1 điểm cho mỗi lần gọi đúng tên đồ vật)

- Đưa bệnh nhân xem một chiếc đồng hồ và hỏi đó là cái gì?.....
- Đưa bệnh nhân xem một chiếc bút chì và hỏi đó là cái gì?.....

2. Nhắc lại một câu (đánh giá tính lưu loát trong ngôn ngữ)

Yêu cầu bệnh nhân nhắc lại câu "không thể, nếu, và hoặc nhưng, mãi" (nếu nhắc lại đúng hoàn toàn cho 1 điểm).....

Mệnh lệnh theo 3 giai đoạn:

Đưa một mảnh giấy trắng và yêu cầu bệnh nhân bằng một câu "Cầm lấy tờ giấy bằng tay phải, gấp đôi tờ giấy lại và đặt nó xuống sàn nhà".

Ghi 1 điểm cho mỗi hành động đúng.....

Đọc và làm theo sự chỉ dẫn:

**Đưa bệnh nhân một tờ giấy to có ghi rõ một mệnh lệnh ("Hãy nhắm mắt lại"). Yêu cầu bệnh nhân đọc và làm theo: cho 1 điểm nếu làm đúng.
Viết:**

Đưa bệnh nhân một tờ giấy trắng và yêu cầu bệnh nhân viết một câu bất kỳ (câu phải có chủ từ và động từ và phải có nghĩa, có thể sai về ngữ pháp, chính tả... cũng được). Cho 1 điểm nếu viết được.....

Đánh giá khả năng tưởng tượng, trừu tượng:

Yêu cầu bệnh nhân vẽ lại một hình đã được vẽ sẵn, hình vẽ phải gồm 10 góc và phải có 2 góc lồng vào nhau. Cho 1 điểm nếu vẽ đúng.....

Gợi ý đánh giá: Điểm < 24 => có rối loạn hoặc dấu chứng tâm thần

Không có suy giảm nhận thức: ≥ 24 điểm

Suy giảm nhận thức nhẹ : 20 – 23 điểm

Suy giảm nhận thức vừa : 14 - 19 điểm

Suy giảm nhận thức nặng : 00 – 13 điểm

PHỤ LỤC 6

PHIẾU ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG ĐỘC LẬP TRONG SINH HOẠT HÀNG NGÀY (BARTHEL)

Đánh giá

- Độc lập hoàn toàn : 95 – 100 đ
- Trợ giúp ít : 65 – 95 đ
- Trợ giúp trung bình : 25 – 60 đ
- Trợ giúp hoàn toàn : 0 – 20 đ

| Mục | Lượng giá | Điểm chuẩn | D0 | D10 | D20 |
|---|--|------------|----|-----|-----|
| Ăn uống | Tự xúc gắp ăn, tự bung chén cơm | 10 | | | |
| | Cần sự giúp đỡ để bung chén cơm | 5 | | | |
| | Phụ thuộc hoàn toàn phải đút ăn | 0 | | | |
| Tắm | Tự ra vào buồng tắm, tự tắm | 5 | | | |
| | Cần sự giúp đỡ không làm được | 0 | | | |
| Kiểm soát đại tiện | Tự chủ | 10 | | | |
| | Cần sự giúp đỡ | 5 | | | |
| | Rối loạn thường xuyên | 0 | | | |
| Kiểm soát tiểu tiện | Tự chủ | 10 | | | |
| | Cần sự giúp đỡ | 5 | | | |
| | Bí tiểu, đái dầm | 0 | | | |
| Vệ sinh răng miệng | Tự rửa mặt, chải đầu, đánh răng | 5 | | | |
| | Cần sự giúp đỡ | 0 | | | |
| Thay áo quần | Tự chọn và thay áo quần, tất, đồ lót | 10 | | | |
| | Cần sự giúp đỡ | 5 | | | |
| | Phụ thuộc hoàn toàn | 0 | | | |
| Sử dụng nhà vệ sinh | Tự ra vào, ngồi xuống, cởi quần, lấy giấy, làm vệ sinh, mặc quần và đứng lên | 10 | | | |
| | Cần sự giúp đỡ lúc ngồi và lấy giấy | 5 | | | |
| | Không làm được | 0 | | | |
| Di chuyển từ giường sang ghế và ngược lại | Tự di chuyển được | 15 | | | |
| | Cần sự trợ giúp ít bởi một người hoặc chỉ cần giám sát | 10 | | | |

| | | | | | |
|---------------------|---|-----|--|--|--|
| | Ngồi được với sự giúp đỡ tối đa của 1 hay 2 người nâng đỡ | 5 | | | |
| | Không có khả năng ngồi, cần có 2 người nâng đỡ để giúp | 0 | | | |
| Di chuyển | Tự đi 50m | 15 | | | |
| | Đi 50m có người dắt vịn | 10 | | | |
| | Tự đẩy nếu có xe lăn | 5 | | | |
| | Cần giúp đỡ hoàn toàn | 0 | | | |
| Lên xuống bậc thang | Tự lên xuống bậc cầu thang | 10 | | | |
| | Lên xuống được nhưng cần phải trợ giúp | 5 | | | |
| | Không lên xuống cầu thang được | 0 | | | |
| Tổng | | 100 | | | |

