

TÁC DỤNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA NHĨ CHÂM KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẮM HUYỆT Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Phan Hồng Ngọc¹, Đỗ Gia Quý¹ và Trịnh Thị Lụa^{2,✉}

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong cải thiện chức năng vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, có đối chứng được tiến hành trên 70 người bệnh chia làm hai nhóm: nhóm nghiên cứu điều trị bằng nhĩ châm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt, nhóm chứng điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong 30 ngày. Chức năng vận động được đánh giá bằng thang điểm Fugl-Meyer Assessment Upper Extremity (FMA-UE), Fugl-Meyer Assessment Lower Extremity (FMA-LE) và Fugl-Meyer Assessment (FMA). Sau 15 và 30 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng ở tất cả các thang điểm FMA-UE, FMA-LE và FMA ($p < 0,05$). Kết luận: Nhĩ châm kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt có tác dụng trong phục hồi vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp tốt hơn điện châm kết hợp xoa bóp đơn thuần.

Từ khóa: Nhồi máu não sau giai đoạn cấp, Nhĩ châm, Điện châm, Xoa bóp bấm huyệt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, đột quỵ não (ĐQN) đang trở thành một trong những thách thức lớn của nền y tế toàn cầu. ĐQN hiện là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và đứng thứ hai trong các nguyên nhân gây tử vong trên toàn thế giới.¹ Tại Việt Nam, tỷ lệ mới mắc ĐQN cũng đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng. Năm 2019, tỷ lệ mới mắc ĐQN được ghi nhận là hơn 218,3/100.000 dân.² Đáng lưu ý, có đến hơn 60% người bệnh sống sót sau ĐQN phải đối mặt với các thiếu sót thần kinh kéo dài, trong đó suy giảm chức năng vận động gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.³

Phục hồi chức năng vận động sau ĐQN đóng vai trò quan trọng giúp cải thiện chất

lượng sống, tăng khả năng tự lập, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Việc kết hợp đa liệu pháp, đặc biệt giữa y học hiện đại và y học cổ truyền, ngày càng được chứng minh có hiệu quả. Trong y học cổ truyền, nhĩ châm đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý như mất ngủ, viêm quanh khớp vai, hội chứng cổ vai cánh tay và đau thắt lưng mạn tính. Tại Trung Quốc, Dandong Wu và cộng sự (2020) đã chứng minh hiệu quả của nhĩ châm kết hợp các phương pháp phục hồi chức năng có tác dụng cải thiện chức năng vận động cho người bệnh sau ĐQN. Kết quả của nghiên cứu cho thấy điểm FMAUE tăng đáng kể so với trước điều trị ($p < 0,05$).⁴

Mặc dù các phương pháp nhĩ châm, điện châm và xoa bóp bấm huyệt đã chứng minh có tác dụng trong phục hồi chức năng vận động sau đột quỵ não, nhưng cho đến nay tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu chuyên sâu về lĩnh vực này vẫn còn hạn chế. Đặc biệt, chưa có

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Lụa

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: trinththilua@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 19/09/2025

Ngày được chấp nhận: 07/10/2025

nghiên cứu đánh giá hiệu quả khi phối hợp đồng thời ba phương pháp này. Sự kết hợp nhiều phương pháp điều trị được kỳ vọng có thể tạo ra hiệu ứng cộng hưởng, vừa tác động tại chỗ, vừa điều hòa hoạt động chức năng thần kinh trung ương, đặc biệt là kích thích vùng vỏ não vận động, từ đó giúp phục hồi chức năng tốt hơn so với từng phương pháp đơn lẻ.

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi: Liệu nhĩ châm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt có mang lại hiệu quả phục hồi chức năng vận động vượt trội hơn so với phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt đơn thuần ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp? Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động của phương pháp nhĩ châm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh được chẩn đoán xác định đột quỵ Nhồi máu não sau giai đoạn cấp (sau 48 tiếng) khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.⁵

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ≥ 18 tuổi, cả hai giới.
- Có liệt nửa người.
- Test tình trạng tâm trí tối thiểu MMSE (Mini - Mental State Examination) ≥ 20 điểm.⁶
- Các chỉ số sinh tồn ổn định.
- Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Theo Y học cổ truyền: Người bệnh được chẩn đoán trúng phong kinh lạc thuộc một trong 3 thể lâm sàng: Can thận âm hư, Phong đàm, Khí trệ huyết ứ.⁷

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có tình trạng viêm, nhiễm trùng ở vùng da dự định tiến hành châm cứu.
- Người bệnh có thai.
- Người bệnh bỏ điều trị ≥ 3 ngày.
- Người bệnh dị ứng với miếng dán nhĩ châm.
- Có sẹo tại vị trí công thức huyệt trên tai.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng, có đối chứng.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 4/2024 đến tháng 12/2024.

