

HIỆU QUẢ CẢI THIỆN VẬN ĐỘNG CỦA NHĨ CHÂM KẾT HỢP THỂ CHÂM TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI

Hà Tường Phong¹, Nguyễn Thị Sơn², Lê Hoàng Minh Quân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhồi máu não để lại di chứng rất nặng nề. Theo Y học Cổ truyền, phục hồi chức năng vận động tay chân liệt, có nhiều nghiên cứu hiệu quả như điện châm, nhĩ châm... Vì vậy, nghiên cứu này tiến hành đánh giá hiệu quả cải thiện vận động tay chân liệt của nhĩ châm (huyệt Dưới vỏ - AT4) kết hợp điện châm trên người bệnh nhồi máu não giai đoạn phục hồi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, không mù. 108 NB được thực hiện tại Bệnh viện Y học Cổ truyền TP.HCM. Tiêu chuẩn đánh giá: số vòng người bệnh bỏ được trong 01 phút và trong 03 phút và thời gian đi bộ 10m có dụng cụ hỗ trợ, dựa vào thang đo Barthel với 4 liệu trình (4 tuần). **Kết quả:** test số vòng 01 phút, 03 phút cho thấy ở nhóm can thiệp cải thiện sớm hơn so với nhóm chứng, nhưng hiệu số vòng sau mỗi tuần khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Thời gian đi bộ 10m cải thiện, rút ngắn thời gian và chỉ số Barthel đánh giá phục hồi vận động chung cải thiện tốt hơn. **Kết luận:** Không có sự khác biệt về phục hồi vận động bàn tay giữa 2 nhóm. Phục hồi vận động chi dưới ở nhóm can thiệp (tốt) hơn nhóm chứng sau liệu trình 1(tuần 1), liệu trình 2(tuần 2), liệu trình 3(tuần 3), liệu trình 4(tuần 4). Điểm số Barthel có thay đổi (tăng lên) có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước – sau điều trị từ liệu trình 2.

Từ khóa: nhồi máu não giai đoạn phục hồi, huyệt dưới vỏ (AT4), điện châm, chỉ số Barthel

SUMMARY

THE EFFICIENCY IN IMPROVING MOTOR PARALYSIS OF EAR ACUPUNCTURE (AT4) WHEN COMBINED WITH CLASSICAL ELECTRO-ACUPUNCTURE ON PATIENTS DURING CEREBRAL INFRACTION RECOVERY STAGE.

Objectives: Cerebral infarction leaves a horrible aftereffect. According to the theory of Traditional Medicine, to rehabilitate paralyzed limb motor functions there are many methods that have proved to be effective such as electro-acupuncture, ear acupuncture. Therefore, this study attempts to evaluate the efficiency in improving limb paralysis of ear

1 Bệnh viện Y học Cổ truyền Tp Hồ Chí Minh
2 Khoa Y học Cổ truyền – Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: Hà Tường Phong
Email: htngphong@yahoo.com.vn
Số điện thoại: 0913180635

Ngày nhận bài: 12/7/2024
Ngày phản biện: 30/7/2024
Ngày đăng bài: 5/11/2024



acupuncture (AT4) when combined with classical electro-acupuncture on patients during cerebral infarction recovery stage. **Subjects and Methods:** In a randomized, unblinded controlled clinical trial, 108 patient-samples were collected at Traditional Medicine Hospital Ho Chi Minh city. Evaluation criteria: hoops / 01 minute and hoops / 03 minutes and 10m walking time with assistive device, based on the Barthel scale with 4 treatments/ 4 weeks. **Results:** hoops / 1 minute and hoops / 3 minutes tests suggest the first control group improved earlier than the second control group but the difference in hoops subtraction doesn't have a statistical significance. 10 metres walking time improved, with reduced time and the Barthel index for general motion recovery also improved. **Conclusion:** There was no difference in hand movement recovery between the 2 groups. Lower extremity movement recovery in the intervention group was better than in the control group after course 1 (week 1), course 2 (week 2), course 3 (week 3) and course 4 (week 4). The Barthel index actually changed (improved) with statistical meaning when compared the before and after treatment from course 2.

