

TÁC DỤNG HỖ TRỢ PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG CỦA HUYẾT PHỦ TRỤC Ứ HOÀN Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Đặng Công Thái¹, Trịnh Hoài Nam¹, Nguyễn Minh Hiện²
và Đặng Thị Thu Hiền^{3,✉}

¹Viện Y học cổ truyền Quân đội

²Hội đột quỵ Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân gây tàn tật và tử vong hàng đầu ở Việt Nam. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị phục hồi vận động của “Huyết phủ trục ứ hoàn” ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não trên lều sau giai đoạn cấp. Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, có đối chứng. 90 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới tính, được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não sau giai đoạn cấp trên lều, đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình là $70,5 \pm 10,2$, nam giới mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao (63,3%), cải thiện vận động thông qua cải thiện thang điểm NIHSS, điểm Barthel và điểm Rankin cải thiện. “Huyết phủ trục ứ hoàn” giúp cải thiện các chứng trạng của thể huyết ứ, chỉ số hiệu quả đạt 70,18%, đồng thời hỗ trợ phục hồi vận động cho bệnh nhân. Như vậy “Huyết phủ trục ứ hoàn” có tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều sau giai đoạn cấp.

Từ khóa: Đột quỵ, nhồi máu não, Huyết phủ trục ứ hoàn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Đột quỵ Thế giới, đột quỵ não (ĐQN) là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và là nguyên nhân thứ hai gây tử vong trên toàn thế giới.¹ Mỗi năm thế giới có hơn 12,2 triệu bệnh nhân (BN) ĐQN mới, trong đó hơn 16% xảy ra ở người trẻ nằm trong độ tuổi từ 15 đến 49. Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ mắc mới đột quỵ rất cao, rơi vào khoảng hơn 218,3/100.000 người, tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp 1,5 lần nữ giới. Hậu quả của ĐQN để lại hết sức nặng nề, hơn 30% bệnh nhân sinh hoạt bị phụ thuộc hoàn toàn, 30% phụ thuộc một phần do di chứng ĐQN và 50% không thể hồi

phục chức năng vận động chi thể. Hàng năm, chi phí y tế cho điều trị đột quỵ tất cả các giai đoạn là rất lớn, ở Hoa Kỳ con số này lên tới gần 56,5 tỷ USD năm 2019.^{2,3} Phục hồi vận động sau đột quỵ là vấn đề cấp thiết giúp người bệnh cải thiện chất lượng cuộc sống, tái hòa nhập cộng đồng, đồng thời giảm chi phí y tế và gánh nặng cho gia đình và xã hội. Để đạt kết quả tốt, điều trị cần có sự kết hợp nhiều phương thức điều trị khác nhau đặc biệt là sự phối kết hợp của hai nền y học hiện đại và y học cổ truyền.

Bên cạnh điều trị bằng y học hiện đại (YHHĐ), các chế phẩm y học cổ truyền (YHCT) hỗ trợ giúp rút ngắn thời gian điều trị phục hồi cho bệnh nhân ĐQN. “Huyết phủ trục ứ hoàn” (HPTUH) là chế phẩm của Viện Y học cổ truyền Quân đội, dựa trên bài thuốc “Huyết phủ trục ứ thang” trong sách “Y lâm cải thác” của danh

Tác giả liên hệ: Đặng Thị Thu Hiền

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thuhien@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/06/2025

