

**SỞ Y TẾ BẮC NINH  
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**



**CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI: HOÀNG PHƯƠNG**

**ỨNG DỤNG ĐÀU CHÂM KẾT HỢP VỚI XOA BÓP BẨM HUYỆT  
TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN  
MẠCH MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC  
HỒI CHỨC NĂNG BẮC NINH NĂM 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Bắc Ninh, 2026**

SỞ Y TẾ BẮC NINH  
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

ỨNG DỤNG ĐÀU CHÂM KẾT HỢP VỚI XOA BÓP BẨM HUYỆT  
TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN  
MẠCH MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC  
HỒI CHỨC NĂNG BẮC NINH NĂM 2026

Người thực hiện: HOÀNG PHƯƠNG

Bắc Ninh, 2026

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....</b>	<b>3</b>
1.1. Đặc điểm dịch tễ học của đột quy não .....	3
1.1.1. Đặc điểm giải phẫu tuần hoàn não .....	3
1.1.2. Định nghĩa đột quy não .....	5
1.1.3. Phân loại đột quy não .....	6
1.1.4. Hội chứng liệt nửa người theo YHHD.....	6
1.1.5. Liệt nửa người theo YHCT .....	10
1.3. Phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não 18	
1.3.1. Định nghĩa .....	18
1.3.2. Mục đích của phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người. .....	19
1.3.3. Nguyên tắc phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người .....	19
1.3.4. Nhu cầu phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do đột quy năomáu não .....	20
1.3.5. Một số kỹ thuật PHCN vận động cơ bản cho những người tàn tật sau đột quy não. ....	20
1.4. Phục hồi chức năng vận động sau ĐQN não bằng đầu châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt .....	21
1.4.1. Đầu châm .....	22
1.4.2. Xoa bóp bấm huyệt. ....	26
1.5. Một số nghiên cứu liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân liệt nửa người do đột quy năomáu não trên Thế giới và Việt Nam .....	28
1.4.1. Thế giới .....	28
1.4.2. Việt Nam .....	28

1.6. Giới thiệu tóm tắt địa bàn nghiên cứu ..... 29

**Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU ..... 31**

2.1. Đối tượng nghiên cứu ..... 31

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân ..... 31

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ ..... 31

2.2. Phương pháp nghiên cứu..... 32

2.2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu ..... 32

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu..... 32

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu ..... 32

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu ..... 33

2.2.5. Phương pháp chọn mẫu..... 33

2.2.7. Các biến trong nghiên cứu ..... 39

2.2.9. Phương pháp phân tích số liệu ..... 43

2.2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu ..... 43

2.2.11. Hạn chế của nghiên cứu ..... 43

**CHƯƠNG 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU Error! Bookmark not defined.**

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới **Error! Bookmark not defined.**

3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo bên liệt **Error! Bookmark not defined.**

3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp **Error! Bookmark not defined.**

3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo loại tổn thương não .....**Error! Bookmark not defined.**

3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian từ khi đột quỵ đến khi bắt đầu nghiên cứu..... **Error! Bookmark not defined.**

3.6. Mức độ thực hiện các hoạt động sống hàng ngày của đối tượng nghiên cứu

- trước khi vào viện ..... **Error! Bookmark not defined.**
- 3.7. Khả năng vận động của đối tượng nghiên cứu trước khi vào Viện .**Error! Bookmark not defined.**
- 3.8. Khả năng ngồi dậy của bệnh nhân trước và sau ĐT**Error! Bookmark not defined.**
- 3.9. Khả năng đứng dậy của bệnh nhân trước và sau ĐT **Error! Bookmark not defined.**
- 3.10. Khả năng đi của bệnh nhân trước và sau ĐT **Error! Bookmark not defined.**
- 3.11. Khả năng phục hồi nhu cầu thực hiện các hoạt động sống trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trước và sau ĐT **Error! Bookmark not defined.**
- 3.12. Liên quan giữa tuổi và kết quả phục hồi sau điều trị **Error! Bookmark not defined.**
- 3.13. Liên quan giữa giới và kết quả phục hồi sau ĐT **Error! Bookmark not defined.**
- 3.14. Liên quan giữa bên bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị ..... **Error! Bookmark not defined.**
- 3.15. Liên quan giữa loại tổn thương não và kết quả phục hồi sau điều trị **Error! Bookmark not defined.**
- 3.16. Liên quan giữa thời gian từ khi đột quy đến khi bắt đầu điều trị và kết quả phục hồi sau điều trị ..... **Error! Bookmark not defined.**
- 3.17. Liên quan giữa chi bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị..... **Error! Bookmark not defined.**
- CHƯƠNG 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN..... 51**
- 4.1. Bàn luận về phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới **Error! Bookmark not defined.**
- 4.2. Bàn luận về phân bố đối tượng nghiên cứu theo bên liệt ..... **Error!**

**Bookmark not defined.**

4.3. Bàn luận về phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp .....**Error!**

**Bookmark not defined.**

4.4. Bàn luận về phân bố đối tượng nghiên cứu theo loại tổn thương não **Error!**

**Bookmark not defined.**

4.5. Bàn luận về phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian từ khi đột quỵ đến khi bắt đầu nghiên cứu ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.6. Bàn luận về mức độ thực hiện các hoạt động sống hàng ngày của đối tượng nghiên cứu trước khi vào viện ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.7. Bàn luận về khả năng vận động của đối tượng nghiên cứu trước khi vào Viện ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.8. Bàn luận về khả năng ngồi dậy của bệnh nhân trước và sau ĐT .....**Error!**

**Bookmark not defined.**

4.9. Bàn luận về khả năng đứng dậy của bệnh nhân trước và sau ĐT ....**Error!**

**Bookmark not defined.**

4.10. Bàn luận về khả năng đi của bệnh nhân trước và sau ĐT..... **Error!**

**Bookmark not defined.**

4.11. Bàn luận về khả năng phục hồi nhu cầu thực hiện các hoạt động sống trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trước và sau ĐT..... **Error!**

**Bookmark not defined.**

4.12. Bàn luận về liên quan giữa tuổi và kết quả phục hồi sau điều trị ..**Error!**

**Bookmark not defined.**

4.13. Bàn luận về liên quan giữa giới và kết quả phục hồi sau ĐT ..... **Error!**

**Bookmark not defined.**

4.14. Bàn luận về liên quan giữa bên bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.15. Bàn luận về liên quan giữa loại tổn thương não và kết quả phục hồi sau điều trị ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.16. Bản luận về liên quan giữa thời gian từ khi đột quy đến khi bắt đầu điều trị và kết quả phục hồi sau điều trị ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.17. Bản luận về liên quan giữa chi bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị **Error! Bookmark not defined.**

**DỰ KIẾN KẾT LUẬN ..... 51**

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**PHỤ LỤC**

## DANH MỤC BẢNG

- Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới .....**Error!**  
**Bookmark not defined.**
- Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo bên liệt **Error! Bookmark not defined.**
- Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp ..... 44
- Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo loại tổn thương não .....**Error!**  
**Bookmark not defined.**
- Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian từ khi đột quỵ đến khi bắt đầu nghiên cứu ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Bảng 3.6. Mức độ thực hiện các hoạt động sống hàng ngày của đối tượng nghiên cứu trước khi vào viện ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Bảng 3.7. Khả năng vận động của đối tượng nghiên cứu trước khi vào Viện.....  
**Error! Bookmark not defined.**
- Bảng 3.8. Khả năng ngồi dậy của bệnh nhân trước và sau ĐT .....**Error!**  
**Bookmark not defined.**
- Bảng 3.9. Khả năng đứng dậy của bệnh nhân trước và sau ĐT .....**Error!**  
**Bookmark not defined.**
- Bảng 3.10. Khả năng đi của bệnh nhân trước và sau ĐT **Error! Bookmark not defined.**
- Bảng 3.11. Khả năng phục hồi nhu cầu thực hiện các hoạt động sống trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trước và sau ĐT **Error! Bookmark not defined.**
- Bảng 3.12. Liên quan giữa tuổi và kết quả phục hồi sau điều trị ..... **Error!**  
**Bookmark not defined.**
- Bảng 3.13. Liên quan giữa giới và kết quả phục hồi sau ĐT .....**Error!**

**Bookmark not defined.**

Bảng 3.14. Liên quan giữa bên bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị ..**Error!**

**Bookmark not defined.**

Bảng 3.15. Liên quan giữa loại tổn thương não và kết quả phục hồi sau điều trị

.....**Error! Bookmark not defined.**

Bảng 3.16. Liên quan giữa thời gian từ khi đột quỵ đến khi bắt đầu điều trị và

kết quả phục hồi sau điều trị ..... **Error! Bookmark not defined.**

Bảng 3.17. Liên quan giữa chi bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị ....**Error!**

**Bookmark not defined.**

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Sơ đồ hệ thống tuần hoàn não.....	5
Hình 11.2. Bản đồ các diện chức năng của vỏ não theo Brodmann .....	23
Hình 1.2. Những vùng châm ở mặt bên đầu .....	26
Hình 2.1. vùng châm ở đầu .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	
YHCT&PHCN	Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng
YHHĐ	Y học hiện đại
YHCT	Y học cổ truyền
MRI	Chụp cộng hưởng từ
CT	Chụp cắt lớp vi tính
TĐT	Trước điều trị
SĐT	Sau điều trị
TBMMN	Tai biến mạch máu não
CTMNTQ	Cơn thiếu máu não thoáng qua
BN	Bệnh nhân
ĐQN	Đột quy não
WHO	Tổ chức y tế thế giới

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tai biến mạch máu não (TBMMN) hay đột quy não (ĐQN) là loại bệnh thường gặp và có thể xảy ra ở tất cả mọi người, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, do nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể gây tử vong nhanh với tỷ lệ cao đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau các bệnh tim mạch. Đồng thời, đây cũng là loại bệnh để lại nhiều di chứng nặng nề, đặc biệt là những di chứng về vận động, dẫn đến tàn tật là gánh nặng cho người bệnh, gia đình và cộng đồng.

Đột quy não là loại bệnh lý thường gặp, thường xảy ra ở người trên 45 tuổi trong đó 2/3 xảy ra ở tuổi trên 65, nam thường bị nhiều hơn nữ.[5].

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ mới mắc đột quy rất cao, rơi vào khoảng hơn 218,3/ 100.000 người. Đột quy cũng là một trong những nguyên nhân gây tàn tật và tử vong hàng đầu ở Việt Nam. [9]

Mặc dù là bệnh lý phổ biến và rất nguy hiểm, nhưng di chứng do đột quy để lại mới là gánh nặng thật sự. Đột quy là nguyên nhân gây ra khuyết tật trầm trọng thường gặp nhất ở người trưởng thành trên thế giới, hơn 30% người bệnh đột quy bị tàn tật và hoàn toàn phụ thuộc, 30% phụ thuộc một phần, 50% không hồi phục chức năng chi (tay, chân). [2]

Như vậy, phục hồi vận động sau đột quy là vấn đề cấp thiết giúp người bệnh nâng cao chất lượng cuộc sống, tái hòa nhập cộng đồng, đồng thời giảm chi phí y tế và gánh nặng cho gia đình và toàn xã hội. Để giúp người bệnh sau đột quy phục hồi hiệu quả, đòi hỏi phương pháp điều trị đa mô thức, đặc biệt là các phương pháp kết hợp Y học hiện đại (YHHĐ) và Y học cổ truyền (YHCT). Y học cổ truyền điều trị phục hồi chức năng sau đột quy có: Thuốc YHCT, các phương pháp châm, xoa bóp bấm huyệt, xông thuốc, cứu....[5]

Phương pháp điều trị châm ở đầu, còn gọi là đầu châm, là một phương pháp kết hợp giữa Y học hiện đại và Y học cổ truyền. Nó dựa trên lý luận về sự quan hệ mật thiết giữa đầu và các cơ quan tạng phủ (theo YHCT) và lý luận

về phân khu từng vùng tại vỏ não của Y học hiện đại ( YHHĐ). [17]

Tại bệnh viện YHCT & PHCN Bắc Ninh, cho đến nay chưa có công trình nào nghiên cứu nào về đầu châm cũng như việc ứng dụng phương pháp này trên lâm sàng còn nhiều hạn chế. Để tiếp tục phát huy thế mạnh của châm cứu, đặc biệt để góp phần tìm hiểu kỹ hơn về hiệu quả của phương pháp đầu châm trong việc điều trị phục hồi di chứng đột quỵ não, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “ **Ứng dụng đầu châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não tại Bệnh viện YHCT và PHCN Bắc Ninh năm 2026** ” với hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động của người bệnh liệt nửa người sau đột quỵ não bằng phương pháp đầu châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt tại bệnh viện YHCT & PHCN Bắc Ninh năm 2026.*
2. *Khảo sát một số yếu tố liên quan tới kết quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não bằng phương pháp đầu châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt.*

## CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Đặc điểm dịch tễ học của đột quỵ não

#### 1.1.1. Đặc điểm giải phẫu tuần hoàn não

\* *Não được tưới máu bởi 2 hệ động mạch:*

+ Hệ động mạch cảnh cung cấp máu cho khoảng 2/3 trước của bán cầu đại não. Động mạch cảnh trong chia làm 4 nhánh tận: động mạch não trước, động mạch não giữa, động mạch thông sau và động mạch mạch mạc trước. Mỗi loại động mạch lại chia 2 loại nhánh:

- Ngành nông cung cấp máu cho vỏ não.

- Ngành sâu đi vào trong não. Có 2 nhánh sâu quan trọng là động mạch Huiquier (nhánh của động mạch não trước) và động mạch thể vân ngoài còn gọi là động mạch Charcot (nhánh của động mạch não giữa).

Đặc điểm quan trọng của hệ động mạch này là hệ thống nông và sâu độc lập nhau. Các nhánh nông có nối thông với nhau, còn các nhánh sâu có cấu trúc như nhánh tận.

+ Hệ động mạch sống nền: Hệ động mạch này phân bố máu cho thân não, tiểu não, mặt dưới của thùy thái dương và thùy chẩm.

\* *Phân bố máu cho thân não, gồm 3 nhóm:*

- Nhóm các động mạch trung tâm đi vào sâu theo đường giữa.

- Nhóm các động mạch vòng ngắn đi vào theo đường trước bên.

- Nhóm các động mạch vòng dài đi bao quanh mặt bên của thân não và đi sâu theo đường sau bên.

\* *Phân bố máu cho tiểu não gồm 3 động mạch:*

- Động mạch tiểu não trên.

- Động mạch tiểu não trước dưới.

- Động mạch tiểu não sau dưới.

\* *Phân bố cho thùy chẩm và mặt dưới thùy thái dương là động mạch*

*não sau, đây là một nhánh động mạch tận.*

*\* Tuần hoàn não có 3 hệ thống nối thông quan trọng.*

- Hệ thống nối thông các động mạch lớn trước não giữa động mạch cảnh trong, động mạch cảnh ngoài và giữa các động mạch đốt sống.

- Hệ thống tạo đa giác willis gồm động mạch thông trước, động mạch não trước, động mạch thông sau và động mạch não sau.

- Hệ thống ở quanh vỏ não với sự nối thông giữa các nhánh nông của các động mạch não.

*\* Đặc điểm sinh lý và chuyển biến của tuần hoàn não.*

+ Tiêu thụ oxy và glucoza của não: Não tiêu thụ  $O_2$  trung bình 3,3 – 3,8ml/100g/phút, tiêu thụ glucoza của não trung bình 5,6mg/100g não/phút.