Key words: cerebral infarction recovery stage, AT4, electro-acupuncture, Barthel index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong 10 – 15 năm qua, Y học cổ truyền (YHCT) có nhiều nghiên cứu trong phục hồi vận động (PHVD) cho người bệnh (NB) sau nhồi máu não (NMN) được chứng minh có hiệu quả như dùng bài thuốc cổ phương, Hoa đà tái tạo hoàn, thể châm, điện châm, nhĩ châm.... Nhiều thử nghiệm lâm sàng chứng minh hiệu quả của châm cứu trong

việc cải thiện chức năng cân bằng, giảm độ co cứng, tăng sức mạnh cơ bắp và sức khỏe sau NMN (1). Trong đó, phương pháp điện châm trên kinh Dương minh nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả cải thiện vận động (2,3) và phương pháp nhĩ châm cũng phát huy tác dụng PHVD tay chân liệt (1). Tuy nhiên, các phương pháp trên chỉ đơn trị liệu, vậy khi phối hợp 2 phương pháp thì hiệu quả như thế nào? Câu hỏi nghiên cứu: “Liệu rằng khi phối hợp nhĩ châm huyết Dưới vỏ (AT4) với điện châm trên kinh Dương minh có tăng hiệu quả hơn điện châm đơn thuần?”. Vì vậy, chúng tôi muốn khảo sát nhĩ châm khi kết hợp thể châm có tăng hiệu quả không? Để trả lời câu hỏi này chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chí chọn bệnh

Người bệnh được chẩn đoán là NMN (dựa vào CT Scan, MRI não) có giai đoạn phục hồi sớm đến muộn (01 tuần sau khởi phát bệnh đến 03 tháng) và đồng ý tham gia nghiên cứu

Người bệnh tỉnh táo, hợp tác với thầy thuốc điều trị, ý thức về không gian và thời gian đúng, chỉ số Barthel < 60 điểm (Error! Reference source not found.); BMI < 30 kg/m²,

Người bệnh thiếu sót vận động tự chủ nửa người,

Tiêu chí loại trừ

Người bệnh liệt nửa người nhưng quá suy kiệt hoặc bị lở loét, viêm nhiễm nhiều

Người bệnh có diễn biến bệnh phức tạp, chỉ số Barthel > 60 điểm.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, không mù.

Cỡ mẫu (1,5)

$$n_1 \geq \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{rp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{r(p_2 - p_1)^2}$$

P1 = Tỷ lệ phục hồi vận động khá tốt mong muốn trong nhóm can thiệp 89,9%.

P2 = Tỷ lệ phục hồi vận động khá tốt nhóm chứng 62% (6).

$Z(1 - \alpha/2) = 1,96$ ($\alpha = 0,05$).

$1 - \beta = 0,9$.

Dự kiến mất mẫu 10% ($48/0,9=53,3$). Ta được cỡ mẫu 54 đối tượng cho mỗi nhóm bệnh.

Kỹ thuật chọn mẫu

Tổng cộng 108 NB chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm (hình thức bốc thăm trong phong bì)

Nhóm chứng: NB có số chẵn tự nhiên được điều trị thể châm với phương pháp chọn huyết dựa theo kinh Dương minh ở tay chân như: Kiên ngung(+), Tý nhu(-), Khúc tri(+), Thủ tam lý(-), Hợp cốc, Lương khâu(-), Túc tam lý(+), Phong long(-), Giải Khê(+). Kỹ thuật châm: Sử dụng điện châm, máy Hàn Quốc, CWM – 202 – SENSEPLUS tần số từ 01 – 1000Hz, cường độ từ 02 – 05mA, chọn tần số thấp từ 01 – 20Hz hoặc xung tự động Auto 2. Thời gian lưu kim là 15 – 20 phút/ mỗi lần châm, mỗi ngày châm một lần (ngoại trừ ngày chủ nhật), liệu trình điều trị là 07 ngày, điều trị 04 liệu trình.