Ngày được chấp nhận: 07/07/2025

y Vương Thanh Nhậm. Bài thuốc Huyết phủ trực ứ thang có tác dụng hoạt huyết hóa ứ, thông kinh hoạt lạc dùng điều trị các chứng bệnh do huyết ứ giúp phục hồi vận động. Đây là bài thuốc đã được nghiên cứu chứng minh tính an toàn, hiệu quả điều trị và được ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng điều trị các bệnh lý mạch vành, đột quỵ não...^{4,5} HPTUH được bào chế dưới dạng viên hoàn mềm có ưu điểm gọn, nhẹ, bảo quản dễ dàng, dễ sử dụng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, khi chuyển sang dạng bào chế mới thuốc cần được đánh giá tính an toàn và hiệu quả hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Trước khi tiến hành thử nghiệm trên lâm sàng, viên hoàn mềm HPTUH đã được đánh giá độc tính và tác dụng chống đông trên động vật.^{6,7} Kết quả nghiên cứu cho thấy chế phẩm có tính an toàn cao khi đánh giá độc tính cấp và độc tính bán trường diễn. Chính vì vậy, để cung cấp bằng chứng khoa học về hiệu quả của viên hoàn trên lâm sàng chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị phục hồi vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp của Huyết phủ trực ứ hoàn”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân trên 18 tuổi, tình nguyện tham gia nghiên cứu, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp. Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não (NMN) trên lều sau giai đoạn cấp theo tiêu chuẩn Bernhard (thời điểm sau 7 ngày từ khi khởi phát), có tình trạng bệnh ổn định, không có dấu hiệu tiến triển nặng của bệnh.⁸ Bệnh nhân có liệt nửa người có thể kèm liệt dây VII trung ương, bệnh nhân tỉnh táo, hợp tác (điểm Glasgow ≥ 9), không có dấu hiệu tiến triển nặng lên của bệnh bệnh nhân được chẩn đoán bán

thân bất toại (trúng phong kinh lạc) thuộc thể khí trệ huyết ứ theo Y học cổ truyền.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc bệnh cấp tính phối hợp như viêm phổi, lao phổi, các bệnh như suy gan, suy thận nặng, suy tim, rối loạn tâm thần, phụ nữ có thai. Bệnh nhân nhồi máu não tổn thương diện rộng, nhồi máu chuyển dạng xuất huyết. Bệnh nhân có tiền sử: yếu cơ, dị dạng hoặc biến dạng khớp, rối loạn đông chảy máu.

- Loại các bệnh nhân đang điều trị trong các trường hợp sau:

+ Bỏ thuốc điều trị 3 ngày liên tục trở lên.

+ Bệnh nhân tự ý dùng thêm thuốc khác khi chưa có ý kiến của bác sĩ.

+ Bệnh nhân xuất hiện các phản ứng bất lợi nghi ngờ do sử dụng thuốc trong quá trình nghiên cứu.

- Dị ứng với thành phần của chế phẩm nghiên cứu.

Chất liệu nghiên cứu

Thuốc hoàn: Chế phẩm “Huyết phủ trực ứ hoàn” sản xuất và đăng ký tại Trung tâm Nghiên cứu ứng dụng, sản xuất thuốc Đông y/Viện y học cổ truyền Quân đội, sản phẩm đạt tiêu chuẩn cơ sở, đóng gói dạng hộp 10 viên hoàn mềm, mỗi viên 8,5g. Thành phần mỗi viên gồm: Đương quy (*Radix Angenicacae sinensis*) 0,54g, Đào nhân (*Semen Persicae*) 0,72g, Hồng hoa (*Flos Carthami*) 0,54g, Sinh địa (*Radix Rehmaniae glutinose*) 0,54g, Xích thược (*Radix Paeoniae rubra*) 0,36g, Sài hồ (*Radix Bupleuri*) 0,18g, Xuyên khung (*Rhizoma Ligustici wallichii*) 0,26g, Chỉ xác (*Fructus Citri aurantii*) 0,36g, Cát cánh (*Radix Platycodonis*) 0,26g, Cam thảo (*Radix Glycyrrhizae*) 0,18g, Ngưu tất (*Radix Archiranthis bindantae*) 0,54g, Tá dược vừa đủ 8,5g. Các vị thuốc được kiểm định đạt tiêu chuẩn dược điển Việt Nam V. Liều dùng: Uống 1 viên/lần x 02 lần/ngày.