+ Lưu lượng tuần hoàn não: Theo Ingvar và cộng sự lưu lượng tuần hoàn não trung bình ở người lớn là:  $49,8 \pm 5,4$ ml/100g não/1 phút. Trong đó ở chất xám là  $79,7 \pm 10,7$ /100g não/1 phút, chất trắng là  $20,5 \pm 2,5$ ml/100g não/1 phút.

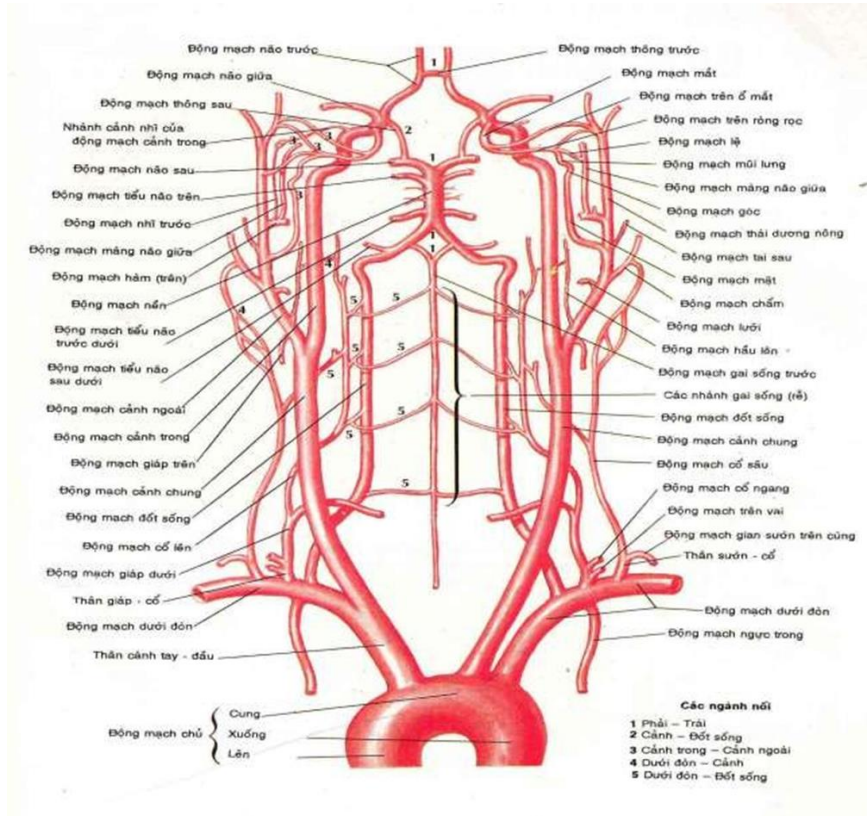
+ Đặc điểm chuyển hoá của não và điều hoà tuần hoàn não.

- Khi lượng máu qua não xuống 20ml/100g/1phút về lâm sàng chưa có dấu hiệu gì, từ dưới 20ml/100g/1 phút thì ion  $K^+$  thoát ra khỏi tế bào não và ion  $Na^+$ ,  $Ca^{++}$  di chuyển vào trong tế bào và tế bào não bị huỷ hoại (do  $Ca^{++}$  hoạt hoá men tạo gốc tự do).

- Năng lượng hoạt động của tế bào não là do sự oxy hoá glucoza, khi thiếu máu, thiếu oxy, sự chuyển hoá chỉ tạo ra một lượng thấp ATP và nồng độ axit lactic tăng gây toan hóa vùng thiếu máu và sẽ làm huỷ hoại tế bào não.

- Khi xảy ra thiếu máu cục bộ ở não, sẽ gây dẫn các vi mạch tại vùng thiếu máu do các chất chuyển hoá gây ra. Lúc này lượng máu não biến đổi theo huyết áp toàn thân. Hậu quả là nếu huyết áp hạ thì làm máu lên não giảm làm tăng thêm thiếu máu cục bộ và nếu huyết áp tăng, máu lên não nhiều sẽ

làm tăng quá trình thâm thấu của hàng rào máu não gây phù não hoặc biến đổi ổ nhồi máu lúc đầu thành nhồi máu xuất huyết.



Hình 1.1: Sơ đồ hệ thống tuần hoàn não [21]

### 1.1.2. Định nghĩa đột quy não

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: “Đột quy não là dấu hiệu phát triển nhanh trên lâm sàng của một rối loạn khu trú chức năng của não kéo dài trên 24 giờ thường do nguyên nhân huyết quản. Như vậy trên lâm sàng đây là những biểu hiện bệnh lý bao gồm phần lớn các trường hợp chảy máu trong não, chảy máu dưới nhện, nhồi máu não và không đề cập đến trường hợp thiếu máu não thoáng qua hoặc bệnh lý mạch máu não lan toả khởi đầu lặng lẽ” [2].

### 1.1.3. Phân loại đột quy não

Đột quy não gồm hai loại chính:

\* *Nhồi máu hoặc thiếu máu cục bộ: [2],[8]*

Là tình trạng khi một mạch máu bị tắc nghẽn, khu vực não mà mạch máu đó cung cấp bị thiếu máu và hoại tử.

Phân ra 3 loại thiếu máu não cục bộ:

+ Con thiếu máu não thoáng qua: Tai biến phục hồi trong 24 giờ.

+ Thiếu máu não cục bộ hồi phục: Tai biến phục hồi trên 24 giờ và không để lại di chứng.

+ Thiếu máu não cục bộ hình thành: Thời gian phục hồi kéo dài, để lại di chứng hoặc tử vong.

\* *Chảy máu não: [2],[8]*

Là loại thoát máu khỏi mạch máu chảy vào nhu mô não. Có thể chảy máu ở nhiều vị trí trong não như vùng bao trong, vùng nhân xám trung ương, thùy não, tiểu não.

### 1.1.4. Hội chứng liệt nửa người theo YHHD

#### 1.1.4.1. Định nghĩa

Liệt nửa người là giảm hoặc mất vận động hữu ý một tay và một chân cùng bên do tổn thương tháp kèm hay không kèm liệt một hay nhiều dây thần kinh sọ não cùng hay khác bên với bên liệt tay chân.[8],[15]

#### 1.1.4.2. Triệu chứng

\* **Khi bệnh nhân tỉnh táo**

##### - Liệt mềm

Giảm hoặc mất vận động một tay và một chân cùng bên ưu thế cơ duỗi chi trên và cơ gấp chi dưới.

Thường có liệt nửa mặt trung ương cùng bên với tay chân bị liệt hoặc có thể liệt mặt ngoại biên khác bên. Có thể liệt các dây thần kinh sọ não khác.

Trương lực cơ giảm bên tay chân bị liệt.

Phản xạ gân xương giảm hay mất bên tay chân bị liệt, phản xạ da bụng và hay là da bìu (ở nam giới) giảm hoặc mất bên liệt, phản xạ hậu môn giảm hay mất bên liệt, dấu Babinski hay dấu trương dương có thể (+) bên liệt, Hoffmann có thể (+) bên liệt.

Có thể kèm theo rối loạn cảm giác nửa người bên liệt.

Dáng đi lê (tay bên liệt buông lỏng chân thì quét đất)

Khi nằm bàn chân bên liệt đổ ra ngoài. [8],[15]

#### - Liệt cứng

Cơ lực bên liệt giảm hay mất.

Liệt mặt trung ương cùng bên hay liệt mặt ngoại biên khác bên với tay chân bị liệt, có thể liệt dây thần kinh sọ não khác.

Tăng trương lực cơ bên liệt đưa đến co cứng gấp chi trên các ngón tay khác nắm chặt ngón cái còn chi dưới co cứng duỗi nên khi đi có dáng đi vòng kiềng (phạt cỏ).

Tăng phản xạ gân xương bên liệt, có phản xạ bệnh lý như Babinski hay trương dương. Phản xạ da bụng, da bìu và phản xạ hậu môn giảm hoặc mất bên liệt.

Có thể kèm rối loạn cảm giác nửa người bên liệt. [8],[15]

#### \* Khi bệnh nhân hôn mê

Bàn chân bên liệt đổ ra ngoài.

Có thể quay mắt và đầu về bên tay chân liệt hay về đối bên với tay chân bị liệt.

Mắt cân đối ở mặt như nhân trung lệch về bên lạnh, má bên liệt phập phồng theo nhịp thở, kích thích đau góc hàm hai bên nếu còn đáp ứng thì chỉ mép bên lạnh nhếch lên còn bên liệt vẫn giữ nguyên đó là dấu Pierre Marie Foix.

Kích thích đau ở tay chân hai bên thì bên liệt hầu như không phản ứng hay phản ứng yếu hơn bên đối diện.

Phản xạ da bụng, da bìu giảm hay mất bên liệt, có thể có dấu Babinski(+)  
bên liệt. [8],[15]

#### 1.1.4.3. Chẩn đoán định khu

##### \* Tổn thương vỏ não

Liệt tay chân mặt cùng bên. Có thể có rối loạn cảm giác nửa người bên liệt, thất ngôn kiểu Broca khi tổn thương bán cầu ưu thế (bán cầu đối diện với tay thuận), động kinh, bán manh đồng danh hay mất thực dụng, mất nhận biết sơ đồ cơ thể, không biết tay chân bị liệt. [8],[15]

##### \* Tổn thương bao trong

Liệt tay chân mặt cùng bên, mức độ nặng và tỷ lệ, đơn thuần vận động. Nếu tổn thương lan rộng vào trong sẽ có triệu chứng của đồi thị như rối loạn cảm giác chủ quan nửa người bên liệt kèm tăng cảm giác đau còn ra ngoài gây vận động bất thường như run, múa giật, múa vờn nửa người. [8],[15]

##### \* Tổn thương thân não

- Tổn thương cuống não Gây hội chứng Weber (liệt dây III bên tổn thương và liệt nửa người bên đối diện).

##### - Tổn thương cầu não

Gây liệt dây VII ngoại biên bên tổn thương (có khi cả dây VI) và liệt tay chân bên đối diện gọi là hội chứng Millard- Gübler.

Có thể gây hội chứng Foville là liệt chức năng liếc ngang về bên tổn thương kèm liệt tay chân bên đối diện.

- Tổn thương hành tủy Thường gây hội chứng Babinski- Nageotte là có hội chứng tiểu não, Claude Bernard -Horner và liệt màn hầu lưỡi bên tổn thương và liệt kèm rối loạn cảm giác tay chân bên đối diện.

##### - Tổn thương tủy cổ cao ( trên C4)

Liệt tay chân cùng bên với bên tổn thương và không có liệt các dây thần kinh sọ não. Có thể có hội chứng Brown - Sequard. [8],[15]

#### 1.1.4.4. Phương pháp điều trị theo Y học hiện đại

### \* Phương pháp dùng thuốc

Sau giai đoạn cấp, điều trị chủ yếu là kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dự phòng tránh tái phát

– Kiểm soát huyết áp: đột quỵ nhồi máu não nên kiểm soát huyết áp sau giai đoạn cấp, mức huyết áp phải đạt dưới 140/90 mmHg. Đối với người bệnh đái tháo đường và bệnh thận mạn, huyết áp cần đạt dưới 130/80 mmHg. Trong các nhóm thuốc cơ bản điều trị tăng huyết áp, thuốc ức chế men chuyển và lợi tiểu được xem là lựa chọn ưu tiên cho các người bệnh đột quỵ trong phòng ngừa các biến cố.

– Kiểm soát lipid: Người bệnh đột quỵ não cần được đánh giá lipid máu và điều trị tích cực rối loạn lipid máu bằng Statin. LDL mục tiêu < 70 mg%.

– Kiểm soát đường huyết: Người bệnh sau đột quỵ não cần được tầm soát đái tháo đường bằng các xét nghiệm đường huyết lúc đói, HbA1c hoặc nghiệm pháp dung nạp đường. Điều trị đái tháo đường gồm kiểm soát đường huyết (mục tiêu HbA1c  $\leq$  7,0) bằng các biện pháp thay đổi lối sống và thuốc uống, kiểm soát huyết áp và cholesterol máu.

– Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Người bệnh đột quỵ não không do nguyên nhân thuyên tắc từ tim cần được điều trị phòng ngừa thứ phát bằng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Liều khuyến cáo điều trị: Aspirin 50-325 mg/ngày; Dạng phối hợp aspirin 25mg và dipyramole 200mg hai lần một ngày; Cilostazol 100 mg, uống hai lần một ngày; Clopidogrel 75 mg/ngày. [8],[15]

### \* Phương pháp không dùng thuốc

Các phương pháp phục hồi chức năng vận động thường dùng sau đột quỵ bao gồm các phương pháp sau

– Phương pháp tập luyện truyền thống: tập luyện thể lực (Physical fitness training), tập kéo giãn (Stretching), tập theo tác vụ (Task-specific training), liệu pháp phát triển thần kinh (Neurodevelopmental therapy/ Bobath), trị liệu vận động cưỡng bức (Constraint-induced movement therapy – CIMT: CIMT là hình

thức ép buộc tay bên liệt vận động trong khi tay bên lành sẽ bị hạn chế), Huấn luyện hai bên (Bilateral limb training)

– Phương pháp dựa trên giả thuyết về tế bào thần kinh phản chiếu và hình ảnh vận động: Liệu pháp quan sát hành động (Action observation therapy) , Liệu pháp gương (Mirror therapy) , Tưởng tượng/thực hành trong tâm trí (Imagery/mental practice) .

– Phương pháp sử dụng kích thích điện: Kích thích điện thần kinh cơ (Neuromuscular electrical stimulation – NMES) , Kích thích thần kinh bằng xung điện qua da (Transcutaneous electrical nerve stimulation – TENS) .

– Các phương pháp luyện tập có hỗ trợ công nghệ: Robot và các thiết bị tập luyện có sự trợ giúp cơ điện (Robotic and electromechanics – assisted training devices), Thực tế ảo và trò chơi điện tử (Virtual reality and video gaming), Tín hiệu thính giác nhịp nhàng (Rhythmic auditory cueing), Phản hồi sinh học điện cơ (Electromyographic biofeedback)

#### 1.1.5. Liệt nửa người theo YHCT

Theo Y học hiện đại, di chứng ĐQN là hậu quả thường gặp của nhóm bệnh lý thần kinh mà nguyên nhân chính là do các bệnh lý tim mạch.

Trên lâm sàng, bệnh thường biểu hiện bằng tình trạng liệt nửa người với các thiếu sót chức năng thần kinh và được xếp vào phạm vi của chứng “Bán thân bất toại” của Y học cổ truyền.

Hậu quả của ĐQN thường để lại di chứng liệt vận động nửa người, thất ngôn, liệt các dây thần kinh sọ, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn, trong đó liệt nửa người là triệu chứng hay gặp nhất. Do vậy, phục hồi chức năng cho người bệnh sau ĐQN là một yêu cầu cấp thiết. Khi người bệnh qua giai đoạn cấp các dấu hiệu sinh tồn ổn định thì có thể bắt đầu được điều trị bằng Y học cổ truyền hoặc kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại. [6],[7],[19]

##### 1.1.5.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh theo y học cổ truyền

- Ngoại phong: chính khí cơ thể hư suy, vệ khí bất cố, lạc mạch trống rỗng làm phong tà thừa cơ xâm nhập vào kinh mạch khiến cho kinh mạch bế tắc, khí huyết không thông mà gây bệnh.