Nhóm can thiệp: NB có số lẻ tự nhiên được điều trị nhĩ châm huyết Dưới vỏ (AT4) cùng bên não bị tổn thương. Kỹ thuật châm, mỗi ngày châm một lần (trừ ngày chủ nhật), nhĩ châm (kim số 1), không gắn điện, châm đến đạt đắc khí; phối hợp điện châm (kim số 2) tay chân liệt như nhóm chứng, liệu trình điều trị 07 ngày, điều trị 04 liệu trình. Cả 2 nhóm đều tập vật lý trị liệu như nhau: tập vận động thụ động tay chân liệt với sức cơ <3/5, tập vận động chủ động tay chân liệt với sức cơ >3/5.

Tiêu chí đánh giá

1) Phục hồi vận động tay được đánh giá qua hai biến số sau: Số vòng người bệnh bỏ được trong một phút; Số vòng người bệnh bỏ được trong ba phút: là biến số định lượng. Sau điều trị, số vòng NB bỏ được vào lồng càng tăng thì phục hồi tay càng tăng.

2) Phục hồi vận động chân được đánh giá qua biến số sau: Thời gian đi 10m có dụng cụ hỗ trợ (tính bằng giây).

3) Phục hồi vận động chung khá – tốt dựa theo thang đo Barthel, đáp ứng điều trị tốt là biến nhị giá, so sánh trước – sau khi chỉ số Barthel chuyển bậc từ trung bình lên khá – tốt.



Việc theo dõi và đánh giá được ghi nhận sau mỗi 1 liệu trình (1 tuần), 2 liệu trình (2 tuần), 3 liệu trình (3 tuần), 4 liệu trình (4 tuần).

Phương pháp thống kê

Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để thống kê, phân tích các biến số.

Y đức

Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức y sinh học theo quyết định số 539/ĐHYD-HĐDD ngày 09/09/2020 được thực hiện tại Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

Thông tin			Nhóm chứng (n=54)		Nhóm can thiệp (n=54)	
			Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam		30	55,6	33	61,1
	Nữ		24	44,4	21	38,9
Tuổi	< 60		25	46,3	24	44,4
	≥ 60		29	53,7	30	55,6
Thời gian khởi phát bệnh	01 tuần - < 01 tháng		28	51,9	36	66,7
	≥ 01 tháng và < 03 tháng		26	48,1	18	33,3
Số lần NMN	1 lần		51	94,4	49	90,7
	≥ 2 lần		3	5,6	5	9,3
Hôn mê lúc khởi bệnh	Có		0	0	1	1,9
	Không		54	100	53	98,1
Bệnh lý kèm theo	THA	Có	49	90,7	51	94,4
		Không	5	9,3	3	5,6
	Đái tháo đường	Có	16	29,6	13	24,1
		Không	38	70,4	41	75,9
	Rối loạn Lipid máu	Có	52	98,1	52	98,1
		Không	1	1,9	1	1,9
	Béo phì:	Có	11	20,4	10	17
		Không	43	79,6	44	83
	Bệnh lý tim:	Có	11	20,4	10	17
		Không	43	79,6	44	83

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, giới, thời gian lúc khởi phát bệnh, số lần NMN, hôn mê lúc khởi bệnh, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh

lý tim và béo phì giữa 2 nhóm với $p > 0,05$ (Kiểm định Mann Whitney U). Trong mẫu nghiên cứu đa số là NB ở độ tuổi trung niên và lớn tuổi từ 40 đến 60 tuổi, tuổi nhỏ nhất của NB là 24 tuổi và cao nhất là 80 tuổi. Tỷ lệ phân bố NB nam và nữ trong mẫu nghiên cứu xấp xỉ nhau. Thời gian khởi phát bệnh của mẫu nghiên cứu dưới 1 tháng chiếm đa số (66,7%). Sau khi khảo sát năm bệnh lý mạn tính kèm theo, có 2 bệnh lý mạn tính chiếm nhiều nhất là rối loạn lipid máu (98,1%) và tăng huyết áp (94,4%). Kiểm định Mann Whitney U.

