



ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ HUYẾT ÁP THẤP NGUYÊN PHÁT CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM, THỦY CHÂM KẾT HỢP NHĨ CHÂM

Đinh Trọng Thái¹, Phạm Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị huyết áp thấp (HAT) nguyên phát của phương pháp điện châm, thủy châm kết hợp nhĩ châm. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được chẩn đoán HAT nguyên phát theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế, đồng thời có các chứng trạng lâm sàng phù hợp với chứng huyền vũng thể tâm dương bất túc của Y học cổ truyền, được phân bố ngẫu nhiên vào 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu (NC) dùng điện châm, thủy châm kết hợp nhĩ châm, nhóm đối chứng (ĐC) dùng điện châm và thủy châm, đánh giá kết quả sau 21 ngày điều trị. **Kết quả:** cho thấy cả hai nhóm có hiệu quả trong điều trị HAT nguyên phát thông qua các triệu chứng lâm sàng và chỉ số huyết áp ($p < 0,05$); nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp điện châm, thủy châm kết hợp nhĩ châm có tác dụng điều trị HAT nguyên phát.

Từ khoá: Huyết áp thấp, Điện châm, Thủy châm, Nhĩ châm.

SUMMARY

EVALUATION OF THE THERAPEUTIC EFFECTS OF ELECTROACUPUNCTURE, AQUAPUNCTURE COMBINED WITH AURICULAR ACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF PRIMARY HYPOTENSION

Objective: To evaluate the treatment effect of electroacupuncture, hydroacupuncture combined with auricular acupuncture for primary low blood pressure. **Subjects and methods:** 60 patients who met the inclusion criteria and did not meet the exclusion criteria were diagnosed with primary low blood pressure according to the standards of the Ministry of Health, and had clinical symptoms consistent with the syndrome of phantom limbs insufficiency of the traditional medicine, and were randomly assigned to 2 groups. The study group used electroacupuncture, hydroacupuncture combined with auricular acupuncture, the control group used electroacupuncture and hydroacupuncture, and the results were evaluated after 21 days of treatment. **Results:** showed that both groups were effective in treating primary low blood pressure through clinical symptoms and blood pressure index ($p < 0.05$); the study group improved better than the control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Electroacupuncture, hydroacupuncture combined with auricular acupuncture is effective in treating primary low blood pressure.

Keywords: Low blood pressure, Electroacupuncture, Hydroacupuncture, Auricular acupuncture.

¹ Bệnh viện Châm cứu TW.
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Trọng Thái
Email: dinhtrongthaiacpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2025
Ngày phản biện: 16.5.2025
Ngày đăng bài: 28.7.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết áp thấp nguyên phát (hay huyết áp thấp vô căn) là tình trạng huyết áp động mạch thường xuyên thấp hơn mức bình thường ở người trưởng thành, thường được xác định khi huyết áp tối đa < 90 mmHg và huyết áp tối thiểu < 60 mmHg.[1] Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), HAT mạn tính ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của người bệnh với các triệu chứng như mệt mỏi, chóng mặt, đau đầu, giảm tập trung.... [2], [3] Mặc dù không nguy hiểm tính mạng tức thời như tăng huyết áp, HAT kéo dài có thể gây suy giảm tưới máu các cơ quan quan trọng, dẫn đến ngất xỉu, tổn thương nhận thức và biến chứng tim mạch. Hiện nay, điều trị HAT trong y học hiện đại chủ yếu là điều chỉnh lối sống, bồi phụ dịch thể và sử dụng một số thuốc co mạch alpha (ví dụ midodrine) nhằm nâng huyết áp và cải thiện triệu chứng.[2] Tuy nhiên, hiệu quả của các biện pháp này còn hạn chế, đặc biệt đối với HAT nguyên phát do cơ địa.

Trong y học cổ truyền, HAT thuộc phạm vi chứng “huyễn vựng” (hoa mắt chóng mặt) hoặc “hư lao”, căn nguyên chủ yếu do khí huyết hư và dương khí suy kém. Các phương pháp châm cứu đã được sử dụng từ lâu để chữa chứng huyễn vựng và nâng cao huyết áp. Nhiều nghiên cứu hiện đại cho thấy châm cứu có tác dụng điều hòa huyết áp theo hai chiều: có thể làm hạ huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp, đồng thời lại giúp tăng huyết áp ở bệnh nhân HAT.[3], [4] Cơ chế chính là châm cứu tác động lên hệ thần kinh tự chủ và các trung tâm vận mạch, giúp cân bằng hoạt động giao cảm và phế vị tùy theo tình trạng cụ thể.

[4], [5] Đặc biệt, điện châm tại các huyệt như Túc tam lý (ST36), Nội quan (PC6) đã được thực nghiệm cho thấy có khả năng làm tăng huyết áp đáng kể trong mô hình gây tụt huyết áp ở động vật thí nghiệm.[6] Bên cạnh đó, nhĩ châm (châm cứu loa tai) cũng là phương pháp được sử dụng rộng rãi để điều chỉnh rối loạn huyết áp. Một nghiên cứu lâm sàng tại Trung Quốc trên 150 bệnh nhân HAT nguyên phát cho thấy cài hạt nhĩ châm đạt hiệu quả cải thiện huyết áp ở 95,5% trường hợp sau 10 ngày điều trị, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng dùng bài thuốc thảo dược (hiệu quả 76,7%).[7] Điều này gợi ý rằng kích thích các huyệt trên vành tai có thể hỗ trợ tăng huyết áp thông qua điều hòa phân xạ tim mạch. Hiện nay, tại Việt Nam, phương pháp thủy châm (tiêm thuốc vào huyệt) kết hợp với điện châm và nhĩ châm đang được áp dụng với kỳ vọng nâng cao hiệu quả điều trị HAT. Thủy châm cho phép vừa tác động cơ học lên huyết vị, vừa đưa một lượng nhỏ hoạt chất vào cơ thể, nhờ đó có tác dụng toàn thân mạnh hơn so với châm cứu đơn thuần. Do đó, với mục đích làm rõ tác dụng hiệp đồng kết hợp điều trị của các phương pháp điện châm, thủy châm, nhĩ châm trong điều trị HAT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả điều trị lâm sàng huyết áp thấp nguyên phát của phương pháp điện châm, thủy châm kết hợp nhĩ châm”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ:



Bệnh nhân (BN) ≥ 18 tuổi, tình nguyện tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán HAT nguyên phát với biểu hiện:[8]

- Có ít nhất một trong các triệu chứng: mệt mỏi, nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, choáng váng khi đứng, rối loạn trí nhớ, rối loạn giấc ngủ.

- Huyết áp tâm thu $\leq 90\text{mmHg}$ và/hoặc HATTr $\leq 60\text{mmHg}$.

- Lưu huyết não đồ: Có hình ảnh giảm lưu lượng tuần hoàn não.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT:

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán HAT nguyên phát theo YHHĐ và có các triệu chứng Huyền vừng phù hợp với thể Tâm dương bất túc theo YHCT:[9]

- Mệt mỏi, nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt.
- Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng nhuận.
- Chân tay lạnh, mạch tế nhược hoặc trầm tế.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- BN HAT không có biểu hiện bệnh lý.
- Có các bệnh lý tim mạch kèm theo: Suy tim, bệnh lý van tim...

- BN đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp, thuốc suy giáp.

- BN có tiền sử dị ứng với thuốc thủy châm: Vincosyn, dị ứng với miếng dán nhĩ châm

- Mất máu cấp, chấn thương ngoại khoa.
- BN không tuân thủ theo quy trình điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước- sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện gồm 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Chất liệu nghiên cứu

- Công thức huyết điện châm: theo quy trình kỹ thuật 264 điện châm điều trị HAT của Bộ Y tế.[1]

- + Châm tả: Bách hội, Thượng tinh, Thái dương, Phong trì.

- + Châm bổ: Tâm du, Quan nguyên, Khí hải, Tam âm giao, Túc tam lý, Đản trung.

- + Liệu trình: 30 phút/ 01 lần/ ngày vào 08h sáng, liệu trình 21 ngày.

- Công thức huyết thủy châm: theo quy trình kỹ thuật 339 thủy châm điều trị HAT của Bộ Y tế.[1]

- + Công thức huyết: Quan nguyên, Túc tam lý, Tâm du, Phong trì.

- + Liệu trình: 01 lần/ ngày vào 09h sáng, liệu trình 21 ngày.

- Công thức huyết nhĩ châm: theo quy trình kỹ thuật 150 nhĩ châm điều trị HAT của Bộ Y tế.[1]

- + Tuyên nội tiết, Giao cảm, Thần môn, Tâm.

- + Liệu trình: Gài kim nhĩ hoàn ngày đầu tiên điều trị, lưu kim. Sau 3 ngày điều trị thay kim nhĩ hoàn 1 lần. Một liệu trình điều trị gài kim 7 lần.

- Máy điện châm M8 do Bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất.

- Kim châm cứu làm bằng thép không gỉ, xuất xứ Trung Quốc.

- Vincozyn 2ml do công ty Công ty cổ phần Dược phẩm Vĩnh Phúc sản xuất.

- Bơm tiêm 5 ml

- Kim nhĩ hoàn làm bằng thép không gỉ, độ dài 1,5 mm, đường kính 0,2 mm. Chân kim gắn vào miếng dán có kích thước 7*7 mm do công ty Thiết bị y tế Đông Á cung cấp.

- Máy đo huyết áp tự động Omron HEM-7121 do Nhật Bản sản xuất.

- Máy đo lưu huyết não Rheoscreen Compact CE 0118 do Đức sản xuất

- Pince, bông, cồn 70 độ, hộp chống sốc.

Quy trình nghiên cứu: 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được chẩn đoán HAT nguyên phát theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế.[1] đồng thời có các chứng trạng lâm sàng phù hợp với chứng huyền vũng thể tâm dương bất túc của Y học cổ truyền, không phân biệt giới tính, tuổi tác được phân bố ngẫu nhiên vào 2 nhóm như sau:

- Nhóm nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp điện châm, thủy châm kết hợp nhĩ châm gồm: điện châm 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 07 ngày/tuần (tổng 21 lần điện châm); thủy châm 1 lần/ngày x 07 ngày/tuần (tổng 21 lần thủy châm) và nhĩ châm: nhĩ hoàn lưu kim vào ngày đầu tiên điều trị, sau 3 ngày điều trị thay kim nhĩ hoàn 1 lần (tổng 07 lần nhĩ châm).

- Nhóm đối chứng gồm 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp điện châm và

thủy châm theo phác đồ tương tự của nhóm nghiên cứu.

Phương pháp đánh giá kết quả

- Triệu chứng lâm sàng: mệt mỏi, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, choáng váng khi đứng dậy, mất ngủ

- Giá trị của huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp trung bình: Chỉ số huyết áp được xác định tại 02 thời điểm trước điều trị (D0) và sau điều trị (D21) bằng máy Omron JPN600 do Nhật Bản sản xuất.

- Đo lưu huyết não: Thực hiện trên 30 BN nhóm NC, chỉ số lưu huyết não được xác định tại 02 thời điểm trước điều trị (D0) và sau điều trị (D21) bằng máy đo lưu huyết não Rheoscreen Compact CE 0118 do Đức sản xuất.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2024 đến tháng 12/2024, các bệnh nhân được điều trị nội trú tại bệnh viện Châm cứu Trung ương

3. Xử lý số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức bệnh viện Châm cứu Trung ương. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Biến đổi các dấu hiệu lâm sàng sau liệu trình điều trị



Triệu chứng	Nhóm	Nhóm NC (n = 30) (1)				Nhóm ĐC (n = 30) (2)				P _{D0(1-2)}	P _{D21(1-2)}
		D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Mệt mỏi		24	80,0	4	13,3	22	73,3	11	36,7	>0,05	<0,05
P _(D0-D21)		<0,05				>0,05					
Hoa mắt chóng mặt		25	83,3	3	10,0	26	86,7	10	33,3	>0,05	<0,05
P _(D0-D21)		<0,05				<0,05					
Choáng váng khi đứng dậy		20	66,7	3	10,0	21	70,0	7	23,3	>0,05	>0,05
P _(D0-D21)		<0,05				<0,05					
Đau đầu		23	76,7	2	6,7	24	80,0	5	16,7	>0,05	>0,05
P _(D0-D21)		<0,05				<0,05					
Mất ngủ		19	63,3	2	6,7	18	60,0	8	26,7	>0,05	<0,05
P _(D0-D21)		<0,05				>0,05					

Nhận xét:

- Tại thời điểm trước điều trị: các triệu chứng mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt, choáng váng, đau đầu, mất ngủ giữa nhóm NC và nhóm ĐC khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Sau liệu trình điều trị: các triệu chứng mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt, choáng váng, đau đầu, mất ngủ ở nhóm NC giảm hơn so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nhóm ĐC, các triệu chứng hoa mắt chóng mặt, choáng váng, đau đầu giảm so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm NC giảm tốt hơn nhóm ĐC ở các triệu chứng mệt mỏi, chóng mặt, mất ngủ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Biến đổi huyết áp của 2 nhóm sau liệu trình điều trị