PHỤ LỤC 7

BẢNG DANH MỤC HUYỆT ĐIỆN CHÂM

| Tên | Mã | Vị trí | Tác dụng |
|-----------------------------|---|--|--|
| Ân môn | B37 Kinh Bàng Quang | Dưới nếp mông 6 thốn, mặt sau xương đùi, điểm giữa khe của cơ bám gân và cơ nhị đầu đùi | Tại chỗ :đau đùi mông Theo kinh :đau sau đầu, đau thắt lưng Toàn thân :thoát vị đĩa đệm thắt lưng,liệt hạ chi |
| Bát tà | Kỳ huyệt | Kẽ các ngón tay,huyệt nằm trên đường tiếp giáp da gan tay-mu tay, ngang với khe khớp xương bàn tay ngón tay. | Tại chỗ :tê các ngón tay, khớp ngón tay, liệt các ngón tay do trúng phong Toàn thân :Nhức đầu, đau răng, đau sưng cánh tay |
| Giáp tích C4- C7 | Huyệt nằm dọc hai bên cột sống Kỳ huyệt | Từ dưới gai sau đốt sống lưng thứ 1 đến dưới gai sau đốt thắt lưng 5,đường giữa cột sống ngang ra 0,5 thốn, mỗi bên có 17 huyệt | Ho suyễn, lao phổi , viêm khí quản, suy nhược thần kinh, các loại bệnh mãn tính, bệnh trường vị ,các loại bệnh thuộc gan mật, tiết niệu ,sinh dục , đau thắt lưng, đau lưng ,liệt bại. |
| Hoàn khiêu | G30 Kinh Đờm | Nằm nghiêng, đưa chân đầu lên trên co lại ,chân dưới duỗi thẳng, chỗ ngoài khớp bên bàn tọa nơi có hõm. Huyệt là điểm nối giữa 1/3 ngoài đường nối giữa điểm cao nhất của mấu chuyển lớn với khe xương cụt. | Tại chỗ : đau khớp háng Theo kinh : đau dây thần kinh tọa ,liệt nửa người thấp khớp, cước khí |
| Hợp cốc | LI 4 Kinh Đại Trường | Ấn huyệt bằng cách dùng ngón tay cái và ngón tay trở xòe rộng ra, xong lấy nếp gấp giữa đốt 1 và đốt 2 của ngón tay cái bên kia để vào chỗ da nối ngón trở và ngón cái (Hố khẩu) tay này. Đặt áp đầu ngón cái lên xương bàn tay 1 và 2, đầu ngón cái ở đâu thì chỗ đó là huyệt. Châm hay điểm ấn vào có cảm giác ê nhức | Tại chỗ : Đau, tê ngón tay, bàn tay Theo kinh :Đau thần kinh răng, liệt thần kinh mặt, đau thần kinh cánh tay trước. |
| Kiên tinh | G21 Kinh Đờm | Giữa huyệt Đại Chùy và Kiên ngưng đề tay lên có chỗ thẳng với huyệt Khuyết bồn. Hay là huyệt là đường gấp nhau của đường | Tại chỗ : đau vai, lưng, cổ gáy Thần kinh : Viêm tuyến vú rong kinh cơ năng, lao hạch cổ Toàn thân : Liệt do trúng |

| | | | |
|--------------------|--------------------------|--|--|
| | | thẳng ngang vú với với đường ngang nối huyết Đại Chùy với điểm cao nhất của đầu ngoài xương đòn, đè vào có cảm giác ê tức. | phong, não sung huyết. |
| Kiên trĩnh | SI9 Kinh Tiểu Trường | Khi điểm huyết để sát cánh tay vào nách, đo từ đầu chỉ nách lên thẳng 1 thốn. Huyết ở gần bờ sau dưới cơ Delta | Tại chỗ : bệnh thuộc tổ chức mềm và khớp vai Theo kinh : Liệt chi trên Toàn thân : Mồ hôi nách nhiều |
| Khúc Trì | LI11 Kinh Đại Trường | Khi điểm huyết co khuỷu tay vào, bàn tay vào ngực. Huyết là chỗ đầu lằn chỉ của nếp gấp khuỷu. | Tại chỗ : đau khuỷu tay, theo kinh : Liệt chi trên ,đau thần kinh vai ,đau cánh tay, ho Toàn thân :viêm phổi, cảm cúm, thương hàn, ngứa ngáy, dị ứng. |
| Túc tam lý | S36 Kinh Vị | Dưới mắt gối ngoài 3 thốn, phía ngoài xương mác chừng 1 khoát ngón tay | Tại chỗ :đau đầu gối, co duỗi khó Theo kinh : Viêm dạ dày cấp |
| Tý nhu | LI 14 Kinh Đại Trường | Co duỗi cánh tay để lộ gân cơ. Huyết ở chỗ đầu cuối cơ tam giác cánh tay. | Tại chỗ, theo kinh : Đau vai gáy, bại liệt chi trên Toàn thân : Bệnh mắt |
| Thái Khê | K3 Kinh Thận | Điểm nối của đường giữa đường sau mắt cá trong và mép trong gân gót, ngang với mỏm cao nhất của mắt cá trong | Tại chỗ : đau cổ chân Theo kinh, toàn thân : viêm thận, kinh nguyệt không đều, di tinh, đái dầm, đau răng, viêm họng mãn tính, ù tai, rụng tóc, suy nhược thần kinh, đau thắt lưng, liệt hạ chi, đau gót chân |
| Thận du | B23 Kinh Bàng Quang | Dưới gai đốt sống thắt lưng thứ 2, từ đường giữa cột sống đo ngang ra 1,5 thốn | Tại chỗ, theo kinh: viêm thận, đau thắt lưng, tổn thương tổ chức phần mềm vùng thắt lưng Toàn thân: di tinh, đái dầm, liệt dương, thiếu máu... |
| Thủ tam lý | LI10 Kinh Đại Trường | Huyết dưới khúc trì 2 thốn trên đường nối giữa Khúc Trì và Dương Khê. Khi điểm huyết co một bên cổ tay vào khuỷu tay. | Tại chỗ, theo kinh: đau vai cánh tay, bại xuội chi trên Toàn thân: loét dạ dày, đau dạ dày. |
| Huyền chung | G39 | Đo từ ngoài mắt cá chân, thẳng lên 3 thốn, huyết ở trên mắt cá | Tại chỗ, theo kinh: cước chi, liệt nửa người, phong thấp ở |

| | | | |
|-------------------------|------------------------|--|---|
| | Kinh Đờm | ngoài chân, sát bờ trước xương mác, ấn vào thấy ê tức. | chi dưới, thần kinh tọa Toàn thân: không thèm ăn, nhức trong xương, nóng trong ruột |
| Giải Khê | S41 Kinh Vị | Ngồi ngay, lắc bàn chân lên xuống, để lộ rõ gân cơ căng chân trước và gân cơ duỗi dài riêng ngón chân cái, huyết ở chỗ lõm trên nếp gấp trước khớp cổ chân | Tại chỗ: viêm tổ chức mềm quanh khớp cổ chân, bàn chân buồng lỏng, teo cơ căng chân, Theo kinh: Não thiếu máu, đau đầu, viêm ruột, đau răng, tắc tia sữa Toàn thân: viêm thận, cổ trướng, não thiếu máu, đại tiện khó |
| Dương Lăng Tuyền | G34 Kinh Đờm | Khi điễm huyết nên ngồi ngay, co gối, thông chân thẳng xuống. Huyết ở chỗ hõm phía trước chỗ thân nối với đầu trên xương mác | Tại chỗ: viêm khớp gối Theo kinh: liệt nửa người, đau dây thần kinh tọa Toàn thân: tê, tay chân nhức mỏi |
| Thừa sơn | B57 Kinh Bảng Quang | Khi điễm huyết này bàn chân sẽ hiện rõ khe cơ. Huyết dưới bắp cơ. Huyết dưới bắp cơ của cơ sinh đôi, ở điểm giữa gót chân và khoeo. Huyết ngay chỗ hõm . | Tại chỗ, theo kinh : Đau thắt lưng đùi, đau thần kinh hông to, co rút bắp chân, liệt chi dưới . Toàn thân : Trĩ, sa trực tràng |

PHỤ LỤC 8
MỘT SỐ HÌNH ẢNH TẬP LUYỆN TRÊN BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU









