

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THÚY

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH
ĐIỀU TRỊ TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
Ở GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Hà Nội, Năm 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THÚY

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH
ĐIỀU TRỊ TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
Ở GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

Người hướng dẫn khoa học: TS. Lê Thị Kim Dung

Hà Nội, Năm 2020

LỜI CẢM ƠN

Luận văn thạc sĩ Y khoa chuyên ngành Y học cổ truyền với đề tài **“Đánh giá tác phục hồi chức năng vận động của điện châm kết hợp phương pháp dưỡng sinh điều trị tai biến mạch máu não giai đoạn phục hồi”** là kết quả quá trình cố gắng không ngừng của bản thân và được sự giúp đỡ, động viên khích lệ của các thầy cô, bạn bè đồng nghiệp và người thân. Qua trang viết này tôi xin gửi lời cảm ơn tới những người đã giúp đỡ mình trong thời gian học tập - nghiên cứu khoa học vừa qua.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến: Đảng ủy, Ban giám đốc, phòng đào tạo sau đại học và các thầy cô trong Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam. Đảng ủy, Ban giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, các khoa phòng và các đồng nghiệp trong Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, Bệnh viện Châm cứu Trung Ương đã hướng dẫn, chỉ bảo tận tình, tạo điều kiện thuận lợi giúp đỡ cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin đặc biệt tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đối với TS Lê Thị Kim Dung, cô đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo tận tình cũng như cung cấp tài liệu thông tin khoa học cần thiết cho luận văn này. Không có cô, tôi không thể có sự trưởng thành ngày hôm nay.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tập thể các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ trong Hội đồng: là những người thầy, những nhà khoa học đã luôn hướng dẫn chỉ bảo cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu, đã đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thiện và bảo vệ thành công luận văn này.

Cuối cùng tôi rất biết ơn những người thân trong gia đình cùng toàn thể bạn bè đã luôn ở bên ủng hộ tinh thần và giúp đỡ tôi trong suốt khoá học này.

Hà Nội, ngày 28 tháng 4 năm 2020

Nguyễn Thị Phương Thúy

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là: Nguyễn Thị Phương Thúy.

Là học viên lớp Cao học khóa 10 – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Lê Thị Kim Dung.
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 29 tháng 4 năm 2020

Học Viên

Nguyễn Thị Phương Thúy

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN	: Bệnh nhân
TBMMN	: Tai biến mạch máu não
NĐC	: Nhóm đối chứng
NNC	: Nhóm nghiên cứu
NXB	: Nhà xuất bản
TNC	: trước nghiên cứu
SNC	: Sau nghiên cứu
WHO (World Health Organization)	: Tổ chức Y tế thế giới
CT	: Chụp cắt lớp vi tính
MRI	: Chụp cộng hưởng từ
ECG	: Điện cơ
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại
TDKMM	: Tác dụng không mong muốn

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Tai biến mạch máu não theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Định nghĩa.....	3
1.1.2. Yếu tố nguy cơ.....	3
1.1.3. Triệu chứng.....	5
1.1.4. Phân loại.....	6
1.1.5. Cận lâm sàng.....	6
1.1.6. Chẩn đoán.....	6
1.1.7. Điều trị.....	7
1.2. Tai biến mạch máu não theo Y học cổ truyền.....	9
1.2.1. Định nghĩa.....	9
1.2.2. Bệnh nguyên- Bệnh cơ.....	9
1.2.3. Phân loại.....	10
1.2.4. Giai đoạn hồi phục.....	11
1.2.5. Điều trị trúng phong.....	11
1.3. Tổng quan về phương pháp điện châm và dưỡng sinh.....	12
1.3.1. Phương pháp dưỡng sinh.....	12
1.3.2. Phương pháp điện châm.....	22
1.4. Các nghiên cứu về điện châm và phương pháp dưỡng sinh trong điều trị tai biến mạch máu não.....	24
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	27
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	27
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu.....	27
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.....	23

2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu và phân nhóm.....	28
2.2.1 Cỡ mẫu nghiên cứu.....	28
2.2.2 Phân nhóm nghiên cứu	28
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	28
2.3.1 Thiết kế nghiên cứu	28
2.3.2 Phương tiện nghiên cứu	28
2.4 Địa điểm, thời gian nghiên cứu.....	29
2.5 Phác đồ cho 1 lần điện châm.....	29
2.6 Phác đồ cho 1 lần tập dưỡng sinh phương pháp Nguyễn Văn Hưởng..	30
2.7 Chỉ tiêu nghiên cứu	30
2.7.1 Chỉ tiêu đặc điểm chung: tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị bằng phỏng vấn và khám lâm sàng	30
2.7.2 Chỉ tiêu lâm sàng được theo dõi và đánh giá trong nghiên cứu	30
2.7.3 Theo dõi tác dụng không mong muốn:	33
2.8 Phương pháp phân tích số liệu	34
2.9 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	34
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	36
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	36
3.2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh	38
3.3 Sự thay đổi về vận động của đối tượng nghiên cứu.....	41
3.3.1 Sự thay đổi về sức cơ.....	41
3.3.2 Sự thay đổi về co cứng	45
3.3.3 Sự thay đổi về thăng bằng và dáng đi.....	49
3.4 Sự thay đổi cân lâm sàng.....	54
3.5 Tác dụng không mong muốn.....	55
Chương 4. BÀN LUẬN	59
4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	59
4.2 Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	60

4.3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu	62
4.4. Đánh giá về tác dụng phục hồi chức năng vận động và một số chỉ số cận lâm sàng của điện châm kết hợp phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng	64
4.4.1 Sự thay đổi cơ lực trước và sau điều trị	64
4.4.2. Đặc điểm về sự thay đổi mức độ co cứng.....	65
4.4.3 Đặc điểm về sự thay đổi thang điểm Tinetti trước và sau điều trị. .	66
4.5 Bàn luận về một số chỉ số cận lâm sàng.....	67
4.6. Bàn luận về tác dụng không mong muốn.....	68
Chương 5. KẾT LUẬN.....	70
Chương 6. KIẾN NGHỊ	72
TÀI LIỆU THAM KHẢO	73

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi.....	36
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới	37
Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp	37
Bảng 3.4. Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu	38
Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ nhồi máu não và xuất huyết não	41
Bảng 3.6. Sự thay đổi cơ lực cơ nhị đầu trước và sau nghiên cứu	41
Bảng 3.7. Sự thay đổi cơ lực cơ tam đầu trước và sau nghiên cứu	42
Bảng 3.8. Sự thay đổi cơ lực duỗi khớp gối trước và sau nghiên cứu.....	43
Bảng 3.9. Sự thay đổi cơ lực gấp khớp gối trước và sau nghiên cứu	44
Bảng 3.10. Sự thay đổi mức độ co cứng cơ tam đầu cánh tay trước và sau nghiên cứu.....	45
Bảng 3.11. Sự thay đổi mức độ co cứng cơ nhị đầu cánh tay trước và sau nghiên cứu.....	46
Bảng 3.12. Sự thay đổi mức độ co cứng gấp gối trước và sau nghiên cứu	47
Bảng 3.13. Sự thay đổi mức độ co cứng cơ duỗi gối trước và sau nghiên cứu.....	48
Bảng 3.14. Sự thay đổi điểm thăng bằng theo Tinetti trước-sau 15 ngày	49
Bảng 3.15. Sự thay đổi điểm thăng bằng theo Tinetti trước-sau 30 ngày	49
Bảng 3.16. Sự thay đổi điểm dáng đi theo Tinetti trước-sau 15 ngày	50
Bảng 3.17. Sự thay đổi điểm dáng đi theo Tinetti trước-sau 30 ngày	50
Bảng 3.18. Sự thay đổi phân loại điểm Tinetti trước-sau 15 ngày	52
Bảng 3.19. Sự thay đổi phân loại điểm Tinetti trước-sau 30 ngày	53
Bảng 3.20. Sự thay đổi mức độ liệt theo thang điểm mRankin trước và sau	53
Bảng 3.21. Sự thay đổi điện cơ trước và sau điều trị.....	54
Bảng 3.22. Sự thay đổi hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ trước- sau nghiên cứu	55
Bảng 3.23. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn của BN nghiên cứu trước-sau nghiên cứu	56
Bảng 3.24. Tác dụng không mong muốn của điện châm.....	57
Bảng 3.25. Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương.....	58

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm tiền sử bệnh của bệnh nhân nghiên cứu	39
Biểu đồ 3.2. Phân bố bên liệt của bệnh nhân nghiên cứu	39
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm số lần mắc tai biến mạch máu não	40
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi tổng điểm Tinetti trước và sau điều trị.....	51

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo nghiên cứu của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa bệnh dịch Hoa Kỳ (2017), đột quy não là nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng tàn tật nghiêm trọng lâu dài và nguyên nhân hàng thứ hai gây tử vong trên toàn thế giới sau ung thư và các bệnh lý tim mạch. [1][2][3] Hàng năm trên thế giới có khoảng 5.4 triệu người tử vong do tai biến mạch não. Trong 50 năm qua nhờ những tiến bộ của y học, tỷ lệ tử vong do đột quy đã giảm được 70%. Đây được coi là một trong 10 thành tựu y tế lớn nhất của thế kỷ 20. Tại Mỹ từ năm 2000 -2010, tỷ lệ tử vong do TBMMN đã giảm 35.8%, song mỗi năm số người mắc mới tại đây là 800000 người[4]. Hiện nay ở các nước đang phát triển nói chung và ở Việt Nam nói riêng, đột quy não có chiều hướng ngày càng gia tăng [77],[78]. Theo Lê Văn Thành (2003) công bố tại Thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ mới mắc là 14.400 bệnh nhân, số hiện mắc là 36.360 bệnh nhân [41]. Trong đó số bệnh nhân đột quy não có di chứng về vận động là 92,62% , vì vậy việc phục hồi chức năng vận động là vấn đề lớn cần quan tâm với các bệnh nhân TBMMN.

Trong những năm gần đây, xu hướng nghiên cứu đa trị liệu nhằm làm giảm nhẹ biến chứng gây ra do đột quy não đang được tập trung nghiên cứu. Trong đó có sự kết hợp không nhỏ giữa các liệu pháp YHHĐ và YHCT. Các phương pháp điều trị như châm cứu, xoa bóp, dùng thuốc, tập dưỡng sinh... trên thực tế lâm sàng đã chứng minh được hiệu quả cao đối với các bệnh nhân TBMMN. Tại Việt Nam phương pháp tập luyện dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng được sử dụng rộng rãi để phòng bệnh và chữa bệnh đối với bệnh nhân TBMMN. Người bệnh chủ động luyện tập các động tác phối hợp động tác với luyện thở để phục hồi các khiếm khuyết vận động. Bên cạnh đó phương pháp điện châm đã được áp dụng điều trị cho các bệnh nhân TBMMN và đã có

nhều nghiên cứu chứng minh hiệu quả tốt với các bệnh nhân trong việc hồi phục các khiếm khuyết. Việc phối hợp phương pháp can thiệp từ bên ngoài: điện châm và kích thích cảm thụ bản thể bên trong thông qua tập luyện dưỡng sinh là hướng tiếp can thiệp mới giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động tốt hơn. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu lâm sàng nào được tiến hành đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động của điện châm kết hợp phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị bệnh nhân Tai biến mạch não giai đoạn phục hồi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động và một số chỉ số cận lâm sàng của điện châm kết hợp phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị bệnh nhân Tai biến mạch não giai đoạn phục hồi.

- 2 Theo dõi tác dụng không mong muốn của điện châm kết hợp phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn phục hồi.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tai biến mạch máu não theo Y học hiện đại

1.1.1. Định nghĩa

Tai biến mạch máu não là những thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột kéo dài trên 1 giờ, hoặc tử vong trong vòng 24 giờ có tính chất khu trú hoặc lan tỏa, do nguyên nhân mạch máu não, loại trừ nguyên nhân chấn thương[6].

1.1.2. Yếu tố nguy cơ

1.1.2.1. Yếu tố không thay đổi được

- Tuổi

Nguy cơ tai biến mạch máu não tăng dần theo tuổi, tỉ lệ bệnh nhân mắc tai biến mạch máu não tăng gấp đôi sau 55 tuổi, năm 2005 độ tuổi trung bình mắc nhồi máu não tại Mỹ là 69.2 tuổi. Tuổi càng lớn bệnh mạch máu càng nhiều mà trước hết là xơ vữa động mạch. Vì vậy khi tuổi càng lớn người bệnh càng có nhiều yếu tố nguy cơ. Tỉ lệ bệnh nhân xuất huyết não trung bình 20-54 tuổi năm 1999 là 13.6% và năm 2006 là 18.6 % [7].

- Giới tính

Giới tính là một yếu tố có ảnh hưởng tới tỉ lệ mắc tai biến mạch máu não. Tuy nhiên sự ảnh hưởng của giới tính phụ thuộc và lứa tuổi. Ở người trẻ tuổi, nữ giới có tỉ lệ mắc tai biến nhiều hơn nam giới và ở người cao tuổi tỉ lệ này giảm dần và tại Mỹ thì TBMMN phần lớn gặp sau 55 tuổi và nam mắc nhiều hơn nữ [54]. Ở phụ nữ trẻ tuổi nguy cơ mắc tai biến hơn nam giới như do mang thai, sử dụng các thuốc tránh thai... Một nghiên cứu ở 8 nước Châu Âu thấy tỉ lệ mắc tai biến tăng 9% mỗi năm ở nam và 10% mỗi năm với nữ.

- chủng tộc

Sự không tương xứng trong tỉ lệ mắc tai biến còn có biểu hiện ở chủng tộc. Tại Mỹ, người da đen có tỉ lệ mắc tai biến mạch máu não gấp hai lần so với

người da trắng, đồng thời tỉ lệ tử vong của bệnh nhân tai biến mạch não ở người da đen cũng cao hơn so với người da trắng.

1.1.2.2 Yếu tố thay đổi được

- Huyết áp

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến TBMMN [8], [9]. Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp hoặc tình trạng huyết áp hiện tại duy trì 160/90 mmHg được xem là có yếu tố nguy cơ cao dẫn tới TBMMN. Tăng huyết áp dẫn tới tình trạng xuất huyết não nhiều hơn nhồi máu não.

- Rối loạn chuyển hóa mỡ máu

Mối liên quan giữa rối loạn chuyển hóa mỡ với nguy cơ TBMMN rất phức tạp, nguy cơ nhồi máu não tăng lên khi nồng độ cholesterol toàn phần tăng lên, và nguy cơ này giảm đi khi nồng độ HDL cholesterol không thay đổi. Bằng chứng tìm thấy ảnh hưởng của nồng độ triglycerides với nguy cơ tai biến mạch máu não là ngược lại. Nguy cơ xuất hiện tai biến ở mạch máu nhỏ tuy nhiên nồng độ cholesterol thay đổi có ảnh hưởng tới tình trạng nhồi máu ở các động mạch lớn nhiều hơn là các mạch máu nhỏ[10]. Ngược lại, nồng độ cholesterol toàn phần giảm lại làm tăng nguy cơ xuất huyết não [11], [12].

- Đái tháo đường

Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập với TBMMN, nguy cơ tai biến mạch máu não tăng gấp 2 lần ở những bệnh nhân đái tháo đường. Đột quy chiếm khoảng 20% tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường. Tiền đái tháo đường cũng làm tăng nguy cơ tai biến mạch máu não. Thời gian mắc bệnh tiểu đường có liên quan tới nguy cơ đột quy. Bệnh nhân đái tháo đường có xu thế mắc TBMMN sớm hơn[13].

- Các bệnh lý tim

Theo J.L.Má và L.Cabanes khoảng 15-20% nhồi máu não là do bệnh lý van tim. Sau 36 năm theo dõi ở Framingham thấy 80.8% tai biến mạch não do

tăng huyết áp, 37.2% do bệnh mạch vành, 14.5% do suy tim, 14.5% do rung nhĩ và chỉ 13.6% không phải các bệnh trên. Huyết khối từ tim gây nghẽn mạch trong 15-20% các trường hợp nhồi máu não [14], [15].

- Thuốc lá

Trong số những người hút thuốc, việc cai thuốc lá giúp giảm nguy cơ tai biến mạch não xuống như những người không hút thuốc lá trong 5 năm [16]. Thuốc lá làm biến đổi nồng độ Lipid mà quan trọng là làm giảm yếu tố bảo vệ HDL cholesterol, ngoài ra còn làm tăng fibrinogen, tăng tính đông máu, tăng độ nhớt máu, tăng kết dính tiểu cầu...dẫn tới tăng nguy cơ nhồi máu não.

- Thuốc tránh thai

Thuốc tránh thai có nồng độ estrogen cao gây nguy cơ tai biến mạch máu não giống như khi có thai. Chỉ nên dùng thuốc tránh thai có nồng độ estrogen thấp. Dùng thuốc tránh thai khi có tăng huyết áp hoặc hút thuốc lá sẽ làm tăng nguy cơ TBMMN và bệnh mạch vành.

- Hoạt động thể lực

Một nghiên cứu ở Nauy trên 14.000 phụ nữ đã xác định rằng đa số những người này đã tập thể dục (4-5 lần một tuần, mỗi lần trên 30 phút) đã giảm thấp 50% nguy cơ tử vong do TBMMN hơn những người ít tập thể dục (trung bình, ít hơn 1 lần một tuần). Tập thể dục giúp giảm các yếu tố nguy cơ của TBMMN chẳng hạn như các bệnh mạch máu, tăng cholesterol, béo phì và đái tháo đường.

1.1.3. Triệu chứng

Khởi phát đột ngột trong vài giờ hoặc từ từ trong vài ngày đầu (nhồi máu não) khởi phát đột ngột trong vài giờ (xuất huyết não).

Biểu hiện của các thiếu sót thần kinh, tùy thuộc và vị trí tổn thương: liệt nửa người kèm liệt mặt trung ương ở tổn thương bán cầu não, hay tổn thương

giao bên khi tổn thương ở thân não, mất ngôn ngữ (aphasia), thất điều (ataxia), chóng mặt (vertigo)...

Bên cạnh đó bệnh nhân tiền sử có thể có cơn thiếu máu não thoáng qua (nhồi máu não). Tam chứng xuất huyết: nhức đầu, nôn vọt, táo bón (xuất huyết não). Động kinh xuất hiện 20% ở các trường hợp xuất huyết thùy não.

1.1.4. Phân loại

Dựa vào tiêu chuẩn WHO (1989) TBMMN chia thành hai loại chính [7]:

1.1.4.1 Nhồi máu não

Là tình trạng khi mạch máu nuôi dưỡng một khu vực não bộ bị nghẽn tắc khiến khu vực đó bị thiếu máu và hoại tử.

1.1.4.2. Xuất huyết não

Tình trạng máu thoát khỏi mạch máu chảy vào nhu mô não.

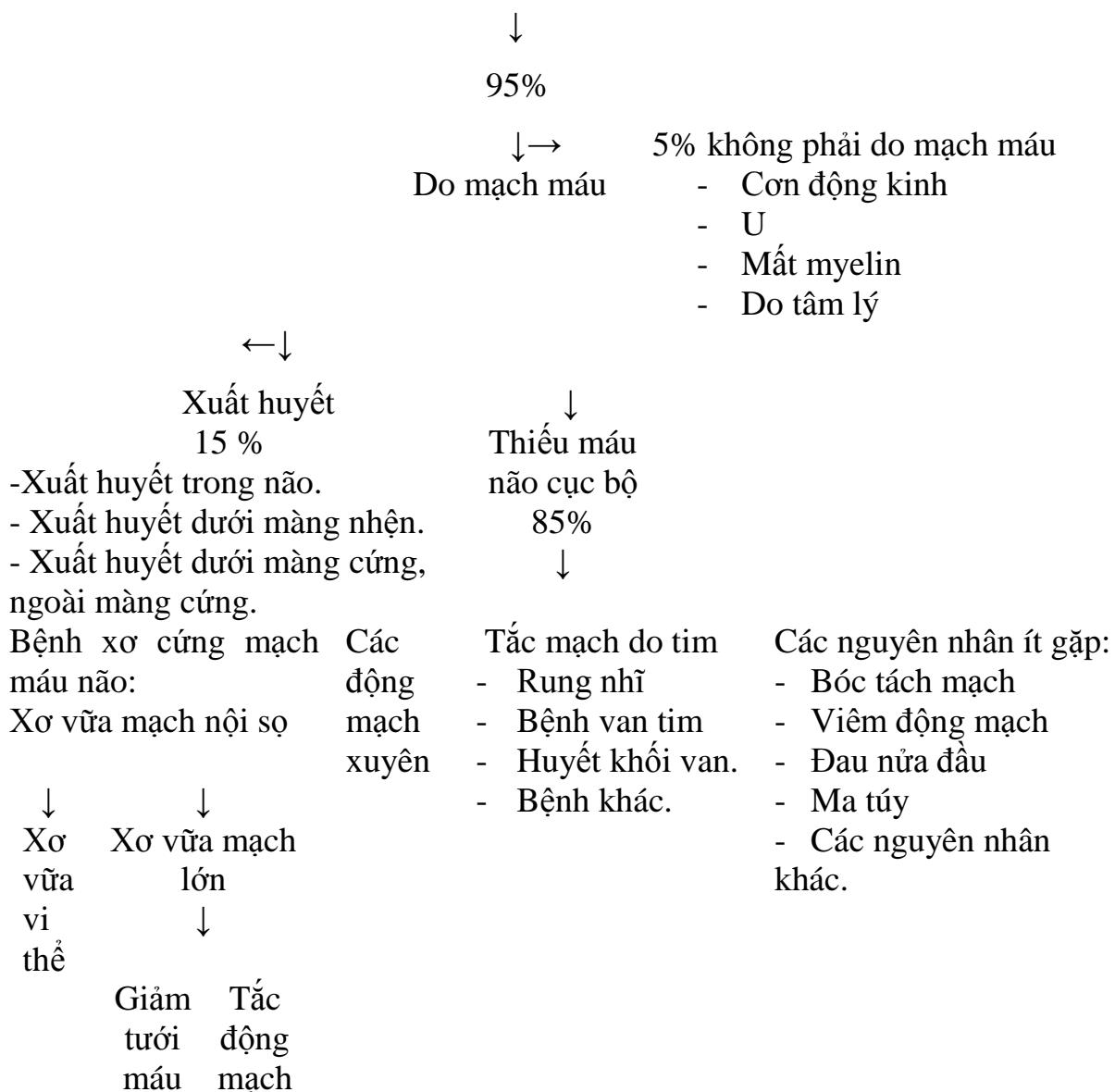
1.1.5. Cận lâm sàng

Bệnh nhân được chụp MRI hặc CT chẩn đoán chính xác tổn thương Nhồi máu não hay xuất huyết não.