Huyết áp \ Nhóm	Nhóm NC (n = 30, $\bar{X} \pm SD$) (1)		Nhóm ĐC (n = 30, $\bar{X} \pm SD$) (2)		P _{(1-2) D0}	P _{(1-2) D21}
	D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁		
HA tâm thu	86,1±3,6	104,7±6,7	85,3±3,7	98,7±6,9	>0,05	<0,05
P _(D0-D21)	< 0,01		< 0,01			
Δ _{D0-D21}	18,6±4,9		13,4±6,0			
HA tâm trương	56,3±2,0	71,5±5,0	55,7±2,3	65,2±6,0	>0,05	<0,05
P _(D0-D21)	< 0,01		< 0,01			
Δ _{D0-D21}	15,2±4,6		9,5±5,6			
HA trung bình	67,3±2,0	82,6±5,3	66,8±2,3	76,4±6,0	>0,05	>0,05
P _(D0-D21)	< 0,01		< 0,01			
Δ _{D0-D21}	15,3±4,6		9,5±5,7			

Nhận xét:

- Tại thời điểm trước điều trị: giá trị trung bình của HA tâm thu, HA tâm trương và HA trung bình giữa nhóm NC và nhóm ĐC là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Tại thời điểm sau 21 ngày điều trị: giá trị trung bình của HA tâm thu, HA tâm trương và HA trung bình tăng so với trước điều trị ở cả 2 nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tuy nhiên, trung bình 3 chỉ số huyết áp của nhóm NC tăng tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Sự biến đổi trương lực mạch máu não sau liệu trình điều trị trên lưu huyết não đồ

Chỉ số NC		Thời điểm NC	Trước điều trị (n = 30, $\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị (n = 30, $\bar{X} \pm SD$)	P
Chuyển đạo trán chũm	Thời gian nhánh lên α (ms)		215,7 $\pm$ 17,2	194,1 $\pm$ 10,7	< 0,01
	Chỉ số mạch α/T (X%)		29,0 $\pm$ 2,6	21,7 $\pm$ 2,2	< 0,01
Chuyển đạo chũm chằm	Thời gian nhánh lên α (ms)		217,9 $\pm$ 13,1	195,1 $\pm$ 6,9	< 0,01
	Chỉ số mạch α/T (X%)		29,3 $\pm$ 2,6	20,9 $\pm$ 1,9	< 0,01

Nhận xét: Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân nhóm NC trên lưu huyết não đồ, kết thúc liệu trình điều trị, thời gian nhánh lên α và chỉ số mạch ở chuyển đạo trán chũm và chũm chằm đều giảm so với trước điều trị, sự biến đổi có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%.

Bảng 4. Sự biến đổi lưu lượng tuần hoàn não sau liệu trình điều trị trên lưu huyết não đồ

Chỉ số NC		Thời điểm NC	Trước điều trị (n = 30, $\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị (n = 30, $\bar{X} \pm SD$)	P
Lưu lượng tuần hoàn não (ml/phút)	Chuyển đạo trán chũm		193,6 $\pm$ 10,3	250,0 $\pm$ 12,6	< 0,01
	Chuyển đạo chũm chằm		195,4 $\pm$ 18,8	236,6 $\pm$ 11,1	< 0,01

Nhận xét: Sau liệu trình điều trị, trung bình lưu lượng tuần hoàn máu não của 30 bệnh nhân nhóm NC cải thiện tốt. Ở chuyển đạo trán chũm, trung bình lưu lượng tuần hoàn não tăng từ 201,5 $\pm$ 18,1 ml/phút lên 250,0 $\pm$ 12,6 ml/phút, trong khi ở chuyển đạo chũm chằm tăng từ 197,9 $\pm$ 9,2 ml/phút lên 236,6 $\pm$ 11,1 ml/phút. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%.