Bảng 2. So sánh PHVD chi trên trước – sau điều trị ở từng nhóm nghiên cứu

Thời gian (số vòng NB bỏ được)		Nhóm chứng		Nhóm can thiệp	
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn
1 phút	T0	1,208	2,684	0,868	1,83
	T1	1,226	2,679	0,962	2,084
	T2	1,962	3,541	2	3,393
	T3	2,635	4,903	2,833	4,259
	T4	3,216	6,107	3,255	4,499
Khác biệt:		T2-T0: 0,755, $p_{02} < 0,001$ T3-T0: 1,404, $p_{03} < 0,001$		T2-T0: 1,019, $p_{02} < 0,001$ T3-T0: 1,698, $p_{03} < 0,001$	
3 phút	T0	2,963	7,084	2,241	4,798
	T1	3,148	7,324	2,741	6,134
	T2	5,074	8,904	5,471	10,084
	T3	6,453	10,927	7,204	11,902
Khác biệt	T2T0: 2,59	$p_{02} < 0,001$		$p_{02} < 0,001$	
	T3T0: 4,108	$p_{03} < 0,001$		$p_{03} < 0,001$	

Nhận xét: Số vòng bỏ được vào lỗ trong 1 phút thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước – sau điều trị ở mỗi nhóm nghiên cứu với $p < 0,001$ (kiểm định Wilcoxon). Số vòng bỏ được vào lỗ trong 3 phút thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước – sau điều trị ở mỗi nhóm nghiên cứu với $p < 0,001$ (kiểm định Wilcoxon).

Bảng 3. So sánh PHVD chi dưới ở 2 nhóm

Thời gian <i>Đi bộ 10m có dụng cụ (giây)</i>	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		P
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
T0	171,8	20,426	165,63	31,118	0,743
T1	167,457	24,967	162,667	31,831	0,801
T2	156,857	28,907	152,862	33,261	0,751
T3	143,944	39,247	142,333	37,359	0,757
T4	139,714	41,323	129	39,106	0,104
Khác biệt T2-T0	$p < 0,001$		$p < 0,001$		



Nhận xét: Thời gian đi bộ 10m có dụng cụ hỗ trợ thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước – sau điều trị ở mỗi nhóm nghiên cứu với $p < 0,001$ (kiểm định Wilcoxon).

Bảng 4. So sánh PHVD chi dưới ở 2 nhóm nghiên cứu

Thời gian Đi bộ 10m (giây)	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p
	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	Trung vị (p25 – p75)	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	Trung vị (p25 – p75)	
T0	171 (20)	180	165 (31)	180	
T1	167 (24)	180	162 (31)	180	T1-T0: 0,001
T2	156 (28)	168	152 (33)	167	T2-T0: 0,001
T3	143 (39)	156	142 (37)	150	T3-T0: 0,001
T4	139 (41)	150	129 (39)	138	T4-T0: 0,001

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian đi bộ 10m có dụng cụ hỗ trợ ở 2 nhóm tại thời điểm T1, T2, T3, T4 với $p < 0,001$ (kiểm định Wilcoxon). Ở thời điểm T1 nhóm chứng phục hồi có tốt hơn nhưng sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,801$.