1.1.6. Chẩn đoán

Theo sơ đồ :

Đột ngột xuất hiện triệu chứng thần kinh khu trú

**1.1.7. Điều trị****1.1.6.1 Giai đoạn cấp****Nguyên tắc chung**

- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị dự phòng thương tật thứ phát.
- Điều trị dự phòng tái phát.

Điều trị cụ thể

- Nhồi máu não

Điều trị càng sớm càng tốt mục đích cứu vớt những tế bào vùng tranh tối tranh sáng, làm giảm tỉ lệ tử vong, hạn chế di chứng.

Thuốc: Tiêu sợi huyết rtPA trong vòng 4.5h đầu từ khi xuất hiện nhồi máu não. Chống phù não (Manitol, Glycerol 10%(1-2g/kg//24h)), các chất ức chế canci và bảo vệ tế bào thần kinh: Nimodipine, Cerebrolysin... Thuốc ức chế tiểu cầu: Aspirine(100-300mg/ngày), Plavix 75mg, Pletaal 100mg. Thuốc chống đông(trong tắc mạch nguyên nhân từ tim, bóc tách động mạch, viêm tắc tĩnh mạch não): Heparin tĩnh mạch. Quản lý huyết áp(Chẹn kênh Canxi, ức chế men chuyển, ...)

Đặt tư thế đúng, chăm sóc đường hô hấp, đường tiết niệu, đường tiêu hóa đúng cách...

- Xuất huyết não

Nghi ngại tuyệt đối tại giường tránh di chuyển. Đảm bảo chức năng hô hấp.

Thuốc: chống phù não, bù nước điện giải, kiểm soát huyết áp, đề phòng bội nhiễm và các thương tật thứ cấp khác.

Ngoại khoa: can thiệp khi chảy máu kích thước >3cm, đặt dẫn lưu não thất khi có não úng thủy cấp, can thiệp nội mạch (nút coin- vòng xoắn kim loại khi có phình động mạch), mổ thắt cổ túi phình động mạch...

1.1.6.2 Giai đoạn bán cấp và giai đoạn hồi phục

Giai đoạn hồi phục của bệnh nhân TBMMN khi các triệu chứng lâm sàng được kiểm soát. Bệnh nhân được theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm đồng thời kiểm soát các khiếm khuyết chức năng về vận động, cảm giác, tiêu hóa, tiết niệu, hô hấp... Không chỉ vậy để hạn chế các thương tật thứ phát: loét vùng tì đè, co cứng, nhiễm khuẩn, huyết khối... việc chăm sóc tư thế, chế độ tập luyện phù hợp là vấn đề ngày càng được các thầy thuốc quan tâm. Các khiếm khuyết chức năng của

bệnh nhân trong đó vận động là khiếm khuyết hay gặp nhất và là nguyên nhân chính hạn chế các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày cũng như các sinh hoạt trong cộng đồng.

Thuốc điều trị:

- Nuôi dưỡng phục hồi tế bào thần kinh: Cerebrolysin, Citicolin...
- Quản lý huyết áp, rối loạn đông máu, kiểm soát đường huyết nếu có...
- Cải thiện tuần hoàn não: Piracetam, Duxil, Ginko biloba...
- Chống co giật hoặc động kinh: Thuốc an thần như carbamazepin, Diazepam...
- Chống bội nhiễm bằng kháng sinh nếu có.

Các phương pháp không dùng thuốc

Tập Phục hồi chức năng:

- Vận động trị liệu
- Hoạt động trị liệu.
- Ngôn ngữ trị liệu.
- Vật lý trị liệu...

1.2. Tai biến mạch máu não theo Y học cổ truyền

1.2.1. Định nghĩa

Theo y học cổ truyền tai biến mạch máu não thuộc phạm vi chứng “trúng phong”: biểu hiện bệnh nhân đột nhiên chóng mặt, ngã, một nửa người không cử động được, méo mồm, nói khó hoặc không nói được, nặng thì hôn mê bất tỉnh.

1.2.2. Bệnh nguyên- Bệnh cơ

- Trước đời Hán Đường: Trúng phong được biết đến nguyên nhân do nội suy trúng tà. Kim quĩ yếu lược cho rằng “Trúng phong do mạch lạc hư không, phong tà thừa cơ xâm nhập”.

- Sau đời Hán – Đường, Đông Đản Thập Chư cho rằng “Chính khí tự suy”. Đan Khê Tâm pháp cho rằng “Đàm thấp sinh nhiệt”. Tất cả các giả thuyết đều cho rằng yếu tố nội tại là chính

- Trong “Y án lâm sàng chỉ nam- Trúng phong” đã giải thích rõ thêm rằng “Tinh huyết suy thiếu, thủy không hàm mộc, can dương thiêu kháng, nội phong thời khởi” là cơ chế chủ yếu phát sinh bệnh.

- Ngày nay các nhà y học cho rằng nguyên nhân trúng phong gồm:

+ Nội thương tinh tổn: Bẩm tố cơ thể âm huyết suy, dương tinh hỏa vượng, phong hỏa dễ tích hoặc do cơ thể già yếu, can thận âm suy, can dương thiên thịnh, khí huyết thượng nghịch, thượng bí thần khiếu đột nhiên phát bệnh.

+ Âm thực bất tiết: âm thực thất điều ảnh hưởng tới công năng tỳ vị, thấp nội sinh tích tụ hóa đàm, đàm uất sinh nhiệt, nhiệt cực sinh phong phạm vào mạch lạc, thượng tác thanh khiếu gây bệnh.

+ Tinh chí thương tổn: Uất nộ thương can, khí uất hóa hỏa, can dương thượng cang, dẫn động tâm hỏa, khí huyết thượng xung lên não mà gây bệnh.

+ Khí xung trúng tà: Thường gọi là “Thốt trúng”

1.2.3. Phân loại

1.2.3.1 Trúng phong kinh lạc

Đột ngột một người tê dại, đi lại khó, mắt nhắm không kín, miệng méo, không có hôn mê, rêu lưỡi trắng, mạch huyền tế hay phù sắc:

Gồm các chứng:

- Can dương thịnh, phong hỏa thượng nhiễu chứng.
- Phong đàm huyết ú, tê trở mạch lạc chứng
- Đàm nhiệt phủ thực, phong đàm thượng nhiễu chứng.
- Khí hư huyết ú chứng.
- Âm hư phong động chứng.

1.2.3.2 Trúng phong tạng phủ

Bệnh đột ngột, người bệnh bỗng hôn mê bất tỉnh, thờ khò khè, miệng méo, mắt lệch, tê liệt nửa người, nếu nặng có thể tử vong.

- Chứng bế: bất tỉnh, răng cắn chặt, miệng mím chặt, hai bàn tay nắm chặt, da mặt đỏ, chân tay ấm, mạch huyền hữu lực.

- Chứng thoát: bất tỉnh, mắt nhắm, miệng há, tay chân lạnh, ra mồ hôi nhiều, đại tiểu tiện không tự chủ, người mềm, lưỡi rụt, mạch trầm huyền, vô lực

1.2.4 Giai đoạn hồi phục

Giai đoạn này bệnh nhân nổi bật với các chứng trạng về thần kinh với các biểu hiện về nuy chứng: cân nuy, cốt nuy và kiện vong. Với sự xuất hiện của các bệnh cảnh lâm sàng:

- Can thận âm hư: Sắc mặt xạm, mặt má thường ửng hồng, răng khô, móng khô, gân gồng cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm, táo bón, ngủ kém, nóng trong người, người bứt rứt, lưỡi đỏ bệu, mạch trầm sắc, vô lực.
- Thận âm dương lưỡng hư: sắc mặt tái xanh hoặc xạm đen, răng khô, móng khô, gân gồng cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm, ngủ kém, không khát, uống ít nước, sợ lạnh, lưỡi bệu nhợt, mạch trầm nhược.
- Đàm thấp: người béo bệu, thừa cân, tê nặng chi, lưỡi dày, to, mạch hoạt.

1.2.5 Điều trị trúng phong

1.2.5.1 Giai đoạn đầu

- Pháp: Bình can tức phong

- Phương:

+Thuốc: Thiên ma câu đằng ẩm hoặc Linh dương giác câu đằng thang.

+ Không dùng thuốc: Châm cứu, điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt, khí công dưỡng sinh...

1.2.5.2 Giai đoạn di chứng

- Pháp: Thông kinh hoạt lạc, bổ khí huyết.
- Phương:
- + Thuốc: Bổ dương hoàn ngũ thang.
- + Không dùng thuốc: Châm cứu, điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt, khí công dưỡng sinh...

1.3 Tổng quan về phương pháp điện châm và dưỡng sinh

1.3.1 Phương pháp dưỡng sinh

1.3.1.1 Vài nét về nguồn gốc

Tuệ Tĩnh thế kỷ 14 tóm tắt phương pháp dưỡng sinh trong cuốn “Hồng nghĩa giác tư y thư” như sau:

*“Bế tinh dưỡng khí tồn thân
Thanh tâm quả dục thủ chân luyện hình”*

Hoàng Đôn Hòa thế kỷ 16 đã để lại “Tĩnh công yếu quyết” (yếu lĩnh tập yên tĩnh), “Thanh tâm thuyết” (thuyết thanh tâm), “Thập nhị đoạn cảm” (12 động tác tốt) trong tác phẩm “Hoạt nhân toát yếu”.

Năm 1676 Đào Công Chính biên soạn: “Bảo sinh diên thọ toàn yếu” nêu lên việc giữ gìn trong ăn, ở, sinh hoạt (Dưỡng tinh thần, ngừa tửu sắc, tức giận, tiết dục, giữ gìn ăn uống...), để bảo tồn Tinh, Khí, Thần ba thứ quý của con người; tập thở, vận động (10 phép đạo dẫn, 6 phép vận động, 24 động tác) để tăng sức khỏe.

Cuốn “Khí công” của Hoàng Bảo Châu (NXB Y học 1972) đã nêu lên một cách hệ thống và hoàn chỉnh tác dụng và phương pháp tập luyện Khí công.

Dựa vào kinh nghiệm cổ truyền trong nước, kinh nghiệm nước ngoài và kinh nghiệm bản thân, bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng đã soạn cuốn “Phương pháp dưỡng sinh”. Phương pháp này đã được Bệnh viện Y học cổ truyền nghiên cứu áp dụng từ năm 1975 đến nay.

Năm 1987 bác sỹ Phạm Quốc Khánh sử dụng phương pháp tập thở trên bệnh nhân dày dính màng phổi do lao, kết quả chức năng hô hấp của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt.

Năm 1996 bác sỹ Phạm Huy Hùng đã nghiên cứu sự thay đổi của một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở người tập dưỡng sinh theo phương pháp của bác sỹ Nguyễn Văn Hương

Năm 1996 bác sỹ Dương Xuân Đạm công bố kết quả tập dưỡng sinh đối với người cao tuổi.

Năm 1998 Dương Trọng Hiếu viết cuốn “Dưỡng sinh trường thọ” đã nêu lên được liệu pháp khí công và xoa bóp.

Phạm Thúc Hạnh, Lê Thị Kim Dung, Trần Thị Lan năm 2001 nghiên cứu tác dụng tập dưỡng sinh trên bệnh nhân bụi phổi, hen phế quản, tăng huyết áp và trên người cao tuổi cho kết quả tốt, huyết áp ổn định, cải thiện được chức năng hô hấp cho bệnh nhân.

Kinh dịch có thuyết 1 thành 2: Thái cực lưỡng nghi, có cương nhu, sinh sát, thuận nghịch. Thuyết 2 thành 1: Sự sống bản thân có thủy hỏa tương tế nghĩa là thủy thăng lên tâm để mát tâm, hỏa giáng xuống để làm ấm thận tạo nên cân bằng âm dương.

Thuyết động tĩnh luận: Động tĩnh luôn luôn tác động lẫn nhau. Trung hòa luận (bình hành, ổn định): Hai khí âm dương cân bằng, trung hòa bình hành có vậy mới phát triển ổn định, sự việc có thủy có chung, có đầu có cuối. Cuốn “Hoàng đế Nội kinh” đã đề xuất quan điểm phòng bệnh, đưa dưỡng sinh lên vị trí hàng đầu: “Người thượng cổ biết phép dưỡng sinh, thuận theo quy luật âm dương, thích ứng với thời tiết bốn mùa, biết phép tu thân dưỡng tính, ăn uống tiết độ, sinh hoạt chừng mực, không làm lụng bừa bãi mệt nhọc, nên thể xác và tinh thần đều được khỏe mạnh, hưởng hết tuổi trời cho 100 năm mới chết”. Lại viết rằng: “Thánh nhân chữa bệnh khi chưa có bệnh, không để bệnh phát ra rồi mới chữa, trị nước khi chưa có loạn không để loạn

rồi mới trị”. Những quan điểm đề xuất trong kinh văn như: “Theo phép âm dương, hòa nhịp thuật số”, “hô hấp tinh khí độc lập thủ thần”, “nín hơi ngưng thở” (bể khí bất tức), “tinh thần không suy nghĩ lung tung”, “đặt lưỡi nuốt nước bọt”, “đạo dẫn”, “ấn gót”... Những phương pháp luyện khí công đó khiến khí công nguyên thủy tiến lên một giai đoạn mới.

Cuối thời Đông Hán, Trương Trọng Cảnh viết cuốn “Kim quỹ yếu lược”, trong đó có trình bày rõ ràng rèn luyện nội, ngoại công, đó vừa là phương pháp phòng chống bệnh tật vừa là cách chữa trị. Cũng thời đó chuyên gia ngoại khoa Hoa Đà cũng chỉnh lý biên soạn phép luyện công “Ngũ cầm hí” dựa trên cơ sở kinh nghiệm từ thời cổ.

Đến thời Đông Hán Phật giáo truyền vào Trung Quốc. Các phép tập tĩnh công như “Chỉ quán pháp”, “Tọa thiền”, “Tham thiền” cũng được truyền bá rộng rãi. Đạo Phật với trường phái Dịch gia công: Lấy Phật làm tính lấy tu làm môn phái, chủ trương đoạn cảm chứng chân (đoạn tuyệt quan hệ) dĩ pháp tại tâm, giới hết (cấm hết), tất cả là nhân duyên. Dịch gia công chủ yếu cho tôn giáo, Phật giáo, phép hay dùng chỉ quan lục diệu pháp môn (6 cách thở nhà Phật).

Ở Ấn Độ có phương pháp Yoga. Yoga là khoa học cổ truyền, giúp cho con người thống nhất tốt hơn về thể xác và tâm hồn, để trong khi thứ giữ được sự thanh thản của tâm hồn, sự yên tĩnh nhất của đầu óc. Có nhiều phương pháp Yoga nhưng phương pháp của Pantajali là quan trọng nhất. Nó gồm có cải thiện của tập tính xã hội, cải thiện hành vi cá nhân, tập động tác, tập tư thế tĩnh, tập thở, tập không chế hoạt động các giác quan, luyện tập trung tư tưởng.

Ở Rumani, bác sỹ Ion Bordeianu, một nhà lão khoa có nhiều kinh nghiệm đã viết tài liệu “Làm thế nào để sống lâu” (Nhà xuất bản Y học. 1985) đã đúc kết những ý kiến rất mới về sống lâu, và tóm tắt những bí quyết sống lâu của các bậc lão niên.

1.3.1.2 Cơ sở lý luận của phương pháp dưỡng sinh

Khí công Dưỡng sinh ra đời dựa trên nền tảng khoa học là đúc kết từ kinh nghiệm thực tiễn của nhân loại, dựa trên các học thuyết cơ bản của YHCT như học thuyết âm dương, học thuyết ngũ hành, học thuyết thiên nhân hợp nhất, học thuyết tạng phủ kinh lạc và thuyết Tinh khí thần để hình thành nên cơ sở lý luận khái quát của phương pháp dưỡng sinh.

- ***Học thuyết Thiên Nhân hợp nhất :***

Phép dưỡng sinh dựa trên quan điểm về chỉnh thể thiên nhiên hợp nhất (học thuyết thiên nhân tương ứng). Con người không thể tách rời thiên nhiên. Con người có quan hệ mật thiết với sự biến hóa âm dương của tự nhiên, con người tìm mọi cách thích ứng với tự nhiên và cải tạo để phù hợp với mình. Sự sống của con người phụ thuộc vào mối quan hệ cân bằng động thái giữa cơ thể với môi trường xung quanh. “Thiên nhân tương ứng”. Thiên ở đây là khái niệm gọi chung và tổng quát cả thế giới tự nhiên. Trong suốt diễn biến sinh tồn, mỗi thực thể sinh vật đều không ngừng tiến hành trao đổi chất. Một mặt thu những vật chất ở môi trường xung quanh đưa vào trong, rồi trải qua hàng loạt biến đổi hóa học để chuyển hóa thành vật chất của cơ thể mình, hoàn thành quá trình trao đổi chất hợp thành. Mặt khác vật chất trong cơ thể cũng không ngừng được phân giải để trao đổi giải phóng năng lượng và thải bỏ những vật chất đã trao đổi. Quá trình hợp thành, phân giải diễn ra không ngừng. Nó là đặc trưng và nguyên nhân của sự sống. Mọi hoạt động và hiện tượng sinh lý như tư duy, tuần hoàn, hô hấp, sinh sản, tiêu hóa, bài tiết, nội tiết v.v... đều diễn ra trên cơ sở trao đổi chất, khi trao đổi chất ngừng lại là sự sống lập tức kết thúc. Xét trên một ý nghĩa nào đó có thể nói: quá trình sống của cơ thể chính là quá trình trao đổi vật chất, trao đổi năng lượng không ngừng giữa cơ thể với môi trường. “Nội kinh thiên Sinh khí thông thiên” viết “từ ngày xưa, cái gốc sinh ra thông thiên với âm dương...chín khiêu, năm tạng, mười hai tiết đều thông với thiên khí”. “Sinh khí thông thiên” trong kinh văn có nghĩa là

“Thiên nhân tương ứng”. Nó chỉ rõ mối quan hệ mật thiết lục phủ ngũ tạng, tứ chi bách cốt trong cơ thể người với thế giới tự nhiên. “Tổ vấn thượng cổ thiên chân luận” viết: “bạc chán nhân,... nắm chắc âm dương, hô hấp tinh khí, độc lập thủ thân, cơ nhục như một, nên có thể thọ ngang trời đất, không có tận cùng”. Đó là đạo Sinh lại viết: “Thánh nhân là cái hòa ở ngoài trời đất, là cái lý từ bát phong... hình thể hoàn chỉnh, tinh thần không tán, có thể thọ trăm tuổi”. Lời văn chỉ rõ: người giỏi dưỡng sinh là người đầu tiên phải nắm vững quy luật biến hóa của giới tự nhiên, hài hòa thuận theo đất trời, thứ hai phải rèn luyện thủ thân điều tức. Có thực hiện đủ hai điều đó mới đạt được mục đích trường thọ.

Lý luận khí công ở trong và ngoài nước đều lấy quan điểm chính thể “thiên nhân tương ứng” làm tư tưởng chỉ đạo.

- Học thuyết Tinh- Khí -Thân:

Sự phát triển và biến hóa của môi trường tự nhiên và sự sinh trưởng của vạn vật trong vũ trụ, đều dựa vào vận động của khí. Đối với cơ thể con người, khí vừa là cơ sở vật chất thúc đẩy hoạt động sống, vừa là biểu hiện công năng hoạt động sinh lý của các phủ tạng. Như khí trong hô hấp, khí của thủy cốc v.v... đều thuộc về vật chất có vai trò nuôi dưỡng toàn thân, còn nguyên khí, tông khí, vệ khí, khí của lục phủ ngũ tạng... đều là biểu hiện công năng của cơ thể. Tình trạng thịnh suy của nguyên khí giữ vai trò quyết định tình trạng sức khỏe con người. Nguyên khí có sung túc thì khí của hậu thiên mới được hỗ trợ, từ đó phủ tạng mới điều hòa, thân tâm mới mạnh khỏe. Nếu thiên nhiên thiếu hụt hoặc do nguyên nhân hậu thiên làm thương tổn đến nguyên khí thì hậu thiên sẽ bị mất nguồn hỗ trợ mà suy kiệt rồi dẫn đến bệnh tật. Nguyên khí nhờ tam tiêu truyền khắp cơ thể, nhờ vào khí hóa mà phát huy tác dụng sinh lý của chúng. Khí hóa tức là quá trình vận động chuyển hóa của khí. “Trang Tử” viết “Sự sống của con người do khí tụ mà có, quá trình tụ là sự sống, quá

trình tản là cái chết” (nhân chi sinh khí chi tụ dã, tụ tắc vi sinh, tản tắc vi tử) lại nói “Cái thông khắp thiên hạ là nhất khí vậy”. Xét trên một phương diện nào đó khí công chính là phương pháp phù chính khí tà. Các tác dụng phòng bệnh bồi bổ sức khỏe phần lớn đều thực hiện bằng cách bồi bổ nguyên khí trong cơ thể. “Tổ vấn - bình nhiệt bệnh luận” chỉ rõ “chỗ mà tà khí xâm vào, chỗ ấy khí tất nhiên hư” (Tà chi sở táu, kỳ khí tắc hư). Đó là khái quát được quan hệ biện chứng giữa bệnh tật với nguyên khí trong cơ thể đồng thời nhấn mạnh vai trò quyết định của nhân tố bên trong.

“Nạn kinh” viết : “Khí là cái căn bản của con người, gốc rễ đứt thì thân lá khô héo” (khí giả nhân chi căn bản dã, căn tuyệt tắc kinh diệp cô hĩ “luận khí thọ thiên” của Vương Sung viết “Nếu bàn về khỏe yếu, thọ yếu thì trăm tuổi là đủ số, không đủ trăm tuổi là người không có đủ khí. Khí đầy đủ thì thân thể khỏe mạnh, khỏe mạnh thì trường thọ. Khí kém thì thân thể yếu, yếu thì đoản thọ”.

Lý luận khí công luôn quán xuyên tư tưởng “lấy khí làm gốc”, về phương pháp rèn luyện khí công cũng luôn luôn nhấn mạnh phải bồi bổ nguyên khí để giữ gốc bền chắc “Tổ Vấn-Thượng cổ thiên chân luận” chỉ rõ “điền đạm hư vô, chân khí theo nó, tinh thần nội thủ, bệnh sẽ khỏi”. Đó chính là lời khái quát và bàn luận tinh tế về cơ sở lý luận bồi bổ nguyên khí của khí công. Tinh khí thần là nhân tố nội tại của cơ thể con người, nó phản ánh một cách khái quát sự cấu thành và trạng thái cơ năng của cơ thể. Khí công luyện gân (gân), cốt (xương), bì (da) ở bên ngoài, luyện “Tinh, khí, thần” ở bên trong. Đó là phương pháp dưỡng sinh luyện thân theo phương thức kết hợp giữa động và tĩnh.

“Tinh” bao gồm hai bộ phận là thận tinh tiên thiên và tinh hậu thiên thủy cốc. Tinh tiên thiên được tàng trong thận, đó là nền tảng vật chất của cơ thể sống. Tinh tiên thiên là phải nhờ vào sự nuôi dưỡng của tinh hậu thiên

thủy cốc, hai thứ đó thông qua tâm phế tỳ mà truyền khắp cơ thể để đảm bảo thực hiện các hoạt động sinh lý như: sinh trưởng, phát dục, sinh sản ... “Thận là gốc của tiên thiên” “Tỳ vị là gốc của hậu thiên”. Khí công có tác dụng và ảnh hưởng rõ rệt đối với tinh. Tinh tiên thiên nhờ tinh hậu thiên nhuận dưỡng. Nguyên tinh mà vững mạnh hữu ích thì nguyên khí tự nhiên sung mãn, đó là giai đoạn “luyện tinh hóa khí”. Tác dụng làm tinh sung mãn, giữ chắc thủy khí chính là cơ chế chuyển hoá bồi bổ nguyên khí của khí công. Luyện công sau khi đã làm nguyên khí sung mãn, hữu ích sẽ có thể khơi dậy và thúc đẩy một cách tích cực hữu hiệu các hoạt động sinh lý bình thường của phủ tạng. Điều đó có ý nghĩa quan trọng trong việc bảo vệ sự kháng kiện của cơ thể. Ngoài ra nó còn phát huy tác dụng của khâu luyện khí hóa thần:

- Thần: Được sinh hóa từ nguyên khí tiên thiên (nguyên thần) và từ tinh khí hậu thiên (thực thần), nó có nguồn gốc từ vật chất và đều có tác dụng ngược trở lại vật chất. “Tổ Vấn-Di tinh biên khí luận” viết “Người đắc khí thì mạnh khỏe, kẻ thất thần thì suy tàn (đắc khí giả xương, thất thần giả vong)”.

Tinh khí thần là ba bảo bối của con người. Tinh khí thần liên quan với nhau, thúc đẩy lẫn nhau. Tinh được coi là cái căn bản, khí được coi là động lực, còn thần được coi là yếu tố đóng vai trò chủ đạo. “Loại chứng trị tài” viết “Thần sinh từ khí, khí hóa từ tinh, tinh hóa khí, khí hóa thần”. Do vậy tinh là cái gốc của thần, khí là cái vật báu của thần, hình là cái nhà (nơi cư ngụ) của thần. “Loại kinh viết “Âm dương ứng luận đại tượng nói rằng tinh hoá thành khí là khí của tiên thiên, khí hoá thành tinh là khí của hậu thiên. Tinh hoá thành khí, tinh từ khí mà ra, hai thứ đó là nguồn sinh của nhau. Tinh khí sung mãn thì thần sẽ tinh táo. Tuy thần được sinh ra từ khí nhưng lại thống lĩnh tinh khí. Luyện khí công phải lấy khí làm thể, lấy thần làm dụng, phải kết hợp thể với dụng và coi trọng cả hai”.

- ***Học thuyết Âm Dương:***

Học thuyết âm dương chỉ ra rằng mọi sự vật đều tồn tại quan hệ hai mặt đối lập thống nhất. Quá trình duy trì hoạt động sống của một cơ thể bình thường của con người luôn được xây dựng trên nền tảng cân bằng động thái âm dương. “Tổ vấn - âm dương ứng tương đại luận” viết “Âm thịnh thì dương bị bệnh, dương thịnh thì âm bị bệnh - dương thịnh là nhiệt, âm thịnh là hàn” câu này chỉ rõ khi quan hệ thăng bằng âm dương bị phá vỡ thì bệnh tật phát sinh. Người xưa đã lấy thuyết âm dương làm căn cứ lý luận để chỉ đạo việc xác định quá trình phát sinh phát triển bệnh tật, việc khám bệnh trị bệnh ... “Tổ vấn - sinh khí thông thiên luận” viết “Âm dương rời rạc tinh khí ắt kiệt”. Khí công có khả năng điều tiết đối với quá trình âm dương. “Tổ vấn âm dương ứng tương đại luận” viết “Vị thuộc về hình, hình thuộc về khí, khí thuộc về tinh, tinh thuộc về hoá”. “Hình” và “tinh” ở đây là thuộc phạm trù âm, “khí” và “hoá” thuộc phạm trù dương. Khí công thực sự có tác dụng điều hoà âm dương trong cơ thể.

- ***Học thuyết Tạng phủ- Kinh lạc.***

Các khí quan trong cơ thể người được chia làm hai loại tạng và phủ: Tâm, can, tỳ, phế, thận, tâm bào gọi chung là tạng. Đờm, vị, đại trường, tiểu trường, bàng quang, tam tiêu gọi chung là phủ. Nguyên nhân sinh bệnh chủ yếu là công năng phủ tạng mất khả năng điều hoà. Từ đó mới dẫn đến sức khoẻ giảm sút, rồi bị bệnh. Cơ chế làm chuyển biến tình trạng bệnh và phòng chữa bệnh của khí công là điều chỉnh công năng tạng phủ.

Bằng những phương pháp luyện công như: điều thân, hành khí, thủ ý, tác niệm và người luyện công thu hoạch được kết quả bảo dưỡng tâm thần, tăng cường công năng nguyên âm nguyên dương của thận đồng thời có thể hỗ trợ cho tâm khiến tâm thận giúp nhau, thuỷ hoả điều hoà lẫn nhau, giúp cho việc điều hoà công năng của tạng phủ một cách toàn diện. Các phương pháp luyện khí công như điều chỉnh hô hấp, vận khí, bốt tư lự, giảm ham muốn đều

nhằm tăng cường công năng của phế thận để đạt hiệu quả tính sung mãn để hoá khí, khí sung mãn để hoá thần, thần sung mãn để hoàn hư. “Tỳ là cái gốc của hậu thiên” luyện khí công có thể bổ ích cho thận và nguyên dương. Từ đó mà làm tỳ dương phần chấn. Hình thức thở bụng của khí công làm cơ hoành vận động lên xuống với biên độ lớn, thành bụng co dẫn lên xuống có tác dụng điều chỉnh hoạt động chức năng của tỳ vị. Can tàng huyết chủ đạo sơ tiết, bằng phương pháp điều tức thủ ý có thể đưa con người tiến thẳng vào trạng thái điềm đạm hư vô, buông lỏng thoải mái, nhập tĩnh, trạng thái này giúp ích cho can hồi phục thuộc tính thư giãn điều độ.

Hoạt động bình thường của phủ tạng là một trong những cơ sở quan trọng để bảo đảm sức khoẻ cho con người, tác dụng điều chỉnh phủ tạng khi luyện khí công là cơ sở lý luận quan trọng của việc phòng và chữa bệnh.

- Về kinh lạc: Kinh lạc phân bố khắp cơ thể, nó là con đường vận hành khí huyết, tân dịch là cấu trúc có tác dụng liên lạc lục phủ ngũ tạng, liên kết các hệ thống, các khí quan, các tổ chức thành một hệ thống nhất hoàn chỉnh. Khí công thông qua cơ chế thông hoạt kinh lạc, để thực hiện biện pháp bảo vệ sức khoẻ. Trong quá trình luyện khí công có thể quan sát được biểu hiện truyền cảm rõ ràng trên kinh lạc và cảm nhận được nội khí tuần hoàn trên Nhâm-Độc hoặc các kinh mạch khác. Đó là những biểu hiện cụ thể của khí công có khả năng làm thông suốt kinh lạc. Trong các phương pháp luyện khí công có phương pháp vận khí trên kỳ kinh bát mạch hoặc trên 12 chính kinh, gọi là phép đại chu thiên hoặc chỉ giới hạn vận khí trên hai mạch Nhâm Độc, phép vận khí này gọi là phép tiểu chu thiên.

“Khí là soái của huyết, huyết là mẹ của khí”. Khí công điều hoà khí huyết, thông hoạt kinh lạc. Luyện công tiến triển đến một mức độ nào đó thì vận hành khí huyết trong cơ thể có những thay đổi mang tính chất điều tiết: Huyết dịch được phân phối lại, các mao quản nở ra, tình trạng tuần hoàn được

cải thiện, lưu lượng huyết tăng, nhiệt độ cục bộ tăng.

Tác dụng điều hoà khí huyết thông hoạt kinh lạc của khí công đã đặt nền móng cho cơ sở lý luận khí công chữa bệnh, khí công bảo vệ sức khoẻ.

1.3.1.3 Tác dụng của dưỡng sinh

Tạo cân bằng âm dương

- Phép dưỡng sinh trong khí công là thông qua luyện tập “động tĩnh hỗ căn” để đạt đến sự cân bằng âm dương.

- Thân thể được bảo tồn sức khỏe đều do trong thân thể được vận động và biến hóa không ngừng bảo tồn được trạng thái cân bằng của âm dương.

Điều hòa khí huyết, lưu thông kinh lạc

- Khí công chủ yếu rèn luyện “khí” trong cơ thể con người, đồng thời có ảnh hưởng quan trọng đối với huyết.

- Khí công giúp điều hòa khí huyết, khí huyết điều hòa thì hoạt động sinh mệnh cơ thể vận hành bình thường, khí huyết thất thường thì phát sinh bệnh tật.

- Sự thông suốt của kinh lạc, sự vận hành của huyết dịch phải dựa vào hoạt động của khí mới thực hiện được. Khi luyện công đạt đến một trình độ nhất định sẽ xuất hiện “nội khí” vận hành trong cơ thể hoặc cảm giác khí lan đến nơi có bệnh làm thuyên giảm bệnh tật.

Bồi bổ và nâng cao chân khí:

- Chân khí hay còn gọi là nguyên khí, chính là năng lượng sinh mệnh của cơ thể con người.

- Mục đích của khí công dưỡng sinh là điều động năng lực tiềm ẩn trong cơ thể bồi dưỡng chân khí của nhân thể, đạt đến tác dụng dự phòng và điều trị bệnh tật, bảo vệ và kiện toàn thân thể.

Dự phòng, bảo vệ và điều trị bệnh tật

- Thực tiễn đã chứng minh khí công đã chữa lành một số các bệnh như: cao áp huyết, xơ cứng động mạch, viêm loét dạ dày tá tràng...

- Đối với một số bệnh mãn tính dễ tái phát, khí công có thể củng cố hiệu quả điều trị.

1.3.1.4 Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Phương pháp dưỡng sinh của bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng được nghiên cứu và bắt đầu ứng dụng tại Việt Nam từ năm 1975. Phương pháp ra đời sau quá trình nghiên cứu học tập nhiều năm của bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng tại các nước khác nhau. Sau khi về nước, dựa vào văn hóa, tập quán sinh hoạt, bác sỹ đã đưa ra các bài tập dưỡng sinh phù hợp với người dân Việt Nam.

➤ **Mục đích;**

- Tăng cường sức khỏe
- Phòng bệnh
- Trị một số bệnh mạn tính
- Tiến tới sống lâu sống có ích

➤ **Nội dung:** Gồm ba phần

Phần 1 là thư giãn; thư là thư thái trong lòng lúc nào cũng thư thái. Giãn là nói ra, giãn ra như dây xích giãn ra. Thư giãn có tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần, về tinh thần giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng. Về mặt thể chất làm chủ được các giác quan và cảm giác, không để các xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể. Về mặt sinh học thư giãn xóa bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể

Phần 2 là tập các động tác chống xơ cứng, có tác dụng mềm cơ, hành khí hoạt huyết thông kinh hoạt lạc, có ảnh hưởng tốt về tâm lý và sinh lý phù hợp với người bệnh thoái hóa khớp gối. Gồm tập trong tư thế nằm và tập trong tư thế ngồi không hoa sen.

Phần 3 là tự xoa bóp bấm huyệt, có tác dụng điều hòa âm dương, hoạt huyết chỉ thống, thông kinh hoạt lạc, thư cân giãn cơ bệnh nhân tự xoa bóp vùng khớp gối và chi dưới.

1.3.2 Phương pháp điện châm

1.3.2.1 Khái niệm

+ **Châm:** là dùng kim châm vào huyết để gây kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh [34].

+ **Điện châm:** là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh châm kim của châm cứu với kích thích điện của cá dòng điện: một chiều (galvanic), cảm ứng (faradic) xung một pha hay hai pha, xung đều hay không đều [34].

1.3.2.2 Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền

Theo YHCT, âm dương là thuộc tính của mọi sự vật trong vũ trụ, hai mặt âm dương luôn có quan hệ đối lập nhưng luôn thống nhất với nhau. Do điều kiện sức khỏe yếu, tác nhân gây bệnh xâm nhập phát sinh ra bệnh tật tức là sự mất thăng bằng về âm dương. Vì vậy khi điều trị bằng châm cứu có tác dụng điều hòa lại âm dương, nâng cao chính khí, đuổi tà khí ra ngoài [34].

Châm có tác dụng thúc đẩy khả năng tự điều chỉnh của cơ thể đưa cơ thể trở về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường và duy trì cho cơ thể luôn ở trạng thái bình thường đó [35].

1.3.2.3 Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại

+ *Hiện tượng chiếm ưu thế võ não của Utomski* [34]

Theo nguyên lý của hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski thì trong cùng một thời gian ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương, có hai luồng xung động của hai kích thích đưa tới, kích thích nào có luồng xung động mạnh hơn và liên tục hơn sẽ kéo theo các xung động của kích thích kia về nó và tiếp tới dập tắt kích thích kia. Như vậy, châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới, nếu cường độ của kích thích được đầy đủ sẽ ức chế ổ hưng phấn do tổn thương bệnh lý, tiến tới làm mất và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

+ *Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đối với vùng co thể do tiết đoạn chi phối* [34]

Điện châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này.

+ *Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (công kiểm soát- 1965) [34].*

Trong trạng thái bình thường, các cảm thụ bản thể đi vào sừng sau tuỷ sống ở các lớp thứ ba, bốn (gồm các tế bào của các chất keo và các tế bào chuyển tiếp làm cảm giác đau hoặc không đau, đường dẫn truyền tế bào như cánh cửa kiểm soát, quyết định cho những cảm giác nào đi qua). Ở trạng thái bình thường luôn có những xung động, những xung động này phát huy ức chế, qua tế bào chuyển tiếp và đi lên trên với kích thích vừa phải. Xung động được tăng cường đến làm hưng phấn tế bào chất tạo keo làm khử cực dẫn truyền và đi lên.

1.4 Các nghiên cứu về điện châm và phương pháp dưỡng sinh trong điều trị tai biến mạch máu não

- Bing-Lin Chen và cộng sự tiến hành nghiên cứu phân tích tổng hợp đánh giá tác dụng của dưỡng sinh đối với chức năng vận động thăng bằng và bước đi của bệnh nhân TBMMN. Kết quả cho thấy tập Dưỡng sinh có hiệu quả tốt cho chức năng vận động thăng bằng của bệnh nhân TBMMN trong thời gian ngắn [26].
- Winser và cộng sự tiến hành nghiên cứu phân tích tổng hợp đánh giá hiệu quả tập dưỡng sinh cải thiện chức năng thăng bằng và giảm ngã ở các bệnh nhân có bệnh lý rối loạn thần kinh mạn tính. Kết quả cho thấy

tập dưỡng sinh có hiệu quả tốt giảm triệu chứng ngã ở những bệnh nhân Parkinson và TBMMN [27].

- Yu DH, Yang HX nghiên cứu về hiệu quả của tập dưỡng sinh lên sự thăng bằng ở nam giới lớn tuổi, kết quả thấy sau 24 tuần tập dưỡng sinh cải thiện hiệu quả chức năng thăng bằng của nam lớn tuổi [28].
- Liệu pháp điện châm cũng thu hút sự chú ý của các nước phương Tây trong việc trị liệu cho các bệnh nhân sau tai biến. Các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên cho thấy tác dụng của châm cứu trong việc cải thiện chức năng vận động của cả bệnh nhân xuất huyết não và bệnh nhân nhồi máu não [17], [18], [19], [20]. [21]. Theo nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Larisa Vados và cộng sự tại Thiên Tân, Trung Quốc, kết quả quá trình phân tích 17 nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên cho thấy việc phối hợp châm cứu và Phục hồi chức năng có hiệu quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân TBMMN giai đoạn cấp và sau giai đoạn cấp hơn là dùng châm cứu đơn thuần [21].
- Hiện nay dùng máy điện châm với dòng xung điện, có hai kênh bỏ, tá cường độ từ 40-60 μ A, tần số kích thích từ 2-60 Hz, có thể kích thích dòng điện theo bỏ hoặc tá thích hợp tùy từng huyết, tùy loại bệnh, tùy giai đoạn. Tác giả Jie Zhan tiến hành phân tích tổng hợp đánh giá vai trò của điện châm phối hợp phục hồi chức năng đối với các bệnh nhân TBMMN cấp có rối loạn chức năng vận động, kết quả cho thấy: điện châm phối hợp phục hồi chức năng có hiệu quả và an toàn giúp cải thiện chức năng vận động cho bệnh nhân TBMMN cấp [24].
- Tại Việt Nam cũng đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tác dụng của điện châm đối với bệnh nhân TBMMN và kết quả cũng cho thấy việc sử dụng châm cứu có hiệu quả tốt trong điều trị bệnh nhân TBMMN giai đoạn hồi phục. [23], [24].

- Mai Văn Thông (2018) nghiên cứu đánh giá tác dụng của bài thuốc “ĐNH” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đột quy não thể nhồi máu sau giai đoạn cấp. So sánh giữa 2 nhóm dùng “ĐNH” phối hợp với điện châm và xoa bóp và nhóm đối chứng chỉ dùng điện châm và xoa bóp, kết quả cho thấy thang điểm mRankin và thang điểm co cứng, sức cơ đều cải thiện và không có tác dụng phụ không mong muốn nào ở cả 2 nhóm [66].
- Nguyễn Thị Tâm Thuận (2016) nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp của điện châm, kết quả cho thấy điện châm cải thiện sức cơ, cải thiện thang điểm mRankin [69].
- Nguyễn Công Doanh (2011), Nghiên cứu Phục hồi chức năng bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa sau giai đoạn cấp bằng bài” Thông mạch dưỡng não âm” và điện châm, kết quả cho thấy cải thiện độ liệt Rankin, cải thiện thang điểm Henry [52].
- Phạm Thị Thúy Đông (2011) nghiên cứu đánh giá Phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não bằng điện châm, kết quả cho thấy điện châm cải thiện chức năng vận động: cải thiện sức cơ, cải thiện thang điểm Rankin [59].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân tuổi, trong đó có 47 nam và 13 nữ được chẩn đoán xác định TBMMN giai đoạn hồi phục.

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

2.1.1.1 Tiêu chuẩn chọn lựa theo y học hiện đại

- Lâm sàng:

Bệnh nhân trên 18 tuổi.

Bệnh nhân Tai biến mạch não có tổn thương vận động giai đoạn hồi phục theo hướng dẫn chẩn đoán của AHA năm 2016 [21].

Bệnh nhân đã kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ.

Bệnh nhân không có dấu hiệu xuất huyết hoặc nhồi máu tiếp diễn.

Bệnh nhân mắc tai biến mạch não > 1 tuần.

Sức cơ $\geq 3/5$.

Điểm co cứng theo thang điểm Ashworth $\leq 1^+$.

Bệnh nhân không có tổn thương thần kinh ngoại vi đi kèm: liệt quay, liệt trụ, hội chứng đám rối thần kinh cánh tay, tổn thương thần kinh chày, tổn thương thần kinh mác.

Bệnh nhân không có rối loạn nhận thức.

- Cận lâm sàng:

Bệnh nhân đã được chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não để chẩn đoán xác định tai biến mạch não trước đó.

2.1.1.2 Tiêu chuẩn chọn lựa theo y học cổ truyền

- Bệnh nhân trúng phong .

- Chủ chứng: liệt nửa người.

- Thứ chứng: miệng méo, khó nói, ăn uống rơi vãi, mắt nhắm không kín, người mệt mỏi, lưỡi đỏ, ít rêu, mạch trầm hoặc trầm huyền.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Trong quá trình điều trị bệnh nhân bị TBMMN tái phát.

Bệnh nhân tai biến mạch não có biến chứng loét vùng tì đê hoặc kèm theo bệnh lý mạn tính khác: suy tim, ung thư, có thai, COPD, rối loạn nhận thức.

Bệnh nhân tai biến mạch não không phối hợp quy trình điều trị.

Bệnh nhân nặng lên và phải phối hợp phương pháp khác trong quá trình điều trị.

Bệnh nhân tự ý bỏ điều trị.

2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu và phân nhóm

2.2.1 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn cỡ mẫu theo phương pháp chọn cỡ mẫu thuận tiện 60 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới tính, được chẩn đoán xác định là tai biến mạch máu não giai đoạn hồi phục theo tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.2 Phân nhóm nghiên cứu

Các bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm theo mẫu bệnh án thống nhất, đánh giá về sức cơ, mức độ co cứng theo thang điểm Asthworth, đánh giá thăng bằng và dáng đi thang điểm vận động Tinetti và Gait được phân nhóm theo phương pháp bắt cặp.

- Nhóm nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp tập dưỡng sinh phương pháp Nguyễn Văn Hưởng.

- Nhóm đối chứng: Gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm theo phác đồ của Bộ Y tế năm 2018[72]

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng so sánh trước – sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng.

2.3.2 Phương tiện nghiên cứu

Máy châm cứu M8- 2 tần số do bệnh viện Châm cứu trung ương sản xuất.

Kim châm cứu dài từ 6-20cm, đường kính 0.2-1mm bằng thép không gỉ do Việt Nam sản xuất

Bông, cồn sát trùng 70⁰, panh, khay quả đậu.

Bài tập dưỡng sinh (9 động tác) phương pháp Nguyễn Văn Hương(phụ lục II).

2.4 Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Bệnh viện châm cứu Trung ương.