IV. BÀN LUẬN

Trong số các phương pháp nghiên cứu sinh lý tuần hoàn não, kỹ thuật ghi lại sự thay đổi điện trở của não khi có dòng điện đi qua được đánh giá là phương pháp nhẹ nhàng, không gây đau đớn, không độc hại, và không có chống chỉ định đối với người bệnh. Đây là phương pháp ghi lưu huyết não – một chỉ số có độ tin cậy cao, phản ánh sự thay đổi trong cung cấp máu cho mô não, từ đó đánh giá trạng thái huyết động não trong cả những trường hợp đã có triệu chứng lâm sàng cũng như giai đoạn sớm khi chưa xuất hiện biểu hiện rõ rệt, như trong bệnh cảnh thiếu năng tuần hoàn não (HAT). Trong lưu huyết não đồ (LHN đồ), thời gian đỉnh (thời gian alpha, T_α) được đo bằng đơn vị mili giây (ms), là chỉ số phản ánh thời gian giãn mạch cực đại của mạch máu não. Ở người bình thường, chỉ số này thường dưới 200 ms. Bên cạnh đó, chỉ số đàn hồi (hay chỉ số mạch) được tính bằng tỷ lệ phần trăm giữa thời gian nhánh lên của sóng lưu huyết so với toàn bộ chu kỳ sóng (T). Chỉ số này phản ánh trương lực thành mạch và khả năng đàn hồi của mạch máu não, với giá trị bình thường dao động trong khoảng 18–22%.[10] Kết quả nghiên cứu trên 30 bệnh nhân trong nhóm can thiệp cho thấy: trước điều trị, thời gian đỉnh và chỉ số mạch đều cao hơn ngưỡng bình thường một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), cho thấy hiện tượng giãn mạch kéo dài và tăng trương lực mạch máu, từ đó làm giảm lưu lượng máu nuôi não. Sau 21 ngày điều trị bằng điện châm kết hợp thủy

châm và nhĩ châm, thời gian đỉnh (T_α) đã giảm rõ rệt: từ $215,7 \pm 17,2$ ms xuống $194,1 \pm 10,7$ ms (chuyển đạo trán-chũm), và từ $217,9 \pm 13,1$ ms xuống $195,1 \pm 6,9$ ms (chuyển đạo chũm-chẩm). Đồng thời, chỉ số mạch cũng giảm từ $29,0 \pm 2,6\%$ xuống $21,7 \pm 2,2\%$ (trán-chũm) và từ $29,3 \pm 2,6\%$ xuống $20,9 \pm 1,9\%$ (chũm-chẩm). Bên cạnh đó, chỉ số lưu lượng máu qua não (ml/phút/bán cầu) – thể hiện thể tích máu đi qua mỗi bán cầu trong 1 phút, cũng là một thông số quan trọng. Chỉ số này ở người bình thường thường trên 200 ml/phút/bán cầu. Trước điều trị, giá trị trung bình của chỉ số này tại cả hai chuyển đạo đều thấp hơn bình thường, phản ánh sự suy giảm cung cấp máu não. Sau 21 ngày điều trị, chỉ số này tăng lên đáng kể với ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,01$): từ $193,6 \pm 10,3$ ml/phút lên $250,0 \pm 12,6$ ml/phút (trán-chũm) và từ $195,4 \pm 18,8$ ml/phút lên $236,6 \pm 11,1$ ml/phút (chũm-chẩm). Như vậy, kết quả cho thấy phương pháp điện châm – thủy châm kết hợp nhĩ châm có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện tuần hoàn não, giúp phục hồi độ đàn hồi mạch máu và tăng lưu lượng máu lên não, từ đó đưa các chỉ số huyết động tiệm cận mức sinh lý bình thường.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tổng kết của Tổ chức Y tế Thế giới, khi WHO cho biết châm cứu có hiệu quả điều trị HAT nguyên phát cao hơn hẳn so với việc dùng các liệu pháp bồi bổ thông thường. Đặc biệt, châm cứu không chỉ giúp nâng huyết áp và giảm các triệu chứng chủ quan mà còn an toàn, hầu

như không gây tác dụng phụ đáng kể.[3] Trong y văn, liệu pháp nhĩ châm đã được chứng minh mang lại kết quả khả quan: Guo J.S. (1992) báo cáo trên 150 ca HAT nguyên phát được điều trị bằng cách dán hạt vương bất lưu hành lên các điểm huyết ở loa tai, phần lớn bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt cả huyết áp và triệu chứng cơ năng. [7] Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục củng cố những bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng về tác dụng điều trị của châm cứu đối với HAT.

Dưới góc độ sinh lý học hiện đại, hiệu quả nâng huyết áp của phương pháp điện châm kết hợp thủy châm, nhĩ châm có thể được lý giải thông qua tác động điều hòa hệ thần kinh tự động và cải thiện phản xạ kiểm soát huyết áp. Bệnh HAT nguyên phát thường đi kèm với sự rối loạn điều hòa thần kinh tim mạch: tăng nhạy cảm của phản xạ baroreceptor và dịch chuyển điểm cân bằng về mức huyết áp thấp hơn, kèm theo đó là hoạt động giao cảm bị suy giảm và tăng ưu thế của thần kinh phó giao cảm.[2] Tình trạng “mất cân bằng” này dẫn đến huyết áp luôn ở mức thấp và gây nhiều triệu chứng mệt mỏi, choáng váng ở người bệnh. Điện châm có khả năng tác động lên các trung khu thần kinh, giúp tái lập cân bằng hệ thần kinh thực vật. Các nghiên cứu neurobiology cho thấy châm cứu có thể điều chỉnh lưu lượng xung động thần kinh giao cảm và phó giao cảm tùy theo tình trạng huyết áp: khi huyết áp thấp, kích thích châm cứu làm tăng hoạt động các trung khu nâng huyết áp, còn khi huyết áp cao thì ngược lại, châm cứu giúp