Bảng 5. So sánh điểm PHVD theo thang đo Barthel trước – sau điều trị trong từng nhóm nghiên cứu

Phục hồi vận động <i>Barthel</i>	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
T0	39,074	12,479	35,093	11,347	0,067
T1	41,481	13,826	36,852	11,381	0,042
T2	47,593	14,561	45,377	14,103	0,365
T3	52,264	15,46	52,5	12,387	0,889
T4	52,754	15,631	55,761	12,381	0,272
Khác biệt T2-T0	$p < 0,001$		$p < 0,001$		

Nhận xét: Điểm số PHVD theo thang đo Barthel có thay đổi (tăng lên) có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước – sau điều trị ở mỗi nhóm nghiên cứu với $p = 0,001$ (kiểm định Wilcoxon).

Bảng 6. So sánh điểm PHVD theo thang đo Barthel ở 2 nhóm nghiên cứu

Thời gian <i>Barthel</i>	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		p
	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	Trung vị (p25 – p75)	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	Trung vị (p25 – p75)	
T0	39 (12)	(30-50)	35 (11)	(25-40)	0,066
T1	41 (13)	(35-50)	54 (36)	(30-40)	0,003
T2	47 (14)	(40-55)	45 (14)	(40-50)	0,004
T3	52 (15)	(40-60)	52 (12)	(45-55)	0,001
T4	52 (15)	(40-60)	55 (12)	(50-60)	

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số PHVD ở thời điểm T1, T2, T3, T4 với $p < 0,05$ (kiểm định Wilcoxon).

Bảng 7. Phục hồi vận động theo xếp loại Barthel ở 2 nhóm nghiên cứu

Phục hồi vận động theo thời gian						p
Nhóm chứng		Thời điểm				
Xếp loại		T0(n=54)	T1(n=54)	T2(n=54)	T3(n=54)	
	Kém	6	5	2	1	0,00157
	Yếu	27	26	20	16	
	Trung bình	21	20	27	27	
	Khá - tốt	0	3	5	9	
Nhóm can thiệp						
	Kém	4	2	2	0	0,0455
	Yếu	40	41	21	4	
	Trung bình	10	10	25	41	
	Khá– tốt	0	1	5	5	

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ theo phân loại Barthel ở mỗi nhóm (kiểm định Fisher Exact).

Bảng 8. So sánh phục hồi theo xếp loại chỉ số Barthel ở 2 nhóm

Thời gian	Phục hồi vận động	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	p
T0	Kém	6	4	0,035
	Yếu	27	40	
	Trung bình	21	10	
T3	Kém	1	0	0,001
	Yếu	16	4	
	Trung bình	27	41	
	Khá - tốt	9	5	



Nhận xét: Ở thời điểm T0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về xếp loại PHVD giữa 2 nhóm nghiên cứu với $p=0,035$. (kiểm định Fisher Exact). Ở thời điểm T3, khác biệt có ý nghĩa thống kê về xếp loại PHVD giữa 2 nhóm nghiên cứu với $p=0,001$. (kiểm định Fisher Exact). Ở nhóm chứng số NB chuyển bậc trung bình lên khá – tốt là 9 (chiếm tỷ lệ 30%), còn nhóm can thiệp chuyển bậc từ trung bình lên khá-tốt là 5 (tuy ít hơn nhưng chiếm tỷ lệ 50%).

Bảng 9. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở 2 nhóm với tuần 4

Đáp ứng điều trị	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp
Tốt	23 (45,1%)	39 (84,8%)
Không tốt	28 (54,9%)	7 (15,2%)
P <0,001		

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng tốt điều trị ở nhóm can thiệp (84,8%) cao hơn nhóm chứng (45,1%). Tỷ lệ không đáp ứng tốt điều trị ở nhóm can thiệp (15,2%) thấp hơn nhóm chứng (54,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ (kiểm định Fisher Exact).