Các thuốc điều trị phác đồ nền theo “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não” Số: 5331/QĐ-BYT, ngày 23 tháng 12 năm 2020.⁹

Điện châm theo công thức huyết của Bộ Y tế áp dụng với thể huyết ứ.¹⁰ Điện châm 30 phút/lần/ngày x 5 ngày/tuần (nghỉ thứ 7, chủ nhật) mỗi lần châm từ 12 đến 15 huyệt. Công thức huyết như sau:

+ Huyệt vùng đầu mặt: Bách hội, Địa thương, Giáp xa, Thừa tương, Nghinh hương, Thượng liêm tuyền, Bàng liêm tuyền, Phong trì.

+ Huyệt vùng chi trên: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Khúc trì, Ngoại quan, Hợp cốc, Lao cung, Bát tà, Thủ tam lý, Thần môn, Thái uyên.

+ Huyệt vùng chi dưới: Giáp tích D12 đến S3, Hoàn khiêu, Ân môn, Khâu khuỷu, Côn lôn, Giải khê, Thái khê, Huyết hải.

+ Huyệt toàn thân: Tam âm giao.

Xoa bóp bấm huyệt: Quy trình xoa bóp bấm huyệt của Bộ Y tế năm 2013 (số: 792/QĐ – BYT ngày 12/3/2013).¹⁰ Xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày x 5 ngày/tuần (nghỉ thứ 7 và chủ nhật). Các thủ thuật xoa bóp bấm huyệt: xoa, miết, day, ấn, bấm, và các động tác vận động ở các vùng đầu, cổ, vai, tay, chân, lưng, và các huyệt đạo liên quan.

2. Phương pháp

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2024.

Địa điểm nghiên cứu

Viện Y học cổ truyền Quân đội, Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an, Bệnh viện Quân y 354.

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, có đối chứng.

Cỡ mẫu

90 BN chia vào 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, sử dụng phương pháp ghép cặp để

đảm bảo tính tương đồng giữa 2 nhóm dựa trên 1 số tiêu chí gồm tuổi, giới, yếu tố nguy cơ và mức độ bệnh.

Quy trình nghiên cứu

+ Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được cung cấp “Bản cung cấp thông tin cho đối tượng nghiên cứu”, nếu bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, sẽ ký vào Đơn tình nguyện tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm tương đồng về tuổi, giới, yếu tố nguy cơ và mức độ bệnh.

+ Áp dụng phương pháp điều trị với mỗi nhóm, thời gian điều trị 28 ngày.

Nhóm chứng: phác đồ thuốc y học hiện đại kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

Nhóm nghiên cứu: Uống thuốc hoàn Huyết phủ trục ứ hoàn kết hợp phác đồ thuốc y học hiện đại, điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Biến số, chỉ số nghiên cứu: Các chỉ số được theo dõi tại các thời điểm: Ngày đầu tiên can thiệp (T0), ngày thứ 14 (T14), ngày thứ 28 (T28).

- Đặc điểm chung các BN nghiên cứu: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ.

- Các chỉ số đánh giá mức độ liệt theo y học hiện đại:¹¹

+ Mức độ liệt theo mRankin cải biên (mRS).

- Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel và thang điểm đột quỵ NIHSS.

+ Các chỉ số đánh giá mức độ liệt theo y học cổ truyền: Sự thay đổi điểm trung bình triệu chứng y học cổ truyền theo thời gian (T0, T14, T28).¹²

+ Đánh giá độ cải thiện lâm sàng dựa trên các chứng thay đổi điểm trung bình triệu chứng y học cổ truyền theo thời gian tại thời điểm T0, T28 và hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Phương pháp đánh giá hiệu quả điều trị

- Đánh giá các mức độ liệt theo y học hiện đại được phân loại theo bảng 1:

Bảng 1. Phân loại kết quả điều trị^{13,14}

Kết quả	mRS	NIHSS	Barthel
Loại A	Cải thiện 2 độ	Giảm ≥ 4 điểm	Cải thiện 2 độ
Loại B	Cải thiện 1 độ	Giảm < 4 điểm	Cải thiện 1 độ
Loại C	Không đổi hoặc nặng lên		

- Đánh giá mức độ liệt theo y học cổ truyền:

+ Cách đánh giá sự cải thiện vận động được thông qua bởi Hội nghị Học thuật Quốc gia lần thứ tư về Bệnh mạch máu não của Hiệp hội Y khoa Trung Quốc năm 1995 về hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu.¹²

+ Chỉ số hiệu quả = điểm trước điều trị - điểm sau điều trị / điểm trước điều trị $\times 100\%$.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Excel. Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm thống kê STATA 15.0 Thống kê mô tả: trung bình $\bar{X} \pm (SD)$ đối với phân bố chuẩn và trung vị (tứ phân vị) đối với phân bố không chuẩn. Dữ liệu về các biến định tính được biểu thị dưới dạng tần số (tỷ lệ %).