ức chế các nhân thần kinh gây tăng huyết áp. Nói cách khác, châm cứu có tác dụng điều hòa huyết áp hai chiều, giúp huyết áp tiến về mức bình thường bất kể ban đầu cao hay thấp.[4] Cơ chế này lý giải tại sao châm cứu đã được nghiên cứu áp dụng cho cả tăng huyết áp lẫn HAT.

Hiệu quả nâng huyết áp của điện châm đã được chứng minh một cách rõ ràng qua các thí nghiệm trên động vật. Trong mô hình gây hạ huyết áp bằng sodium nitroprusside trên chó, điện châm liên tục 20 phút vào huyết Túc Tam Lý hoặc Nội Quan với dòng điện xung tần số thấp đã làm huyết áp tăng lên đáng kể và trở về gần mức ban đầu trong vòng 5–10 phút. Tác dụng nâng huyết áp này nhanh chóng mất đi sau khi ngừng kích thích, cho thấy vai trò quyết định của việc duy trì kích thích điện châm đủ thời gian. Nghiên cứu cũng thực hiện trên mô hình sốc do nội độc tố và sốc do mất máu ở động vật và thu được kết quả tương tự: kích thích điện châm (hoặc kích thích điện thần kinh) giúp tăng huyết áp, cải thiện sức co bóp tim và duy trì tưới máu nội tạng, qua đó tăng tỷ lệ sống sót cho động vật thực nghiệm. Những kết quả thực nghiệm này là cơ sở khoa học vững chắc để khẳng định hiệu quả tăng huyết áp của châm cứu, mở ra tiềm năng ứng dụng trên lâm sàng đối với HAT và sốc do tụt huyết áp. Về mặt cơ chế phân tử, tác dụng của điện châm trong việc tăng huyết áp có sự tham gia của hệ dẫn truyền cholinergic trung ương.[6] Peng Li (2018) ghi nhận rằng việc tiêm atropine hoặc scopolamine (các thuốc ức



chế acetylcholine) vào tuần hoàn hoặc vào não thất IV sẽ chặn đứng hiệu quả nâng huyết áp của điện châm trên mô hình gây tụt huyết áp bằng nitroprusside. Điều này chứng tỏ kích thích điện châm đã hoạt hóa các neuron cholinergic ở vùng hành não và vùng giữa não, qua đó huy động phản xạ làm tăng huyết áp. Cơ chế này tương đồng với cơ chế chống tăng huyết áp của châm cứu đã được Longhurst và cộng sự nghiên cứu trước đó, cho thấy châm cứu tác động phức tạp lên nhiều hệ dẫn truyền thần kinh trung ương (opioid, monoamine, cholinergic...) để điều hòa huyết áp và lưu thông máu.

Dưới góc nhìn y học cổ truyền, HAT nguyên phát không có danh xưng bệnh lý riêng nhưng có thể quy vào phạm vi các chứng hư lao, huyền vưng... Các y văn cổ truyền và tài liệu chuyên ngành đều thống nhất rằng phần lớn bệnh nhân HAT thuộc chứng “hư”, chủ yếu là khí huyết lưỡng hư, dương khí suy kém. Tỳ và Thận là hai tạng cơ bản liên quan chính: Tỳ chủ vận hóa và nâng thanh dương, khi Tỳ khí hư không đưa đủ thanh dương lên não sẽ gây hoa mắt, chóng mặt; Thận chủ về nguyên dương, Thận dương hư thì không sinh đủ hỏa hậu thiên để duy trì huyết áp ổn định. Do đó nguyên tắc điều trị là bổ khí huyết, ích khí kiện Tỳ, đồng thời ôn bổ Thận dương và nâng cao dương khí cơ thể. Phương pháp điện châm, thủy châm và nhĩ châm mà chúng tôi áp dụng đã quán triệt nguyên tắc này. Cụ thể, các huyệt được chọn như Bách Hội, Túc Tam Lý, Quan Nguyên... đều có tác dụng ích