IV. BÀN LUẬN

Hiệu quả của nhĩ châm trong phục hồi vận động chi trên

Theo lý luận của YHCT, loa tai có mối liên quan với hệ thống kinh lạc – tạng phủ trong cơ thể. Vì vậy, loa tai được dùng chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tương ứng. Trong thực tế điều trị, nguyên tắc chọn huyết có thể phối hợp hay riêng lẻ. Theo Quy trình kỹ thuật của Bộ y tế, các huyết thường được chọn điều trị di chứng tai biến mạch máu não gồm có: Dưới vỏ, O3 Tâm bào, thần kinh thực vật, H1 vai cánh tay, C4 cột sống, P7 Tỳ, Can, Thận, đây là phác đồ được áp dụng, qua đó cho thấy nhĩ châm có hiệu quả phục hồi tay chân liệt (7). Theo quan điểm của YHHĐ tai cũng được thần kinh trung ương chi phối, đặc biệt dây thần kinh X sẽ kết nối trong quá trình điều trị, giúp điều chỉnh các chức năng tương ứng bị rối loạn như não. Các nghiên cứu chứng minh rằng thần kinh X có tác dụng điều chỉnh đối với sức mạnh cơ bắp (3) và loạn trương lực cơ (9) ở NB liệt nửa người. Mặt khác, theo cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý học, vùng dưới vỏ đảm nhiệm dẫn truyền cảm giác lên vỏ não (cảm giác thân thể, thị giác, thính giác và các loại kích thích khác), là mắt xích hướng tâm của hệ thống dưới vỏ thực hiện các phản xạ tự động phức tạp, điều hòa các quá trình bên trong cơ thể và hoạt động của các cơ quan nội tạng nhờ có mối quan hệ với dưới đồi và vỏ não. Khi bộ phận này bị rối loạn ta châm huyết Dưới vỏ với mục đích thông qua kích thích thần kinh X để điều chỉnh chức năng của vùng dưới vỏ hoạt động bình thường trở lại. Nhĩ châm là kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền giúp người bệnh tiết kiệm được nhiều chi phí trong điều trị, đặc biệt

với bệnh mạn tính. Mặt khác, qua trải nghiệm tại khoa Nội Tổng Hợp với phối hợp nhĩ châm huyết Dưới vỏ kết hợp thể châm, sau hai tuần nhận thấy cải thiện tay chân liệt có nhanh hơn phương pháp thể châm đơn thuần nhưng đây chỉ là cảm nhận chủ quan, không có cơ sở khoa học, không nhận được sự đồng thuận của các chuyên gia cũng như các nhà nghiên cứu về châm cứu. Nhóm nghiên cứu quyết định chỉ chọn huyết dưới vỏ trong phác đồ Bộ y tế, mục đích tác động vào vùng dưới vỏ trong não kích thích sự vận động cơ bắp nhằm phục hồi vận động tay chân mạnh mẽ hơn. Vì những lý do trên chúng tôi chọn huyết Dưới vỏ làm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu này cho thấy hiệu quả phục hồi chức năng vận động chi trên (Test khéo tay): Nhóm can thiệp giúp phục hồi chi trên, kết quả cho thấy có sự thay đổi số vòng trong 1 phút, trong 3 phút (tăng) theo thời gian ở nhóm can thiệp với $p < 0.001$. Nhóm chứng giúp phục hồi chi trên, kết quả cho thấy có sự thay đổi số vòng trong 1 phút, trong 3 phút (tăng) theo thời gian ở nhóm chứng với $p < 0,001$. Tuy nhiên, khi so sánh PHVD chi trên ở 2 nhóm theo từng cặp thời gian không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số vòng trong 1 phút, trong 3 phút giữa 2 nhóm theo từng thời điểm nghiên cứu với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu chúng tôi, cho thấy vai trò của nhĩ châm thông qua tác động đến thần kinh trung ương, đặc biệt dây thần kinh X để cải thiện sự vận động của cơ bắp, giúp phục hồi chức năng vận động chi trên, chi dưới. Tuy nhiên, khi một

bàn tay thực hiện được một động tác đòi hỏi có nhiều nhóm cơ nhỏ và nhiều khớp thực hiện đồng bộ với nhau trong khi sự PHVD di chứng trên NB NMN thì chưa hoàn thiện, cần có thời gian để hồi phục. Vấn đề PHVD ở bàn tay phải chăng cần thêm thời gian, đồng thời nghiên cứu áp dụng thêm huyết tác động tại chỗ hay nhĩ châm vùng bàn tay, điểm não thông qua kích thích dây thần kinh X?

Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chi dưới

Nhóm can thiệp giúp phục hồi chi dưới, kết quả cho thấy có sự thay đổi thời gian với $p < 0,001$. Nhóm chứng giúp phục hồi chi dưới, kết quả cho thấy có sự thay đổi thời gian với $p < 0,001$. Khi so sánh PHVD chi dưới theo thang đi bộ 10m có dụng cụ hỗ trợ ở 2 nhóm theo từng cặp thời gian có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm theo liệu trình T2 (tuần 2), liệu trình 3 (tuần 3), liệu trình 4 (tuần 4) với $p < 0,001$. Đối với chi dưới đòi hỏi thực hiện động tác đơn giản hơn, không cần tinh vi, chỉ giữ thăng bằng khi di chuyển đoạn đường ngắn dưới 10m. Chính vì thế, sự cải thiện thấy rõ thay đổi thời gian đi bộ sau liệu trình điều trị tuần 2, tuần 3, tuần 4. Tuy nhiên việc PHVD bàn chân cũng chưa rõ ràng nên cần điều trị thời gian dài và phải chăng áp dụng thêm nhĩ châm vùng bàn chân, điểm não để tăng kích thích vận động.

Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chung dựa vào thang Barthel

Điểm số PHVD theo thang đo Barthel thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so



sánh trước và sau điều trị ở nhóm can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm số PHVD theo thang đo Barthel thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau điều trị ở nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số PHVD theo thang đo Barthel ở 2 nhóm tại liệu trình 2 (tuần 2), liệu trình 3 (tuần 3), liệu trình 4 (tuần 4) với $p < 0,05$. Thang đo Barthel được nhiều tác giả nghiên cứu áp dụng để đánh giá sự phục hồi các chức năng của NB NMN từ vệ sinh đầu mặt, ăn uống, tiêu tiêu cho đến vận động tay chân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trong PHVD chi, điểm số Barthel thay đổi vận động chi dưới chủ yếu ở nhóm can thiệp. Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chung dựa vào xếp loại Barthel: Nhóm can thiệp giúp cải thiện xếp loại Barthel theo thời gian và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm chứng giúp cải thiện xếp loại Barthel theo thời gian và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về xếp loại Barthel ở 2 nhóm tại liệu trình 1 (tuần 1), liệu trình 2 (tuần 2) với $p < 0,05$.

Sự khác biệt 2 phương pháp châm

Trong cách chọn huyết của 2 phương pháp đều: Áp dụng theo lý luận YHCT: chọn huyết theo đường kinh. Đặc biệt ở nhóm can thiệp, ngoài chọn huyết theo lý luận YHCT còn áp dụng thêm lý luận YHHĐ: kích thích thần kinh X làm tăng

sức mạnh cơ gấp ở chi trên, chi dưới và cơ duỗi chi dưới (1).