Thống kê suy luận: Sử dụng kiểm định χ^2 , Fisher's exact test để so sánh, tìm kiếm sự khác biệt của các biến định tính, và T-test, Mann Whitney test được sử dụng để so sánh, tìm kiếm khác biệt của các biến định lượng. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận.

3. Đạo đức nghiên cứu

Sau khi nghiên cứu độc tính của và tác dụng trên thực nghiệm cho thấy hoàn HPTU an toàn và có hiệu quả tốt trên tiền lâm sàng. Nghiên cứu đã trình Hội đồng Khoa học, Hội đồng Y đức của Viện Y học cổ truyền Quân đội phê duyệt, số QĐ: 08/VYHCTQĐ-HĐĐĐ. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao năng lực chuyên môn, nghiệp vụ y tế, chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ**1. Đặc điểm chung****Đặc điểm tuổi và giới tính**

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $72,3 \pm 10,5$. Nhóm tuổi > 70 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm (66,7% và 44,4%), chỉ có 5 bệnh nhân dưới 50 tuổi (2 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và 3 bệnh nhân ở nhóm đối chứng). Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ trong cả nghiên cứu (1,73/1). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu ở từng nhóm tuổi và giới tính.

Yếu tố nguy cơ**Bảng 1. Đặc điểm về các yếu tố nguy cơ**

Yếu tố nguy cơ	Nhóm nghiên cứu (n = 45)		Nhóm đối chứng (n = 45)		Cả hai nhóm (n = 90)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tăng huyết áp	31	68,9	29	64,4	60	66,7	$> 0,05$

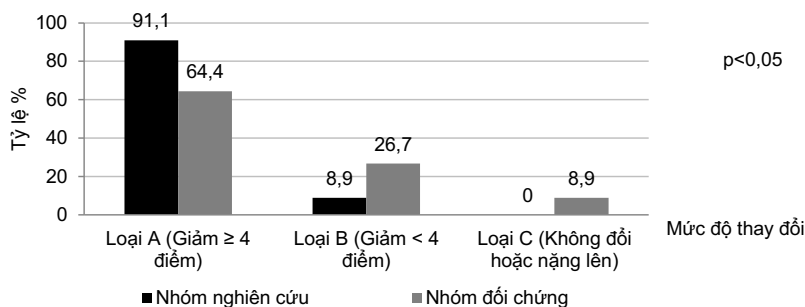
Yếu tố nguy cơ	Nhóm nghiên cứu (n = 45)		Nhóm đối chứng (n = 45)		Cả hai nhóm (n = 90)		p
	n	%	n	%	n	%	
RL chuyển hoá lipid	19	42,2	13	28,9	32	35,6	> 0,05
Bệnh lý tim mạch	4	8,9	3	6,7	7	7,8	
Đã bị đột quỵ	13	28,9	16	35,6	29	32,2	
Nghiện thuốc lá	9	20,0	13	28,9	22	24,4	
Gia đình có người bị đột quỵ	4	8,9	2	4,4	6	6,7	

Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp (66,7%), rối loạn chuyển hóa lipid và đã bị đột quỵ trước đây (35,6%; 32,25%). BN có gia đình có người bị đột quỵ chiếm tỷ lệ thấp

(6,7%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về các yếu tố nguy cơ.