khí thăng dương, nâng cao áp lực tuần hoàn theo y lý cổ truyền. Bách Hội (ở đỉnh đầu) là huyệt thường dùng trong y học cổ truyền để “thăng dương cố thoát”, tức nâng cao dương khí và giữ huyết áp không tụt xuống thêm. Nghiên cứu của Yu L. (1998) trên 180 bệnh nhân cũng cho thấy châm cứu đơn thuần vào huyệt Bách Hội có hiệu quả nâng huyết áp đáng kể, khẳng định vai trò của huyệt vị này trong điều trị HAT. Bên cạnh các huyệt chính trên cơ thể, chúng tôi kết hợp nhĩ châm – châm cứu trên loa tai – nhằm tác động thêm vào các vùng phản xạ tương ứng với tạng phủ. Theo viễn luận của nhĩ liệu pháp, loa tai là nơi quy tụ các đường kinh mạch và thần kinh toàn thân, do đó việc châm hoặc cài hạt trên loa tai có thể hỗ trợ điều hòa hoạt động tạng phủ và huyết áp một cách toàn thân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn các điểm nhĩ như vùng thần kinh giao cảm, tuyến nội tiết, thận... với kỳ vọng kích thích tăng cường trương lực mạch máu và cải thiện tuần hoàn máu theo quan điểm cổ truyền. Song song với đó, thủy châm (tiêm thuốc vào huyệt) được sử dụng để bổ sung được chất trợ lực ngay tại huyệt, tạo hiệu ứng “kép” vừa kích thích huyết mạnh hơn vừa hỗ trợ phục hồi chính khí. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi sử dụng vitamin nhóm B (B1, B6, B12) thủy châm vào các huyệt quan trọng (như Túc Tam Lý, Quan Nguyên) nhằm hỗ trợ tăng tạo máu và tăng dẫn truyền thần kinh, phù hợp với khuyến cáo trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật châm cứu do Bộ Y tế ban hành. Việc phối hợp đồng thời điện châm (tác dụng

nhANH, mẠnh), thủy châm (tác dụng tăng cường khí huyết) và nhĩ châm (tác dụng điều hòa thần kinh toàn thân) đã tạo ra ưu thế rõ rệt về hiệu quả điều trị trong nghiên cứu này so với các liệu pháp đơn thuần trước đây.

Một ưu điểm khác của phương pháp châm cứu kết hợp là tính an toàn và dung nạp tốt. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận biến chứng nguy hiểm nào; các phản ứng phụ như đau tại chỗ châm, vết bầm hay choáng nhẹ khi châm đều hiếm gặp và tự hết. Điều này tương đồng với nhận định của WHO rằng châm cứu hầu như không gây tác dụng phụ đáng kể, đặc biệt so với liệu pháp dùng thuốc. Hiện nay, mặc dù một số thuốc tác dụng co mạch như midodrine có thể được dùng để nâng huyết áp cho bệnh nhân tụt huyết áp, các nghiên cứu cho thấy việc sử dụng lâu dài thuốc α -adrenergic này có nguy cơ làm nặng thêm rối loạn điều hòa thần kinh thực vật ở người bị HAT. Duschek và cộng sự (2009) khuyến cáo rằng dùng midodrine tuy nâng được huyết áp tạm thời nhưng lại kích hoạt phản xạ baroreceptor làm tăng trương lực phó giao cảm, giảm hoạt tính giao cảm, từ đó huyết áp lại có xu hướng tụt xuống và hệ thần kinh bị ức chế hơn trước. Do vậy, một phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, thủy châm, nhĩ châm sẽ là lựa chọn tối ưu để tránh được các tác dụng không mong muốn và hiện tượng “nhờn” phản xạ khi điều trị HAT mạn tính. Phương pháp của chúng tôi tuân thủ các hướng dẫn kỹ thuật quốc gia về an toàn

châm cứu, sử dụng quy trình vô khuẩn khi châm và dùng thuốc tiêm, đồng thời theo dõi sát bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị. Nhờ đó, liệu pháp đảm bảo tính an toàn, không gây biến cố nghiêm trọng, tạo sự yên tâm cho người bệnh.