Địa điểm: Các khoa nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương gồm: khoa Đột quỵ, khoa Lão khoa và Trung tâm kỹ thuật cao.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, nhóm nghiên cứu gồm 35 người bệnh và nhóm đối chứng 35 người bệnh được lựa chọn theo phương pháp ghép cặp đảm bảo tương đồng về tuổi, giới và mức độ bệnh theo thang điểm FMA.^{8,9}

Nội dung, chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp đánh giá kết quả

+ Nội dung:

- Điện châm 1 lần/ngày, 30 phút/lần, liên tục 30 ngày; xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày $\times$ 30 ngày.
- Nhĩ châm: lưu kim 02 ngày thay 1 lần trong 30 ngày liên tiếp, không kích thích điện.
- Công thức huyệt Điện châm: Áp dụng quy trình 102 theo Quyết định số 792/QĐ - BYT năm 2013.¹⁰

* Mỗi lần châm lựa chọn 15 - 20 huyệt trong công thức huyệt sau:

+ *Phương huyệt chung:* Tả: Kiên ngưng

(LI15), Khúc trí (LI11), Thủ tam lý (LI10), Ngoại quan (TE5), Dương trì (TE4), Hợp cốc (LI4), Bát tà (EX-UE9), Hoàn khiêu (GB30), Huyền chung (G39), Côn lôn (BL60), Giải khê (ST41), Giáp tích (EX-B2) C7 - D1, TL 4 - 5. Miệng méo: tả Địa thương (ST4), Giáp xa (ST6), Thừa tướng bên liệt (CV24).

Nói ngọng: tả Liêm tuyền (CV23), Thượng liêm tuyền, Giản sử (PC5), Thông lý (HT5).

+ *Thế Can thận âm hư*: Bỏ: Thái khê (KI3), Tam âm giao (SP6), Thái xung (LR3), Nội quan (PC6) 2 bên.

+ *Thế Phong đàm*: Bỏ: Túc tam lý (ST36), Phong long (ST40) 2 bên.

+ *Thế Khí trệ huyết ứ*: Bỏ: Huyết hải (SP10), Thái uyên (LU9) 2 bên.

- Công thức huyết Nhĩ châm: quy trình số 163 theo Quyết định số 792/QĐ - BYT năm 2013.¹⁰ Bao gồm:

Dưới não (AT4), vai cánh tay (AH1), Tâm bào (AT15), Thần kinh thực vật (AH4a), cột sống (AH13), Tỳ (CO13), can (CO12), Thận (CO10).

- Xoa bóp bấm huyết theo quy trình 376, quyết định 792/QĐ - BYT với các kỹ thuật: Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn, vờn, vê, phát, vỗ, vận động tại vùng đầu, mặt, cổ, vai, lưng, mông, chi trên, chi dưới nửa người bên liệt. Bấm tả và day bổ các huyết theo phác đồ huyết điện châm.¹⁰

+ Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của người bệnh: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, thể bệnh y học cổ truyền, vị trí tổn thương não trên MRI.

- Sự thay đổi các thang điểm FMA, FMA-UE và FMA-LE trước và sau điều trị.

+ Phương pháp đánh giá kết quả

- Thang đo đánh giá FMA: là công cụ định lượng toàn diện nhất để đánh giá mức độ suy giảm vận động sau đột quỵ và được khuyến

ngợi áp dụng trong các thử nghiệm lâm sàng về phục hồi chức năng sau đột quỵ.^{8,9}

+ Thang đo gồm 5 lĩnh vực chính:

+ Vận động (Chi trên FMA-UE 66 điểm; chi dưới FMA-LE 34 điểm).

+ Cảm giác 24 điểm.

+ Thăng bằng 14 điểm.

+ Tầm vận động khớp thụ động 44 điểm.

+ Đau khớp 44 điểm.

Mỗi mục đánh giá gồm 3 mức độ từ 0 đến 2 điểm, tổng điểm thang đo từ 0 - 226 điểm, điểm càng cao chức năng càng tốt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào đánh giá lĩnh vực chức năng vận động chi trên (FMA-UE), vận động chi dưới (FMA-LE) và tổng điểm chức năng vận động (FMA) trên đối tượng nghiên cứu.^{8,9}

Quy trình nghiên cứu:

- Sàng lọc và lựa chọn đối tượng theo tiêu chuẩn.

- Đánh giá ban đầu: lâm sàng và cận lâm sàng tại D₀.

- Người bệnh được phân vào hai nhóm bằng phương pháp ghép cặp theo tỷ lệ 1:1 đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, vùng não tổn thương trên MRI, thể lâm sàng theo Y học cổ truyền và mức độ nặng theo thang điểm Fugl-Meyer (FMA).

Điều trị: Nhóm nghiên cứu: nhĩ châm + điện châm + xoa bóp bấm huyết.

- Nhóm chứng: điện châm + xoa bóp bấm huyết.

- Theo dõi và đánh giá tại D₁₅ (ngày 15), D₃₀ (ngày 30).

- Nhập liệu, xử lý số liệu, phân tích và kết luận.

Phương tiện nghiên cứu

- Kim nhĩ châm: 0,22×1,3mm. Kim châm cứu: 0,3×25mm; 0,3×40mm và 0,3×75mm (do công

ty Suzhou Tianxie Acupuncture Instruments Co.,ltd sản xuất tại Trung Quốc).

- Khay men (20×30cm), bông tiết trùng, cồn 70 độ.

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

Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê trong sinh y học. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng

xét duyệt đề cương nghiên cứu Thạc sĩ ứng dụng - Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

Tất cả người bệnh đều được giải thích đầy đủ thông tin về nghiên cứu, đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm Chung	Nhóm	Nhóm NC (1) (n = 35)		Nhóm ĐC (2) (n = 35)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	
Tuổi	18 - 49 tuổi	3	8,57%	3	8,57%	> 0,05
	50 - 59 tuổi	5	14,29%	4	11,43%	
	60 - 69 tuổi	8	22,86%	10	28,57%	
	≥ 70 tuổi	19	54,29%	18	51,43%	
Giới	Nam	24	68,57%	16	45,71%	> 0,05
	Nữ	11	31,43%	19	54,29%	
Thời gian mắc	< 1 tháng	9	25,71%	10	28,57%	> 0,05
	1 - 3 tháng	17	48,57%	12	34,29%	
	3 - 6 tháng	8	22,86%	13	37,14%	
Thể lâm sàng YHCT	Can thận âm hư	19	54,29%	17	48,57%	> 0,05
	Phong đàm	11	31,43%	12	34,28%	
	Khí trệ huyết ứ	5	14,29%	6	17,14%	
Vùng não tổn thương trên MRI	Bao trong	5	14,29%	4	11,43%	> 0,05
	Nhân bào	9	25,71%	7	20,00%	
	Thùy thái dương	3	8,57%	5	14,29%	
	Diện rộng bán cầu não	7	20,00%	8	22,86%	
	Vành tia	3	8,57%	3	8,57%	
	Các vùng khác	8	22,86%	8	22,86%	

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi, giới tính và thời gian mắc bệnh, thể lâm sàng Y học cổ truyền và vùng não tổn thương trên MRI ($p > 0,05$).

2. Sự thay đổi điểm FMA trước và sau điều trị

Sự thay đổi điểm FMA-UE trước và sau điều trị

Bảng 2. Sự thay đổi điểm FMA-UE trung bình trước và sau điều trị

Chỉ số	FMA-UE ($\bar{X} \pm SD$)		
	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
D_0	13,74 $\pm$ 10,91	11,54 $\pm$ 9,77	> 0,05
D_{15}	30,00 $\pm$ 14,89	19,89 $\pm$ 14,98	< 0,05
D_{30}	39,69 $\pm$ 16,97	23,20 $\pm$ 17,34	< 0,05
$\Delta D_{15} - D_0$	16,26 $\pm$ 9,73	8,34 $\pm$ 8,86	< 0,05
$\Delta D_{30} - D_0$	25,94 $\pm$ 12,30	11,66 $\pm$ 11,82	< 0,05
$P_{D0 - D15, D0 - D30}$	< 0,001	< 0,001	

- Trước điều trị, điểm FMA-UE trung bình ở nhóm nghiên cứu và đối chứng không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Sau 15 và 30 ngày, cả hai nhóm đều cải thiện có ý nghĩa ($p < 0,001$). Mức cải thiện ở nhóm nghiên cứu tốt hơn so

với nhóm đối chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 15 ngày và 30 ngày với $p < 0,05$.