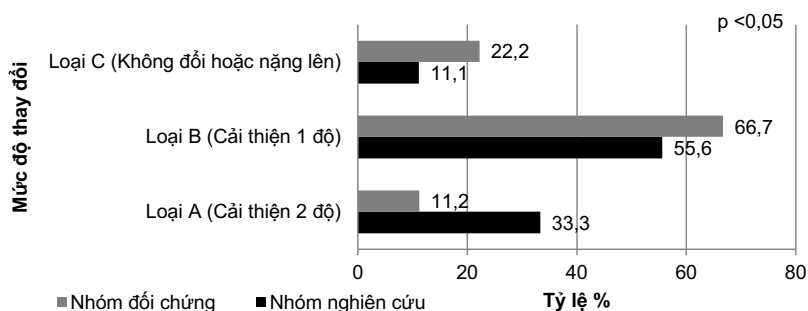
2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị theo YHHĐ



Biểu đồ 1. Phân loại mức độ thay đổi thang điểm NIHSS tại thời điểm kết thúc điều trị

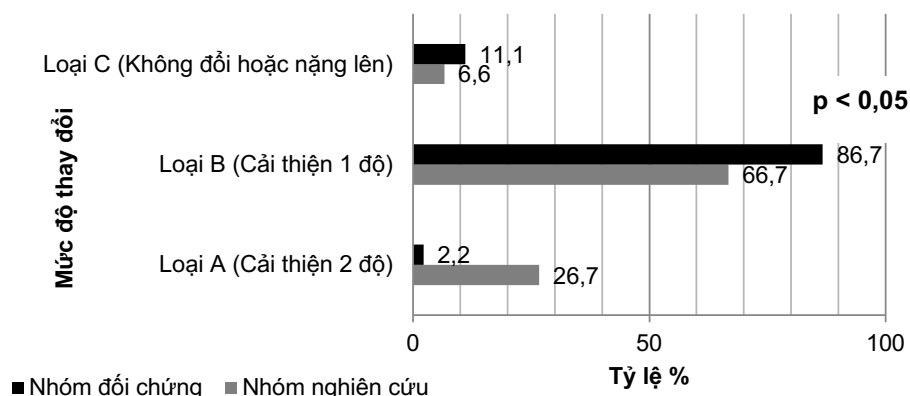
Nhận xét: Tại thời điểm kết thúc điều trị, nhóm bệnh nhân nghiên cứu có sự thay đổi điểm NIHSS rõ rệt hơn nhóm đối chứng, $p < 0,05$.



Biểu đồ 2. Phân loại mức độ thay đổi khả năng tự sinh hoạt theo phân loại Barthel (BI) tại thời điểm kết thúc điều trị

Nhận xét: Sau điều trị, BN ở nhóm nghiên cứu có mức cải thiện loại A gấp 3 lần so với nhóm đối chứng. Bệnh nhân không đổi hoặc

nặng lên ở nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt so với nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3. Phân loại mức độ thay đổi độ liệt theo thang điểm mRS tại thời điểm kết thúc điều trị

Nhận xét: Tại thời điểm kết thúc điều trị, sự thay đổi phân loại mức độ liệt theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) ở nhóm nghiên cứu là tốt hơn so với nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả điều trị theo YHCT

Bảng 2. Sự thay đổi điểm trung bình triệu chứng YHCT theo thời gian

Chứng trạng		Nhóm nghiên cứu (n = 45)			Nhóm đối chứng (n = 45)			p**
		T0	T14	T28	T0	T14	T28	
Chủ chứng								
Vận động	TB	5,73	3,96	2,27	5,69	4,18	3,78	< 0,05
	SD	0,69	0,90	1,18	0,73	0,58	0,77	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Nói khó	TB	1,69	1,29	0,49	1,78	1,51	1,24	< 0,05
	SD	1,59	1,14	0,87	1,72	1,49	1,30	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Liệt mặt	TB	1,82	1,16	0,58	2,04	1,64	1,11	< 0,05
	SD	2,04	1,45	0,92	2,11	1,67	1,38	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Chóng mặt	TB	5,24	3,56	2,00	5,47	3,87	2,18	> 0,05
	SD	0,98	0,84	0,42	0,89	0,50	0,58	
	p*	< 0,05			< 0,05			