Kết quả đáp ứng điều trị 2 nhóm nghiên cứu

Đáp ứng tốt điều trị khi điểm số Barthel chuyển bậc từ trung bình trở lên khá tốt. Đáp ứng không tốt điều trị khi điểm số Barthel không chuyển bậc hoặc chuyển bậc trong cùng nhóm yếu kém. Nhóm can thiệp (84,8%) có tỉ lệ đáp ứng tốt điều trị cao hơn nhóm chứng (45,1%). Nhóm can thiệp có đáp ứng điều trị không tốt (15,2%), nhóm chứng (54,9%). Kết quả ở nhóm can thiệp không đáp ứng tốt điều trị thấp hơn nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này cho thấy vai trò của nhĩ châm kích thích dây thần kinh X kết hợp điện thể châm trong phục hồi chức năng vận động có khác biệt với điện thể châm đơn thuần. Hiệu quả điều trị cũng cao hơn điện thể châm đơn thuần. So sánh với các nghiên cứu về điện châm khác, nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Nguyễn về châm cứu cải tiến phối hợp tập vận động với đối tượng: tất cả NB bị đột quỵ não (nhồi máu não và xuất huyết não), thời gian khởi phát bệnh < 1 tháng và > 1 tháng. Phương pháp thực hiện: châm các huyết trên 2 đầu bó cơ bị liệt kết hợp dòng điện từ 5Hz (tần số thấp) và 50Hz (tần số cao) với liệu trình 10 ngày/lần, kết quả đạt tỷ lệ 68,25% (8). Bên cạnh đó, đề tài còn một số hạn chế: người thực hiện thủ thuật phải đồng nhất cách chọn huyết và sự cải thiện vận động bàn tay, bàn chân chưa rõ rệt. Tai biến: Trong suốt quá trình thực hiện đề tài chúng tôi không ghi nhận hiện

tượng vít chặt kim, chảy máu hay vùng châm hay nhiễm trùng do nhĩ châm.

V. KẾT LUẬN

- Không có sự khác biệt về phục hồi vận động bàn tay giữa 2 nhóm.

- Phục hồi vận động chi dưới ở nhóm can thiệp (tốt) hơn nhóm chứng sau liệu trình 1 (tuần 1), liệu trình 2 (tuần 2), liệu trình 3 (tuần 3), liệu trình 4 (tuần 4).

- Điểm số Barthel có thay đổi (tăng lên) có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước – sau điều trị từ liệu trình 2 ở mỗi nhóm nghiên cứu.

- Tỷ lệ người bệnh phục hồi vận động khá – tốt theo thang điểm Barthel ở nhóm can thiệp từ liệu trình 2, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Không ghi nhận tai biến gì xảy ra ở 2 nhóm, trong quá trình thực hiện nghiên cứu 4 liệu trình

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miao D, Lei KT and et al. (2020). Auricular Intradermal Acupuncture as a Supplementary Motor Rehabilitation Strategy in Poststroke Patients: A Randomized Preliminary Clinical Study. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2020: 5094914.

2. Baig SS, Falidas K and et al. (2019). Transcutaneous Auricular Vagus Nerve Stimulation with Upper Limb Repetitive Task Practice May Improve Sensory Recovery in Chronic Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 28(12): 104348.

3. Dawson J, Pierce D and et al. (2016). Safety, Feasibility, and Efficacy of Vagus Nerve Stimulation Paired With Upper-Limb Rehabilitation After Ischemic Stroke. *Stroke*, 47(1): 143-50.

4. Mahoney FI, Barthel D (1965). Đánh

giá chức năng: chỉ số Barthel. *Maryl and State Medical Journal*, 14: 56-61

5. Powers WJ, Rabinstein AA and et al. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12):e344-e418.

6. Trịnh Thị Diệu Thường, Phan Quan Chí Hiếu (2008). Hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ của thể châm cải tiến phối hợp tập vận động chủ động. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4): 18-27.

7. Quyết định 073/QĐ-YHCT ngày 04/05/2015 (2015). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành châm cứu - xoa bóp bấm huyệt. *Bệnh viện y học cổ truyền TP.HCM*.

8. Đoàn Thị Nguyễn, Phan Quan Chí Hiếu (2012). Khảo sát những yếu tố có ảnh hưởng trên hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng phương pháp châm cứu cải tiến phối hợp vật lý trị liệu tại Trà Vinh. *Y học TP.HCM*, 16(1): 72.

9. Redgrave JN, Moore L and et al. (2018). Transcutaneous Auricular Vagus Nerve Stimulation with Concurrent Upper Limb Repetitive Task Practice for Poststroke Motor Recovery: A Pilot Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 27(7): 1998-2005.