- Nội phong:

+ Ăn uống không điều độ, ăn nhiều chất béo ngọt, uống nhiều rượu bia hoặc lo nghĩ quá nhiều gây tổn thương Tỳ. Tỳ hư lâu ngày không vận hóa được thủy thấp làm thủy thấp đình trệ lại mà sinh đàm. Đàm tích trệ trong cơ thể lâu ngày uất lại hóa hỏa, hỏa động sinh phong mà gây bệnh.

+ Người cao tuổi hoặc bẩm tố thận tinh hư tổn không nuôi dưỡng được can âm. Âm hư không tiềm được dương làm can dương vượng lên mà sinh phong, phong động gây nên bệnh.

+ Người hay cáu giận, tình chí uất ức làm ảnh hưởng tới chức năng sơ tiết của tạng can, can hỏa vượng sinh phong mà gây bệnh.

- Khí hư, huyết ứ: Người cao tuổi, khí huyết cơ thể hư suy lâu ngày dẫn tới khí hư huyết ứ mà gây bệnh. [6],[7],[19]

#### *1.1.5.2. Các thể lâm sàng và điều trị*

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc kê đơn bài thuốc cổ phương, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương để gia giảm thành phần, khối lượng các vị thuốc cổ truyền hoặc kê đơn các thành phẩm thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu cho phù hợp với chẩn đoán.

\* Thể can thận âm hư

Thường gặp ở người có thể trạng gầy, người cao tuổi, tăng huyết áp và có xơ vữa mạch.

- Triệu chứng: Bán thân bất toại (yếu, liệt nửa người), chân tay cứng đờ, co quắp, nói ngọng, miệng méo, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, ù tai, chất lưỡi đỏ, không rêu hoặc rêu vàng khô. Mạch huyền sắc.

- Chẩn đoán

- + Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.
- + Chẩn đoán tạng phủ: Can thận âm hư.
- + Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).
- Pháp điều trị: Tư âm tiềm dương, trấn hỏa tức phong.

- Phương

- Điều trị bằng thuốc

+ Cổ phương: Lục vị địa hoàng hoàn (Tiểu nhi dược chứng trục quyết)

Thục địa	12g	Trạch tả	08g
Hoài sơn	12g	Phục linh	08g
Sơn thù	12g	Mẫu lệ	10g
Đan bì	08g	Miết giáp	10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoạch bài: Đại định phong châu (Ôn bệnh điều biện)

+ Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Điều trị không dùng thuốc

+ Châm cứu: Phác đồ huyết chung: [6]

Bách hội (GV.20) Kiên tinh (GB.21)

Kiên ngưng (LI.15) Tý nhu (LI.14)

Khúc trì (LI.11) Thủ tam lý (LI.10)

Ngoại quan (TE.5) Dương trì (TE.4)

Hợp cốc (LI.4) Phong thị (GB.31)

Phục thỏ (ST.32) Lương khâu (ST.34)

Túc tam lý (ST.36) Giải khô (ST.41)

Huyết hải (SP.10) Âm lăng tuyền (SP.9)

Thái khô (KI.3) Tam âm giao (SP.6)

Can du (BL.18) Thận du (BL.23)

Huyền chung (GB.39) Dương lăng tuyền (GB.34)

Bát tà Bát phong

+ Nếu liệt mặt:

Địa thương (ST.4) Giáp xa (ST.6)

Quyền liêu (SI.18) Thừa tương (CV.24) bên liệt

+ Nếu nói ngọng:

Liên tuyền (CV.23) Bàng liên tuyền 2 bên.

Liệu trình: 18 ngày/liệu trình. Chọn 16 – 20 huyệt cho 1 lần châm, thời gian châm 25 phút/lần/ngày.

- Cây chỉ: Có thể chọn 10 – 15 huyệt theo phác đồ huyệt trên để cấy chỉ nửa người bên liệt. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Điện mãng châm:

+ Thát ngôn, châm tả các huyệt:

Bách hội (GV.20) Thượng liên tuyền hướng về gốc lưỡi

Ngoại kim tân Ngoại ngọc dịch

+ Liệt mặt: Châm tả các huyệt

Quyền liêu (SI.18) xuyên Hạ quan (ST.7)

Địa thương (ST.4) xuyên Giáp xa (ST.6)

Thừa tương (CV.24) Ế phong (TE.17)

+ Liệt tay: Châm tả các huyệt

Giáp tích C4 xuyên C7

Đại chùy (GV.14) xuyên Tích trung

Kiên ngưng (LI.15) xuyên Khúc trì (LI.11)

Kiên trình (SI.9) xuyên Cực tuyền (HT.1)

Khúc trì (LI.11) xuyên Ngoại quan (TE.5)

Hợp cốc (LI.4) xuyên Lao cung (PC.8) Bát tà

+ Liệt chân: Châm tả các huyệt

Giáp tích D12 xuyên L5

Hoàn khiêu (GB.30) xuyên Thừa phù (BL.36)  
 Thừa sơn (BL.57) xuyên Ủy trung (BL.40)  
 Lương khâu (ST.34) xuyên Bĩ quan (ST.31)  
 Giải Khê (ST.41) xuyên Khâu khư (GB.40)  
 Tích trung (GV.6) xuyên Yêu dương quan (GV.3)  
 Dương lăng tuyền (GB.34) xuyên Huyền chung (GB.39)  
 Phi dương (BL.58) xuyên Côn lôn (BL.60)  
 Địa ngũ hội (GB.42)

Châm bổ các huyết:

Thận du (BL.23) xuyên Bạch hoàn du (BL.30)  
 Tam âm giao (SP.6) xuyên Âm cốc (KI.10)  
 Thái Khê (KI.3) xuyên Trúc tâm (KI.9)  
 Huyết hải (SP.10) xuyên Âm liêm (LB.11)

Liệu trình: 10 – 15 lần/liệu trình. Thời gian châm 25 phút/lần.

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết điện châm. Liều điều trị: A thị huyết 1 – 2J/cm<sup>2</sup>, các huyết khác 1 – 3J/cm<sup>2</sup>. Thời gian 15 – 20 phút cho một lần laser châm. Mỗi ngày một lần, một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc có chỉ định tiêm bắp, tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc có thể sử dụng thuốc phù hợp với chẩn đoán. Mỗi lần thủy châm 2 – 3 huyết, mỗi huyết 1 – 2ml, ngày thủy châm 1 lần, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các động tác xoa bóp bấm huyết và vận động nửa người bên liệt. Day, ấn, bấm huyết như trong công thức huyết điện châm. Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút, ngày 1 lần.

[6],[7],[19]

\* Thể phong đàm [6]

Thường gặp ở những người tăng huyết áp, béo phì, cholesterol máu cao.

- Triệu chứng: Bán thân bất toại (liệt nửa người), chân tay tê dại, nặng nề, khó cử động, miệng méo, nói ngọng, nặng đầu, hoa mắt chóng mặt, lưỡi bệu, dính nhớt, rêu trắng dày. Mạch huyền hoạt hoặc phù hoạt.

- Chẩn đoán

+ Chẩn đoán bát cương: Lý hư.

+ Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ hư.

+ Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội nhân (nội thương, đàm thấp hoá hoá sinh phong).

- Pháp điều trị: Kiện tỳ, trừ đàm thông lạc.

- Phương điều trị

- Điều trị bằng thuốc

+ Cổ phương: “Đạo đàm thang” (Tế sinh phương)

Bán hạ chế	12g	Đảng sâm	12g
Trần bì	08g	Trúc nhự	04g
Phục linh	12g	Xương bồ	12g
Cam thảo	06g	Đại táo	12g
Đờm nam tinh	12g	Sinh khương	3 lát

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

Hoặc dùng bài “Bán hạ bạch truật thiên ma thang” (Y học tâm ngộ)

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Điều trị không dùng thuốc

Châm cứu: Phác đồ huyết chung:

Bách hội (GV.20) Kiên tinh (GB.21)

Kiên ngưng (LI.15) Tỳ nhu (LI.14)

Khúc trì (LI.11) Thủ tam lý (LI.10)

Ngoại quan (TE.5) Dương trì (TE.4)

Hợp cốc (LI.4) Bát tà

Phong thị (GB.31) Phục thỏ (ST.32)

Lương khâu (ST.34) Huyết hải (SP.10)

Tỳ du (BL.20) Giải khê (ST.41)

Âm lăng tuyền (SP.9) Bát phong

Tam âm giao (SP.6) Túc tam lý (ST.36)

Phong long (ST.40) Dương lăng tuyền (GB.34)

Huyền chung (GB.39)

+ Nếu liệt mặt:

Địa thương (ST.4) Giáp xa (ST.6)

Quyền liêu (SI.18) Thừa tương (CV.24) bên liệt

+ Nếu nói ngọng:

Liên tuyền (CV.23) Bàng liên tuyền 2 bên.

Phương pháp châm: Hào châm hoặc điện châm.

Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Chọn 10 – 15 huyệt cho 1 lần châm, thời gian châm 25 phút/lần/ngày.

- Cây chỉ: Có thể chọn 10 – 15 huyệt theo phác đồ huyệt trên để cây chỉ nửa người bên liệt. Mỗi lần cây chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thủy châm, điện mãng châm, laser châm: Như thể Can thận âm hư.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các động tác xoa bóp bấm huyệt và vận động nửa người bên liệt. Day, ấn, bấm huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Liệu trình: từ 15 ngày/liệu trình. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 30 phút, ngày 1 lần. [6],[7],[19]

\* Thể khí hư huyết ú [6]

Thường gặp ở người bệnh có bệnh lý tim mạch, xơ vữa động mạch.

- Triệu chứng: Bán thân bất toại (yếu, liệt nửa người), chân tay mình mẩy mềm vô lực, tê bì, nói ngọng, nói khó, miệng méo, sắc mặt không tươi nhuận, lưỡi tím có điểm ú huyết. Mạch tế sáp hoặc hư nhược.

- Chẩn đoán
- + Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.
- + Chẩn đoán tạng phủ: Khí hư, huyết ú.
- + Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).
- Pháp điều trị: Ích khí hoạt huyết thông lạc.
- Phương điều trị
- Điều trị bằng thuốc
- +Cổ phương: “Bổ dương hoàn ngũ thang”

Quy vĩ	12g	Hồng hoa	08g
Sinh hoàng kỳ	20g	Xuyên khung	10g
Địa long	06g	Xích thực	12g
Đào nhân	08g		

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

+ Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Điều trị không dùng thuốc

Châm cứu: Phác đồ huyết chung:

Châm tả các huyết:

Bách hội (GV.20) Kiên tinh (GB.21)

Kiên ngưng (LI.15) Tý nhu (LI.14)

Khúc trì (LI.11) Thủ tam lý (LI.10)

Ngoại quan (TE.5) Dương trì (TE.4)

Hợp cốc (LI.4) Huyền chung (GB.39)

Phong thị (GB.31) Phục thỏ (ST.32)

Lương khâu (ST.34) Giải Khê (ST.41)

Âm lăng tuyền (SP.9) Dương lăng tuyền (GB.34)

Bát tà Tam âm giao (SP.6)

Bát phong bên liệt Huyết hải (SP.10) hai bên.

Châm bổ các huyết:

Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6)

Túc tam lý (ST.36)

+ Nếu liệt mắt:

Địa thương (ST.4) Giáp xa (ST.6)

Quyền liêu (SI.18) Thừa tương (CV.24)

+ Nếu nói ngọng: Liêm tuyền (CV.23) Bàng liêm tuyền 2 bên

Phương pháp châm: Hào châm hoặc điện châm.

Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Chọn 16 – 20 huyết cho 1 lần châm, thời gian châm 25 phút/lần/ngày.

- Cây chỉ: Có thể chọn 10 – 15 huyết theo phác đồ huyết trên để cấy chỉ nửa người bên liệt. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thủy châm, điện mẫn châm, laser châm: Như thể Can thận âm hư.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các động tác xoa bóp bấm huyết và vận động nửa người bên liệt. Day, ấn, bấm huyết như trong công thức huyết điện châm. Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút, ngày 1 lần. [6],[7],[19]

## 1.2. Phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não

### 1.2.1. Định nghĩa

PHCN bao gồm các biện pháp y học, kinh tế xã hội học, giáo dục và kỹ thuật phục hồi làm giảm tối đa sự giảm chức năng và tàn tật, bảo đảm cho người tàn tật hội nhập hoặc tái hội nhập xã hội. PHCN không chỉ huấn luyện người tàn tật thích nghi với môi trường sống mà còn tác động vào môi trường và xã hội, tạo nên khối thống nhất cho quá trình tái hội nhập. PHCN là trả lại chức năng cho người tàn tật hay giúp họ xử trí tốt hơn với tình trạng tàn tật của mình để thích nghi với cuộc sống ở nhà và

ở cộng đồng [5].

1.2.2. Mục đích của phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người.

- Giúp bệnh nhân tự mình di chuyển và đi từ nơi này đến nơi khác, bao gồm cả việc hướng dẫn người bệnh sử dụng các dụng cụ trợ giúp cho vận động và đi.

- Giúp bệnh nhân tự làm được những công việc trong đời sống và sinh hoạt hàng ngày.

- Giúp bệnh nhân thích nghi với những di chứng còn lại.

- Giúp bệnh nhân trở lại với nghề cũ, hoặc có nghề mới thích hợp với hoàn cảnh hiện tại của bệnh nhân.[5],[7]

1.2.3. Nguyên tắc phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người

- PHCN nên bắt đầu càng sớm càng tốt sau đột quỵ não( ĐQN), khi tình trạng toàn thân cho phép.

- Tập vận động phải cân xứng 2 bên, không sử dụng vận động bên lành bù trừ hoặc thay thế cho bên liệt.

- Điều chỉnh trương lực cơ trở lại bình thường, hoặc gần bình thường bằng kỹ thuật kích thích hay ức chế.

- Sử dụng các kỹ thuật tạo thuận trong tập luyện giúp người bệnh cảm nhận vận động bình thường.

- Sử dụng các bài tập liên quan, gắn gũi với cuộc sống sinh hoạt thường ngày của người bệnh.

- Phát huy tính tích cực, chủ động của người bệnh và gia đình trong tập luyện, hướng dẫn người bệnh và gia đình để họ có thể thực hiện các bài tập vận động. Sau khi ra viện người bệnh cần tiếp tục tập luyện tại nhà với sự giúp đỡ của người thân trong gia đình. [2], [5]

#### 1.2.4. Nhu cầu phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não

Đột quy não là một trong các loại bệnh để lại nhiều di chứng và gây nên tàn tật nhiều nhất. Do vậy nhu cầu phục hồi chức năng của người bệnh này rất lớn.

\* Nhu cầu phục hồi chức năng:

- Bao gồm những chức năng cơ bản mà người tàn tật không thể thực hiện được phải phụ thuộc một phần hoặc toàn bộ vào người khác, trong khi những người cùng tuổi, cùng giới, cùng hoàn cảnh có thể thực hiện được.

- Bao gồm những nhu cầu tự chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày (ăn, uống, mặc quần áo ...), nhu cầu giao tiếp (nói, ra hiệu, viết), nhu cầu vận động (ngồi, đi, đứng), nhu cầu hội nhập xã hội (tham gia các hoạt động gia đình và xã hội ...). [2], [5],[6]

\* Tiêu chuẩn phân loại nhu cầu phục hồi chức năng

Người tàn tật có 23 nhu cầu phục hồi, WHO đã chia thành các nhóm sau:

- Nhóm nhu cầu phục hồi chức năng trong sinh hoạt: Khả năng có thể tự ăn uống, tắm giặt, vệ sinh cá nhân ...

- Nhóm nhu cầu phục hồi chức năng về vận động: Tự đứng lên, ngồi xuống, vận động tay chân, đi lại trong nhà và quanh phố.