Từ tháng 5/2019- tháng 11/2019.

2.5 Phác đồ cho 1 lần điện châm

Điện châm theo phác đồ hướng dẫn của Bộ y tế năm 2018 và theo lý luận YHCT [72]

Phác đồ chọn huyết: mỗi ngày châm từ 10-12 huyết

Vùng đầu mặt: Giáp xa xuyên Địa thương, Quyền liêu xuyên Nghinh hương, Bách hội, Thượng tinh, Phong trì (với bệnh nhân có liệt mặt)

Vùng chi trên: Kiên ngưng xuyên Khúc trì, Ngoại quan xuyên Thủ tam lý, Kiên trình xuyên Cực tuyền, Hợp cốc xuyên Lao cung, Giáp tích C4- D1.

Vùng chi dưới: Trật biên xuyên Hoàn khiêu, Thừa phù, Ủy trung, Dương lăng tuyền xuyên Hạ cự hự, Giải Khê xuyên Khâu khư, Giáp tích L2-S1.

Điện châm 30 phút/ ngày vào buổi sáng, trong 30 ngày (cả thứ 7 và chủ nhật).

Tần số máy điện châm: Châm bổ tần số từ 1-3 Hz, châm tả tần số > 3 Hz, cường độ từ 1-5 mA.

Bệnh nhân được dùng các thuốc điều trị yếu tố nguy cơ và dự phòng tái phát đồng thời điều trị bệnh lý phối hợp theo hướng dẫn điều trị Bộ y tế ban hành năm 2018.

2.6 Phác đồ cho 1 lần tập dưỡng sinh phương pháp Nguyễn Văn Hưởng

Bước 1. Động tác Thư giãn (*Động tác 1*)

Thời gian tập 5 phút

Bước 2: Tập thở 4 thì (*Động tác 2*)

Thời gian 5 phút

Bước 3: Tập các động tác.

Thời gian tập 15 phút

- Xem xa xem gần 3 – 5 lần (*Động tác 3*)
- Đưa tay sau gáy 3-5 lần (*Động tác 4*)
- Đi thẳng mông tập 3 – 5 lần (*Động tác 5*)
- Tay co lại rút ra phía sau. 3-5 lần (*Động tác 6*)
- Tam giác hay ba góc 3 – 5 lần (*Động tác 7*)

Bước 4. Tự xoa bóp

Thời gian 10 phút

- Tự xoa bóp chi trên (*Động tác 8*)
- Tự xoa bóp chi dưới (*Động tác 9*)

Bước 5: Thư giãn. (*Động tác 1*)

Thời gian: 40 phút/ ngày, trong 30 ngày. (*Phụ lục II*)

2.7 Chỉ tiêu nghiên cứu

2.7.1 Chỉ tiêu đặc điểm chung: tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị bằng phỏng vấn và khám lâm sàng

- Phân bố theo nhóm tuổi.
- Phân bố theo giới tính.
- Phân bố theo các yếu tố nguy cơ.
- Phân bố theo thời gian mắc bệnh.

2.7.2 Chỉ tiêu lâm sàng được theo dõi và đánh giá trong nghiên cứu

Các chỉ tiêu lâm sàng được đánh giá ở các thời điểm:

Trước nghiên cứu: D₀.

Sau nghiên cứu 15 ngày: D₁₅.

Sau nghiên cứu 30 ngày: D₃₀.

2.7.2.1 Chỉ tiêu về vận động

Tại các thời điểm D₀, D₁₅, D₃₀.

- + Đánh giá sức cơ: thông qua phương pháp thử cơ bằng tay.
- + Đánh giá mức độ co cứng bằng thang điểm Asthworth.
- + Đánh giá độ liệt mRankin.
- + Đánh giá thang điểm vận động Tinetti: thăng bằng.
- + Đánh giá thang điểm vận động Tinetti: dáng đi

Thử cơ bằng tay

- Chi trên
 - Cơ gấp khuỷu: cơ nhị đầu
 - Cơ duỗi khuỷu: cơ tam đầu
- Chi dưới
 - Nhóm cơ gấp gối.
 - Nhóm cơ duỗi gối.

2.7.2.2 Cách đánh giá

Thầy thuốc giải thích cho bệnh nhân về quá trình thăm khám.

Thầy thuốc tiến hành đánh giá chức năng vận động của bệnh nhân tại phòng bệnh:

Bước 1: Giải thích lí do và mục tiêu đánh giá.

Bước 2: Chuẩn bị tư thế bệnh nhân.

Bước 3: Tiến hành đánh giá vận động theo dõi theo bảng đánh giá sức cơ, thang điểm Asworth, thang điểm mRankin, thang điểm Tinetti.

Bước 4: Ghi kết quả vào bệnh án theo dõi tại các thời điểm trước nghiên cứu: D₀, 15 ngày sau nghiên cứu: D₁₅, 30 ngày sau nghiên cứu: D₃₀.

+ Đánh giá kết quả: dựa vào kết quả các chỉ tiêu vận động bệnh nhân đạt được khi tiến hành đánh giá.

- Đánh giá nguy cơ ngã của bệnh nhân từ tổng điểm đạt được khi lượng giá dáng đi và thăng bằng:

Điểm	Nguy cơ ngã
≤ 18	Cao
19-23	Trung bình
≥ 24	Thấp

- **Bậc cơ: chia thành 6 bậc**

Bậc cơ	Chỉ tiêu đánh giá
0	Cơ liệt hoàn toàn, không có dấu hiệu của sự co cơ.
1	Tạo ra vận động của khớp hoặc không nhưng có sự co cơ khi loại bỏ trọng lực chi thể.
2	Thực hiện động tác hết tầm vận động với điều kiện loại bỏ trọng lượng chi thể.
3	Thực hiện hết tầm vận động của động tác và thắng được trọng lượng chi thể.
4	Thực hiện hết tầm vận động của động tác và thắng được lực cản nhẹ.
5	Thực hiện hết tầm vận động của động tác và thắng được lực cản mạnh.

- **Công cụ lượng giá co cứng: Thang điểm Asthworth cải tiến.**

Phân độ	Dấu hiệu thực thể
0	Không có tăng trương lực cơ
1	Tăng nhẹ trương lực cơ, biểu hiện cả ở tư thế gấp và duỗi hoặc có tình trạng co cứng tối thiểu vào cuối tầm vận động khi phần cơ thể bị ảnh hưởng cử động theo tư thế gấp hay duỗi
1+	Tăng nhẹ trương lực cơ khi gấp với mức độ co cứng tối thiểu, tình trạng co cứng ảnh hưởng không quá nửa tầm vận động
2	Tăng trương lực cơ rõ rệt hơn và vượt quá cả tầm vận động, phần

	co thể bị ảnh hưởng vẫn có thể cử động dễ dàng
3	Tăng đáng kể trương lực cơ khiến cử động và di chuyển ngày một khó khăn
4	Phần cơ thể bị ảnh hưởng bị cơ cứng trong tư thế gấp hoặc duỗi.

- **Bảng phân loại mức độ liệt theo điểm mRankin**

Điểm	Tình trạng
0	Hoàn toàn không còn triệu chứng
1	Tình trạng tàn tật không đáng kể mặc dù còn triệu chứng; có khả năng thực hiện được tất cả các công việc và sinh hoạt hàng ngày
2	Tình trạng tàn tật nhẹ, không thể thực hiện được các công việc và sinh hoạt trước đó, nhưng có thể thực hiện được các công việc tự phục vụ cá nhân mà không cần sự hỗ trợ
3	Tình trạng tàn tật vừa, cần sự giúp đỡ nhưng vẫn có thể đi bộ mà không cần trợ giúp
4	Tình trạng tàn tật ở mức độ khá nặng, không thể đi bộ và không thể tự chăm sóc bản thân khi không có hỗ trợ
5	Tình trạng tàn phế, nằm liệt giường, đại tiểu tiện không tự chủ, luôn cần tới sự chăm sóc của nhân viên y tế
6	Tử vong

- **Thang điểm Tinetti (phụ lục III)**

2.7.3 Theo dõi tác dụng không mong muốn tại D_0 , D_{15} , D_{30} :

- Về mạch, huyết áp.

- Về tác dụng không mong muốn của điện châm: vụng châm, gãy kim, bầm tím nơi châm, chảy máu nơi châm, nhiễm trùng nơi châm, buồn nôn, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau cơ bụng/ tay chân.

2.8 Phương pháp phân tích số liệu

Tất cả các số liệu thu được từ nhóm nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 20.0

Các tests thống kê được dùng:

- + Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác nhau giữa hai tỷ lệ phần trăm.
- + Sử dụng test T – Student để so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

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

2.9 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

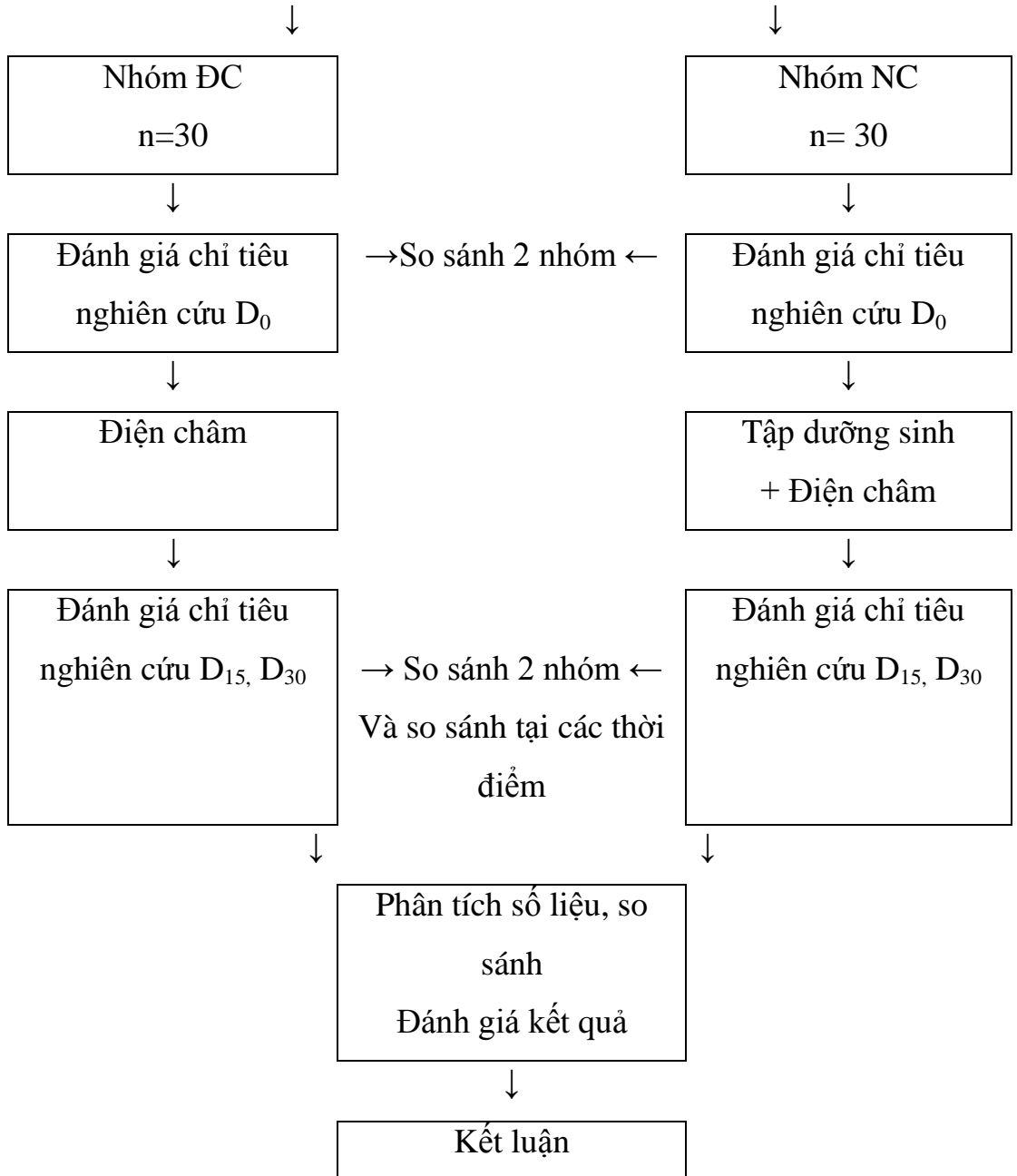
- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Y đức Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.
- Được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu.
- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác.
- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.
- Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.
- Trong quá trình điều trị, bệnh không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi nhóm nghiên cứu.

Sơ đồ 2: SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân vào viện



Chẩn đoán xác định Tai biến mạch não giai đoạn hồi phục(n=60)



Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
40-49	1	3.3	6	20.0	7	11.7	>0,05
50-59	6	20.0	5	16.7	11	28.3	
≥ 60	23	76.7	19	63.3	42	70.0	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	67,87± 11,5		62,2±11.75		65,03±11,85		

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy:

Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu độ tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao (70%), sự phân bố tuổi ở các nhóm tuổi ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Nam	25	83,3	22	73,3	47	78,3	>0,05
Nữ	5	16,7	8	26,7	13	21,7	

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy

- Ở cả 2 nhóm nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ, nhóm NC nam chiếm 83,3%, nữ chiếm 16,7%, ở nhóm ĐC nam chiếm 78,3% , nữ chiếm 21,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Hưu trí	6	20,0	9	30,0	15	25,0	>0,05
Công nhân	7	23,3	5	16,7	12	20,0	
Làm ruộng	11	36,7	12	40,0	23	38,3	
Công chức, viên chức	6	20,0	4	13,3	10	16,7	

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy

Trong số bệnh nhân nghiên cứu ở cả 2 nhóm, làm ruộng là nghề nghiệp chiếm tỉ lệ cao (38,3%). Ở nhóm NC: tỉ lệ bệnh nhân làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%, thấp nhất ở nhóm hưu trí và công chức viên chức là 20%. Ở nhóm ĐC tỉ lệ bệnh nhân làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất với 40%,

thấp nhất ở nhóm công chức viên chức là 13,3%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm NC, ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

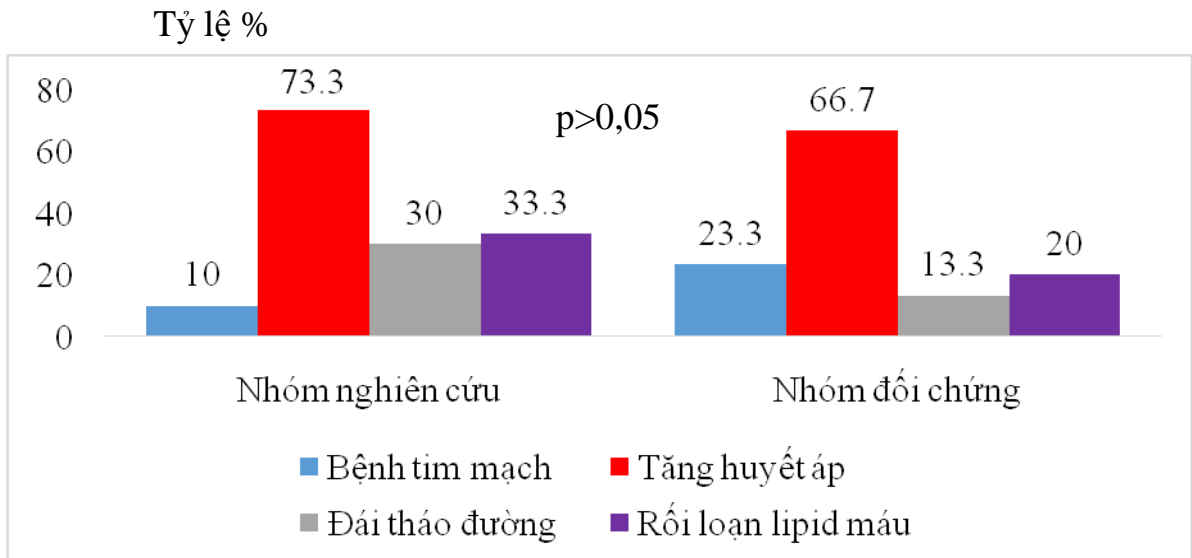
3.2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian bị bệnh	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		P _{NNC-NĐC}
	n	%	n	%	
< 1 tháng	14	46,7	12	40,0	>0,05
1 – < tháng	10	33,3	12	40,0	
3 – < 6 tháng	4	13,3	5	16,7	
6 – 12 tháng	2	6,7	1	3,3	
Thời gian trung bình ($\bar{X} \pm SD$) tuần	7,18 \pm 8,06		6,33 \pm 6,18		>0,05

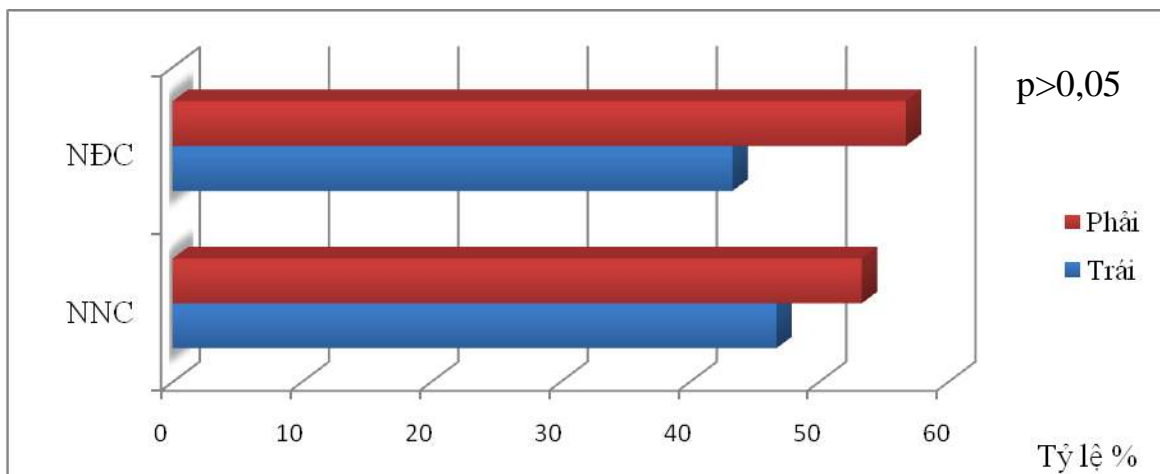
Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy:

Thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 6-7 tháng, phân bố tập trung ở nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng (33,3% ở NNC và 40% ở NĐC). Sự khác biệt giữa NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Biểu đồ 3.1 Đặc điểm tiền sử bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy:

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp cao nhất với 73,3% ở NNC và 66,7% ở NĐC. Thấp nhất ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý tim mạch với 10% ở NNC và 23,3% NĐC. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

Biểu đồ 3.2 Phân bố bên liệt của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy:

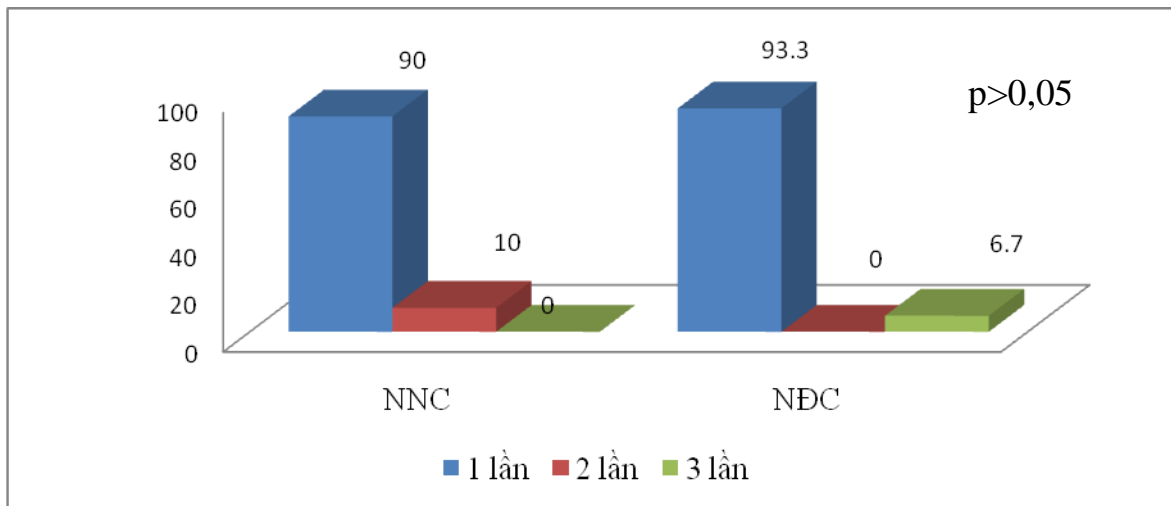
Tỷ lệ bệnh nhân liệt bên phải nhiều hơn trái ở cả NNC và NĐC. Trong đó:

+ NNC bệnh nhân liệt bên phải chiếm 53.3%

+ NĐC bệnh nhân liệt bên phải chiếm 56.7%.