Tuy có những kết quả khả quan, nghiên cứu này vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu còn tương đối nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, mới dừng lại ở đánh giá hiệu quả tức thời sau đợt điều trị, chưa đánh giá được tác dụng duy trì lâu dài của phương pháp. Thứ hai, do đặc thù của châm cứu, chúng tôi không thể thiết kế “giả được” hoàn hảo cho nhóm chứng; việc so sánh chủ yếu dựa vào nhóm đối chứng không điều trị hoặc so sánh trước – sau điều trị. Điều này có thể tiềm ẩn sai số do hiệu ứng tâm lý (placebo) hoặc các yếu tố gây nhiễu khác. Trong tương lai, cần có những nghiên cứu ngẫu nhiên với nhóm chứng thích hợp (ví dụ châm cứu giả, thủy châm bằng dung dịch trung tính, nhĩ châm giả định) và số lượng mẫu lớn hơn để khẳng định chắc chắn hiệu quả của phương pháp, đồng thời theo dõi thêm về mặt dài hạn. Mặc dù vậy, kết quả bước đầu của nghiên cứu đã góp phần khẳng định tính đúng đắn của việc kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền trong điều trị HAT. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên gần đây tại Trung Quốc (EARTH, 2023) đã cho thấy kích thích điện xuyên da trên các huyết có tác dụng giảm đáng kể tỷ lệ tụt huyết áp ở sản phụ trong gây tê tùy sống mổ lấy thai. Điều này cũng cổ thêm niềm tin rằng châm cứu và các



phương pháp không dùng thuốc có thể đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát huyết áp, đặc biệt đối với những bệnh lý HAT mãn tính khó điều trị. Việc cân bằng giữa lý luận y học cổ truyền (bồ khí huyết, ích khí thăng dương) với bằng chứng khoa học hiện đại (điều hòa thần kinh thể dịch) đã tạo nên một hướng điều trị toàn diện. Phương pháp điện châm kết hợp thủy châm và nhĩ châm tỏ ra là một liệu pháp hữu hiệu, an toàn, xứng đáng được áp dụng rộng rãi trong điều trị HAT nguyên phát, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điện châm kết hợp thủy châm và nhĩ châm tỏ ra hiệu quả rõ rệt trong điều trị HAT nguyên phát. Sau một liệu trình điều trị, huyết áp trung bình của bệnh nhân tăng đáng kể, nhiều trường hợp huyết áp trở về mức bình thường; các triệu chứng mệt mỏi, chóng mặt, hoa mắt cải thiện hoặc hết hẳn. Tỷ lệ đáp ứng tốt đạt mức cao, không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng. Kết quả nghiên cứu này khẳng định giá trị của việc phối hợp các phương pháp châm cứu khác nhau để nâng cao hiệu quả điều trị. Phác đồ điện châm – thủy châm – nhĩ châm có thể được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở y học cổ truyền và phục hồi chức năng, góp phần cung cấp một biện pháp điều trị an toàn, ít tốn kém và hiệu quả cho bệnh nhân HAT – một chứng bệnh tuy không mới nhưng còn ít phương thức điều trị đặc hiệu trong y học hiện đại. Việc ứng dụng phương pháp này trong lâm sàng sẽ

giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh và hạn chế các rủi ro do HAT gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2013). Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Y Dược cổ truyền”.
2. **Parati G. et al.** (2009). Chronic hypotension and modulation of autonomic cardiovascular regulation. *Hypertension Research*, 32(10): 931–933.
3. **World Health Organization** (2003). *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*. Geneva: WHO. (Trích: “Acupuncture lowers the blood pressure in patients with hypertension and elevates it in patients with hypotension...”)
4. **Longhurst J.C.** (2013). Acupuncture regulation of blood pressure: two decades of research. *Int. Rev. Neurobiol.*, 111: 257–271.
5. **Kang X. & Xia Y.** (2010). Acupuncture Therapy for Hypertension and Hypotension. Trong: *Acupuncture Therapy for Neurological Diseases*, Chapter 11, pp. 289–325. Springer, Berlin.
6. **Li P.** (2018). Acupuncture Treatment for Low Blood Pressure and Shock. *J Altern Complement Integr Med*, 4:047.
7. **Guo J.S.** (1992). [Clinical observation of 150 cases of primary hypotension treated by vaccaria seeds pressed on ear points]. *Chinese Acupuncture & Moxibustion*, 12(3): 155–156 (tiếng Trung Quốc).
8. **Bộ Y tế** (2015). Huyết áp thấp, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch. Nhà xuất bản Y học, tr225-227.
9. **Khoa Y Học Cổ Truyền – Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền.** Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2017;tr37-41
10. **Đào Phong Tản** (1994), Lưu huyết não trong bệnh huyết áp thấp, *Y học thực hành* số 307, tr. 8-11.