Chứng trạng		Nhóm nghiên cứu (n = 45)			Nhóm đối chứng (n = 45)			p**
		T0	T14	T28	T0	T14	T28	
Đau đầu	TB	3,87	2,49	1,02	3,82	3,16	2,00	< 0,05
	SD	1,56	1,14	1,01	1,47	1,17	1,13	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Thứ chứng								
Buồn bực, Cáu giận	TB	2,76	2,00	1,04	2,80	2,04	1,18	> 0,05
	SD	0,43	0,48	0,42	0,40	0,21	0,53	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Tê bì chân tay	TB	2,67	1,62	0,60	2,76	1,87	1,17	< 0,05
	SD	0,48	0,49	0,49	0,43	0,34	0,58	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Táo bón đại tiện khó	TB	2,87	1,42	0,27	2,73	1,96	1,13	< 0,05
	SD	0,34	0,49	0,47	0,45	0,42	0,46	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Khô miệng và khát nước	TB	2,71	1,47	0,53	2,69	1,82	0,96	< 0,05
	SD	0,46	0,50	0,50	0,47	0,39	0,47	
	p*	< 0,05			< 0,05			
Chất lưỡi	TB	2,91	1,44	0,82	3,02	1,87	1,29	< 0,05
	SD	0,36	0,50	0,44	0,34	0,50	0,55	
	p*	< 0,05			< 0,05			

Nhận xét: Sau nghiên cứu, điểm trung bình các triệu chứng YHCT: vận động, nói khó, liệt mặt, đau đầu, tê bì tay chân, táo bón, khô

miệng khát nước, chất lưỡi của nhóm nghiên cứu đều giảm so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Hiệu quả điều trị dựa trên thang điểm YHCT

Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n = 45)		Nhóm đối chứng (n = 45)	
	TB $\pm$ SD	Chỉ số hiệu quả	TB $\pm$ SD	Chỉ số hiệu quả
Trước điều trị (T0)	32,27 $\pm$ 4,64	70,18%	32,8 $\pm$ 4,01	51,10%
Sau điều trị (T28)	9,62 $\pm$ 2,70		16,04 $\pm$ 2,64	

Nhận xét: Sau 28 ngày điều trị chỉ số hiệu quả của nhóm nghiên cứu là 70,18% trong khi đó nhóm chứng có kết quả là 51,08%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 1 cho thấy độ tuổi của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu tương đương với các nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Thành Công khi đánh giá 112 BN nhận thấy tuổi mắc bệnh trung bình $67,5 \pm 7,8$.¹⁵ Nguyễn Vinh Quốc đánh giá 101 BN có nhóm tuổi trên 60 mắc bệnh chiếm 70,3% với tuổi mắc bệnh trung bình $70,6 \pm 8,5$.¹⁶ Qua nghiên cứu, kết quả trên lâm sàng tỷ lệ nam/nữ là 1,73/1. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thành Công (59/53), Nguyễn Vinh Quốc (61/40).¹³

Tỷ lệ nam giới bị NMN nhiều hơn nữ có lẽ liên quan tới thói quen sinh hoạt và một số yếu tố nguy cơ khác thường gặp ở nam giới như nghiện thuốc lá, uống rượu bia, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu...

Yếu tố nguy cơ trên các BN nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp, tỷ lệ BN tăng huyết áp ở cả hai nhóm chiếm 66,7%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Ngô Quỳnh Hoa với tỷ lệ tăng huyết áp ở cả hai nhóm là 51,11%.¹⁷ Các đặc điểm bệnh nhân cho thấy mức độ tương đồng, sự khác biệt giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê.