Sự khác biệt về phân bố bên liệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Biểu đồ 3.3. Đặc điểm số lần mắc tai biến mạch máu não



Nhận xét: Biểu đồ 3.3 cho thấy :

Tỷ lệ bệnh nhân mắc tai biến mạch máu não lần thứ nhất chiếm tỷ lệ lớn với 90% ở NNC và 93,3% ở NĐC; thấp nhất ở nhóm bệnh nhân mắc bệnh lần 2 (10% ở NNC) và lần 3 (6,7% ở NĐC). Không có sự khác biệt về phân bố số lần mắc tai biến mạch máu não của bệnh nhân nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ nhồi máu não và xuất huyết não

Tai biến mạch máu não	NNC (n = 30) (1)		NĐC (n = 30) (2)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	
Nhồi máu não	28	93,3	27	90,0	>0,05
Xuất huyết não	2	6,7	3	10,0	

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy

Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não cao hơn so với xuất huyết não ở cả NNC và NĐC, trong đó nhồi máu não cao gấp 15 lần bệnh nhân xuất huyết não ở NNC và cao gấp 9 lần ở NĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

3.3 Sự thay đổi về vận động của đối tượng nghiên cứu

3.3.1 Sự thay đổi về sức cơ

Bảng 3.6. Sự thay đổi cơ lực cơ tam đầu trước và sau nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm	NNC (n = 30) (1)		NĐC (n = 30) (2)		p ₁₋₂
		n	%	n	%	
D ₀	Bậc 3	30	100	30	100	>0,05
	Bậc 4	0	0	0	0	
	Bậc 5	0	0	0	0	
D ₁₅	Bậc 3	14	46,7	19	63,3	>0,05
	Bậc 4	12	40,0	11	36,7	
	Bậc 5	4	13,3	0	0	
D ₃₀	Bậc 3	2	6,7	10	33,3	<0,05
	Bậc 4	10	33,3	11	36,7	
	Bậc 5	18	60,0	9	30,0	

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy:

Cơ lực cơ tam đầu sau 30 ngày can thiệp ở NNC tốt hơn NĐC với tỷ lệ sức cơ cải thiện lên bậc 5 là 60% và NĐC là 30%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau 30 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Sự thay đổi cơ lực cơ nhị đầu trước và sau nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm		NNC (n = 30) (1)		NĐC (n = 30) (2)		p ₁₋₂
		n	%	n	%	
D ₀	Bậc 3	30	100	30	100	>0,05
	Bậc 4	0	0	0	0	
	Bậc 5	0	0	0	0	
D ₁₅	Bậc 3	14	46,7	20	66,7	>0,05
	Bậc 4	13	43,3	10	33,3	
	Bậc 5	3	10,0	0	0	
D ₃₀	Bậc 3	1	3,3	12	40,0	<0,05
	Bậc 4	8	26,7	6	20,0	
	Bậc 5	21	70,0	12	40,0	

Nhận xét: Bảng 3.7 cho thấy:

Cơ lực cơ nhị đầu sau 30 ngày nghiên cứu ở NNC tốt hơn NĐC với tỷ lệ sức cơ cải thiện lên bậc 5 là 70% và NĐC là 40%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau 30 ngày nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Sự thay đổi cơ lực duỗi khớp gối trước và sau nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm		NNC (n = 30) (1)		NĐC (n = 30) (2)		p ₁₋₂
		n	%	n	%	
D ₀	Bậc 3	30	100	30	100	>0,05
	Bậc 4	0	0	0	0	
	Bậc 5	0	0	0	0	
D ₁₅	Bậc 3	9	30,0	8	26,6	>0,05
	Bậc 4	16	53,3	20	66,7	
	Bậc 5	5	16,7	2	6,7	
D ₃₀	Bậc 3	2	6,6	3	10,0	<0,05
	Bậc 4	5	16,7	9	30,0	
	Bậc 5	23	76,7	18	60,0	

Nhận xét: Bảng 3.8 cho thấy:

Cơ lực duỗi khớp gối ở ngày thứ 30 sau can thiệp có sự khác biệt giữa NNC và NĐC, tại thời điểm D₃₀ ở NNC còn 6,6 % bệnh nhân cơ lực bậc 3, có 16,7% bệnh nhân cơ lực cải thiện lên bậc 4 và 76,7% bệnh nhân cơ lực cải thiện lên bậc 5, NĐC 10% bệnh nhân cơ lực bậc 3, có 30% bệnh nhân cải thiện cơ lực lên bậc 4 và 60% bệnh nhân cơ lực cải thiện lên bậc 5. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau 30 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.9. Sự thay đổi cơ lực gập khớp gối trước và sau nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm		NNC (n = 30)(1)		NĐC (n = 30)(2)		p ₁₋₂
		n	%	n	%	
D ₀	Bậc 3	30	100	30	100	>0,05
	Bậc 4	0	0	0	0	
	Bậc 5	0	0	0	0	
D ₁₅	Bậc 3	2	6,6	7	23,3	>0,05
	Bậc 4	23	76,7	18	60,0	
	Bậc 5	5	16,7	5	16,7	
D ₃	Bậc 3	4	13,3	17	56,7	<0,05
	Bậc 4	17	56,7	8	26,6	
	Bậc 5	9	30,0	5	16,7	

Nhận xét: Bảng 3.9 cho thấy:

Cơ lực gập khớp gối ở ngày thứ 30 sau can thiệp có sự khác biệt giữa NNC và NĐC, tại thời điểm D₃₀ ở NNC còn 13,3% bệnh nhân cơ lực bậc 3, có 56,7% bệnh nhân cơ lực cải thiện lên bậc 4 và 30% bệnh nhân cơ lực cải thiện lên bậc 5, NĐC 56,7% bệnh nhân cơ lực bậc 3, có 26,7% bệnh nhân cải thiện cơ lực lên bậc 4 và 16,7% bệnh nhân cơ lực cải thiện lên bậc 5. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau 30 ngày nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.2 Sự thay đổi về co cứng

Bảng 3.10 Sự thay đổi mức độ co cứng cơ tam đầu cánh tay trước và sau nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm		NNC (n = 30) (1)		NĐC (n = 30) (2)		p ₁₋₂
		n	%	n	%	
D ₀	1+	5	16,7	5	16,7	>0,05
	1	12	40,0	11	36,7	
	0	13	43,3	14	46,6	
D ₁₅	1+	0	0	0	0	>0,05
	1	7	23,3	9	30,0	
	0	23	76,7	21	70	
D ₃₀	1+	0	0	0	0	<0,05
	1	5	16,7	9	30,0	
	0	25	83,3	21	70,0	
p	p _{D0-D15}	>0,05		>0,05		
	p _{D0-D30}	<0,05		<0,05		

Nhận xét: Bảng 3.10 cho thấy:

Sự co cứng của cơ tam đầu cánh tay có cải thiện sau 30 ngày nghiên cứu ở cả 2 nhóm NC và NĐC, NNC sau 30 ngày điều trị từ 43,3% bệnh nhân co cứng bậc 0 lên 83,3% ở ngày thứ 30, NĐC từ 46,6% bệnh nhân co cứng bậc 0 lên 73,3% bệnh nhân co cứng 0 điểm ngày thứ 30. Sự khác biệt giữa NNC và NĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.11 Sự thay đổi mức độ co cứng cơ nhị đầu cánh tay trước và sau nghiên cứu

Thời điểm \ Nhóm		NNC (n = 30)(1)		NĐC (n = 30)(2)		p ₁₋₂
		n	%	n	%	
D ₀	1+	7	23,4	8	26,7	>0,05
	1	13	43,3	12	40,0	
	0	10	33,3	10	33,3	
D ₁₅	1+	4	13,3	7	23,3	>0,05
	1	8	26,7	5	16,7	
	0	18	60,0	18	60,0	
D ₃₀	1+	0	0	3	10,0	<0,05
	1	2	6,7	5	16,7	
	0	28	93,3	22	73,3	
p	p _{D0-D15}	>0,05		>0,05		
	p _{D0-D30}	<0,05		<0,05		

Nhận xét: Bảng 3.11 cho thấy:

Cơ nhị đầu cánh tay đã cải thiện điểm co cứng sau 30 ngày nghiên cứu ở cả 2 nhóm NC và NĐC, NNC sau 30 ngày nghiên cứu từ 33,3% bệnh nhân co cứng bậc 0 lên 93,3% ở ngày thứ 30, NĐC từ 33,3% bệnh nhân co cứng bậc 0 lên 73,3% bệnh nhân co cứng 0 điểm ngày thứ 30. Có sự khác biệt giữa NNC và NĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.12 Sự thay đổi mức độ co cứng gấp gối trước và sau nghiên cứu

Nhóm		NNC		NĐC		p ₁₋₂
		(n = 30)(1)		(n = 30)(2)		
Thời điểm		n	%	n	%	
		D ₀	1+	7	23,4	8
1	19		63,3	15	50,0	
0	4		13,3	7	23,3	
D ₁₅	1+	5	16,7	7	23,4	>0,05
	1	10	33,3	13	43,3	
	0	15	50,0	10	33,3	
D ₃₀	1+	2	6,7	5	16,7	<0,05
	1	6	20,0	5	16,7	
	0	22	73,3	20	66,6	
p	p _{D0-D15}	>0,05		>0,05		
	p _{D0-D30}	<0,05		<0,05		

Nhận xét: Bảng 3.12 cho thấy:

Điểm co cứng của cơ gấp gối cải thiện rõ sau 30 ngày nghiên cứu ở cả 2 nhóm NC và NĐC, NNC sau 30 ngày nghiên cứu từ 13,3% bệnh nhân co cứng bậc 0 lên 73,3% ở ngày thứ 30, NĐC từ 23,3% bệnh nhân co cứng bậc 0 lên 66,6% bệnh nhân co cứng 0 điểm ngày thứ 30. Có sự khác biệt giữa NNC và NĐC và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.13 Sự thay đổi mức độ co cứng cơ duỗi gối trước và sau nghiên cứu

Nhóm		NNC (n = 30)(1)		NĐC (n = 30)(2)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
D ₀	1+	11	36,7	10	33,3	>0,05
	1	15	50,0	16	53,4	
	0	4	13,3	4	13,3	
D ₁₅	1+	7	23,3	8	26,7	>0,05
	1	8	26,7	14	46,6	
	0	15	50,0	8	26,7	
D ₃₀	1+	0	0	0	0	<0,05
	1	3	10,0	7	23,3	
	0	27	90,0	23	76,7	
p	p _{D0-D15}	>0,05		>0,05		
	p _{D0-D30}	<0,05		<0,05		

Nhận xét: Bảng 3.13 cho thấy:

Cơ duỗi gối có cải thiện sau 30 ngày nghiên cứu ở cả 2 nhóm NC và NĐC, NNC tại thời điểm D₀ có 50% bệnh nhân có điểm co cứng là 1 điểm, tới thời điểm D₃₀ các bệnh nhân đã cải thiện không còn co cứng là chủ yếu và chiếm 90%, NĐC tại thời điểm D₀ 53,3% bệnh nhân có điểm co cứng là 1, sau 30 ngày nghiên cứu hầu hết các bệnh nhân đã không có co cứng chiếm 76,7% tổng số bệnh nhân. Có sự khác biệt giữa NNC và NĐC và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.3.3 Sự thay đổi về thăng bằng và dáng đi

Bảng 3.14 Sự thay đổi điểm thăng bằng theo Tinetti trước-sau 15 ngày

Thời điểm Nhóm	D₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₁₅ ($\bar{X} \pm SD$)	Hiệu số điểm	P_{D0-D15}
NNC(n = 30)(1)	5,53 ± 2,83	9,73 ± 2,31	4,20 ± 2,28	<0,01
NĐC(n = 30)(2)	5,13 ± 2,43	8,27 ± 3,51	3,13 ± 1,59	<0,05
p ₁₋₂	>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Bảng 3.14 cho thấy:

Sau 15 ngày nghiên cứu, sự thay đổi điểm Tinetti thăng bằng có sự cải thiện tốt ($p < 0,01$ ở NNC và $p < 0,05$ ở NĐC). Sự khác biệt giữa NNC và NĐC chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.15. Sự thay đổi điểm thăng bằng theo Tinetti trước-sau 30 ngày

Thời điểm Nhóm	D₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₃₀ ($\bar{X} \pm SD$)	Hiệu số điểm	P_{D0-D30}
NNC (n=30) (1)	5,53 ± 2,83	13,03 ± 3,46	9,50 ± 4,09	<0,01
NĐC (n=30) (2)	5,13 ± 2,43	10,17 ± 3,44	6,03 ± 2,27	<0,01
p ₁₋₂	>0,05	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Bảng 3.15 cho thấy:

Sau 30 ngày nghiên cứu, điểm Tinetti thăng bằng ở NNC tốt hơn NĐC (trong đó điểm thăng bằng NNC đạt $13,03 \pm 3,46$ và NĐC đạt $10,17 \pm 3,44$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.16 Sự thay đổi điểm dáng đi theo Tinetti trước-sau 15 ngày

Nhóm \ Thời điểm	D₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₁₅ ($\bar{X} \pm SD$)	Hiệu số điểm	p_{D0-D15}
NNC (n=30) (1)	$7,33 \pm 1,67$	$10,43 \pm 2,37$	$3,10 \pm 2,20$	<0,01
NĐC (n=30) (2)	$7,67 \pm 2,47$	$10,03 \pm 3,60$	$2,76 \pm 1,61$	<0,05
p ₁₋₂	>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Bảng 3.16 cho thấy:

- Sau 15 ngày nghiên cứu, sự thay đổi điểm Tinetti dáng đi có sự cải thiện tốt ($p < 0,01$ ở NNC và $p < 0,05$ ở NĐC).
- Sự khác biệt giữa NNC và NĐC chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

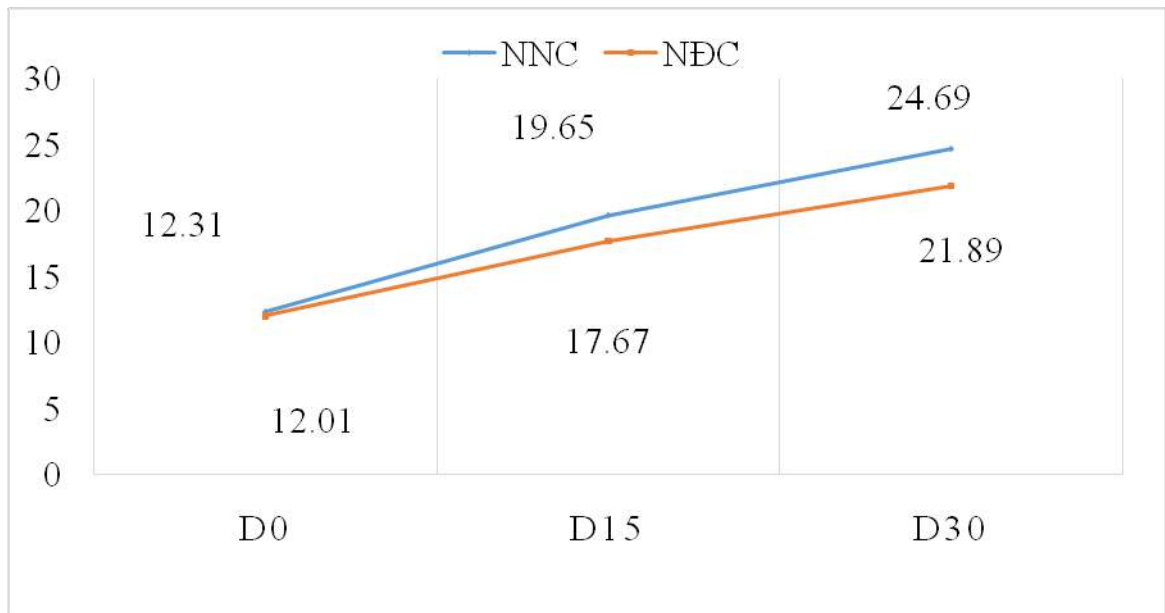
Bảng 3.17 Sự thay đổi điểm dáng đi theo Tinetti trước-sau 30 ngày

Nhóm \ Thời điểm	D₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D₃₀ ($\bar{X} \pm SD$)	Hiệu số điểm	p_{D0-D30}
NNC (n=30) (1)	$7,33 \pm 1,67$	$11,43 \pm 2,54$	$5,10 \pm 4,09$	<0,01
NĐC (n=30) (2)	$7,67 \pm 2,47$	$10,30 \pm 2,60$	$3,03 \pm 2,24$	<0,01
p ₁₋₂	>0,05	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Bảng 3.17 cho thấy

Sau 30 ngày nghiên cứu, điểm Tinetti đáng đi ở NNC tốt hơn NĐC trong đó điểm của NNC đạt $11,43 \pm 2,54$ và NĐC đạt $10,30 \pm 2,60$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Biểu đồ 3.4 Sự thay đổi tổng điểm Tinetti trước và sau điều trị



Nhận xét: Biểu đồ 3.4 cho thấy:

Tổng điểm Tinetti tại thời điểm trước nghiên cứu, sau nghiên cứu 15 ngày và sau nghiên cứu 30 ngày có sự cải thiện rõ rệt, NNC có tổng điểm cao hơn NĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.18 Sự thay đổi phân loại điểm Tinetti trước-sau 15 ngày

Mức độ/Nguy cơ ngã	NNC (n = 30) (1)				NĐC (n = 30)(2)				P ₁₋₂
	D ₀		D ₁₅		D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Thấp	0	0	10	3,3	0	0	3	10,0	p _{D0} >0,05 p _{D15} <0,05
Trung bình	4	13,3	15	50,0	3	10,0	10	33,3	
Cao	26	86,7	5	16,7	27	90,0	17	56,7	
P _{D0-D15}	>0,05				>0,05				

Nhận xét: Bảng 3.18 cho thấy

Sau 15 ngày nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã cao có sự thay đổi rõ rệt ở cả NNC và NĐC; trong đó NNC tốt hơn NĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.19 Sự thay đổi phân loại điểm Tinetti trước-sau 30 ngày

Mức độ/Nguy cơ ngã	NNC (n = 30) (1)				NĐC (n = 30) (2)				P ₁₋₂
	D ₀		D ₃₀		D ₀		D ₃₀		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Thấp	0	0	17	57	0	0	7	23,4	P _{D0} >0,05 P _{D30} <0,01
Trung bình	4	13,3	11	36,6	3	0	13	43,3	
Cao	26	86,7	2	6,7	27	90,0	10	33,3	
P _{D0-D30}	<0,01				>0,05				

Nhận xét: Bảng 3.19 cho thấy:

Sau 30 ngày nghiên cứu, sự cải thiện nguy cơ ngã có sự khác biệt rõ rệt, NNC tốt hơn NĐC với tỷ lệ nguy cơ ngã mức cao chỉ 6,7% so với 33,3% ở NĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.20 Sự thay đổi mức độ liệt theo thang điểm mRankin trước và sau

Điểm mRankin	NNC (n= 30) (1)				NĐC (n= 30) (2)			
	D ₀		D ₃₀		D ₀		D ₃₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 điểm	3	10,0	16	53,4	2	7,6	10	33,3
1 điểm	23	76,7	10	33,3	25	83,3	15	50,0
2 điểm	4	13,3	4	13,3	3	10,0	5	16,7
P ₁₋₂	P _{D0}				>0,05			
	P _{D30}				<0,05			

Nhận xét: Bảng 3.20 cho thấy:

Sau 30 ngày nghiên cứu mRankin của 2 nhóm đều cải thiện rõ rệt, bệnh nhân trong NNC từ 10% bệnh nhân 0 điểm mRankin tại thời điểm D_0 đã đạt 53.3%. NDC từ 7,6% bệnh nhân đạt 0 điểm mRankin tại D_0 đến D_{30} có 33,3% bệnh nhân đạt 0 điểm. Sự cải thiện điểm mRankin không tương đồng ở 2 nhóm và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4 Sự thay đổi cân lâm sàng

Bảng 3.21 Sự thay đổi điện cơ chi trên trước và sau điều trị

Điện cơ	NNC				NDC			
	D_0		D_{30}		D_0		D_{30}	
	n=30	%	n=30	%	n=30	%	n=30	%
Trạng thái cơ nghỉ: Không xuất hiện điện thế tự phát	30	100	30	100	30	100	30	100
Trạng thái cơ cơ vừa: MU đa pha MUAP biên độ lớn và thời khoảng kéo dài	30	100	30	100	30	100	30	100
Trạng thái cơ cơ tối đa: Hình ảnh giảm kết tập, hình ảnh tăng tốc.	30	100	30	100	30	100	30	100
Hình ảnh bệnh lý nguồn gốc thần kinh trên EMG	30	100	30	100	30	100	30	100

Nhận xét: Bảng 3.21 cho thấy:

Kết quả điện cơ sau 30 ngày nghiên cứu 100% bệnh nhân có kết quả có hình ảnh bệnh lý thần kinh trên ECG.

Bảng 3.22. Kết quả chụp MRI của bệnh nhân trước và sau nghiên cứu.

Bệnh nhân	Trước nghiên cứu (n=3)	Sau nghiên cứu (n=3)
1	Hình ảnh tổn thương đã dịch hóa thùy thái dương trái	Hình ảnh tổn thương đã dịch hóa thùy thái dương trái
2	Hình ảnh nhồi máu thùy trán phải	Hình ảnh tổn thương dịch hóa, tăng sinh mô đệm thùy trán phải
3	Hình ảnh nhồi máu thùy thái dương phải	Hình ảnh nhồi máu thùy thái dương phải đã dịch hóa một phần.

Nhận xét: Bảng 3.22 cho thấy:

Trên phim MRI mô tả sau can thiệp cho thấy có sự chuyển hóa ổn định về mặt hình ảnh tổn thương (dịch hóa).

2.8 Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.23 Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn của BN nghiên cứu trước-sau nghiên cứu

Nhóm		D₀	D₁₅	D₃₀	P_{D0-D30}
Thời điểm		$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$	
NNC (n=30) (1)	Mạch (lần/phút)	79,90 ± 7,54	78,43 ± 5,21	77,17 ± 4,92	<0,01
	Huyết áp tâm thu (mmHg)	134,67 ± 14,20	131,15 ± 9,47	127,83 ± 8,68	<0,01
	Huyết áp tâm trương (mmHg)	80,16 ± 10,30	78,24 ± 8,60	76,83 ± 6,23	<0,05
	Huyết áp trung bình (mmHg)	98,33 ± 10,92	97,44 ± 8,12	98,83 ± 6,36	<0,01
NĐC (n=30) (2)	Mạch (lần/phút)	78,77 ± 8,04	77,62 ± 6,41	76,40 ± 4,49	>0,01
	Huyết áp tâm thu (mmHg)	129,17 ± 12,46	127,66 ± 10,21	125,00 ± 8,50	>0,05
	Huyết áp tâm trương (mmHg)	77,55 ± 9,97	77,58 ± 6,96	77,67 ± 5,98	>0,05
	Huyết áp trung bình (mmHg)	94,72 ± 10,15	94,42 ± 7,81	93,44 ± 5,51	>0,05
P ₁₋₂		>0,05	>0,05	>0,05	
		>0,05	>0,05	>0,05	
		>0,05	>0,05	>0,05	
		>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Bảng 3.23 cho kết quả:

Sau 30 ngày nghiên cứu chỉ số mạch, huyết áp của NNC, NĐC có sự thay đổi so với trước nghiên cứu. Sự thay đổi vẫn trong giới hạn bình thường. Sự thay đổi của NNC và NĐC có sự khác biệt và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.24. Tác dụng không mong muốn của điện châm

TDKMM \ Thời điểm		D ₀		D ₁₅		D ₃₀	
		n= 30	%	n= 30	%	n= 30	%
Vụng châm	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Chảy máu nơi châm	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Bầm tím nơi châm	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Gãy kim	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Nhiễm trùng	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Bảng 3.24 cho kết quả:

Không bệnh nhân nào xuất hiện biểu hiện vụng châm, chảy máu nơi châm, bầm tím nơi châm, gãy kim hoặc nhiễm trùng nơi châm trong quá trình 30 ngày điều trị.