- Nhóm nhu cầu phục hồi chức năng về giao tiếp : Có thể giao tiếp được qua nói, đọc, sử dụng các dấu hiệu.

- Nhóm nhu cầu phục hồi chức năng trong hội nhập xã hội: Đây là nhóm nhu cầu cao nhất của con người, người tàn tật có thể tham gia các hoạt động của gia đình và cộng đồng, có việc làm và có thu nhập, được mọi người trong gia đình và xã hội tôn trọng. [2], [5],[7]

#### 1.2.5. Một số kỹ thuật PHCN vận động cơ bản cho những người tàn tật sau đột quy não.

Có nhiều phương pháp phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người

như. [2], [5],[6]

\* Phương pháp tập theo tầm vận động (Phương pháp ROM của Trần Văn Chương)

\* Phương pháp Bobath

\* Tư thế chống mẫu co cứng

\* Phục hồi vận động bên liệt

\* Duy trì vận động bên lành

\* Huấn luyện các hoạt động tự chăm sóc.

\* Một số dụng cụ trợ giúp trong điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người sau đột quỵ não.

Trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người dụng cụ trợ giúp chỉ tạm thời nhưng lại góp phần không nhỏ đem lại hiệu quả thiết thực, cải thiện được tình trạng tàn tật, đề phòng các di chứng nặng, đề phòng được các biến dạng của cổ tay, cổ chân ... Các dụng cụ trợ giúp bao gồm: thanh song song, khung tập đi, các loại nạng bốn chân, nạng nách, nạng tay, gậy tập đi, đai nâng chân, xe lăn, máng đỡ bàn tay, bàn chân, đai nâng bàn chân, đai đeo cánh tay, nẹp ... [2], [5],[7]

- Các loại nạng 4 chân, nạng nách, nạng tay, gậy tập đi, xe lăn giúp cho người bệnh đi lại, di chuyển.

- Thanh song song giúp người bệnh tập đi, tập thăng bằng, tập dáng đi.

- Đai đeo cánh tay đề phòng bán trật khớp vai.

- Các loại máng đỡ, nẹp đề phòng di chứng ngấp phía lòng của bàn chân, bàn tay.

- Đai nâng chân giúp kéo bàn chân lên phía mu tạo bàn chân vuông góc với cẳng chân (chống bàn chân rù) để người bệnh đi lại dễ dàng hơn [2], [5],[7]

### **1.3. Phục hồi chức năng vận động sau ĐQN bằng đầu châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt**

Đầu châm, xoa bóp, bấm huyệt là những phương pháp điều trị có nhiều

Commented [A1]:

hiệu quả. Theo lý luận của y học phương đông: cơ thể phát sinh bệnh tật là do sự mất cân bằng âm dương, các phương pháp phục hồi chức năng vận động có tác dụng cơ bản là điều hoà cân bằng âm dương. Xoa bóp, bấm huyệt, điện châm là tác động vào huyệt để điều chỉnh các rối loạn chức năng của kinh mạch, tác động trực tiếp lên cân cơ và da của người bệnh, có tác dụng làm lưu thông khí huyết [3],[15][16];[17].

Những phương pháp trên có tác dụng điều trị di chứng ĐQN nhằm tác động thông kinh lạc, điều hoà khí huyết, đồng thời điều hoà chức năng của tạng phủ, chủ yếu là hai tạng can, thận và điều khí dẫn huyết tới nơi bị liệt [20].

### 1.3.1. Đầu châm

*\* Định nghĩa:*

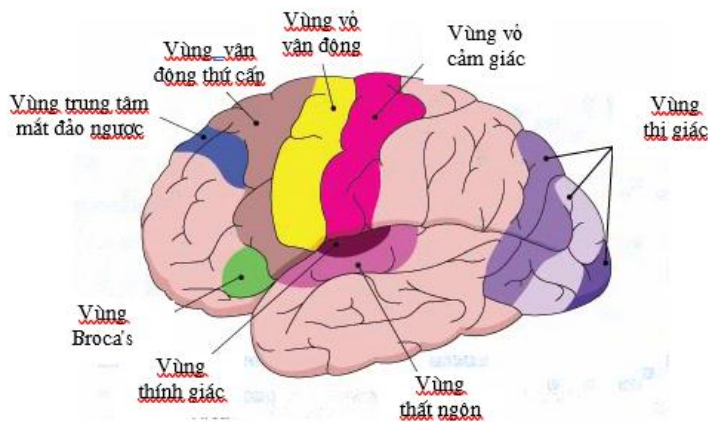
Đầu châm là một kỹ thuật châm cứu đương đại tích hợp phương pháp châm kim truyền thống của Trung Quốc với kiến thức y học phương Tây về các vùng đại diện của vỏ não, được thực hiện bằng cách đưa kim châm cứu vào lớp mô lỏng lẻo của da đầu để kích thích các tế bào thần kinh não của vùng bên dưới. Đây là phương pháp đã được chứng minh là một kỹ thuật hiệu quả nhất để điều trị rối loạn hệ thần kinh trung ương cấp và mạn tính, bằng cách kích thích các tế bào não liên quan đến các chức năng bị suy giảm, khuyến khích các tế bào não khỏe mạnh để thực hiện chức năng đã mất và thúc đẩy hoạt động của não. [20].

• *Cơ sở lý luận của đầu châm.*

Theo Y học cổ truyền, não được mô tả trong nhiều học thuyết và các tác phẩm kinh điển khác nhau. Theo học thuyết tạng tượng (Nội Kinh Tố Vấn), não được xếp vào phủ kỳ hể, là do tinh tủy hội tụ mà thành, gọi là “tủy hải”, nằm trong hộp sọ, là chỗ cư trú của nguyên thần. Đầu còn là hội của các kinh dương, là nơi khí huyết được kinh mạch dẫn về; vì vậy các điểm trên đầu có thể điều chỉnh các rối loạn tạng phủ, đây là cơ sở lý luận chính của phương pháp đầu châm.

Theo Y học hiện đại, vị trí của các khu châm cứu da đầu dựa trên hệ thống phân xạ. somatotopic được tổ chức trên bề mặt da đầu. Theo sinh lý và giải phẫu đại não, Brodmann phân chia vỏ não ra làm 52 diện khác nhau, tương ứng với mỗi vùng diện tích trên vỏ não sẽ tiếp nhận và chi phối hoạt động của một vùng cơ thể nhất định.[20]

Hệ thống Somatotopic da đầu hoạt động như một máy phát thu nhỏ tiếp xúc trực tiếp với hệ thần kinh trung ương và hệ thống nội tiết. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, bằng cách kích thích những vùng phân xạ đó, châm cứu có thể có tác dụng trực tiếp trên vỏ não, hơn thế nữa là các thành phần khác của não bộ và nội tiết, từ đó gây tác động trực tiếp lên chính nó và toàn bộ cơ thể bằng cách sửa chữa khu trú vùng não bị tổn thương, tăng cường dẫn truyền neuron, tăng cường điều hòa hoạt động thần kinh nội tiết... qua đó giúp cải thiện và điều hòa các vùng cơ thể mà nó chi phối. [20].



Hình 11.2. Bản đồ các diện chức năng của vỏ não theo Brodmann

#### Chỉ định

Hầu như bất kỳ bệnh lý hoặc rối loạn nào (thần kinh, hô hấp, tim mạch, tiêu hóa, sinh sản, nội tiết, miễn dịch) cũng đều có thể là chỉ định của đầu châm. Đặc biệt hữu ích trong điều trị rối loạn hệ thần kinh trung ương, kiểm soát cơn

đau và các tình trạng cấp tính. Hiện nay đầu châm được sử dụng nhiều nhất trong phục hồi vận động sau đột quy. [15],[16],[20].

Một số chỉ định tổng quát của đầu châm:

- Điều chỉnh chức năng của vỏ não, cải thiện lưu thông mạch máu. Phục hồi chức năng vận động, cải thiện chức năng nói, cải thiện các dấu hiệu và triệu chứng liên quan và làm rút ngắn quá trình điều trị. Một số bệnh như: đột quy, viêm não, viêm màng não, tiểu không tự chủ, yếu liệt, mất trí nhớ, các di chứng não. Điều trị liệt Bell cũng được chứng minh là hiệu quả trong đầu châm. [15],[16],[20].

Điều chỉnh trạng thái kích thích và ức chế của vỏ não. Làm cải thiện chức năng tinh thần, cải thiện triệu chứng và phục hồi hoạt động tư duy bình thường của não. Một số bệnh như: bệnh tâm thần phân liệt, hysteria, trầm cảm, mãn kinh, mất trí nhớ ở tuổi già và hội chứng Down. [15],[16],[20].

- Hiệu quả trong giảm đau và ngứa. Phục hồi chức năng cảm giác. Một số tình trạng đau như: đau đầu, đau dây thần kinh sinh ba, đau cổ, đau vai, đau thắt lưng và đau lưng, đau thần kinh tọa, đau dạ dày và đau bụng kinh. Ngoài ra, châm cứu da đầu có thể được ứng dụng điều trị các tình trạng da như: ngứa da, viêm da tiếp xúc, viêm da thần kinh, viêm đa thần kinh và bệnh chàm. [15],[16],[20].

Ứng dụng điều trị trong tăng huyết áp, co giật, rối loạn chức năng tình dục, kinh nguyệt không đều, nôn mửa, hội chứng ruột kích thích và rụng tóc. [20].

#### **Chống chỉ định**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Không nên châm những người bệnh thần kinh quá nhạy cảm, bị suy tim hoặc đang sốt.

- Vùng châm có viêm nhiễm, lở loét hoặc vết thương hở

- Đau nghi do ngoại khoa [15],[16],[20].

**Phân bố vùng và tác dụng của từng vùng theo jiao shunfa**

Hai đường chuẩn để xác định các vùng đầu chân theo lý thuyết Jiao Shunfa Đường chuẩn 1 (chính giữa – trước sau): đường dọc giữa đầu, nối từ điểm giữa hai cung lông mày đến đường viền dưới của đỉnh ụ cằm ngoài. Đường chuẩn 2 (mi – cằm): đường nối từ giữa cung lông mày đến đường viền dưới của đỉnh ụ cằm ngoài (đi ngang qua mí tóc trán và loa tai). Đo xác định các đường đầu chân sử dụng đơn vị centimet, không sử dụng thốn như thể chân. [20].

**Vùng vận động (Motor area)**

Vị trí này tương ứng với vùng vận động sơ cấp (diện 4 Brodmann). Có chức năng thực hiện các hành động tự ý sau khi được lên chương trình.

- Vị trí: là đường chạy theo mặt bên của đầu. Đường này được xác định bởi điểm trên nằm trên đường dọc giữa đầu, cách 0,5 cm về phía sau điểm giữa đường chuẩn 1; điểm dưới nằm ở giao điểm của đường chuẩn 2 với chân tóc trán. [20].

Vùng này được chia làm 5 phần bằng nhau:

**Chi dưới và vùng thân mình:**

- + Vị trí: 1/5 trên vùng vận động.
- + Chỉ định: liệt chi dưới bên đối diện.

Chi trên:

- + Vị trí: 2/5 giữa, bao gồm phần năm thứ hai và thứ ba của vùng vận động.
- + Chỉ định: liệt chi trên bên đối diện.

**Mặt (cũng là vùng ngôn ngữ 1 tương ứng với vùng ngôn ngữ Broca):**

+ Vị trí: 2/5 dưới, bao gồm phần năm thứ tư và thứ năm của vùng vận động.

+ Chỉ định: liệt mặt bên đối diện, mất ngôn ngữ vận động (Broca), chảy nước miếng, phát âm khó. [20].

**Vùng tâm thế vận động (Usage area)**

- Vị trí: từ ụ xương đỉnh, kẻ một đường thẳng đứng xuống dưới và hai đường nghiêng tạo với đường thẳng đứng thành một góc  $40^\circ$  (có 2 góc  $40^\circ$ ) mỗi đường dài 3 cm.

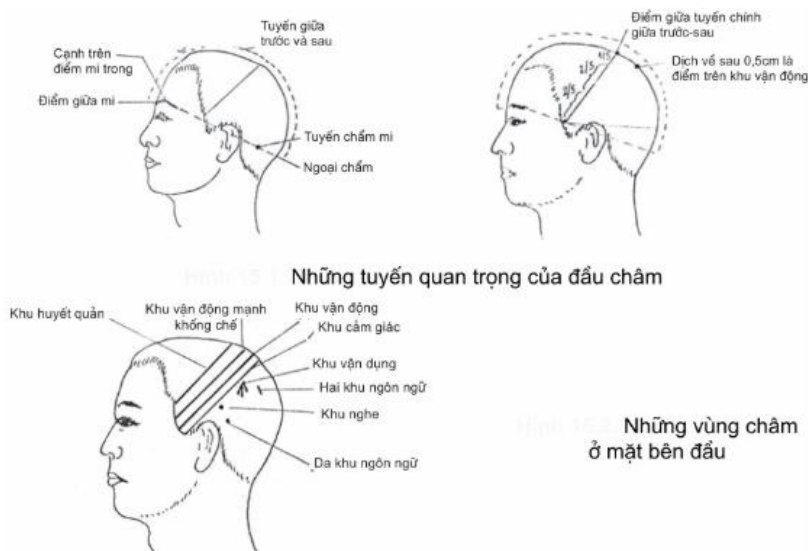
- Tác dụng: Điều trị mất phối hợp động tác (còn được gọi là bệnh mất phối hợp động tác trong việc nói, mất phối hợp động tác về lời nói, hay bệnh loạn vận ngôn) (apraxia). [20].

#### Vùng vận cảm ở chân (Foot motor and sensory area)

- Vị trí: từ điểm trên của vùng cảm giác, lui về phía sau 1 cm, sang 2 bên mỗi bên 1 cm, từ điểm đó gạch 1 đường dài 3 cm hướng về phía trước, song song với đường dọc giữa đầu.

- Tác dụng: vùng này dùng trong điều trị đau, liệt nặng chi dưới bên đối diện, đau do bong gân vùng thắt lưng cấp, tiểu đêm, sa tử cung. [20].

Hình



Hình 1.2. Những vùng châm ở mặt bên đầu [20].

#### 1.3.2. Xoa bóp bấm huyết.

##### 1.3.2.1. Định nghĩa và nguyên tắc xoa bóp bấm huyết

*Định nghĩa:*

+ Xoa bóp là phương pháp thao tác của bàn tay, ngón tay tác động lên da thịt của bệnh nhân ở các vùng nhất định để đạt mục đích phục hồi chức năng tại chỗ và toàn thân, phòng và chữa một số bệnh [3][6], [7].

+ Bấm huyết là kỹ thuật dùng đầu ngón tay tác động lên các huyết vị để chữa bệnh [3],[4],[6], [7].

Nguyên tắc: Xoa nhẹ nhàng liên tục trong vòng 30 phút và tăng dần để đạt được một ngưỡng kích thích tốt nhất trên từng bệnh nhân khác nhau. [3],[4],[6], [7].

*1.3.2. .2. Tác dụng*

- **Đối với hệ thần kinh và hệ nội tiết:** kích thích vật lý bằng xoa bóp, bấm huyết làm thay đổi trạng thái thần kinh và dịch thể, đặc biệt là hệ thần kinh thực vật, tác động đến chức năng nội tiết và kích thích hoạt động của vỏ não. [3],[4],[6], [7].