Đánh giá kết quả dịch chuyển độ liệt theo chỉ số Barthel sau 28 ngày điều trị cho thấy: tỷ lệ đạt loại A và B ở nhóm nghiên cứu là 88,9% cao hơn nhóm đối chứng 77,8%. So sánh với một số tác giả cho thấy: kết quả bệnh nhân chuyển độ liệt về độ 1 và 2 thấp hơn của Trần Minh Hiếu là 100%, tỷ lệ phục hồi loại A thấp hơn Ngô Quỳnh Hoa 51,11%.¹⁷ Trong nghiên cứu của Lê Ngọc Thanh khi nghiên cứu tác dụng của Huyết phủ trực ứ thang kết hợp với điện châm cho thấy có 97,5% bệnh nhân đạt điểm Bathel loại khá và tốt.⁵ Đánh giá kết quả dịch chuyển độ liệt theo thang điểm Rankin sau 28 ngày điều trị cho thấy: tỷ lệ đạt tốt và khá

(loại A và B) ở nhóm nghiên cứu là 93,4% cao hơn nhóm đối chứng là 88,9% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; trong đó tỷ lệ đạt mức tốt (loại A) ở nhóm nghiên cứu là 26,7% cao hơn nhóm đối chứng là 2,2% sự phục hồi tốt hơn của Ngô Quỳnh Hoa với 84,4%.¹⁷ Đánh giá kết quả dịch chuyển độ liệt theo thang điểm NIHSS sau 28 ngày điều trị ở biểu đồ 1 cho thấy: tỷ lệ đạt loại A ở nhóm nghiên cứu là 91,1% cao hơn nhóm đối chứng là 64,4%. Theo lý luận YHCT, huyết ứ ở đầu thì cơ quan, tạng phủ đó có biểu hiện lâm sàng. Trong trúng phong, chứng huyết ứ gây các triệu chứng như bán thân bất toại, nói khó hoặc không nói được; mắt méo xệch, lưỡi nhợt, rối loạn chức năng vận động. Như vậy muốn điều trị các chứng này cần hoạt huyết hoá ứ, đây chính là công dụng của các thành phần có trong bài thuốc HPTUH. Các thuốc được liệu hiện được dùng như một liệu pháp thay thế và bổ sung đã được kê đơn ở nhiều quốc gia, các thuốc có thể dùng sau khởi phát đột quỵ và được kê đơn liên tục trong hơn 3 tháng. Đào nhân, Hồng hoa, Xích thược, Ngưu tất với các thành phần như glycoside, flavonoid, steron, saponin đóng vai trò quan trọng trong bệnh tim mạch như làm giãn mạch, cải thiện vi tuần hoàn, giảm độ nhớt của máu, chống kết tập tiểu cầu và chống huyết khối, từ đó thúc đẩy lưu thông máu và loại bỏ ứ máu. Cơ chế chính của các dược liệu được chứng minh thông qua tác dụng chống viêm, chống stress oxy hóa, chống apoptosis, ức chế hoạt hóa tiểu cầu và hình thành huyết khối và thúc đẩy quá trình hình thành tế bào thần kinh và mạch máu mới.^{18,19}

V. KẾT LUẬN

Sau điều trị 45 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não trên lều sau giai đoạn cấp bằng HPTUH kết hợp thuốc nền YHHĐ, điện châm và xoa bóp bấm huyệt, trong thời gian 28 ngày cho thấy tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động

thông qua việc cải thiện thang điểm NIHSS, điểm Barthel, điểm Rankin cải biên và cải thiện các chứng trạng theo YHCT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*. 2022; 17(1): 18-29. doi:10.1177/17474930211065917.
2. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol*. 2021; 20(10): 795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
3. Kelly-Hayes M. Influence of Age and Health Behaviors on Stroke Risk: Lessons from Longitudinal Studies. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58(Suppl 2): S325-S328. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02915.x.
4. Wang X, Xing X, Huang P, et al. A Chinese classical prescription Xuefu Zhuyu decoction in the treatment of coronary heart disease: An overview. *Heliyon*. 2024; 10(7): e28919. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e28919.
5. Lê Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Tân, Huỳnh Nguyễn Lộc. Đánh giá hiệu quả của cao lỏng Huyết phủ trực ứ thang kết hợp điện châm trong phục hồi vận động trên bệnh nhân liệt nửa người sau nhồi máu não. *Tạp chí Y Dược học*. 2018; 8(06): 157.
6. Đặng Công Thái, Trịnh Hoài Nam, Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Thị Thanh Loan, Phạm Thị Vân Anh. Tác dụng chống đông của viên hoàn huyết phủ trực ứ hoàn trên thực nghiệm. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022; 160(12V2): 275-281.
7. Đặng Công Thái THN Nguyễn Minh Hiện, Đặng Thị Thu Hiền. Evaluation of acute and subchronic toxicity of “huyết phủ trực ứ hoàn” in experimental animals. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024; 177 (E14 (04)).
8. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *Int J Stroke*. 2017; 12(5): 444-450. doi:10.1177/1747493017711816.
9. Bộ Y Tế. Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 ban hành tài liệu chuyên môn. 2020.
10. Bộ Y tế. Quyết định số 792/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. Quy trình số 102: Điện mãng châm điều trị liệt nửa người do tai biến mạch máu não, Hà Nội. 2013.
11. Nguyễn Đạt Anh quản. *Các thang điểm thiết yếu sử dụng trong thực hành lâm sàng*. Nhà xuất bản Thế giới; 2023.
12. 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)第1版. 中国医药科技出版社: 北京 2002.
13. Nguyễn Minh Hà, Nguyễn Công Thực, Nguyễn Minh Hiện. Nghiên cứu độc tính cấp và đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não của viên an cung ngưng hoàng. *Tạp chí Y học thực hành*. 2010; 723(6): 136-139.
14. Wu R.J, Sun J, Zhu J. Effects of low-dose and full-dose intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator on NIHSS and MRS scores in patients with acute cerebral infarction and atrial fibrillation. *Tạp chí Y học Lâm sàng và Thực nghiệm*. 2018; 17(22): 1-7.
15. Nguyễn Thành Công, Lê Thị Bích Tuyền, Lê Chuyển, Phan Thị Minh Phương. Nghiên cứu nồng độ copeptin huyết thanh ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn cấp. *Tạp chí Y Dược học*. 2017; 7(5): 156.

16. Nguyễn Vinh Quốc, Nguyễn Đức Minh. Nhận xét đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020; 2(511): 181-185.

17. Ngô Quỳnh Hoa. Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của thuốc “Thông mạch sơ lạc hoàn” trong điều trị nhồi máu não sau giai đoạn cấp.

18. Hao DL, Li JM, Xie R, et al. The role of traditional herbal medicine for ischemic stroke: from bench to clinic-A critical review. *Phytomedicine*. 2023; 109: 154609. doi:10.1016/j.phymed.2022.154609.

19. Zhang Q, Wang Y, Chen A, et al. Xiaoxuming Decoction: A Traditional Herbal Recipe for Stroke With Emerging Therapeutic Mechanisms. *Front Pharmacol*. 2021; 12: 802381. doi:10.3389/fphar.2021.802381.

Summary

THE SUPPORTIVE EFFECT OF HUYET PHU TRUC U HOAN ON MOTOR REHABILITATION IN PATIENTS AFTER ACUTE CEREBRAL INFARCTION

Stroke is one of the leading causes of disability and mortality in Vietnam. This study aims to assess the supportive effect of “Xuefu Zhuyu wan” in rehabilitating motor functions among patients with ischemic stroke after the acute phase. This was a prospective, open, controlled clinical trial including 90 volunteered patients diagnosed with stroke after the acute phase. Participants met both inclusion and exclusion criteria. The average age of patients in the study was 70.5 ± 10.2 years old, with a predominance of male participants (63.3%). The study group showed improvements in motor function, as evidenced by enhanced NIHSS scores, Barthel Index scores and modified Rankin Scale scores. “Xuefu Zhuyu wan” contributed to improvement in clinical symptoms associated with blood stasis syndrome, with an effectiveness rate of 70.18%, while also supporting motor function recovery in patients. In conclusion, “Xuefu Zhuyu wan” exhibits efficacy in supporting rehabilitating motor functions among patients with stroke after the acute phase.

Keywords: Stroke, cerebral infarction, “Xuefu zhuyu wan”.