**Bảng 3.25 Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh
Nguyễn Văn Hưởng**

TDKMM		D ₀ (n= 30)		D ₁₅ (n= 30)		D ₃₀ (n=30)	
		n	%	n	%	n	%
Buồn nôn	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Nôn	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Đau đầu	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Hoa mắt chóng mặt	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0
Đau cơ bụng/tay chân	NNC	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Bảng 3.25 cho thấy:

Trong quá trình thực hiện phương pháp khí công dưỡng sinh bằng bài tập chống xơ cứng của Nguyễn Văn Hưởng, không bệnh nhân nào có biểu hiện bất thường (buồn nôn, nôn, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau cơ).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, TBMMN gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi (66.7% ở NNC và 63,3% ở NĐC) thấp nhất là từ 40 đến 49 tuổi (3.3% ở NNC và 20% ở NĐC) với tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 67 tuổi.

Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả trong nước như:

Nguyễn Công Doanh, Lê Đức Hình và cộng sự.

Theo Lê Văn Thính, Lê Đức Hình và cộng sự [53].

Tác giả Nguyễn Văn Đăng [54] lứa tuổi mắc TBMMN nhiều nhất là từ 51 đến 70 tuổi.

Nghiên cứu FUTURE (2018) tuổi đột quỵ ở người trẻ dao động trong khoảng từ 18 đến 50 tuổi [67]. Trong báo cáo của Jake Ramaly (2019) tuổi trung bình đột quỵ là 61 [68]

Có sự khác biệt về độ tuổi trung bình bệnh nhân đột quỵ trong các nghiên cứu khác nhau, các nghiên cứu trong và ngoài nước có thể do tại các cơ sở y tế khác nhau, khu vực địa lý khác nhau nên việc tiếp cận về y tế đối với bệnh nhân đột quỵ sẽ khác nhau. Đồng thời các nước khác nhau, sự phát triển về y tế có khác nhau vì vậy chất lượng chăm sóc sức khỏe của các quốc gia là một trong số các yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt về tuổi trung bình mắc bệnh.

Kết quả nghiên cứu của các tác giả cho thấy TBMMN hiện nay có xu hướng gia tăng theo lứa tuổi. Điều này phù hợp với lý luận của y học cổ truyền: Khí tà xâm phạm vào cơ thể, trước hết do chính khí suy, theo Nội kinh: “Nữ 49 tuổi mạch xung nhâm kém, thiên quý khô kiệt, kinh nguyệt cạn, hình thể suy yếu. Nam đến 56 tuổi can khí suy, gân cử động kém, thiên quý

kiệt, tinh yếu, thận suy, toàn thân mệt mỏi...” Như vậy con người ngoài 50 tuổi trở đi, chính khí bắt đầu suy, tuổi càng cao chính khí càng kém, vì vậy phong tà sẽ thừa cơ xâm nhập mà gây bệnh.

- Đặc điểm về giới tính

Bệnh nhân TBMMN trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới, ở NNC nam:nữ = 4.99:1, ở NĐC nam : nữ = 2.75:1, tỷ lệ chung của cả 2 nhóm nam: nữ = 3.9: 1. Điều này có thể được lý giải do bệnh nhân nam có nhiều yếu tố nguy cơ với các bệnh lý hơn do thói quen uống rượu, hút thuốc... là những yếu tố được ghi nhận có tác động trực tiếp đến sự gia tăng của bệnh lý mạch máu (cả mạch máu nhỏ và mạch máu lớn), đồng thời cũng là yếu tố nguy cơ trực tiếp gây ra tình trạng nhồi máu não. Chúng ta đều biết rằng nhồi máu não là tình trạng xảy ra do cục huyết khối lưu trú hoặc làm nghẽn lòng mạch, gây thiếu máu nuôi vùng não bị chi phối, từ đó gây ra các khiếm khuyết thần kinh hoặc mất chức năng thần kinh khu trú tại vùng nhồi máu, nguyên nhân có thể do tình trạng xơ vữa mạch hoặc các mảng xơ vữa không ổn định, bong tróc, đặc biệt khi áp lực máu gia tăng trong tăng huyết áp, hay tình trạng tổn thương mạch máu nhỏ ở bệnh lý đái tháo đường hoặc tình trạng rối loạn lipid máu gây tăng cholesterol toàn phần gây ra. Phân bố giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với một số tác giả trong nước như Lê Văn Thịnh, Lê Đức Hình [53], Nguyễn Văn Chương [55].

4.2 Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 6-7 tháng, không có sự khác biệt giữa NNC và NĐC ($p>0.05$), phân bố tập trung ở nhóm bị bệnh dưới 1 tháng (NNC là 46.7%, NĐC là 40%). Điều này chứng tỏ bệnh nhân sau khi mắc TBMMN đã được can thiệp từ rất sớm. Trong quá trình tiếp nhận bệnh nhân, chúng tôi cũng nhận thấy phần lớn đều đã được can thiệp phục hồi chức năng từ rất sớm,

ngay khi bệnh nhân nằm tại khoa cấp cứu hoặc các đơn vị đột quy, cấp cứu tim mạch. Điều này chứng tỏ, cùng với sự phát triển của các đơn vị đột quy trong những năm gần đây và quan điểm điều trị thay đổi từ việc cứu sống sang việc cứu sống nhưng cố gắng đảm bảo chất lượng cuộc sống và tái hòa nhập cộng đồng của các bệnh nhân sau đột quy, đặc biệt là đột quy nhồi máu não (chiếm tới 85% tỷ lệ bệnh nhân đột quy não), các bác sỹ đã lưu tâm nhiều hơn đến việc phối hợp với các chuyên khoa ngay từ đầu trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Điều này đã tác động không nhỏ đến việc hồi phục những chức năng cơ bản, giúp những bệnh nhân có tổn thương thần kinh và vận động khi quay trở lại với cộng đồng có khả năng thực hiện những sinh hoạt cơ bản tự phục vụ bản thân mà không cần đến sự trợ giúp của người khác. Điều này cũng giúp bệnh nhân chủ động và tự tin hơn khi tái hòa nhập cộng đồng khi các tổn thương không hồi phục được hoàn toàn.

Tuy nhiên chúng ta thấy thời gian mắc bệnh trung bình ở các bệnh nhân trong nghiên cứu là 6-7 tháng, có thể lý giải bởi: các bệnh nhân tới bệnh viện điều trị không những từ những ngày đầu bị bệnh (46,7% bệnh nhân thời gian bị bệnh < 1 tháng ở NNC, và 40% ở NĐC), có những bệnh nhân vào viện sau giai đoạn cấp được cấp cứu tại các viện Tây y khác sau đó mới tới viện Châm cứu tiếp tục điều trị, hoặc có những bệnh nhân đã được điều trị nhiều đợt tại bệnh viện.

Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu như:

Nguyễn Công Doanh, Lê Đức Hình và cộng sự [52]: bệnh nhân sau tai biến được can thiệp rất sớm từ ngày thứ 5 chiếm tỉ lệ 63.46%.

Vũ Thường Vinh và cộng sự (2011)[56] thời gian từ khi bệnh nhân bị TBMMN đến khi điều trị dưới 1 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (chiếm tỉ lệ 50%) sau đó tới nhóm thời gian bị bệnh tới lúc điều trị 1-6 tháng (chiếm tỉ lệ 32.8%), thấp nhất là bệnh nhân đến điều trị sau 6 tháng (chiếm tỉ lệ 17.2%).

Lê Thị Mơ (2011) [58] Tỷ lệ bệnh nhân đến điều trị trong thời gian dưới 3 tháng chiếm tỉ lệ cao NNC chiếm tỉ lệ 46.7%, NĐC chiếm tỉ lệ 46.6%.

Vũ Thị Hải Yến (2010) [61] Bệnh nhân tới điều trị trong vòng 3 tháng sau khi bị bệnh chiếm tỉ lệ 66.7% ở NĐC và 63.3% ở NNC.

4.3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm tiền sử bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Biểu đồ 3.3 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có tiền sử Tăng huyết áp có tỉ lệ cao nhất chiếm 73.3% ở NNC và 66.7% ở NĐC và thấp nhất ở nhóm bệnh nhân có tiền sử có bệnh lý tim mạch với 10% ở NNC và 23.3% ở NĐC.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác như:

Nguyễn Văn Chương (2003) [62] Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử Tăng huyết áp chiếm 86% trong nghiên cứu.

Nguyễn Công Doanh (2011) [52] tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao nhất 50%.

Lê Thị Mơ (2011) [58] Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử Tăng huyết áp chiếm tỉ lệ 80% ở NNC và chiếm tỉ lệ 83.3% ở NĐC.

Theo Lê Trọng Luân và cộng sự người bệnh có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ tai biến mạch máu não gấp 6.35 lần so với nhóm chứng. [63]

- Đặc điểm số lần bệnh nhân mắc tai biến mạch máu não

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân mắc TBMMN lần thứ nhất chiếm tỷ lệ lớn với 90% ở NNC và 93.3% ở NĐC, NNC có 10% bệnh nhân mắc tai biến lần thứ 2, không có bệnh nhân nào mắc tai biến lần 3. NĐC có 6.7% bệnh nhân mắc tai biến lần thứ 3, không có bệnh nhân mắc tai biến lần thứ 2. Không có sự khác biệt về phân bố số lần mắc tai biến mạch máu não của bệnh nhân nghiên cứu ($p > 0.05$)

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Mơ (2011) [58] số bệnh nhân mắc tai biến lần thứ nhất chiếm tỉ lệ 90% ở NNC và chiếm 86.7% ở NĐC.

Cũng thông qua kết quả này chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân có xuất hiện tai biến mạch não tái phát chiếm tỉ lệ 1/14.8 đến 1/9 lần. Vì vậy việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ và các di chứng sau tai biến là yếu tố quan trọng giúp hạn chế nguy cơ tai biến tái phát với các bệnh nhân tai biến mạch máu não.

- Đặc điểm về phân bố bên liệt của bệnh nhân tai biến mạch máu não.

Nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân liệt bên phải nhiều hơn bên trái ở cả NNC và NĐC trong đó NNC bệnh nhân liệt bên phải chiếm 56,7%, NĐC bệnh nhân liệt bên phải chiếm 53,3%. Sự khác biệt về phân bố bên liệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Vị trí bên liệt của bệnh nhân do chịu ảnh hưởng của bên tổn thương, tuy nhiên với những bệnh nhân liệt bên phải (thường là bên thuận) cũng gây ảnh hưởng đến việc hướng dẫn bệnh nhân tập vận động và thực hiện các sinh hoạt cá nhân. Bệnh nhân thường quen sử dụng tay thuận làm việc, khi tay thuận bị liệt bệnh nhân thường thụ động không quen làm bằng tay còn lại dẫn đến cần người nhà hỗ trợ, việc này sẽ làm hạn chế hoạt động phục hồi chức năng cũng như hòa nhập xã hội của bệnh nhân. Chúng tôi thường khuyến khích bệnh nhân tránh quên đi bên liệt bằng cách nằm quay bên lành vào tường, nhằm tối đa hóa sự tiếp xúc của bên liệt với môi trường xung quanh. Khi bệnh nhân với tay lấy nước, chải tóc, cầm đồ ăn đều cần phải với qua tay liệt. Điều này sẽ giúp khuyến khích bệnh nhân tập luyện bên liệt cũng như không “lãng quên” nửa người của mình (hội chứng lãng quên nửa người).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Doanh và cộng sự (2011) [52] tỉ lệ bệnh nhân liệt nửa người phải chiếm 65.38% tổng số.

Lê Thị Mơ và cộng sự (2011) [58] tỷ lệ bệnh nhân liệt nửa người phải là 45%. Trần Thị Quyên (2005) [64] tỷ lệ bệnh nhân liệt nửa người phải và trái là tương đương. Vũ Thị Hải Yến (2010)[61] bệnh nhân liệt nửa người phải chiếm 55%.

Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ gần tương đồng với các giả trên. Kết quả không đồng nhất giữa các tác giả có thể do đối tượng nghiên cứu có thể khác nhau hoặc thời gian nghiên cứu, để làm rõ điều này cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đưa ra kết luận chính xác.

- Đặc điểm về phân bố tỷ lệ nhồi máu não và xuất huyết não

Theo bảng 3.3 trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não cao gấp 9 lần so với bệnh nhân xuất huyết não (bệnh nhân nhồi máu não trong NNC chiếm 93.3%, trong NĐC chiếm 90%)

Trong nghiên cứu của Lê Thị Mơ và cộng sự (2011) [58] tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ 80% ở NNC và chiếm tỷ lệ 76,6% ở NĐC.

Theo tác giả Nguyễn Văn Thịnh và cộng sự (2000) [53], tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não chiếm 60-70%. Tôn Chí Nhân (2004) [65], tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não chiếm 79,1% trong nghiên cứu.

Các nghiên cứu cho thấy tai biến mạch máu não hay gặp là nhồi máu não và xuất huyết não trong đó nhồi máu não chiếm tỷ lệ cao hơn rõ rệt.

4.4. Đánh giá về tác dụng phục hồi chức năng vận động và một số chỉ số cận lâm sàng của điện châm kết hợp phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

4.4.1 Sự thay đổi cơ lực trước và sau điều trị

- Kết quả nghiên cứu cho thấy ở cả hai nhóm NC và ĐC sau 30 ngày nghiên cứu cơ lực của bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt trong đó NNC kết quả cải thiện cơ lực cao hơn với NĐC và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Chi trên nhóm cơ gấp so với nhóm cơ duỗi có tỉ lệ cao hơn, chi dưới tỉ lệ bệnh nhân hồi phục nhóm cơ duỗi cao hơn nhóm cơ gấp. Điều này phù hợp với tiến triển hồi phục của các bệnh nhân TBMMN: chi trên ưu thế hồi phục nhóm cơ gấp cao hơn nhóm cơ duỗi, chi dưới nhóm cơ duỗi ưu thế hồi phục sớm hơn nhóm cơ gấp.

Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả: Nguyễn Công Doanh (2011), Mai Văn Thông (2018), Trần Thị Quyên (2005)

4.4.2. Sự thay đổi mức độ co cứng

- Nhóm cơ chi trên ưu thế hồi phục thuộc về nhóm cơ gấp, phù hợp với kết quả nghiên cứu. Trong đó ở cả NNC và NĐC nhóm cơ gấp thể hiện tiến triển hồi phục nhanh hơn nhóm cơ duỗi, tại thời điểm D_{30} tỉ lệ bệnh nhân có điểm co cứng đạt 0 điểm của cơ nhị đầu cánh tay thực hiện động tác gấp khớp khuỷu đạt lần lượt 93,3% và 73,3% ở NNC và NĐC. Nhóm cơ thực hiện động tác duỗi khớp khuỷu – cơ tam đầu tại thời điểm D_{30} có 83,3% bệnh nhân ở NNC và 70% bệnh nhân ở NĐC đạt 0 điểm co cứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm.

- Nhóm cơ chi dưới ưu thế phục hồi thuộc về nhóm cơ duỗi, trong đó tại thời điểm D_0 đánh giá mức độ co cứng của nhóm cơ gấp có 23,3% bệnh nhân có điểm co cứng 1+, 63,3% bệnh nhân co cứng 1, và có 13,3% bệnh nhân không có co cứng ở NNC, NĐC tỉ lệ bệnh nhân có điểm co cứng 1+, 1,0 tại thời điểm D_0 lần lượt là 26,7%, 50% và 23,3%. Đến thời điểm D_{30} ở NNC có 73,3% bệnh nhân không có co cứng và NĐC có 66,6% bệnh nhân không có co cứng. Trong khi đó nhóm cơ duỗi tại thời điểm D_0 chỉ có 13,3% bệnh nhân NNC và 33,3% bệnh nhân NĐC không có co cứng, đến thời điểm D_{30} 90% bệnh nhân NNC đạt mức co cứng 0 điểm và 76,7% bệnh nhân NĐC không còn co cứng.

Kết quả này cho thấy việc can thiệp sớm giúp các bệnh nhân kiểm soát tốt các thương tật thứ cấp, giúp hạn chế được một trong những thương tật

thứ cấp hay gặp nhất của bệnh nhân tai biến là co cứng. Khi sự co cứng của bệnh nhân được kiểm soát giúp bệnh nhân không còn cảm giác sợ đau, sợ khi tiến hành tập các bài tập phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân dẫn đến làm chậm quá trình hồi phục và hòa nhập cuộc sống.

4.4.3 Kết quả về sự thay đổi thang điểm Tinetti trước và sau điều trị.

Sự thay đổi điểm thăng bằng

Đánh giá khả năng thăng bằng của bệnh nhân sau tai biến giúp nhận định được mức độ khiếm khuyết hiện tại, đồng thời lên phương án luyện tập cải thiện chức năng thăng bằng, giúp người bệnh hạn chế tối đa các khiếm khuyết về chức năng thăng bằng cũng như dễ dàng hòa nhập trở lại và tham gia các hoạt động sinh hoạt hàng ngày tốt hơn và giảm thiểu được các thương tật thứ cấp do rối loạn chức năng thăng bằng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thăng bằng của các bệnh nhân được cải thiện rõ sau quá trình nghiên cứu. Khi thăng bằng của bệnh nhân được cải thiện bệnh nhân dễ dàng tham gia các hoạt động vận động, giúp cải thiện tốt hơn nữa cơ lực, mức độ co cứng cũng như các hoạt động trong sinh hoạt hằng ngày khác.

Sự thay đổi điểm dáng đi

Bệnh nhân sau TBMMN thường có mẫu co cứng điển hình: gập, khép, xoay trong với chi trên; duỗi, dạng, xoay ngoài với chi dưới. Việc cơ lực yếu và sự khó khăn trong kiểm soát các vận động phối hợp khiến bệnh nhân đi lại khó khăn cũng như không dám hay khó đi trên đoạn đường dài. Khi tiến hành đánh giá dáng đi cho bệnh nhân chúng tôi thấy điểm đánh giá của bệnh nhân cải thiện rõ, đặc biệt nhóm nghiên cứu có sự cải thiện hơn so với nhóm đối chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này đưa ra thêm bằng chứng chứng minh vai trò của phương pháp tập dưỡng sinh trong việc cải thiện dáng đi của bệnh nhân TBMMN.

Thang điểm Tinetti tổng hợp cho thấy tổng điểm dáng đi và thăng bằng cho thấy nguy cơ ngã của bệnh nhân được cải thiện rõ từ nhóm nguy cơ ngã cao với hầu hết các bệnh nhân, sau nghiên cứu nguy cơ ngã của bệnh nhân giảm giúp bệnh nhân dễ dàng hòa nhập trở lại với cộng đồng và sẵn sàng tham gia tập luyện nhiều hơn.

Nghiên cứu Bing-Lin Chen, Winsler, Yu D.H. và Yang H.X. cũng tương đồng với kết quả của chúng tôi khi đều cho rằng tập dưỡng sinh có hiệu quả tốt cho chức năng vận động thăng bằng của bệnh nhân tai biến mạch máu não [74],[75],[76].

Sự thay đổi thang điểm mRankin trước và sau nghiên cứu

Trong bảng 3.19 cho thấy các bệnh nhân trong nghiên cứu có cải thiện mức độ liệt của bệnh nhân. Tình trạng phụ thuộc của bệnh nhân vào các hoạt động giảm đáng, các bệnh nhân trong nghiên cứu đã độc lập trong vận động và các sinh hoạt hàng ngày. Từ 10% bệnh nhân 0 điểm sau 30 ngày nghiên cứu đã đạt 53,3% bệnh nhân đạt 0 điểm ở NNC và tỉ lệ cao hơn so với NĐC là 33,3%.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Công Doanh (2011), Nguyễn Thị Ngọc Linh (2016)

Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng thông qua cơ chế tác dụng: Điều hòa cân bằng âm dương, điều hòa khí huyết, thông kinh lạc, giúp bồi bổ nâng cao chân khí cũng như dự phòng các bệnh mạn tính giúp lập lại cân bằng cho cơ thể người bệnh, giúp khí huyết lưu hành trơn tru trong kinh mạch, chính khí được bù đắp khiến các triệu chứng của bệnh nhân được cải thiện.

4.5. Bàn luận về một số chỉ số cận lâm sàng.

Sự thay đổi trên điện cơ

Bảng 3.21 cho thấy: trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả điện cơ của bệnh nhân trong 2 nhóm trước và sau nghiên cứu không có sự khác biệt. Có

thể số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn thấp chưa đủ dữ liệu để đánh giá hiệu quả của phương pháp trên diện cơ của bệnh nhân trước và sau điều trị.

Sự thay đổi trên kết quả chụp cộng hưởng từ

Kết quả phim chụp của các bệnh nhân TBMMN sau điều trị cho thấy tình trạng các tổn thương của bệnh ổn định và không có tình trạng nặng thêm. Do số lượng người bệnh được tiến hành còn thấp nên chưa nói lên mối liên quan giữa can thiệp và sự thay đổi trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não.

4.6. Bàn luận về tác dụng không mong muốn

Theo dõi mạch, huyết áp của các bệnh nhân trước và sau điều trị hằng ngày, kết quả bảng 3.23 cho thấy so sánh các chỉ số về dấu hiệu sinh tồn của các đối tượng nghiên cứu trong 2 nhóm, tại thời điểm trước và sau nghiên cứu các chỉ số dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân có sự thay đổi nhẹ trong giới hạn bình thường của các chỉ số, các thay đổi này không ảnh hưởng tới tình trạng bệnh của bệnh nhân và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu này, chúng tôi vẫn duy trì phác đồ nền điều trị sau ra viện của bệnh nhân nghiên cứu theo đơn của các bác sĩ chuyên khoa. Các thuốc huyết áp, tim mạch, chống đông, thuốc điều trị bệnh lý chuyển hóa (đái tháo đường, rối loạn lipid máu) được uống đều đặn và đầy đủ. Bởi vậy, các chỉ số liên quan đều được khống chế tốt. Đây là một biện pháp hiệu quả nhằm làm hạn chế tối đa nguy cơ tiến triển của đột quỵ cũ, đồng thời cũng là biện pháp điều trị dự phòng đột quỵ mới.

Điều này cũng chứng tỏ việc tập dưỡng sinh phối hợp điện châm không những thể hiện hiệu quả với các bệnh nhân mà còn an toàn với các bệnh nhân được can thiệp.

Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mai Văn Thông năm 2018 các chỉ số mạch, huyết áp của bệnh nhân sau can thiệp có thay đổi và sự thay đổi này vẫn trong giới hạn bình thường.

Phương pháp điện châm kết hợp tập dưỡng sinh phương pháp Nguyễn Văn Hưởng trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong quá trình điều trị không có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn nhý vụng châm, nhiễm trùng nõi châm, đau đầu... Điều này có thể đỷc giải thích do trong quá trình điều trị trước khi tiến hành thủ thuật chúng tôi tiến hành kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn và sử dụng thuốc nền điều trị bệnh lý phù hợp, đồng thời chúng tôi theo dõi tình hình chăm sóc dinh dưỡng của các bệnh nhân, giải thích, dặn dò bệnh nhân chuẩn trước những triệu chứng có thể gặp khi châm giúp bệnh nhân yên tâm điều trị. Đây cũng là một điều giúp bệnh nhân hạn chế được các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra.

Chương 5

KẾT LUẬN

Qua quá trình tiến hành nghiên cứu trên 60 bệnh nhân TBMMN giai đoạn phục hồi sau 30 ngày điều trị bằng điện châm và kết hợp điện châm với phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương chúng tôi rút ra kết luận sau:

5.1. Về tác dụng phục hồi chức năng vận động:

- Sự cải thiện cơ lực các cơ sau 30 ngày tập ở NNC: cơ tam đầu có cơ lực bậc 5 chiếm tỉ lệ 60%, cơ nhị đầu có cơ lực bậc 5 chiếm tỉ lệ 70%, cơ gấp gối có cơ lực bậc 5 chiếm tỉ lệ 30%, cơ duỗi gối cơ lực bậc 5 chiếm tỉ lệ 76,7%. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước tập và so với NĐC, với $p < 0,05$.

- Sự cải thiện mức độ co cứng các cơ sau 30 ngày tập ở NNC: cơ nhị đầu có mức co cứng 0 điểm chiếm tỉ lệ 93,3%, cơ tam đầu có mức co cứng 0 điểm chiếm tỉ lệ 83,3%, cơ gấp gối có mức co cứng 0 điểm chiếm tỉ lệ 73,3%, cơ duỗi gối có mức co cứng 0 điểm chiếm tỉ lệ 90%. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước tập và so với NĐC, với $p < 0,05$.

- Sự cải thiện mức độ liệt theo thang điểm mRankin sau 30 ngày tập tỉ lệ bệnh nhân ở NNC đạt 0 điểm chiếm tỉ lệ 53,3%, NĐC là 33,3%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Sau 30 ngày tập hiệu số điểm Tinetti thăng bằng ở NNC là $9,5 \pm 4,09$, NĐC là $6,03 \pm 2,27$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sau 30 ngày tập hiệu số điểm Tinetti dáng đi ở NNC là $5,01 \pm 4,09$, NĐC là $3,03 \pm 2,24$, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sau 30 ngày tập nguy cơ ngã của bệnh nhân cải thiện ở NNC tỉ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã thấp chiếm tỉ lệ 57%, NĐC là 23%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

5.2. Về tác dụng không mong muốn của điện châm kết hợp phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn hồi phục.

- Sau 30 ngày tập chỉ số mạch, huyết áp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC với $p > 0,05$.

- Không có bệnh nhân nào có biểu hiện: đau đầu, chóng mặt, vụng châm, đau cơ trong và sau khi tập dưỡng sinh kết hợp với điện châm.

Chương 6

KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả thu được bước đầu, chúng tôi kiến nghị cần có những nghiên cứu sâu hơn, trên số lượng bệnh nhân lớn hơn nhằm đánh giá một cách có hệ thống về tác dụng của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với điện châm với bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al: Disability-adjusted life years(DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010; a systematic analysis for the global burden of diseases study 2010. *Lancet* 2012; 380;2197-2223.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al: Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the global burden of diseases study 2010. *Lancet* 2012;380: 2095-2128.
3. Daniel T Lackland, DrPH, *Stroke* 2014 January; 45(1): 315-353, doi: 10.1161/01.str.0004337068.0550.cf.
4. Mozaffarian D, Benjamin EJ, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the American Heart Association [published corrections appear in *Circulation*. 2015;131:e535 and *Circulation*. 2016;133:e417]. *Circulation*. 2015;131:e29–e322. doi: 10.1161/CIR.000000000000152.
5. YuDH, Yang XH. The effect of Taichi intervention on balance in older males. *Journal of sport and Health science*, 2012;1:57-60.
6. Hatano S(1976) Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. *Bulletin of the World Health Organisation* 54: 541–53.
7. Amelia K. Boehme, PhD^{1,2}, Charles Esenwa, MD², and Mitchell S. V. Elkind, MD: Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention; Department of Neurology, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York.

8. AHA/ASA guideline 2018. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke.
9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr. et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The jnc 7 report. *JAMA*. 2003; 289:2560–2572. [PubMed: 12748199].
10. Lewington S, Clarke R, et al: Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002; 360:1903–1913. [PubMed: 12493255].
11. Tirschwell DL, Smith NL, Heckbert SR, Lemaitre RN, Longstreth WT Jr. Psaty BM. Association of cholesterol with stroke risk varies in stroke subtypes and patient subgroups. *Neurology*. 2004; 63:1868–1875. [PubMed: 15557504].
12. Iso H, Jacobs DR Jr. Wentworth D, Neaton JD, Cohen JD. Serum cholesterol levels and six-year mortality from stroke in 350,977 men screened for the multiple risk factor intervention trial. *N Engl J Med*. 1989; 320:904–910. [PubMed: 2619783].
13. Hackam DG, Austin PC, Huang A et al (2012). Statins and intracerebral hemorrhage: A retrospective cohort study. *Arch Neurol*. 2012; 69:39–45. [PubMed: 21911657].
14. Banerjee C, Moon YP, Paik MC et al (2012). Duration of diabetes and risk of ischemic stroke: The northern manhattan study. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2012; 43:1212–1217.
15. Kamel H, Okin PM (2016). Atrial fibrillation and mechanisms of stroke: Time for a new model. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2016; 47:895–900.

16. O'Neal WT, Kamel H, Kleindorfer D et al (2016). Premature atrial contractions on the screening electrocardiogram and risk of ischemic stroke: The reasons for geographic and racial differences in stroke study. *Neuroepidemiology*. 2016; 47:53–58. [PubMed: 27529786].
17. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL; on behalf of the American Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49:e46– e99. doi: 10.1161/STR.000000000000158.
18. Bhat VM, Cole JW, Sorkin JD, Wozniak MA, Malarcher AM, Giles WH, et al. Dose-response relationship between cigarette smoking and risk of ischemic stroke in young women. *Stroke*. 2008; 39:2439–2443. [PubMed: 18703815].
19. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R, Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986;80:429-434
20. Berg KO, Wood-Dauphinée SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health*.1992;83(suppl 2) :S7– S11.
21. Winstein, et al(2016) Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.;47:e98–e169. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098.

22. Kong JC, Lee MS et al (2010): Acupuncture for functional recovery after stroke: a systematic review of sham-controlled randomized clinical trials. *CMAJ* 2010;182:1723–1729.
23. Lee SJ et al (2013): Scalp acupuncture for stroke recovery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Int Med*;5: 87–99.
24. Wu P et al (2010): Acupuncture in poststroke rehabilitation: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Stroke* 2010;41:e171–e179.
25. Qi YZ, Fu LX, Xiong J(2009): Systematic evaluation of acupuncture for treatment of post-stroke spastic paralysis. *Chin Acu Moxibustion* 2009;29:683–688.
26. Liu ZD, Li HY, Song Y(2008): Systematic review of RCTs on acupuncture for post-stroke motor dysfunction. *Shanghai J Acu Moxibustion* 2008;27:38–42.
27. Vados L, et al: Effectiveness of acupuncture combined with rehabilitation for treatment of acute or subacute stroke: a systematic review; *Acupunct Med* 2015;0:1–8. doi:10.1136/acupmed-2014-010705.
28. Lê Thanh Hải (2016) Đánh giá tác dụng của điện mãng châm trong phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp tại bệnh viện Châm cứu Trung ương, Luận văn Thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
29. Nguyễn Thị Ngọc Linh (2016) Đánh giá 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, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
30. Zhan J, et al: Electroacupuncture as an adjunctive therapy for motor dysfunction in acute stroke survivors: a systematic review and meta-

analyses, *BMJ Open* 2018;8:e017153. doi:10.1136/bmjopen-2017-017153.

31. Chen B-L, Guo J-B, Liu M-S, Li X, Zou J, Chen X, et al.(2015) Effect of Traditional Chinese Exercise on Gait and Balance for Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(8): e0135932. doi:10.1371/journal.pone.0135932
32. Stanley John Winser, et al: Does Tai Chi improve balance and reduce falls incidence in neurological disorders? A systematic review and meta-analysis Article in *Clinical Rehabilitation* · April 2018 DOI: 10.1177/0269215518773442.
33. Yu DH, Yang HX. The effect of Tai Chi intervention on balance in older males. *Journal of sport and Health science*, 2012; 1: 57–60.
34. Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Bài giảng y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,.
35. Huỳnh Minh Đức (1990), *Hoàng đế Nội kinh Linh khu*, Hội Y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai.
36. Hoàng Khánh (2013), *Giáo trình sau Đại học Thần kinh học*, Nhà xuất bản Đại học Huế.
37. Lê Đức Hình (2007), *Tai biến mạch máu não hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*, Nhà xuất bản Y học.
38. Nguyễn Quốc Anh và Ngô Quý Châu (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, NXB Y Học.
39. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, NXB Y học.
40. Hoàng Bảo Châu (1978), *Khí công*, NXB y học.
41. Dương Kế Châu (1990), *Châm cứu đại thành*, Hội Y học dân tộc Tây Ninh, Hội Y học dân tộc TP Hồ Chí Minh, ed, 69-90.

42. Hoàng Bảo Châu (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại.
43. Nguyễn Thị Phương Chi (1999), *Nghiên cứu biến đổi lâm sàng và cận lâm sàng theo phương pháp luyện tập thái cực trường sinh đạo*, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
44. Lâu Lập Cương (2003), *Khí công toàn thư*, NXB Thể dục thể thao.
45. Phạm Thúc Hạnh (2010), *Giáo trình khí công dưỡng sinh*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
46. Dương Trọng Hiếu (1998), *Dưỡng sinh trường thọ*, Nhà xuất bản y học.
47. Nguyễn Văn Hường (2012), *Phương pháp dưỡng sinh*, Nhà xuất bản Y học.
48. Ngô Chiến Thuật (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa khớp gối của điện châm kết hợp dưỡng sinh*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.
49. Lê Hữu Trác (1997), *Hải Thượng y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản y học
50. Nguyễn Hoài Trung (2003), *Đánh giá kết quả PHCN, hạn chế vận động khớp gối sau chấn thương chi dưới bằng vận động trị liệu*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
51. Lê Đăng Trường (2017), *Đánh giá hiệu quả của bài tập khí công dưỡng sinh trong cải thiện một số chỉ tiêu chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi tại quận Hoàng Mai thành phố Hà Nội*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.
52. Nguyễn Công Doanh (2011), *Nghiên cứu Phục hồi chức năng bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa sau giai đoạn cấp bằng bài” Thông mạch dưỡng não âm” và điện châm*. Luận văn Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

53. Lê Văn Thính (2003), “Điều trị TBMMN giai đoạn cấp tính”, *Chuyên đề: Những tiến bộ mới trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý mạch máu não*, khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, tr 68-74.
54. Nguyễn Văn Đăng (2006), Tai biến mạch máu não, NXB Y học.
55. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Minh Hiện (2005), “Thực hành lâm sàng thần kinh học”, tập 3- *Bệnh học thần kinh*, NXB Y học, trang 7-42.
56. Vũ Thường Vinh (2011) Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng vận động bàn tay bằng điện mãng châm ở bệnh nhân Nhồi máu não sau giai đoạn cấp, Luận văn Thạc sỹ Y học , Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
57. Phạm Văn Bách (2011) Nghiên cứu tác dụng bài thuốc “ Ích tâm não thang” trong điều trị TBMMN sau giai đoạn cấp, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
58. Lê Thị Mơ (2015), Đánh giá ác dụng của Hồi Xuân Hoàn kết hợp điện châm trong điều trị TBMMN sau giai đoạn cấp, Luận văn Thạc sỹ Y học , Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
59. Phạm Thị Thúy Đông (2011) Đánh giá Phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não bằng điện châm, Luận văn Thạc sỹ Y học , Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
60. Thẩm Ngọc Trung (2011) Đánh giá hiệu của điều trị Nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng thuốc thông mạch, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
61. Vũ Thị Hải Yến (2010), Đánh giá tác dụng Phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân Nhồi máu não bằng thuốc Y học cổ truyền kết hợp đầu châm, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
62. Nguyễn Văn Chương (2003), Nghiên cứu phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não, Luận văn Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

63. Lê Trọng Luân, Nguyễn Thanh Bình, Lê Quang Cường (2002), nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai, NXB Y học, trang 288-294.
64. Trần Thị Quyên (2005), đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng điện châm và BỔ dưỡng hoàn ngũ thang, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà nội.
65. Tôn Chí Nhân (2004), nghiên cứu 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 văn Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
66. Mai Văn Thông (2018), đánh giá tác dụng của bài thuốc “ĐNH” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đột quỵ não thể nhồi máu sau giai đoạn cấp., Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
67. Mayte E van Alebeek, Renate M Arntzl et al (2018), Risk factors and mechanisms of stroke in young adults: The FUTURE study, *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 38 (9), 1631-1641.
68. Jake Ramaly (2019), Age of migraine onset may affect stroke risk, *Neurology Reviews*, 27(3), 38.
69. Nguyễn Thị Tâm Thuận (2016). Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp của điện châm, *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 49 (2016), 77-87.
70. Nguyễn Văn Trinh (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị của bài "tiểu tục mệnh thang" kết hợp điện châm trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp, *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 32 (2012), 8-16.
71. Andrew S.D. (2000). Gait Disorders and Fall Risk. Detection and Prevention. *Compther*, 26 (4), 238 - 245.

72. Chu L.W. (2005). Incidence and Predictors of Falls in the Chinese Elderly, *Ann Acad, Med Singapore*, 34 (1), 60-72.
73. Helen M. Dewey, Brain R. Chambers, GeolTrey A. Donnan (2015). *Tiếp cận xử trí thần kinh học*, Người dịch Mai Duy Tôn, Nhà xuất bản Thế giới, 133-180.
74. Liu Z.D., Li H.Y., Song Y., et al (2008). Systematic review of RCTs on acupuncture for post-stroke motor dysfunction. *Shanghai J Acu Moxibustion*, 2008;27, 38–42.
75. Stanley John Winser, et al. Does Tai Chi improve balance and reduce falls incidence in neurological disorders? A systematic review and meta-analysis Article in *Clinical Rehabilitation*.
76. Yu D.H., Yang H.X. (2012). The effect of Tai Chi intervention on balance in older males, *Journal of sport and Health science*, 2012, 1, 57–60.
77. Trần Văn Chương (2003), Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y khoa Hà Nội.
78. Lê Đức Hình (2002), Một số đặc điểm dịch tễ học về tai biến mạch máu não tại Việt Nam, Hội thảo quốc tế lần thứ 1, Chuyên đề Tai biến mạch máu não, Bệnh viện Bạch Mai, tr 35.

PHỤ LỤC 1

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN CHÂM CỨU

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số vào viện:

Bệnh án.....

Khoa.....

(Nhóm: Nghiên cứu , Đối chứng)

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân: Tuổi : Giới: Nam/Nữ

Địa chỉ:.....ĐT:

Nghề nghiệp:

Ngày vào viện/...../..... Ngày ra viện/...../.....

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

Đau đầu Hoa mắt , chóng mặt Yếu nửa người trái

Yếu nửa người phải Nói khó Đại tiểu tiện không tự chủ

BỆNH SỬ

1. Thời gian bị bệnh: Dưới 3 tháng Từ 3-6 tháng Trên 6 tháng

2. Bị bệnh lần thứ mấy: Lần đầu tiên 2 lần trở lên

3. Chẩn đoán đầu tiên tại.....

4. Các phương pháp đã được chữa trị: Tây Y Y học cổ truyền Khác

5. Triệu chứng hiện tại:

Yếu nửa người trái Yếu nửa người phải

Nói khó Hoa mắt chóng mặt

Đau đầu Đại tiểu tiện không tự chủ

IV. Tiền sử

1. Bản thân:

+ Tăng huyết áp: + TBMMN:

+ Đái tháo đường: + RL chuyển hóa Lipid:

+ Bệnh lý van tim: (cụ thể:.....)

+ Hút thuốc: + Uống rượu:

+ Béo phì

+ Khác (ghi rõ):.....

2. Tiền sử gia đình:

- Có người mắc bệnh: THA TBMMN RLCH Lipid

Đái tháo đường

- Bệnh khác:.....

V. KHÁM LÂM SÀNG

A. KHÁM LÂM SÀNG THEO YHHD:

1. Toàn thân:

- Thể trạng:

- Da, niêm mạc, tuyến giáp, hạch ngoại biên:

- Mạch:..... Nhịp thở: Nhiệt độ:....., Chiều cao

Cân nặng.....kg

2. Khám bộ phận

2.1 Thần kinh- cơ xương khớp

- Vận động: Cơ lực: Chi trên:/5/5

...../5/5

...../5/5

Chi dưới:/5/5

...../5/5

...../5/5

Trương lực cơ: Bình thường Tăng Giảm

Phản xạ gân xương: Bình thường Tăng Giảm

Phản xạ bệnh lý bó tháp: Babinski dương tính: Có Không

Mingarini dương tính: Có Không

- Cảm giác: Nông: Bình thường Tăng Giảm

Sâu: Bình thường Tăng Giảm

- Ngôn ngữ: Có rối loạn Không có rối loạn

- Nuốt: Có rối loạn Không có rối loạn
- Nhận thức: Có rối loạn Không có rối loạn
- Dinh dưỡng: Teo cơ : Có Không
- Loét: Có Không
- Cơ tròn: Tự chủ Không tự chủ

2.2. Các bộ phận khác:

.....

.....

.....

B.THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

TỨ CHẨN

1. Thần:

Tỉnh táo Mệt mỏi

2. Sắc:

Tươi nhuận Xanh

Đen Vàng

Đỏ Trắng

3. Chất lưỡi:

Bình thường Nhợt

Bệu Đỏ

4. Rêu lưỡi:

Bình thường Vàng

Trắng Dính

5. Miệng, họng:

Bình thường Khô, háo khát

6. Ăn uống:

Thích mát

Thích nóng

7. Đại tiện:

Bình thường

Táo

8. Tiểu tiện:

Bình thường

Vàng ít

Trong dài

Buốt dắt

9. Lưng, gối, ngực, bụng:

Đau lưng

Mỏi gối

Đau bụng

Đau ngực

10. Đầu mặt:

Đau đầu

Ù tai

11. Mạch:

Phù

Trầm

Sác

Hoạt

12. Đau:

Vị trí:.....

Đau cự án

Đau thiện án

CHẨN ĐOÁN

Bát cương:

Biểu

Lý

Hàn

Nhiệt

Hư

Thực

Tạng phủ:

Can

Thận

Tâm

Phế

Tỳ

Vị

Đờm

Bàng Quang

Đại trường

Tiểu trường

Nguyên nhân:

Nội nhân Ngoại nhân

Bất nội ngoại nhân

Chẩn đoán thể bệnh:

Trúng phong kinh lạc

Trúng phong tạng phủ

VI. CẬN LÂM SÀNG

1. **Chụp cắt lớp vi tính:** Có Không

Kết quả: Nhồi máu não Xuất huyết não

2. **Chụp cộng hưởng từ:** Có Không

Kết quả : Nhồi máu não Xuất huyết não

VII. Phương pháp điều trị

7.1 YHHD

.....

7.2 YHCT

.....

Phác đồ điều trị:

- Điện châm+ Dưỡng sinh+ Thuốc điều trị bệnh lý kèm theo
- Điện châm+ Thuốc điều trị bệnh lý kèm theo

VIII. CÁC CHỈ SỐ LÂM SÀNG CẦN THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ

8.1. Cơ lực

Các cơ	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
Nhị đầu cánh tay	.../5	.../5	.../5
Tam đầu cánh tay	.../5	.../5	.../5
Nhóm cơ duỗi gối	.../5	.../5	.../5
Nhóm cơ gấp gối	.../5	.../5	.../5

8.2. Mức độ co cứng: Asthworth

Các cơ	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
Nhị đầu cánh tay	.../4	.../4	.../4
Tam đầu cánh tay	.../4	.../4	.../4
Nhóm cơ duỗi gối	.../4	.../4	.../4
Nhóm cơ gấp gối	.../4	.../4	.../4

8.3 Thang điểm Tinetti thăng bằng

Công cụ lượng giá Tinetti : Thăng bằng

Những chỉ dẫn ban đầu : Đối tượng được ngồi trên một chiếc ghế cứng không có tay vịn . Những hoạt động sau đây sẽ được kiểm tra.