*Đối với da:*

+ Những động tác xoa bóp, bấm huyết tác động trực tiếp đến bề mặt da, lớp sừng của biểu bì được bong ra làm cho hô hấp của da được tốt và làm tăng cường chức năng của tuyến bã, tuyến mồ hôi, nên sự đào thải các chất cặn bã qua các tuyến được tốt hơn.

+ Xoa bóp làm cho mạch máu giãn, tăng cường tuần hoàn, có lợi cho việc dinh dưỡng ở da, làm cho da co giãn tốt. Mặt khác xoa bóp có thể làm cho nhiệt độ của da tăng lên do mạch tại chỗ và toàn thân giãn. [3],[4],[6], [7].

+ Giảm cản trở lưu thông máu, điều chỉnh huyết áp.

+ Hấp thu oxy và đào thải cacbonic hiệu quả hơn.

**Đối với cơ:** xoa bóp có tác dụng phục hồi cấu trúc và chức năng của cơ làm tăng tính đàn hồi của cơ, tăng năng lực làm việc, tăng sức bền của cơ. [3],[4],[6], [7].

**Đối với gân và khớp:** xoa bóp có tác dụng phục hồi hoạt động của gân,

dây chằng, thúc đẩy việc tiết dịch trong khớp giúp nuôi dưỡng tốt, hoạt động trong và ngoài ổ khớp được dẻo dai, tránh được thoái hoá xương, khớp và hạn chế quá trình lão hoá. [3],[4],[6], [7].

**Đối với tiêu hoá:** giúp tăng cường nhu động ruột, tăng tiết dịch tiêu hoá, kích thích ăn ngon miệng. [3][6], [7].

#### **1.4. Một số nghiên cứu liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não máu não trên Thế giới và Việt Nam**

##### 1.4.1. Thế giới

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cả trên lâm sàng và thực nghiệm về phương pháp đầu châm như:

Bao F, Wang DH, Zhang YX, Wang FQ, Sun H tại Bệnh viện Đại học Y khoa Bắc Kinh với đề tài: “So sánh hiệu quả điều trị của đầu châm và đầu châm kết hợp thể châm trên bệnh nhân nhồi máu não do xơ vữa mạch giai đoạn cấp”.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: hiệu quả điều trị của nhóm bệnh nhân được điều trị bằng đầu châm kết hợp thể châm tốt hơn nhóm dùng thể châm đơn thuần, đánh giá trên các chỉ tiêu: vận động chi, ngôn ngữ và tinh thần [21].

Zhou L, Zhang HX và cộng sự tại Bệnh viện YHCT kết hợp YHHĐ Vũ Hán, Trung Quốc với đề tài: “Hiệu quả của đầu châm trên hàm lượng TNF-alpha và IL-beta não và huyết tương ở chuột gây thiếu máu não cấp”. Kết quả nghiên cứu cho thấy: đầu châm làm giảm đáng kể hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm, giảm hàm lượng TNF-alpha, IL-beta ở não và huyết tương chuột, góp phần đáng kể vào việc thúc đẩy phục hồi chức năng thần kinh [22].

##### 1.4.2. Việt Nam

Theo nghiên cứu của Phan Tuấn Anh, Lê Thị Ngoan, Trần Đăng Đức, Nguyễn Hữu Phước (2025) về “Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động bằng phương pháp đầu châm, điện châm và vận động trị liệu trên người bệnh sau đột

quy do nhồi máu não tại bệnh viện y học cổ truyền Long An năm 2024-2025” thì tỷ lệ khá tốt là 90,63 %. [1]

Theo nghiên cứu của Ngô Văn Thư “Tác dụng điều trị của phương pháp đầu châm kết hợp cận tam châm trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp” thì tỷ lệ khá tốt là 76,25 %. [14]

Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc, Nguyễn Văn Nhường (2020) về “Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân đột quy nhồi máu não điều trị tại khoa y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai năm 2020 và một số yếu tố liên quan” thì tỷ lệ khá tốt là 53,33 %. [10]

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Luật ( 2008), về “Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân TBMMN tại bệnh viện Điều dưỡng – Phục hồi chức năng Thái Nguyên” thì: Khả năng ngồi dậy của bệnh nhân sau tập là 77,4% (trước tập là 22,6%).Sau tập có 69,3% bệnh nhân tự đứng dậy được (trước tập là 15,1%).Sau tập có 57,8% bệnh nhân tự đi lại được (trước tập là 4,8%).Sau tập có 20,9% bệnh nhân độc lập về thực hiện các hoạt động chức năng trong tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày (trước tập 1,6%). [8]

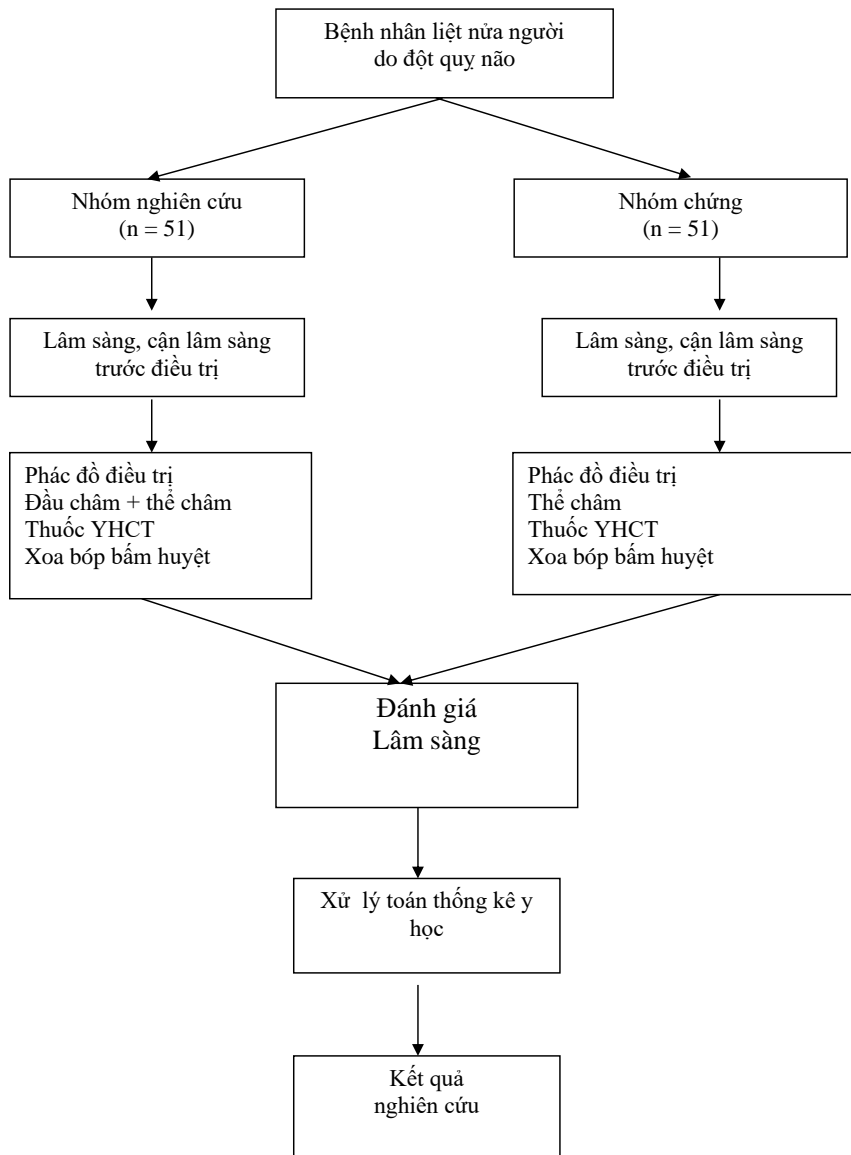
Theo nghiên cứu của Lâm Quang Vinh, Huỳnh Thanh Vũ , Lê Minh Hoàng , Hà Thị Xuân , Vũ Hà My về mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel ở mức trung bình trở lên chiếm 83,5 % []

### **1.5. Giới thiệu tóm tắt địa bàn nghiên cứu**

Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng Bắc Ninh là bệnh viện chuyên khoa về Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng tuyến tỉnh, trực thuộc Sở Y tế Bắc Ninh. Bệnh viện được thành lập theo Quyết định số 102/QĐ-UBND về việc sáp nhập Bệnh viện Y học cổ truyền và Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh thành Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Bắc Ninh năm 2018. Với quy mô 300 giường bệnh nội trú, khoảng 200 nhân lực được chuyển từ 2 đơn vị cũ sang. Hàng năm bệnh viện thực hiện khám và

điều trị nội trú cho khoảng hơn 5000, năm 2025 thực hiện khám và điều trị nội trú cho 5319 bệnh nhân bệnh nhân trên địa bàn tỉnh và các địa bàn lân cận. Trong đó người bệnh bị liệt  $\frac{1}{2}$  người sau đột quy não là 726, chiếm khoảng 13,6% tổng số bệnh nhân đến khám và điều trị.

Sơ đồ nghiên cứu



## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán liệt nửa người do ĐQN từ 40 tuổi đến 80 tuổi cả hai giới, được điều trị nội trú tại Bệnh viện y học cổ truyền và phục hồi chức năng Bắc Ninh.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

\* *Theo Y học hiện đại*

- Bệnh nhân bị liệt nửa người do đột quy não đã được khám lâm sàng và điều trị qua giai đoạn cấp.

- Bệnh nhân không còn nguy cơ đe dọa chức năng sống:

- + Tỉnh táo (Glasgow là 12 điểm), phối hợp được.
- + Không còn hội chứng tăng áp lực nội sọ do phù não.
- + Tuần hoàn, hô hấp ổn định.
- + Không còn biểu hiện tiến triển nặng lên của bệnh.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

\* *Theo Y học cổ truyền*

Bệnh nhân có biểu hiện chứng bán thân bất toại. Dựa theo triệu chứng kết hợp tứ chẩn (vọng, vấn, vấn, thiết) để phân loại hai chứng hậu:

- Thực chứng: lưỡi đỏ, rêu vàng, đại tiện táo, nước tiểu vàng, mạch phù huyền hữu lực.

- Hư chứng: chất lưỡi nhợt, rêu trắng, đại tiện lỏng, chân tay lạnh, mạch huyền vô lực.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không đưa vào nghiên cứu các trường hợp sau:

- Liệt nửa người do nguyên nhân khác không phải là đột quy não như: Liệt nửa người do chấn thương, Dị dạng mạch máu não, nhiễm khuẩn, di căn

ung thư, viêm não, u não, viêm màng não...

- Bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng như: suy tim nặng, suy thận. Mặc các bệnh khác ảnh hưởng đến chức năng vận động trước khi bị đột quỵ não (ĐQN) như: bệnh Gut, dị tật.

- Bệnh nhân có kèm bệnh HIV/AIDS, lao.
- Bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án.
- Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: Dự kiến Từ 03/2026 đến hết tháng 08/2026 sau khi đề cương được hội đồng khoa học của sở thông qua.

- Địa điểm: Tại Bệnh Viện y học cổ truyền và PHCN Bắc Ninh sau khi đề cương được hội đồng khoa học của sở thông qua.

### 2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu can thiệp, có đối chứng. so sánh trước sau điều trị.

- Tất cả các bệnh nhân thuộc diện nghiên cứu vào Khoa đều được khám về nội khoa, làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu, được chẩn đoán theo y học cổ truyền và y học hiện đại.

### 2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn toàn bộ bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

**Trong đó:**  $Z_{(1-\alpha/2)}$ : là hệ số tin cậy với  $\alpha = 5\%$ , độ tin cậy là 95%

Tra bảng có  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

d: Khoảng sai lệch ( 0.08 )

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê

n: Cỡ mẫu (51)

p : Trị số ước đoán tỉ lệ theo nghiên cứu trước đó,  $p = 0,9063$  theo tác giả Phan Tuấn Anh, Lê Thị Ngoan , Trần Đăng Đức , Nguyễn Hữu Phước (2025) [4]. Chúng tôi tính được số mẫu tối thiểu là 51. Vậy chúng tôi chọn được cỡ mẫu là 51 trường hợp thoả mãn tiêu chuẩn chọn bệnh nghiên cứu.

#### 2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu Đông Á: kích thước 5-7 cm, do Trung Quốc sản xuất từ thép không gỉ.

- Máy điện châm do Trung Quốc sản xuất, điện thế 6v, chạy bằng pin

- Khay quả đậu, bông vô khuẩn, cồn 70<sup>0</sup>, Pank kẹp có máu, hộp chống sốc.

- Bàn gỗ làm xoa bóp bấm huyệt rộng 1,2 m x 2.0m

#### 2.2.5. Phương pháp chọn mẫu

*Sau khi hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất, tiến hành chia bệnh nhân vào 2 nhóm. Theo ghép cặp đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới và mức độ tổn thương trên lâm sàng theo thang điểm Orgogozo và Barthel.*

##### 2.2.5.1. Quy trình nghiên cứu

Sau khi hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất, tiến hành chia bệnh nhân vào 2 nhóm. Theo ghép cặp đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới và mức độ tổn thương trên lâm sàng theo thang điểm Orgogozo và Barthel.

- Nhóm nghiên cứu (NC): gồm 51 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp đầu châm, thể châm, xoa bóp bấm huyệt và chế phẩm y học cổ truyền là các bệnh nhân mang số lẻ.

- Nhóm chứng (C): gồm 51 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp thể châm, xoa bóp bấm huyệt và chế phẩm y học cổ truyền là các bệnh nhân mang số chẵn.

Liệu trình điều trị cho cả 2 nhóm là 21 ngày ( 03 tuần).

#### 2.2.5.1. Kỹ thuật điều trị áp dụng cho nhóm chứng

\* Điện châm: Nguyên tắc chọn huyệt: “kinh mạch sở quá, chủ trị sở cập” tức là kinh lạc đi qua vùng nào thì chữa bệnh vùng đó và “tuần kinh thủ huyết” tức là lấy ngay huyết trên đường kinh đi qua vùng bị bệnh. Như vậy sẽ sử dụng các huyệt tiêu biểu nằm trên đường kinh đi qua phần tay chân bị liệt, ngoài ra còn sử dụng các huyệt có tác dụng bổ tã toàn thân nhằm cân bằng âm dương của tạng phủ, kinh lạc. Mặt khác còn sử dụng huyệt Giáp tích có liên quan tới tiết đoạn thần kinh chi phối vận động tay và chân.

*Phác đồ huyết: theo phác đồ của Nguyễn Tài Thu*

*Giáp tích C2 - C7 ở lưng chi trên: Kiên ngưng (III5); Khúc trì (III1); Thủ tâm lý (III10); Ngoại quan (X5); Hợp cốc (II4); Lao cung (IX8); Bát tà (PC).*

*Ở chi dưới: Dương lăng tuyền (XI34); Trật biên (VII54); Túc tam lý (III36); Tam âm giao (IV6); Hành gian (XII2); Bát phong (PC).*

*Các huyết châm bình bổ bình tả. Nếu bệnh thuộc hư chứng thì châm bổ các huyết Túc tam lý, Tam âm giao.*

*Nếu bệnh thuộc thực chứng thì châm tả các huyết Hợp cốc, Dương lăng tuyền.*

*Phương pháp và kỹ thuật châm.*

*Kích thích mạnh, liên tục.*

*Dùng kim dài châm sâu, xuyên huyết.*

*Kích thích bằng máy điện châm 2 tần số bổ tả.*

*Cụ thể:*

*Hợp cốc: dùng kim dài 8cm châm nghiêng sâu 3- 4cm tới huyết Lao cung.*

*Khúc trì: dùng kim 8cm châm nghiêng hướng về huyết Thủ tâm lý.*

*Kiên ngưng: dùng kim 8cm châm nghiêng 6cm tới huyết Tỷ nhu.*

*Bát tà: dùng kim 8cm châm thẳng vuông góc với mặt da sâu 3-4cm.*

*Giáp tích: dùng kim 5cm châm vuông góc với mặt da sâu 2-3 cm.*

*Túc tam lý: dùng kim 8cm châm sâu 3-4cm vuông góc với mặt da.*

*Dương lăng tuyền: dùng kim 15cm hướng tới huyết Quang minh.*

*Tam âm giao: dùng kim 6cm châm sâu 2-3cm hướng theo đường kinh.*

*Sau khi đã xác định đúng vị trí huyết và châm kim vào huyết, người thầy thuốc có cảm giác đắc khí, bệnh nhân không đau mới tiến hành mắc dây dẫn từ máy điện châm vào các kim ở huyết trên nguyên tắc huyết cần châm bổ mắc dây tần số bổ, huyết cần châm tả mắc các dây bên tần số tả.*

*Các cặp dây ra sẽ kích thích cho 2 huyết cùng ở kinh dương hoặc ở cùng một kinh âm, hoặc ở trên cùng một đường kinh.*

*- Cường độ kích thích từ 80 mA – 150 mA tức là ngưỡng bệnh nhân chịu đựng được.*

*Tần số kích thích huyết:*

*Tả: 250-300 xung/phút (4-5Hz)*

*Bổ: 60-180 xung/phút (1-3Hz)*

*Thời gian kích thích: 25 phút một lần trong ngày.*

*Liệu trình điều trị 28 ngày*

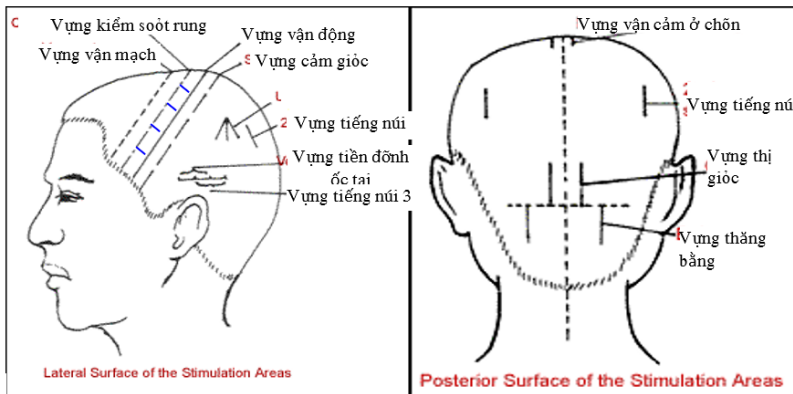
*2.2.5.2. Kỹ thuật điều trị áp dụng cho nhóm nghiên cứu.*

*\* Điện châm: công thức huyết của nhóm chứng + các huyết của phương pháp đầu châm.*

*Huyết vị:*

Châm vào khu vận động và khu cảm giác

- + Khu vận động 1/5 phía trên điều trị liệt chi dưới bên đối diện
- + Khu vận động 2/5 giữa điều trị liệt chi trên bên đối diện
- + Khu vận động 2/5 dưới điều trị liệt mặt trung ương, rối loạn ngôn ngữ, chảy nước dãi.
- + Nếu đau, tê lưng gối, đau cổ gáy, châm khu cảm giác đối bên ở 1/5 trên
- + Nếu tê đau chi trên, tác động vào 2/5 giữa khu cảm giác đối bên
- + Nếu kèm thêm chứng thất ngôn, châm thêm khu ngôn ngữ I, II
- + Nếu có rối loạn đại tiểu tiện, châm phối hợp khu vận cảm chân



Phương pháp thao tác

Xác định các khu vực kích thích trên da đầu: khu vận động, khu cảm giác, ...

Sát trùng da đầu

Châm kim giữa da đầu và xương đầu, châm cách 450, sâu 1 thốn đến khi bệnh nhân có cảm giác đặc biệt

Kích thích bằng máy điện châm (...) với lượng kích thích:

- + Tần số 150-200 l/p
- + Cường độ xung 1-4 mA (theo mức chịu đựng của bệnh nhân)
- + Thời gian kích thích: 30 phút/lần

Mỗi ngày châm một lần, một đợt điều trị châm 30 ngày.

Các thông số của bệnh nhân (theo mẫu bệnh án nghiên cứu) được đánh giá tại

các thời điểm:

- Trước điều trị (D0)
- Sau điều trị 21 ngày (D21)

### 2.5.2.2. Xoa bóp bấm huyết

#### \* Đại cương

Tai biến mạch máu não hay đột quy não ( ĐQN)) là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh thường là khu trú hơn lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ. Các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương.

Theo Y học cổ truyền gọi là Bán thân bất toại, thuộc chứng trúng phong.

#### \* Chỉ định

Người bệnh liệt nửa người, không hôn mê; mạch, huyết áp, nhịp thở ổn định.

#### \* Chống chỉ định

Người bệnh đang hôn mê, các chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở chưa Ổn định, và những vùng da loét do điêm tỳ, bệnh ngoài da vùng cần XBBH.

#### \* Chuẩn bị

- Người thực hiện: Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

- Phương tiện

+ Phòng xoa bóp bấm huyết, giường xoa bóp bấm huyết

+ Gối, ga trải giường

+ Bột talc

+ Cồn sát trùng

- Người bệnh: Người bệnh được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết, và đồng ý bấm huyết.

- Tư thế nằm ngửa

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định

#### \* Các bước tiến hành

Thực hiện kỹ thuật xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng cổ vai tay chân.

- Chứng thực
- + Bấm tả các huyệt - Bách hội - Phong trì - Chi câu - Khâu khư -
- Can du
- + Day bổ các huyệt - Thái Khê - Chứng hư
- + Bấm tả các huyệt - Bách hội - Trung đô
- + Day bổ các huyệt - Kỳ môn - Thái dương - Đại chùy - Dương lăng tuyền - Hành gian - Đôm du - Âm cốc - Phong trì - Hành gian - Chương môn - Đổng tử liêu - Ngoại quan - Âm lăng tuyền - Trung đô - Tam âm giao
- Túc tam lý - Tam âm giao - Âm cốc - Huyết hải - Huyết chung cho hai thể
- + Thất ngôn, bấm tả các huyệt - Á môn - Thái Khê - Thượng liên tuyền
- Ngoại kim tân
- + Liệt mặt, bấm tả các huyệt - Ngoại ngọc dịch
- Quyền liêu xuyên Hạ quan - Địa thương xuyên Giáp xa - Thừa tương
- + Liệt tay, bấm tả các huyệt - Giáp tích C4-C7 - Kiên tỉnh xuyên Tý nhu
- Ô Phong. - Đại chùy xuyên Tích trung - Kiên trinh xuyên Cực tuyền - Khúc trì xuyên Thủ tam lý - Bát tà
- + Liệt chân, bấm tả các huyệt - Giáp tích D12- L5 - Chi câu xuyên Ngoại quan - Tích trung xuyên Yêu dương quan - Hoàn khiêu xuyên Thừa phù - Trật biên xuyên Hoàn khiêu - Ân môn xuyên Thừa phù - Thừa sơn xuyên Ủy trung
- Côn lân - Giải Khê - Địa ngũ hội
- Thượng cự hư - Khâu khư
- Liệu trình điều trị xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị 21 ngày.
- \* Theo dõi và xử trí tai biến
  - Theo dõi
  - Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.
  - Xử trí tai biến - Choáng

Triệu chứng Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

Xử trí dùng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

#### **2.2.6. Phương pháp thu thập số liệu**

\* *Xác định đối tượng nghiên cứu*

- Bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não được vào điều trị tại Bệnh viện YHCT & PHCN Bắc Ninh, đạt đủ tiêu chuẩn đã đề ra, được chọn vào nhóm nghiên cứu.

- Tất cả các đối tượng nghiên cứu được khám và ghi chép đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

\* *Thu thập số liệu theo nội dung của mẫu bệnh án nghiên cứu*

- Thiết kế mẫu bệnh án nghiên cứu (xem ở phụ lục 1).

- Mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên:

\* *Đánh giá mức độ di chứng theo phân loại độ liệt dựa vào bảng hệ thống điểm của Trung tâm y tế Tây Haven (1986).*

\* *Đánh giá mức độ di chứng theo thang điểm của Orgogozo và Barthel.*

\* *Khả năng ngồi, đi, đứng theo Fugl-meyer scale:*

#### **2.2.7. Các biến trong nghiên cứu**

- Tuổi, giới

- Nghề nghiệp

- Thời gian (từ khi đột quỵ đến khi bắt đầu vào viện)

- Bên tổn thương

- Loại tổn thương

- 10 hoạt động cơ bản (theo Barthel Index):

+ Ăn uống

+ Di chuyển từ giường sang ghế hoặc xe lăn và ngược lại.

+ Vệ sinh cá nhân

- + Sử dụng nhà vệ sinh
- + Tắm rửa
- + Đi bộ trên mặt bằng
- + Đi lên hoặc đi xuống cầu thang bậc thêm nhà
- + Thay quần áo
- + Kiểm soát đại tiện
- + Kiểm soát tiểu tiện
- Khả năng ngồi, đi, đứng (theo Fugl - meyer scale).

### **2.2.8. Các khái niệm, thước đo trong nghiên cứu**

*\* Đánh giá mức độ di chứng theo phân loại độ liệt dựa vào bảng hệ thống điểm của Trung tâm y tế Tây Haven (1986).*

- Độ I: không thấy rõ rối loạn vận động, có thể thực hiện được tất cả các động tác sinh hoạt thông thường. Đánh giá 100 điểm.

- Độ II: rối loạn vận động nhẹ, không làm được một số công việc trước đó, nhưng vẫn tự chăm sóc mình được. Đánh giá 75 điểm.

- Độ III: rối loạn vận động vừa phải, cần có người giúp đỡ, nhưng đôi khi tự đi lại được. Đánh giá 50 điểm.

- Độ IV: rối loạn vận động khá nặng, không đi lại được, không tự chăm sóc được mình mà phải có người giúp đỡ. Đánh giá 25 điểm.

- Độ V: rối loạn vận động nặng, nằm liệt giường, không cử động được chân tay, phải chăm sóc và theo dõi thường xuyên. Đánh giá 0 điểm.

- Cách phân loại kết quả điều trị: chúng tôi chia làm 4 mức độ

- Loại tốt: bệnh nhân phục hồi gần như bình thường, tương đương độ I của bảng hệ thống điểm.

- Loại khá: bệnh nhân còn liệt nhẹ nửa người, có thể làm được các công việc nhẹ và tự chăm sóc mình, tương đương độ II.

- Loại trung bình: bệnh nhân phục hồi ở mức độ tự phục vụ bản thân, ở mức độ tối thiểu, tương đương độ III.

- Loại kém: phục hồi không đáng kể.
- Bệnh nhân được đánh giá độ liệt và tính dịch chuyển của độ liệt

\* *Đánh giá mức độ di chứng theo thang điểm của Orgogozo và Barthel.*

- **Theo thang điểm Orgogozo** đánh giá tình trạng ý thức, giao tiếp ngôn ngữ, quay đầu, mắt, vận động mặt, nâng chi trên, vận động bàn tay, trương lực chi trên, nâng chi dưới, gấp bàn chân, trương lực chi dưới (cộng 100 điểm) (phụ lục 2).

- **Theo thang điểm Barthel** đánh giá tình trạng ăn, tắm, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo, đi giày, kiểm soát đại tiện, kiểm soát đại tiện, đi đại tiện, chuyển từ giường tới xe lăn, đi bộ, lên thang gác (cộng 100 điểm) (phụ lục 3).

**Cách đánh giá kết quả:** chúng tôi đánh giá kết quả theo 4 mức

Tốt (tương đương độ I): > 75 điểm

Khá (tương đương độ II): 51 - 75 điểm

Trung bình (tương đương độ III): > 25 - 50 điểm

Kém (tương đương độ IV - V): ≤ 25 điểm.

- **Khả năng ngồi, đi, đứng theo Fugl-meyer scale:**

Đánh giá các động tác bệnh nhân có thể làm được:

- + Khi nằm có thể tự lăn để nằm nghiêng sang hai bên được không?
- + Khi nằm có vận động gấp, duỗi được tay và chân liệt không?
- + Có thể tự ngồi dậy hay cần phải có người khác giúp?
- + Có thể tự ngồi và giữ thẳng bằng được hay cần có người khác đỡ?
- + Có thể vận động được chân tay liệt khi ngồi không?
- + Có thể tự đứng dậy được hay cần phải có người khác giúp?
- + Có thể tự đứng và giữ thẳng bằng hay cần phải có người khác giúp?
- + Có tự vận động tay, chân bên liệt khi đứng được không?
- + Có tự đi lại được không?
- + Có tự đi lên xuống cầu thang, bậc thềm nhà được không?

+ Có ựt làm được những công việc trong đời sống và sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, chăm sóc bản thân (chải đầu, mặc quần áo...), tham gia các công việc của gia đình được không?

+ Các dụng cụ trợ giúp người bệnh đang sử dụng (nạng nách, gậy tập đi, thanh song song, thanh tường, ròng rọc...)

*Nội dung đánh giá và nhận định kết quả:*

Các loại vận động	Mức độ thực hiện		
	0	1	2
Ngồi dậy	Không ngồi được	Cần trợ giúp	Tự ngồi
Đứng lên	Không đứng được	Cần trợ giúp	Tự đứng
Đi	Không đi được	Cần trợ giúp	Tự đi

- Tuổi, giới, nghề nghiệp: thu thập được qua hỏi bệnh.

- Thời gian (từ khi bị liệt đến khi vào viện): thu thập được qua hỏi bệnh.

- Bên tổn thương: thu thập được bằng cách:

- Đánh giá tình trạng liệt

+ Liệt mềm hay liệt cứng.

+ Liệt bên phải hay bên trái.

+ Có kèm theo liệt mặt hay các rối loạn khác như mất ngôn ngữ không?

- Loại tổn thương: Theo phân loại ĐQN chia làm hai loại Nhồi máu não và Chảy máu não, thu thập được dựa vào;

+ Lâm sàng – cận lâm sàng

+ Tình trạng toàn thân.

+ Mức độ liệt.

Theo Y học cổ truyền

- Đánh giá theo các thể:

+ Hư chứng, thực chứng

+ Trúng phong kinh lạc, trúng phong tạng phủ

- Cách đánh giá kết quả: theo như cách phân loại kết quả ở mục 2.2.8 chia 4 mức độ: tốt, khá, trung bình, kém. Đánh giá dịch chuyển độ liệt, mức tăng điểm Orgogozo và Barthel.

#### 2.2.9. Phương pháp phân tích số liệu

Các số liệu được xử lý bằng phương pháp toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0, Sử dụng các thuật toán:

- + Tính tỷ lệ phần trăm (%).
- + So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định  $\chi^2$ .
- + Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ , không có ý nghĩa khi  $p > 0,05$ .

#### 2.2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

***Nghiên cứu được dựa trên ba nguyên tắc cơ bản của đạo đức là tôn trọng, không gây hại và tạo sự cân bằng cho tất cả bệnh nhân.***

Nghiên cứu được tiến hành sau khi Hội đồng khoa học kỹ thuật của Sở Y tế thông qua.

Tất cả bệnh nhân đều được giải thích rõ về mục đích, nắm được trách nhiệm về quyền lợi cụ thể của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

#### 2.2.11. Hạn chế của nghiên cứu

### Chương 3 : Dự kiến kết quả nghiên cứu

#### 3.1. Đặc điểm chung

##### 3.1.1. Giới tính

Bảng 3.1. Giới

Giới	Nhóm chứng (n=51)		Nhóm nghiên cứu (n=51)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Nam				
Nữ				
p				

Bảng 3.2. Tuổi

Tuổi	Nhóm chứng (n=51)		Nhóm nghiên cứu (n=51)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
40 - 49				
50-59				
≥ 60				
Σ				
p				

Nhận xét:

#### 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

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

Nghề nghiệp	Nhóm chứng (n=51)		Nhóm nghiên cứu (n=51)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Lao động chân tay				
Lao động trí óc				

Nghề khác				
Tổng số				

Nhận xét:

Bảng 3.4. Phân loại theo thể bệnh

Thế bệnh	Nhóm	Nhóm chứng (n=51)		Nhóm nghiên cứu (n=51)	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Nhồi máu não					
Chảy máu não					
Khác					
Σ					
p					

Nhận xét:

### 3.1.2. Phía liệt nửa người

Bảng 3.5. Phía liệt nửa người

Bên liệt	Nhóm	Nhóm chứng (n=51)		Nhóm nghiên cứu (n=51)	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Bên phải					
Bên trái					
Σ					
p					

Nhận xét:

### 3.1.3. Điểm Orgogozo trước điều trị

Bảng 3.6. Điểm Orgogozo trước điều trị

Điểm Orgogozo	Nhóm chứng (n=51)	Nhóm nghiên cứu (n=51)
X ± Sd		
p		

Bảng 3.6. Điểm Barthel trước điều trị

Điểm Barthel	Nhóm chứng (n=51)	Nhóm nghiên cứu (n=51)
X ± Sd		
P		

Nhận xét:

Bảng 3.6. Độ liệt theo Trung tâm y tế Tây Haven trước điều trị

Độ liệt	Nhóm chứng (n=51)	Nhóm nghiên cứu (n=51)
I		
II		
P		

Nhận xét:

A – Kết quả điều trị Nhóm nghiên cứu sau điều trị:

Bảng 3.7. Điểm Orgogozo, Điểm Barthel

Điểm	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Điểm Orgogozo X ± Sd			
Điểm Barthel X ± Sd			

Bảng 3.8. Độ liệt theo Trung tâm y tế Tây Haven trước và sau điều trị

Độ liệt	Trước điều trị	Sau điều trị
I		
II		
III		

IV		
p		

Nhận xét

Bảng 3.9. Kết quả điều trị nhóm nghiên cứu sau điều trị.

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ %
Tốt		
Khá		
Trung bình		
Kém		

Bảng 3.10. Phân loại kết quả sau điều trị theo YHCT.

Nhóm bệnh nhân	n	%
Tốt		
Khá		
Trung bình		
Kém		
Tổng		

Nhận xét

B - Kết quả điều trị Nhóm chứng

Bảng 3.11. Điểm Orgogozo, Điểm Barthel

Điểm	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Điểm Orgogozo X ± Sd			
Điểm Barthel X ± Sd			

Bảng 3.12. Độ liệt theo Trung tâm y tế Tây Haven trước và sau điều trị

Độ liệt	Trước điều trị	Sau điều trị
I		
II		
III		
IV		
P		

Nhận xét

Bảng 3.13. Kết quả sau điều trị nhóm chứng.

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ %
Tốt		
Khá		
Trung bình		
Kém		

Nhận xét

Bảng 3.14. Phân loại KQ sau điều trị theo YHCT.

Nhóm bệnh nhân	n	%
Tốt		
Khá		
Trung bình		
Kém		
Tổng		

### C. So sánh kết quả sau điều trị giữa hai nhóm

Bảng 3.15. Theo YHHĐ

Kết quả \ Nhóm	Nhóm chứng (n=51)		Nhóm nghiên cứu (n=51)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Tốt				
Khá				
Trung bình				
Kém				
p				

### D. Mối liên quan với kết quả điều trị nhóm nghiên cứu

Bảng 3.16 Tuổi và kết quả nghiên cứu (nhóm NC)

Kết quả \ Nhóm tuổi	40 - 49	50-59	≥60	Tổng
Tốt				
Khá				
TB				
Kém				
Tổng				
p				

Nhận xét

Bảng 3.17 Giới và kết quả nghiên cứu (nhóm NC)

Giới	Nam	Nữ	Tổng
Kết quả			
Tốt			
Khá			
TB			
Kém			
Tổng			
p			

Nhận xét

Bảng 3.18 Bên liệt và kết quả nghiên cứu (nhóm NC)

Bên liệt	Trái	Phải	Tổng
Kết quả			
Tốt			
Khá			
TB			
Kém			
Tổng			
p			

Bảng 3.19 Thê YHCT và kết quả nghiên cứu (nhóm NC)

Bên liệt	Hư	Thực	Tổng
Kết quả			

Tốt			
Khá			
TB			
Kém			
Tổng			
p			

Nhận xét

Bảng 3.20 Mức độ tổn thương và kết quả nghiên cứu (nhóm NC)

	Bên liệt	Nhồi máu	Xuất huyết	Tổng
Kết quả				
Tốt				
Khá				
TB				
Kém				
Tổng				
p				

## CHƯƠNG 4

### DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Từ các kết quả thu được chúng tôi có một số nhận xét và bàn luận sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung

##### 3.1.1. Giới tính và nhóm tuổi

##### 3.1.2. Phía liệt nửa người

- 3.1.3. Độ liệt và điểm Orgogozo theo tuổi lúc mới nhập viện
- 3.1.4. Phân loại theo TPKL - TPTP, theo hư - thực.
- 3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng của hai nhóm trước khi vào viện
  - 3.2.1. So sánh điểm Orgogozo lúc mới vào viện của hai nhóm
  - 3.2.2. So sánh độ liệt lúc vào viện của hai nhóm
- 3.3. Kết quả điều trị
  - 3.3.1. Kết quả điều trị bằng đầu châm kết hợp thể châm của nhóm nghiên cứu
    - 3.3.1.1. Theo y học hiện đại
    - 3.3.1.2. Theo y học cổ truyền
  - \* Thể hư:
  - \* Thể thực
  - 3.3.2. Kết quả điều trị bằng đầu châm kết hợp thể châm của nhóm chứng
    - 3.3.2.1. Theo y học hiện đại
    - 3.3.2.2. Theo y học cổ truyền
  - \* Thể hư:
  - \* Thể thực:
  - 3.3.3. So sánh kết quả điều trị giữa hai nhóm
    - 3.3.3.1. Theo y học hiện đại
    - 3.3.3.2. Theo y học cổ truyền
  - \* Thể hư:
  - \* Thể thực:
- 4. Bàn luận về một số yếu tố liên quan
  - 4.1. Bàn luận về liên quan giữa tuổi và kết quả phục hồi sau điều trị
  - 4.2. Bàn luận về liên quan giữa giới và kết quả phục hồi sau ĐT
  - 4.3. Bàn luận về liên quan giữa bên bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị
  - 4.4. Bàn luận về liên quan giữa loại tổn thương não và kết quả phục hồi sau điều trị

4.5. Bàn luận về liên quan giữa thời gian từ khi đột quỵ đến khi bắt đầu điều trị và kết quả phục hồi sau điều trị

4.6. Bàn luận về liên quan giữa chi bị liệt và kết quả phục hồi sau điều trị

## **DỰ KIẾN KẾT LUẬN**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### I. Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2010), *Tai biến mạch máu não*, Bệnh học. Sách đào tạo dược sỹ đại học, Nhà Xuất bản Y học, tr. 335–341.
2. Bộ Y tế (2012), *Tai biến mạch máu não*, Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà Xuất bản Y học, tr. 479–490.
3. Bộ Y tế (2013), Quyết định số 792/QĐ-BYT, *Quy trình kỹ thuật khám bệnh chuyên ngành chăm sóc*, quy trình 376.
4. Bộ Y tế (2014), *Bệnh học y học cổ truyền*, tập 2, Nhà Xuất bản Y học, tr. 358–365.
5. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 3109/QĐ-BYT, *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng*, tr. 251–256.
6. Bộ Y tế (2020), Quyết định 5013/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại"
7. Bộ Y tế (2024), Quyết định số 3312/QĐ-BYT, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não*, tr. 6, 130–147.
8. Đỗ Văn Liêm và cs (2013–2014), *Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa*.
9. Hoàng Khánh (2007), *Thần kinh học – Giáo trình đào tạo sau đại học*, Nhà Xuất bản Đại học Huế, tr. 123–139.
10. Lâm Quang Vinh, Huỳnh Thanh Vũ, Lê Minh Hoàng, Hà Thị Xuân, Vũ Hà My (2023), *Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ não bằng phương pháp điện châm kết hợp vận động trị liệu tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ*.
11. Mai Duy Tôn, Đào Việt Phương (2023), *Kết quả điều trị nhồi máu não ở các bệnh viện khu vực miền Bắc Việt Nam*, Tạp chí Nghiên cứu Y học.
12. Ngô Văn Thư (2020), *Tác dụng điều trị của phương pháp đầu châm kết hợp cận tam châm trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp*.
13. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc, Nguyễn Văn Nhường (2020), *Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não điều trị tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 và một số yếu tố liên quan*.
14. Nguyễn Hồng Nhung, Nguyễn Văn Nhường (2022), *Đánh giá tác dụng của cấy chỉ phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*.
15. Nguyễn Tài Thu (2003), *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà Xuất bản Y học, tr. 21–28, 126–128, 167–174.
16. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997), *Châm cứu sau đại học*, Nhà Xuất bản Y học Hà Nội, tr. 64–65, 207, 249–250.
17. Nguyễn Thị Hương Dương (2023), *Xác định hiệu quả phục hồi chức năng vận động sau nhồi máu não của phương pháp nhĩ châm kết hợp điện châm*, Luận án Tiến sĩ Y học.
18. Nguyễn Thị Mỹ Luật (2008), *Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Điều dưỡng – Phục hồi chức năng Thái Nguyên*.
19. Phan Tuấn Anh, Lê Thị Ngoan, Trần Đăng Đức, Nguyễn Hữu Phước (2025), *Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động bằng phương pháp đầu châm, điện châm và vận động trị liệu trên người bệnh sau đột quỵ do nhồi máu não tại Bệnh viện Y học cổ truyền Long An năm 2024–2025*.
20. Trịnh Thị Diệu Thường (2021), *Châm cứu học 2 – Giáo trình giảng dạy đại học*, tr. 118–133.

**II. Tài liệu tiếng Anh**

21. Zhou L, Zhang HX, Liu LG, Huang H, Li X, Yang M (2008), "Effect of scalp-acupuncture on plasma and cerebral TNF-alpha and IL-1beta contents in acute cerebral ischemia/reperfusion injury rats", *Zhen Ci Yan Jiu*.  
22. Zhang HX 1, Liu LG, Zhou L, Huang H, Li X, Yang M. (2017), *Effects of electroacupuncture preconditioning on cerebral infarct volume and contents of TNF-α, IL-10 in serum of rats after cerebral ischemia-reperfusion injury*

SỞ Y TẾ BẮC NINH  
ĐƠN VỊ: BV YHCT và PHCN

**PHIẾU DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA  
NGHIÊN CỨU**

Tên đề tài: .....  
Chủ nhiệm đề tài: .....  
Thời gian nghiên cứu: Từ ...../...../..... đến ...../...../.....  
Địa điểm nghiên cứu: .....

**I. DANH SÁCH BỆNH NHÂN**

STT	Mã số nghiên cứu	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện/khám	Chẩn đoán	Số điện thoại	Ghi chú
1									
2									
3									
...									

**II. TỔNG HỢP**

- Tổng số bệnh nhân: .....
- Số nam: .....

- Số nữ: .....
- Độ tuổi trung bình: .....

SỐ Y TẾ .....

ĐƠN VỊ CHỦ TRÌ: .....

## DỰ TOÁN KINH PHÍ THỰC HIỆN ĐỀ TÀI

Tên đề tài: .....

Chủ nhiệm đề tài: .....

Thời gian thực hiện: .....

### I. DỰ TOÁN KINH PHÍ THEO NỘI DUNG CHI

STT	Nội dung chi theo TT27	Diễn giải, cách tính	Thành tiền (đồng)
<b>1</b>	<b>Chi xây dựng thuyết minh, tổng quan, xây dựng công cụ nghiên cứu</b>		
1.1	Thu thập thông tin ban đầu	$30.000đ \times 03 \text{ người} \times 05 \text{ ngày}$	450.000
1.2	Họp nhóm xác định vấn đề nghiên cứu	$30.000đ \times 15 \text{ người} \times 01 \text{ ngày}$	450.000
	<b>Cộng mục 1</b>		<b>900.000</b>
<b>2</b>	<b>Chi điều tra, khảo sát, thu thập số liệu</b>		
2.1	Điều tra thư	$50.000đ \times 02 \text{ ĐTV}$	100.000
2.2	Tập huấn điều tra viên	$50.000đ \times 32 \text{ người} \times 01 \text{ ngày}$	1.600.000
2.3	Điều tra thu thập số liệu	$4.000đ \times 407 \text{ phiếu}$	1.628.000
	<b>Cộng mục 2</b>		<b>3.328.000</b>
<b>3</b>	<b>Chi văn phòng phẩm, in ấn tài liệu phục vụ nghiên cứu</b>		
3.1	In ấn đề cương và báo cáo	$1.000đ \times (40 + 70) \text{ trang} \times 05 \text{ lần}$	500.000
3.2	Văn phòng phẩm	Khoán	200.000
	<b>Cộng mục 3</b>		<b>700.000</b>
	<b>TỔNG CỘNG (1+2+3)</b>		<b>4.928.000</b>

### II. TỔNG KINH PHÍ ĐỀ NGHỊ

**Tổng số tiền:** 4.928.000 đồng

**Bằng chữ:** Bốn triệu chín trăm hai mươi tám nghìn đồng.

---

**III. CAM KẾT**

Kinh phí sử dụng đúng mục đích, đúng nội dung, định mức và thanh quyết toán theo quy định hiện hành của Nhà nước.

---

..., ngày ..... tháng ..... năm 20.....

**CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI    KẾ TOÁN    THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(Ký, ghi rõ họ tên)      (Ký, ghi rõ họ tên) (Ký tên, đóng dấu)

Số bệnh án:.....

Mã số:.....

**PHỤ LỤC 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

**ĐỀ TÀI: “Ứng dụng đầu châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não tại Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng Bắc Ninh năm 2026”**

I. Họ và tên: .....

Tuổi: ..... Giới: 1. Nam; 2. Nữ

II. Địa chỉ: .....

SĐT: .....

III. Nghề nghiệp: 1. Lao động chân tay; 2. Lao động trí óc; 3. Lao động khác.

IV. Ngày vào viện: ...../...../2026 Ngày ra viện: ...../...../2026

V. Ngày bắt đầu điều trị PHCN: ...../...../2026

Chẩn đoán:

.....

<b>VI. Loại tổn thương:</b> <input type="checkbox"/> 1. Nhồi máu não <input type="checkbox"/> 2. Chảy máu não <input type="checkbox"/> 3. Không xác định	<b>VII. Thời gian bắt đầu tập luyện:</b> <input type="checkbox"/> 1. Từ 1 – 6 tuần <input type="checkbox"/> 2. Từ 7 – 12 tuần <input type="checkbox"/> 3. Trên 12 tuần
<b>VIII. Mức độ phụ thuộc (lúc vào viện):</b> <input type="checkbox"/> 1. Phụ thuộc hoàn toàn <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Độc lập	<b>IX. Khả năng ngồi trước ĐT:</b> <input type="checkbox"/> 1. Không ngồi được <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Ngồi được
<b>X. Khả năng đứng trước ĐT:</b> <input type="checkbox"/> 1. Không đứng được <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Đứng được	<b>XI. Khả năng đi trước tập luyện:</b> <input type="checkbox"/> 1. Không đi được <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Đi được
<b>XII. Khả năng ngồi sau ĐT:</b> <input type="checkbox"/> 1. Không ngồi được <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Ngồi được	<b>XIII. Khả năng đứng sau ĐT:</b> <input type="checkbox"/> 1. Không đứng được <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Đứng được

<b>XIV. Khả năng đi sau ĐT:</b> <input type="checkbox"/> 1. Không đi được <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Đi được	<b>XV. Khả năng sinh hoạt ĐT:</b> <input type="checkbox"/> 1. Phụ thuộc hoàn toàn <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Độc lập
<b>XVI. Khả năng sinh hoạt sau ĐT:</b> <input type="checkbox"/> 1. Phụ thuộc hoàn toàn <input type="checkbox"/> 2. Cần trợ giúp <input type="checkbox"/> 3. Độc lập	

**PHỤ LỤC 2**  
**Thang điểm ORGOGOZO(1986)**

<b>ST T</b>	<b>Tình trạng</b>	<b>Mức độ</b>	<b>Điểm</b>	<b>Và</b>	<b>Ra</b>
1	ý thức	- Bình thường - Lú lẫn - U ám - Hôn mê	15 10 5 0		
2	Giao tiếp ngôn ngữ	- Bình thường - Khó khăn	10 5		

		- Mất ngôn ngữ	0		
3	Quay mắt đầu	- Không có triệu chứng bệnh lý - Khi quay đầu, đưa mắt về một bên - Không thể quay đầu, đưa mắt	10 5 0		
4	Vận động mặt	- Mất cân đối nhẹ - Liệt mặt rõ	5 0		
5	Nâng chi trên	- Bình thường - Không nâng tay quá mức ngang vai được - Không nâng được tay lên hoặc rất hạn chế	10 5 0		
6	Vận động bàn tay	- Bình thường - Hạn chế nhẹ - Còn có thể cầm nắm được - Không thể cầm nắm, vận động được	15 10 5 0		
7	Trương lực chi trên	- Bình thường - Mất trương lực hoặc co cứng	5 0		
8	Nâng chi dưới	- Bình thường - Chống lại sự cản - Có thể chống lại trọng lực chi - Không thể nâng được chi lên hoặc rất hạn chế	15 10 5 0		
9	Gấp bàn chân	- Có thể chống lại sức cản - Có thể chống trọng lực chi	10 5		
10	Trương lực chi dưới	- Không thực hiện được - Bình thường - Mất trương lực hoặc co cứng	0 5 0		
Tổng			100		



**PHỤ LỤC 3**  
**Thang điểm BARTHEL (1979)**

Mục	Lượng giá	Điểm chuẩn	Ngày đánh giá	
			Trước ĐT	Sau ĐT
Ăn uống	Tự xúc gấp ăn	10		
	Cần sự trợ giúp	5		
	Phụ thuộc hoàn toàn	0		
Tắm	Tự tắm	5		
	Cần sự trợ giúp	0		
Kiểm soát đi ngoài	Tự chủ	10		
	Cần sự trợ giúp	5		
	Rối loạn thường xuyên	0		
Kiểm soát đi tiểu	Tự chủ	10		
	Cần sự trợ giúp	5		
	Bí tiểu, đái dầm	0		
Chăm sóc bản thân	Tự rửa mặt chải đầu	5		
	Cần sự trợ giúp	0		
Thay áo quần	Tự thay và đi dây dép	10		
	Cần sự trợ giúp	5		
	Phụ thuộc hoàn toàn	0		
Sử dụng nhà xí	Tự đi tiểu, đại tiện	10		
	Cần sự trợ giúp lúc ngồi và lấy giấy	5		
	Không sử dụng được nhà xí	0		
Di chuyển từ giường sang ghế	Tự di chuyển được	15		
	Cần sự trợ giúp ít, giám sát	10		
	Cần trợ giúp tối đa, ngồi được	5		
	Không	0		

Di chuyển	Tự đi 50m	15		
	Đi 50m có người dắt, vịn	10		
	Tự đẩy nếu có xe lăn	5		
	Cần trợ giúp hoàn toàn	0		
Leo bậc thang	Tự lên xuống cầu thang	10		
	Leo được nhưng phải vịn	5		
	Không	0		
	Cộng	100		

- Hoạt động độc lập : 95 -100 điểm.
- Hoạt động phụ thuộc ít: 65 - 94 điểm.
- Hoạt động phụ thuộc nhiều: 30- 65 điểm.
- Hoạt động phụ thuộc hoàn toàn: < 30 điểm.

## PHỤ LỤC 4

### CÁC ĐỘNG TÁC CỦA PHƯƠNG PHÁP XBBH

+ **Động tác Xát:** điều dưỡng viên (ĐDV) dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út hoặc mô ngón tay cái xát lên da người bệnh theo đường thẳng lên xuống hoặc sang phải, sang trái, từ 15-20 lần, chú ý xát nhẹ nhàng tuần tự.

*Tác dụng:* lưu thông khí huyết, làm dẻo gân cốt, lý khí, làm giảm đau, hết sưng, khu.

+ **Động tác Xoa:** ĐDV dùng gốc gan bàn tay hoặc mô ngón tay út, ngón tay cái xoa tròn trên da chỗ đau, tay di chuyển trên da người bệnh, xoa nhẹ nhàng, hướng đi quay vòng liên tục.

*Tác dụng:* giảm căng thẳng thần kinh, phục hồi co giãn da, nâng cao sức đề kháng.

+ **Động tác Day:** ĐDV dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út, mô ngón tay cái dùng sức ấn xuống da người bệnh và di chuyển theo đường tròn, tay của ĐDV và da của người bệnh sát nhau, da người bệnh di động theo tay của ĐDV.

*Tác dụng:* tiêu sưng, giảm đau, tán phong, thanh nhiệt.

+ **Động tác Ấn:** ĐDV dùng ngón tay cái, gốc bàn tay, mô ngón tay út và mô ngón tay cái ấn vào nơi đau hoặc vùng huyết. Tác động chính là lực ấn từ tay qua da thịt vào huyết hoặc những vùng ở sâu dưới bề mặt da.

*Tác dụng:* làm thông kinh lạc, giải thoát tình trạng ứ tắc, giảm đau.

+ **Động tác Miết:** ĐDV dùng vân ngón tay cái miết chặt vào da người bệnh theo hướng lên, xuống, sang phải, trái, tay của ĐDV di động và kéo căng da của người bệnh.

*Tác dụng:* khai khiếu, trấn tĩnh, giảm căng thẳng thần kinh, giảm co cứng da, cơ.

+ **Động tác Bấm:** ĐDV dùng đầu ngón tay cái bấm vào huyết từ 15-20 giây, làm lần lượt từng huyết, làm lại 1 đến 2 lần, động tác làm phải đủ mạnh, tập trung vào huyết.

*Tác dụng:* làm hồi tỉnh người bị choáng, ngừng thở, ngất.

+ **Động tác Bóp:** ĐDV dùng ngón tay cái và các ngón còn lại bóp da, cơ gân ở nơi bị bệnh. Có thể bóp bằng hai, hoặc cả năm ngón tay, vừa bóp vừa kéo cả khối da, cơ lên, không để da, cơ hoặc gân trượt dưới tay sẽ gây đau. Hoặc dùng đầu ngón tay bóp không gây cảm giác đau.

*Tác dụng:* giãn da mềm cơ, lưu thông huyết dịch, làm nóng ấm vùng bóp, tiêu sưng, giảm đau, thông kinh lạc.

+ **Động tác Chặt:** ĐDV lần lượt liên tục chặt lên vùng cần chặt, dùng cho nơi có nhiều cơ bắp.

*Tác dụng:* lưu thông khí huyết, phục hồi vận động vùng cơ bắp bị tổn thương.

+ **Động tác Lăn:** ĐDV dùng sức vận động khớp cổ tay, bàn tay, ngón tay lần lượt lăn trên bộ phận da cần lăn. Các ngón tay, bàn tay và cổ tay lần lượt chạm vào mặt da. Kỹ thuật này làm mạnh hơn xoa sát, thấm sâu tới lớp cơ, để phục hồi vận động cơ, khớp. *Tác dụng:* thông kinh lạc, lưu thông khí huyết, giảm đau, làm cho khớp vận động tốt hơn.

+ **Động tác Phát:** ĐDV dùng bàn tay hơi khum, giữa lòng bàn tay lõm. Phát từ nhẹ đến mạnh vào chỗ bị bệnh. Khi phát do áp lực không khí trong lòng bàn tay thay đổi làm cho da ứng đỏ là được.

*Tác dụng:* thông kinh lạc, mềm cơ, giãn các cơ bám ở da.

## PHỤ LỤC 5

### KỸ THUẬT ĐẦU CHÂM

Trước khi tiến hành thủ thuật trên bệnh nhân, tất cả các bác sỹ đã được huấn luyện thành thạo các thao tác, động tác châm kim, cách xác định đúng vị trí huyết đánh dấu, sau đó tiến hành động tác châm kim qua da phải nhanh dứt khoát.

Các huyết của phương pháp đầu châm.

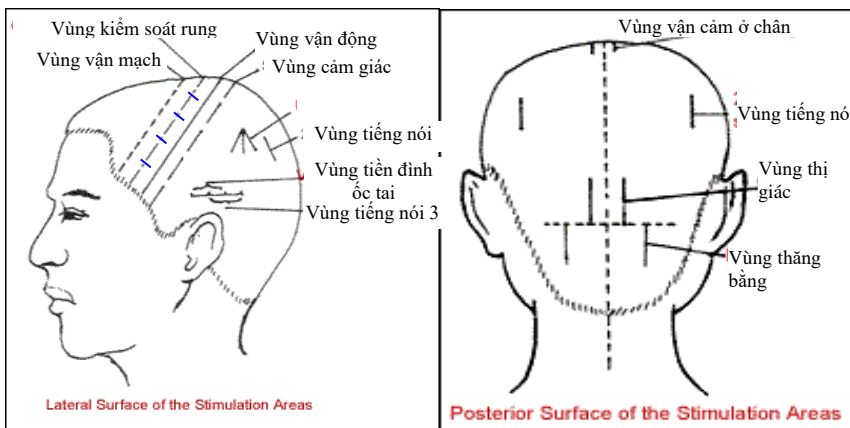
*Huyệt vị:*

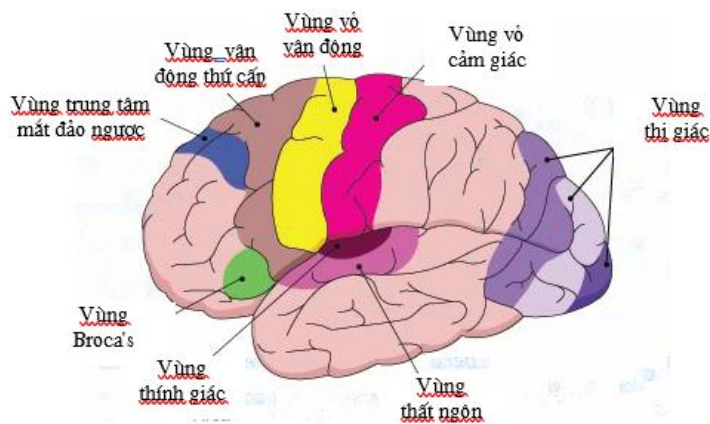
Châm vào khu vận động và khu cảm giác

- + Khu vận động 1/5 phía trên điều trị liệt chi dưới bên đối diện
- + Khu vận động 2/5 giữa điều trị liệt chi trên bên đối diện
- + Khu vận động 2/5 dưới điều trị liệt mặt trung ương, rối loạn ngôn ngữ,

chảy nước dãi.

- + Nếu đau, tê lưng gối, đau cổ gáy, châm khu cảm giác đối bên ở 1/5 trên
- + Nếu tê đau chi trên, tác động vào 2/5 giữa khu cảm giác đối bên
- + Nếu kèm thêm chứng thất ngôn, châm thêm khu ngôn ngữ I, II
- + Nếu có rối loạn đại tiểu tiện, châm phối hợp khu vận cảm chân





#### *Phương pháp thao tác*

- Xác định các khu vực kích thích trên da đầu: khu vận động, khu cảm giác,...

- Sát trùng da đầu

- Châm kim giữa da đầu và xương đầu, châm chéo  $45^{\circ}$ , sâu 1 thốn đến khi bệnh nhân có cảm giác đặc khí

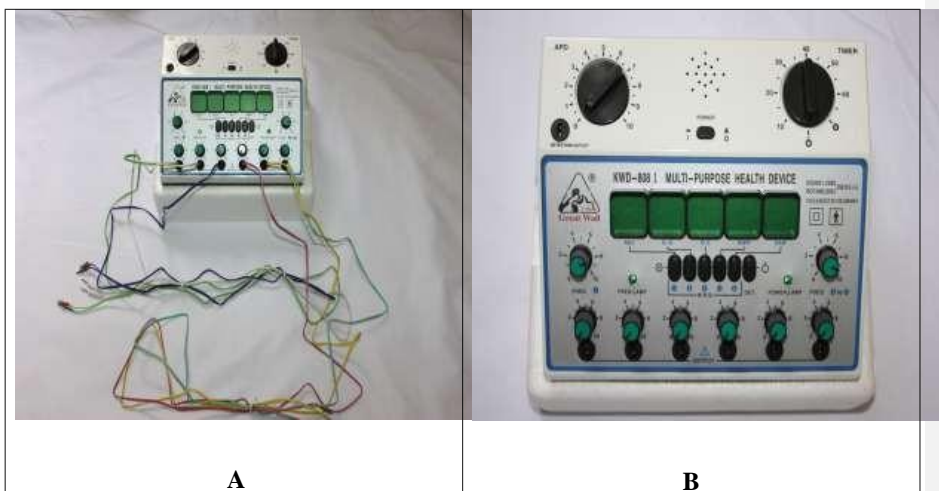
- Kích thích bằng máy điện châm (...) với lượng kích thích:

+ Tần số 150-200 l/p

+ Cường độ xung 1-4 mA (theo mức chịu đựng của bệnh nhân)

+ Thời gian kích thích: 30 phút/lần

Mỗi ngày châm một lần, một đợt điều trị châm 12 ngày.



**Hình 2.5(A,B): Máy điện châm**

Kiểm tra lại máy trước khi vận hành, tất cả các nút điện ở vị trí số 0, (công tắc tắt). Sau khi đã châm kim xong, chọn để lắp điện cực theo chỉ định bệnh, nối điện cực vào kim.

Tiến hành bật công tắc cho máy chạy, xem đèn báo, sau đó điều khiển công suất điện kích thích tăng từ từ đạt đến mức độ yêu cầu về điện thế và cường độ thích hợp với từng người bệnh, đồng thời thấy cơ hoạt động nhịp nhàng theo nhịp đèn báo ở vùng kích thích điện thì được.

Chú ý trong khi làm cần tránh mọi tác động vội vàng gây cường độ kích thích quá ngưỡng làm cơ co giật mạnh, bệnh nhân sẽ hoảng sợ.

Thời gian kích thích điện khoảng 20-30 phút và ngày một lần.