Sự thay đổi điểm FMA-LE trước và sau điều trị

Bảng 3. Sự thay đổi điểm FMA-LE trung bình trước và sau điều trị

Chỉ số	FMA-LE ($\bar{X} \pm SD$)		
	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
D_0	13,89 $\pm$ 7,07	13,46 $\pm$ 7,50	> 0,05
D_{15}	20,60 $\pm$ 6,34	17,91 $\pm$ 7,20	< 0,05
D_{30}	25,97 $\pm$ 5,99	20,26 $\pm$ 7,84	< 0,05
$\Delta D_{15} - D_0$	6,71 $\pm$ 4,83	4,46 $\pm$ 3,45	< 0,05
$\Delta D_{30} - D_0$	12,09 $\pm$ 5,29	6,80 $\pm$ 4,86	< 0,05
$P_{D0 - D15, D0 - D30}$	< 0,001	< 0,001	

- Trước điều trị, điểm FMA-LE trung bình ở nhóm nghiên cứu và đối chứng không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Sau 15 và 30 ngày, cả hai nhóm đều cải thiện có ý nghĩa thống kê (p

< 0,001); mức cải thiện ở nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự thay đổi điểm FMA trước và sau điều trị**Bảng 4. Sự thay đổi điểm FMA trung bình trước và sau điều trị**

Chỉ số	FMA ($\bar{X} \pm SD$)		
	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
D_0	27,63 $\pm$ 17,26	25,00 $\pm$ 15,97	> 0,05
D_{15}	50,60 $\pm$ 20,43	37,80 $\pm$ 20,84	< 0,05
D_{30}	65,66 $\pm$ 22,14	43,46 $\pm$ 23,70	< 0,05
$\Delta D_{15} - D_0$	22,97 $\pm$ 12,26	12,80 $\pm$ 9,91	< 0,05
$\Delta D_{30} - D_0$	38,03 $\pm$ 15,13	18,46 $\pm$ 13,91	< 0,05
$P_{D_0 - D_{15}, D_0 - D_{30}}$	< 0,001	< 0,001	

- Điểm FMA trung bình ban đầu ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Sau 15 và 30 ngày, cả hai nhóm đều cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); nhóm nghiên cứu đạt mức cải thiện cao

hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự thay đổi điểm FMA trước và sau điều trị của các thể lâm sàng Y học cổ truyền**Bảng 5. Sự thay đổi điểm FMA trung bình trước và sau điều trị của các thể lâm sàng Y học cổ truyền**

Thể lâm sàng	FMA ($\bar{X} \pm SD$)			
	Thời điểm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
Can thận âm hư	D_0	23,05 $\pm$ 12,93	22,35 $\pm$ 11,39	> 0,05
	D_{15}	46,00 $\pm$ 20,05	34,35 $\pm$ 17,32	< 0,05
	D_{30}	60,95 $\pm$ 22,63	38,59 $\pm$ 19,41	< 0,05
Phong đàm	D_0	32,00 $\pm$ 21,52	30,33 $\pm$ 22,45	> 0,05
	D_{15}	53,55 $\pm$ 21,66	42,92 $\pm$ 24,24	> 0,05
	D_{30}	68,27 $\pm$ 21,81	48,75 $\pm$ 25,80	> 0,05
Khí trệ huyết ứ	D_0	35,40 $\pm$ 19,88	21,83 $\pm$ 10,32	> 0,05
	D_{15}	61,60 $\pm$ 17,05	37,33 $\pm$ 24,43	> 0,05
	D_{30}	77,80 $\pm$ 19,06	46,67 $\pm$ 31,44	> 0,05

- Không có sự khác biệt về điểm FMA ở 3 thể lâm sàng trước điều trị với $p > 0,05$. Sau 15 và 30 ngày điều trị, chỉ có thể Can thận âm hư có sự cải thiện điểm FMA so với trước điều trị với $p <$

0,05. Thở Phong đàm và Khí trệ huyết ứ có sự cải thiện điểm FMA ở nhóm nghiên cứu có xu hướng tốt hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, kết hợp nhĩ châm với điện châm và xoa bóp bấm huyết cho hiệu quả phục hồi chức năng vận động ở người bệnh nhồi máu não tốt hơn so với chỉ điện châm và xoa bóp bấm huyết sau 15 ngày và 30 ngày. Cả hai nhóm đều cải thiện đáng kể chỉ số FMA - bao gồm chi trên, chi dưới và tổng điểm - nhưng nhóm nghiên cứu cải thiện vượt trội hơn và có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các phân tích hệ thống trước đây, cho thấy nhĩ châm khi kết hợp với phương pháp điều trị thông thường có thể cải thiện điểm FMA đáng kể (MD ≈ 15 điểm) và điểm FMA-UE (MD $\approx 6,5$ điểm) so với điều trị tiêu chuẩn.¹¹ Điều này củng cố vai trò của nhĩ châm như một liệu pháp bổ trợ hiệu quả trong phục hồi chức năng vận động. Các nghiên cứu lâm sàng khác cũng chỉ ra rằng điện châm kết hợp với tập luyện có thể giảm tình trạng co cứng cơ và cải thiện chức năng vận động (tăng điểm FMA-UE khoảng 4,9 điểm, $p < 0,01$) so với nhóm chỉ tập luyện.¹² Điều này tương ứng với nhóm đối chứng trong nghiên cứu của chúng tôi, khẳng định hiệu quả của điện châm trong phục hồi chức năng vận động ở người bệnh nhồi máu não.

Một số nghiên cứu cho thấy nhĩ châm có khả năng điều hòa, kích thích vùng vỏ não vận động ở người khỏe mạnh, thể hiện qua tăng biên độ điện thế kích thích vận động (MEP) và cải thiện tốc độ thao tác ngón tay so với nhóm chứng ($p < 0,01$).¹³ Cơ chế này hỗ trợ cho giả thuyết rằng nhĩ châm có tác động lên hệ thần kinh trung ương, giúp kích thích tính dẻo thần kinh (neuroplasticity). Vì vậy, việc kết hợp nhĩ châm

và điện châm cùng xoa bóp bấm huyết có thể tạo hiệu ứng cộng hưởng, qua đó giải thích tại sao nhóm nghiên cứu của chúng tôi đạt được mức cải thiện cao hơn so với nhóm chứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Dandong Wu (2020) khi nghiên cứu tác dụng của nhĩ châm kết hợp các phương pháp phục hồi chức năng, kết quả cho thấy, điểm FMA-UE tăng $6,90 \pm 1,85$ ở nhóm can thiệp và $3,18 \pm 1,17$ ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).⁴ Kết quả này cho thấy nhĩ châm có tác dụng làm tăng cường hiệu quả phục hồi chức năng vận động ở người bệnh sau đột quỵ não khi kết hợp với các phương pháp phục hồi chức năng theo Y học hiện đại cũng như các phương pháp điều trị bằng y học cổ truyền thường dùng ở người bệnh sau đột quỵ não.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không có sự khác biệt về điểm FMA ở cả 3 thể lâm sàng theo Y học cổ truyền trước điều trị với $p > 0,05$. Sau 15 ngày và 30 ngày điều trị điểm FMA ở các thể lâm sàng thuộc nhóm nghiên cứu có xu hướng tốt hơn nhóm chứng, tuy nhiên chỉ ở thể Can thận âm hư sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này gợi ý về sự đáp ứng tốt hơn của thể Can thận âm hư khi kết hợp đồng thời 3 phương pháp.

Một điểm mạnh của nghiên cứu này là thiết kế so sánh song song có nhóm chứng, cùng với việc sử dụng thang điểm FMA - một công cụ được chuẩn hóa và quốc tế công nhận để đánh giá chức năng vận động sau đột quỵ. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu còn hạn chế, chưa đủ lớn để khái quát cho quần thể rộng hơn. Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn (30 ngày) chưa phản ánh đầy đủ hiệu quả lâu dài của phương pháp can thiệp. Ngoài ra, nghiên cứu chưa phân tích sâu các yếu tố ảnh hưởng khác như mức độ tổn thương não, bệnh đi kèm.

Những kết quả từ nghiên cứu gợi ý rằng nhĩ châm kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt là phương pháp khả thi và có hiệu quả trong phục hồi chức năng vận động ở người bệnh sau nhồi máu não giai đoạn cấp và có xu hướng hiệu quả hơn đối với thể Can thận âm hư. Đây là tiền đề để tiến hành các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm để khẳng định và mở rộng tính ứng dụng của kết quả này trong thực hành lâm sàng góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh sau đột quỵ não.

V. KẾT LUẬN

Kết quả từ nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng trên 70 người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp thuộc các thể Can thận âm hư, Phong đàm và khí trệ huyết ứ theo Y học cổ truyền, sau 30 ngày điều trị cho thấy: Phương pháp nhĩ châm kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt giúp cải thiện chức năng vận động theo thang điểm Fugl-Meyer ở chi trên, chi dưới và tổng điểm FMA vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp tốt hơn so với chỉ sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt đơn thuần ($p < 0,05$); thể Can thận âm hư có điểm FMA ở nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gorelick PB. The global burden of stroke: persistent and disabling. *Lancet Neurol.* 2019; 18(5): 417-418. doi:10.1016/S1474-4422(19)30030-4.
2. Steinmetz JD, Seeher KM, Schiess N, et al. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. *Lancet Neurol.* 2024 Mar. S1474442224000383. doi:10.1016/S1474-4422(24)00038-3.
3. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu phục hồi vận động sau đột quỵ*. Nhà xuất bản Y học; 2023: 22.
4. Wu D, Ma J, Zhang L, Wang S, Tan B, Jia G. Effect and safety of transcutaneous auricular vagus nerve stimulation on recovery of upper limb motor function in subacute ischemic stroke patients: A randomized pilot study. *Neural Plast.* 2020; 2020: 8841752. doi:10.1155/2020/8841752.
5. Nguyễn Minh Hiên. *Đột quỵ não*. Nhà xuất bản Y học; 2013: 174-176.
6. Bộ Y tế. *Hướng dẫn quy trình phục hồi chức năng*; ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 23/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế; 2017: 304-315.
7. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học; 2017: 169-175.
8. Gladstone DJ, Danells CJ, Black SE. The Fugl-Meyer Assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties. *Neurorehabil Neural Repair.* 2002; 16(3): 232-240. doi:10.1177/154596802401105171.
9. Berglund K, Fugl-Meyer AR. Upper extremity function in hemiplegia. A cross-validation study of two assessment methods. *Scand J Rehabil Med.* 1986; 18(4): 155-157.
10. Bộ Y tế. *Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*; ban hành kèm theo Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế; 2013: 47-49,34-66,793-796.
11. Mao Y, Xu D, Yan P, et al. Efficacy of auricular therapy for motor impairment after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Older People Nurs.* 2025; 20(1): e70006. doi:10.1111/opn.70006.
12. Liu W, Mukherjee M, Sun C, Liu H,

McPeak LK. Electroacupuncture may help motor recovery in chronic stroke survivors: a pilot study. *J Rehabil Res Dev*. 2008;45(4):587-595. doi:10.1682/jrrd.2007.11.0181.

13. Zhang J, Huang WH, Zheng YD, et al.

Effects of auricular acupuncture stimulation on healthy adults' upper limb motor-evoked potentials: A randomized, crossover, double-blind study. *Front Neurosci*. 2022;16:895602. doi:10.3389/fnins.2022.895602.

Summary

MOTOR FUNCTION RECOVERY EFFECTS OF AURICULAR ACUPUNCTURE COMBINED WITH ELECTROACUPUNCTURE AND ACUPRESSURE MASSAGE IN POST-ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS

This study aimed to evaluate the effects of auricular acupuncture combined with electroacupuncture and acupressure massage on motor function recovery in patients with ischemic stroke during the post-acute phase. A controlled clinical intervention was conducted on 70 patients, randomly allocated into two groups: the intervention group received auricular acupuncture in combination with electroacupuncture and acupressure massage, while the control group was treated with electroacupuncture and acupressure massage alone for 30 days. Motor function was assessed using the Fugl-Meyer Assessment for the Upper Extremity (FMA-UE), the Fugl-Meyer Assessment for the Lower Extremity (FMA-LE), and the total Fugl-Meyer Assessment (FMA). After 15 and 30 days of treatment, the intervention group demonstrated significantly greater improvements compared with the control group across all FMA scores ($p < 0.05$). Conclusion: Auricular acupuncture combined with electroacupuncture and acupressure massage is more effective in promoting motor function recovery in post-acute ischemic stroke patients compared with electroacupuncture and acupressure massage alone.

Keywords: Post-acute ischemic stroke, Auricular acupuncture, Electroacupuncture, Acupressure massage.