Nhiệm vụ	Sự thể hiện của thăng bằng	Có thể	Điểm số D ₀	Điểm số D ₁₅	Điểm số D ₃₀
1. Thăng bằng khi ngồi	- Dựa vào ghế	= 0			
	- Ngồi vững , an toàn	= 1			
2. Đứng lên	- Không thực hiện được nếu không có trợ giúp	= 0			
	- Có thể thực hiện được , sử dụng tay để giúp	= 1			
	- Có thể thực hiện được mà không dùng đến tay	= 2			
3. Cố gắng để đứng lên	- Không thể đứng lên nếu không có sự trợ giúp	= 0			

	<ul style="list-style-type: none"> - Có thể , đòi hỏi nhiều hơn 1 lần cố gắng = 1 - Có thể đứng lên , với 1 cố gắng = 2 			
4. Thăng bằng ngay khi đứng (trong 5 giây đầu)	<ul style="list-style-type: none"> - Không vững (lão đảo , di chuyển chân , lắc lư thân mình) = 0 - Vững nhưng phải sử dụng khung tập đi hoặc sự trợ giúp khác = 1 - Vững mà không cần khung tập đi hoặc dụng cụ trợ giúp khác = 2 			
5. Thăng bằng khi đứng	<ul style="list-style-type: none"> - Không vững = 0 - Vững nhưng tư thế mở rộng (khoảng cách giữa các gót chân > 10 cm) và sử dụng gậy hoặc dụng cụ hỗ trợ khác . = 1 - Khoảng cách chân khi đứng hẹp không cần sự trợ giúp = 2 			
6 . Khi bị đẩy (đối tượng ở tư	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu ngã = 0 - Lão đảo , với , tóm = 1 			

thế đứng với chân chụm sát vào nhau hết mức có thể , người khám đẩy nhẹ vào xương ức của đối tượng bằng lòng bàn tay 3 lần)	lấy thân mình - Đứng vững	= 2			
7. Nhắm mắt (ở tư thế đứng)	- Không vững - Vững	= 0 = 1			
8. Quay 360 độ	- Không thể bước tiếp - Có thể bước tiếp - Không vững (lão đảo) - Vững	= 0 = 1 = 0 = 1			
9. Ngồi xuống	- Không an toàn (đánh giá sai khoảng cách , ngã xuống ghế) - Sử dụng tay hoặc ngồi xuống không nhẹ nhàng - An toàn , ngồi xuống nhẹ nhàng	= 0 = 1 = 2			
Điểm thăng bằng					

8.4 Thang điểm Tinetti dáng đi

Công cụ lượng giá Tinetti : Dáng đi

Chỉ dẫn ban đầu : Đối tượng đứng với người khám , đi xuống hành lang hoặc ngang phòng , đầu tiên với bước thông thường , sau đó quay lại với bước nhanh nhưng an toàn (sử dụng các sự trợ giúp di chuyển thông thường)

Nhiệm vụ	Mô tả dáng đi	Có thể	Điểm số D ₀	Điểm số D ₁₅	Điểm số D ₃₀
10. Sử khởi đầu của dáng đi (ngay sau khi yêu cầu bệnh nhân đi)	- Có bất kì sự do dự hay sự cố gắng nào để bắt đầu	= 0			
	- Không có sự do dự	= 1			
11. Bước dài và cao	a. Chân phải bước lên không vượt quá vị trí chân trái	= 0			
	b. Chân phải vượt qua chân trái	= 1			
	c. Chân phải không hoàn toàn nâng khỏi mặt sàn khi bước	= 0			
	d. Chân phải hoàn toàn nâng rõ ràng khỏi mặt sàn.	= 1			
	e. Chân phải bước lên không vượt qua vị trí chân trái.	= 0			
	f. Chân trái vượt qua chân phải.	= 1			
	g. Chân trái không	= 0			

	<p>hoàn toàn nâng khỏi mặt sàn khi bước.</p> <p>h. Chân trái hoàn toàn nâng rõ ràng khỏi mặt sàn.</p>	= 1			
12. Bước cân đối	<p>- Chân phải và chân trái bước dài không bằng nhau (ước lượng)</p> <p>- Chân phải và chân trái bước bằng nhau</p>	<p>= 0</p> <p>= 1</p>			
13. Tính liên tục khi bước	<p>- Ngừng lại hay không có sự liên tục giữa các bước đi</p> <p>- Các bước chân xuất hiện liên tục</p>	<p>= 0</p> <p>= 1</p>			
14. Quãng đường (được ước lượng qua các viên gạch lát nền , trong khoảng đường kính 12 inch , bệnh nhân bước đi 10 bước , quan sát sự lệch của mỗi bước)	<p>- Độ lệch đáng kể</p> <p>- Độ lệch trung bình hoặc sử dụng sự trợ giúp</p> <p>- Đi thẳng mà không cần trợ giúp</p>	<p>= 0</p> <p>= 1</p> <p>= 2</p>			
15. Thân mình	- Lắc lư đáng kể hoặc sử dụng sự	= 0			

	trợ giúp - Không lắc lư nhưng gập gối hoặc cong lưng , hoặc dang tay ra khi đi - Không lắc lư , không gập gối , cong lưng , không sử dụng tay và không dùng đến sự trợ giúp	= 1 = 2			
16. Tư thế khi đi	- Gót chân rời nhau - Các gót chân gần như chạm khi đi	= 0 = 1			
Điểm dáng đi					
Điểm thăng bằng + dáng đi					

8.4. Theo dõi tác dụng không mong muốn

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vụng châm | <input type="checkbox"/> Chảy máu |
| <input type="checkbox"/> Mẫn, ngứa | <input type="checkbox"/> Nhiễm trùng |
| <input type="checkbox"/> Hoa mắt, chóng mặt | <input type="checkbox"/> Khó thở |
| <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp | <input type="checkbox"/> Giảm huyết áp (cụ thể:) |

Hà Nội, ngày tháng năm 2019

BS ĐIỀU TRỊ

PHỤ LỤC II

Dựa theo lý luận của YHCT phương pháp dưỡng sinh của bác sĩ Nguyễn Văn Hương.

Thời gian tập 30 phút

Ngày tập từ 1 lần.

PHẦN 1. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị hoàn cảnh: Địa điểm và không gian tập sạch sẽ, yên tĩnh, tránh gió lùa.
2. Chuẩn bị bản thân: Sắp xếp thời gian, trang phục rộng rãi thoải mái, vệ sinh cá nhân, tinh thần thoải mái và hưng phấn.

PHẦN 2. LUYỆN BÀI TẬP

Bước 1. Động tác Thư giãn (*Động tác 1*)

Thời gian tập 5 phút

Bước 2: Tập thở 4 thì (*Động tác 2*)

Thời gian 5 phút.

Bước 3: Tập các động tác.

Thời gian tập 15 phút

- Xem xa xem gần 3 – 5 lần (*Động tác 3*)

- Đưa tay sau gáy 3-5 lần (*Động tác 4*)

- Đi thẳng mông tập 3 – 5 lần (*Động tác 5*)

- Tay co lại rút ra phía sau. 3-5 lần (*Động tác 6*)

- Tam giác hay ba góc 3 – 5 lần (*Động tác 7*)

Bước 4. Tự xoa bóp

Thời gian 10 phút

-Tự xoa bóp chi trên (*Động tác 8*)

-Tự xoa bóp chi dưới (*Động tác 9*)

Bước 5: Thư giãn. (*Động tác 1*)

Thời gian: 40 phút/ ngày, trong 30 ngày. (Phụ lục 2)

Động tác 1: Thư giãn.

Trước khi tập để 2 – 3 phút làm thư giãn cho cơ thể làm chủ lấy mình, điều khiển thư giãn để cho cơ thể luôn luôn trở về thư giãn sau mỗi động tác, vì có thư giãn cơ thể mới lấy lại được sức lực, lấy lại được quân bình trong cơ thể. Phải tự kiểm tra mỗi ngày về thư giãn bằng cách đưa tay thẳng lên (hung phần) rồi buông xuôi cho nó rớt xuống theo quy luật sức nặng (ức chế).

Động tác 2: Thở 4 thì.

Chuẩn bị: Bệnh nhân nằm thư giãn trên giường, thả lỏng toàn boojcow thể.

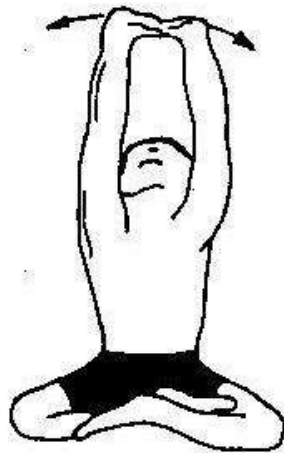
Động tác: Thì 1: Hít vào từ từ tới tối đa, phình bụng căng. Thì 2: giữ hơi thở. Thì 3: thở ra từ từ, bụng xẹp dần xuống. Thì 4: giữ hơi bụng xẹp. Thời gian của 4 thì bằng nhau. Làm quy trình như vậy 5-10 lần.

Tác dụng: vận động các cơ hô hấp, đưa tối đa khí cặn ra ngoài, tăng nhu động ruột.

Động tác 3: Xem xa xem gần.

Chuẩn bị: Ngón tay của hai bàn tay gài chéo nhau và đưa lật ra trên trời, đầu bật ra đằng sau, mắt nhìn lên bàn tay ở một điểm cố định của một ngón tay để thấy rõ từng nét.

Động tác: Hít vô tối đa, giữ hơi và làm dao động tay, đầu thân qua lại từ 2 -6 cái, mắt vẫn nhìn theo điểm cố định, thở ra triệt để, đồng thời đưa tay lại gần mặt độ 5 cm mà vẫn cố nhìn rõ điểm cố định. Làm như thế 10 -20 hơi thở.



Hình



Hình a

Tác dụng: Luyện mắt, để giữ khả năng điều tiết của thủy tinh thể, chống viễn thị của người già.

Động tác 4: Đưa tay sau gáy.

Chuẩn bị: Hai tay chéo nhau, đưa tay sau gáy và hết sức kéo ra sau, đầu bật ra sau.

Động tác: Hít vô tối đa, giữ hơi và dao động từ trước ra sau từ 2- 6 cái: thở ra cho hết khí trọc. Làm như thế từ 1 -3 hơi thở .



Hình

Động tác 5: Đi thẳng mông

Chuẩn bị: Ngồi lưng sát phía thành giường, hai chân đưa ra phía trước.

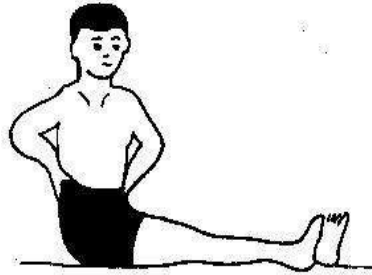
Động tác: Dùng phần xương u ngồi của xương chậu thay phiên nhau nhấc thân đi tới thành giường phía bên kia. thở sâu tự nhiên mỗi khi nhấc thân tới trước. Có thể đi tới rồi đi lui.

Tác dụng: Vận chuyển khớp xương vùng chậu và khớp xương mu, các cơ dính liền với xương chậu làm cho khí huyết lưu thông ở vùng chậu, phòng và trị các bệnh ở vùng chậu và bưng dưới.

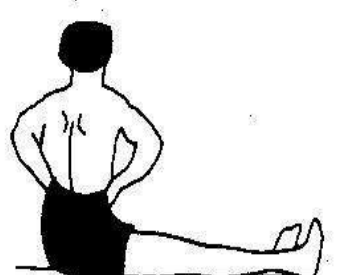
Biến thể:

Chuẩn bị: Hai chân đưa ra trước, 2 tay chống nạnh

Động tác: Lắc thật mạnh 2 tay (tay này ra trước thì tay kia ra sau thay phiên nhau) làm cho khớp xương vùng chậu chuyển động. Động tác này làm tại chỗ không di động. Thở tự nhiên. Làm như thế độ 15 giây đến 1 phút.



Hình 4



Hình 4 3

Động tác 6: Tay co lại rụt ra phía sau.

Chuẩn bị: Tay co lại, rụt ra phía sau, đầu bật ngửa và uốn cổ.

Động tác: Hít vô tối đa; giữ hơi và dao động qua lại từ 2 -6 cái; thở ra triệt để. Làm động tác như vậy từ 1 - 3 hơi thở.

Tác dụng: Động tác này tập cho vùng ngoan cổ dẫn ra và hết cứng, trở lên dẻo dai... người khum lưng



Hình

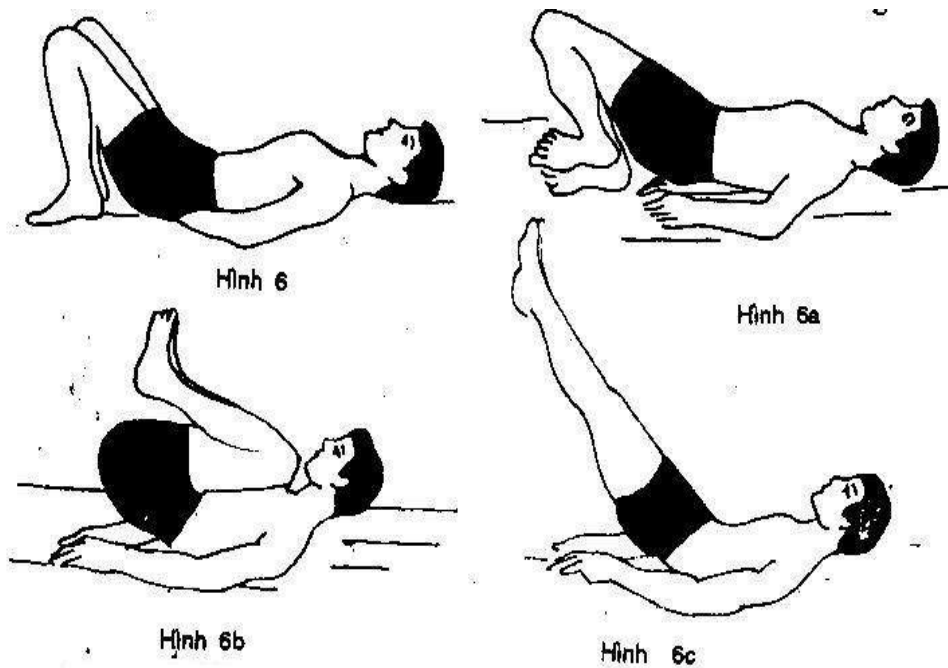
Động tác 7: Động tác ba góc hay tam giác.

Chuẩn bị: Nằm ngửa, lót hai bàn tay úp xuống kế bên nhau dưới mông, hai chân chống lên kéo bàn chân vào gần đụng mông.

Động tác: Hít vô tối đa, giữ hơi. Trong lúc ấy dao động ngả hai chân qua bên này rồi bên sao cho chân cùng bên ngả đụng giường; mỗi lần ngả một giây cố gắng hít hơi vô thêm nữa, từ 2 -6 cái : thở ra bằng cách co chân và ép đùi vào bụng để đuổi hơi ra triệt để; song duỗi chân hợp với mặt giường 1 góc 60 độ rồi từ từ hạ chân xuống chân xuống. Làm như thế từ 1 -3 hơi thở.

Động tác này gọi là động tác “ba góc” vì đầu gối vẽ hình ba góc.

Tác dụng: Vận động tất cả tạng phủ trong bụng, khí huyết được đẩy đi tới nơi hiểm hóc nhất của lá gan, lá lách, dạ dày, ruột, bộ phận sinh dục phụ nữ, vận động vùng thân và thắt lưng, giúp trị bệnh gan, lách, tỳ, vị, bệnh phụ nữ và bệnh đau lưng.



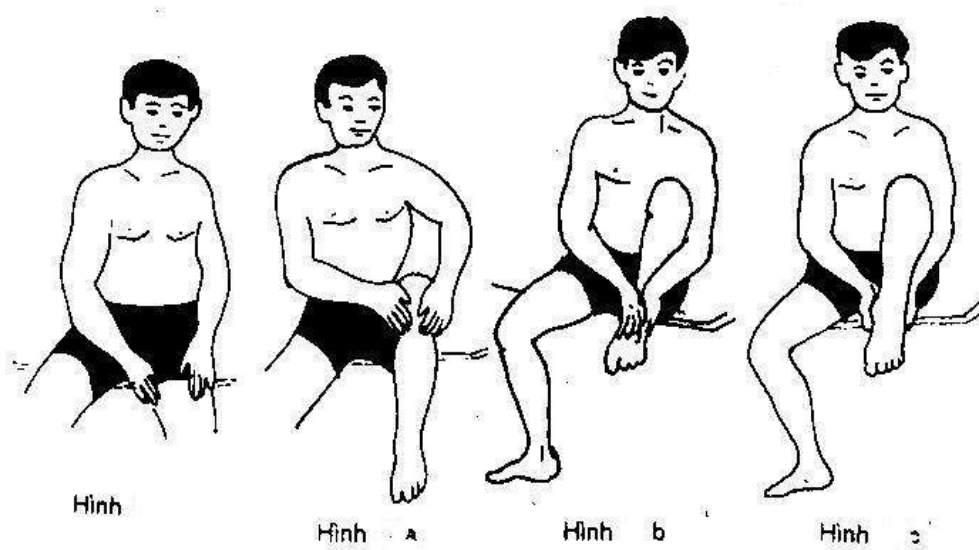
Động tác 8: Tự xoa bóp chi dưới

Hai tay để lên 4 bên đùi, xoa từ trên xuống dưới của phía trước đùi và căng chân tới mắt cá, trong lúc chân dần dần giơ cao.

Rồi hai tay vòng ra phía sau cổ chân, tiếp tục xoa phía sau từ dưới lên tới đùi, trong lúc chân từ từ hạ xuống. Tay trong vòng lên phía trên đùi, tay ngoài vòng ra phía sau, xoa vùng mông để rồi vòng lên phía trên cùng với bàn tay trong tiếp tục xoa như trên từ 10 - 20 lần. Bên kia cũng xoa như thế. Thở tự nhiên

Động tác 9: Xoa chi trên, phía ngoài và trong

Tư thế ngồi như trước, xoa phía ngoài vùng vai, vùng cánh tay, căng tay và bàn tay, trong lúc bàn tay để úp. xong lật ngửa bàn tay, tiếp tục xoa phía trong từ bàn tay lên căng tay, cánh tay, vai độ 10 - 20 lần rồi đổi tay xoa bên kia. Thở tự nhiên.



Hinh

Hinh a

Hinh b

Hinh c

PHỤ LỤC III

- Công cụ lượng giá Tinetti : Thăng bằng

Những chỉ dẫn ban đầu : Đối tượng được ngồi trên một chiếc ghế cứng không có tay vịn . Những hoạt động sau đây sẽ được kiểm tra.

Nhiệm vụ	Sự thể hiện của thăng bằng	Có thể	Điểm số
1. Thăng bằng khi ngồi	- Dựa vào ghế - Ngồi vững, an toàn	= 0 = 1	
2. Đứng lên	- Không thực hiện được nếu không có trợ giúp - Có thể thực hiện được, sử dụng tay để giúp - Có thể thực hiện được mà không dùng đến tay	= 0 = 1 = 2	
3. Cố gắng để đứng lên	- Không thể đứng lên nếu không có sự trợ giúp - Có thể, đòi hỏi nhiều hơn 1 lần cố gắng - Có thể đứng lên, với 1 cố gắng	= 0 = 1 = 2	
4. Thăng bằng ngay khi đứng(trong 5 giây đầu)	- Không vững (lảo đảo, di chuyển chân, lắc lư thân mình) - Vững nhưng phải sử dụng khung tập đi hoặc sự trợ giúp khác - Vững mà không cần khung tập đi hoặc dụng cụ trợ giúp khác	= 0 = 1 = 2	
5. Thăng bằng khi	- Không vững	= 0	

đứng	<ul style="list-style-type: none"> - Vững nhưng tư thế mở rộng (khoảng cách giữa các gót chân > 10 cm) và sử dụng gậy hoặc dụng cụ hỗ trợ khác . - Khoảng cách chân khi đứng hẹp không cần sự trợ giúp 	= 1 = 2	
6 . Khi bị đẩy (đối tượng ở tư thế đứng với chân chụm sát vào nhau hết mức có thể, người khám đẩy nhẹ vào xương ức của đối tượng bằng lòng bàn tay 3 lần)	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu ngã - Lão đảo, vói, tóm lấy thân mình - Đứng vững 	= 0 = 1 = 2	
7. Nhắm mắt (ở tư thế đứng)	<ul style="list-style-type: none"> - Không vững - Vững 	= 0 = 1	
8. Quay 360 độ	<ul style="list-style-type: none"> - Không thể bước tiếp - Có thể bước tiếp - Không vững (lảo đảo) - Vững 	= 0 = 1 = 0 = 1	
9. Ngồi xuống	<ul style="list-style-type: none"> - Không an toàn (đánh giá sai khoảng cách, ngã xuống ghe) - Sử dụng tay hoặc gối xuống không nhẹ nhàng - An toàn, ngồi xuống nhẹ nhàng 	= 0 = 1 = 2	
Điểm thăng bằng			

- Công cụ lượng giá Tinetti : Dáng đi

Chỉ dẫn ban đầu : Đối tượng đứng với người khám, đi xuống hành lang hoặc ngang phòng, đầu tiên với bước thông thường, sau đó quay lại với bước nhanh nhưng an toàn (sử dụng các sự trợ giúp di chuyển thông thường)

Nhiệm vụ	Mô tả dáng đi	Có thể	Điểm số
10. Sử khởi đầu của dáng đi (ngay sau khi yêu cầu bệnh nhân đi)	- Có bất kì sự do dự hay sự cố gắng nào để bắt đầu	= 0	
	- Không có sự do dự	= 1	
11. Bước dài và cao	a. Chân phải bước lên không vượt quá vị trí chân trái	= 0	
	b. Chân phải vượt qua chân trái	= 1	
	c. Chân phải không hoàn toàn nâng khỏi mặt sàn khi bước	= 0	
	d. Chân phải hoàn toàn nâng rõ ràng khỏi mặt sàn.	= 1	
	e. Chân phải bước lên không vượt qua vị trí chân trái.	= 0	
	f. Chân trái vượt qua chân phải.	= 1	
	g. Chân trái không hoàn toàn nâng khỏi mặt sàn khi bước.	= 0	
	h. Chân trái hoàn toàn nâng rõ ràng khỏi mặt sàn.	= 1	

12. Bước cân đối	- Chân phải và chân trái bước dài không bằng nhau (ước lượng) - Chân phải và chân trái bước bằng nhau	= 0 = 1	
13. Tính liên tục khi bước	- Ngừng lại hay không có sự liên tục giữa các bước đi - Các bước chân xuất hiện liên tục	= 0 = 1	
14. Quãng đường (được ước lượng qua các viên gạch lát nền, trong khoảng đường kính 12 inch, bệnh nhân bước đi 10 bước, quan sát sự lệch của mỗi bước)	- Độ lệch đáng kể - Độ lệch trung bình hoặc sử dụng sự trợ giúp - Đi thẳng mà không cần trợ giúp	= 0 = 1 = 2	
15. Thân mình	- Lắc lư đáng kể hoặc sử dụng sự trợ giúp - Không lắc lư nhưng gập gối hoặc cong lưng, hoặc dang tay ra khi đi - Không lắc lư, không gập gối, cong lưng, không sử dụng tay và không dùng đến sự trợ giúp	= 0 = 1 = 2	
16. Tư thế khi đi	- Gót chân rời nhau - Các gót chân gần như chạm khi đi	= 0 = 1	
Điểm dáng đi			
Điểm thẳng bằng + dáng đi			

Đánh giá:

Điểm	Nguy cơ ngã
≤ 18	Cao
19-23	Trung bình
≥ 24	Thấp

MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG QUÁ TRÌNH NGHIÊN CỨU





Hình 1. Máy điện châm M8 do bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất