

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

---oOo---

NGUYỄN VĂN TÙNG

**HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CỦA PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP
CHÂM CỨU – VẬT LÝ TRỊ LIỆU – THUỐC Y HỌC CỔ
TRUYỀN TRÊN BỆNH NHÂN THIẾU SÓT VẬN ĐỘNG
SAU ĐỘT QUỴ 3 THÁNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP.HỒ CHÍ MINH – Năm 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

---oOo---

NGUYỄN VĂN TÙNG

**HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CỦA PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP
CHÂM CỨU – VẬT LÝ TRỊ LIỆU – THUỐC Y HỌC CỔ
TRUYỀN TRÊN BỆNH NHÂN THIẾU SỐT VẬN ĐỘNG
SAU ĐỘT QUY 3 THÁNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Y HỌC CỔ TRUYỀN

Mã số: 62.72.02.01

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

GS.TS.BS. Phan Quan Chí Hiếu

TP.HỒ CHÍ MINH – Năm 2021

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án là trung thực, khách quan và chưa từng được công bố ở bất kỳ nơi nào.

TP. Hồ Chí Minh, ngày 8 tháng 7 năm 2021

Tác giả luận án

Nguyễn Văn Tùng

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN

MỤC LỤC

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT.....	i
DANH MỤC BẢNG.....	ii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	iv
DANH MỤC HÌNH.....	v
DANH MỤC SƠ ĐỒ.....	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Quan niệm theo Y học hiện đại về bệnh đột quy.....	3
1.2. Quan điểm theo Y học cổ truyền về đột quy.....	15
1.3. Tiêu chí chẩn đoán Thận âm hư trong nghiên cứu.....	19
1.4. Các phương pháp điều trị được sử dụng trong nghiên cứu.....	20
1.5. Các công trình nghiên cứu liên quan.....	28
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33
2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	33
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	33
2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	34
2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu.....	34
2.5. Xác định các biến số độc lập và phụ thuộc.....	36
2.6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu.....	39
2.7. Quy trình nghiên cứu.....	51
2.8. Phương pháp phân tích dữ liệu.....	55
2.9. Đạo đức trong nghiên cứu.....	55
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	56
3.1. Mục tiêu 1 - Hiệu quả phục hồi vận động của phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ.....	56
3.2. Mục tiêu 2 - Hiệu quả hỗ trợ phục hồi vận động và cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư của chế phẩm Lục vị trong phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ.....	65

3.3. Những sự cố y khoa và tác dụng không mong muốn của thuốc	82
Chương 4: BÀN LUẬN	84
4.1. Bàn luận về đặc điểm dân số nghiên cứu của mục tiêu 1	84
4.2. Bàn luận về hiệu quả phục hồi vận động của phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, vật lý trị liệu, chế phẩm Bỏ dương hoàn ngũ (mục tiêu 1)	92
4.3. Bàn luận về đặc điểm dân số nghiên cứu của mục tiêu 2	98
4.4. Hiệu quả của chế phẩm Lục vị trong cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư và hỗ trợ phục hồi chức năng vận động (mục tiêu 2)	101
4.5. Bàn luận về việc sử dụng chế phẩm Bỏ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân Âm hư (Thận âm hư)	109
4.6. Những điểm mới trong đề tài này	111
4.7. Điểm mạnh và hạn chế của đề tài	114
KẾT LUẬN	116
KIẾN NGHỊ	117
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ THỰC HIỆN VÀ CÔNG BỐ	Error! Bookmark not defined.
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

TÊN VIẾT TẮT	TÊN ĐẦY ĐỦ
BĐ	Ban đầu
BN	Bệnh nhân
ĐM	Động mạch
ĐT	Điều trị
ĐLC	Độ lệch chuẩn
HA	Huyết áp
HC	Hội chứng
LT	Liệu trình
NMN	Nhồi máu não
NXB	Nhà xuất bản
PHCN	Phục hồi chức năng
RL	Rối loạn
SĐT	Sau điều trị
TAH	Thận âm hư
TB	Trung bình
TBMMN	Tai biến mạch máu não
TĐT	Trước điều trị
TGTB	Thời gian tai biến
THA	Tăng huyết áp
TLTK	Tài liệu tham khảo
TMCT	Thiếu máu cơ tim
TP.HCM	Thành phố Hồ Chí Minh
VLTL	Vật lý trị liệu
XVĐM	Xơ vữa động mạch
YDHDT	Y dược học dân tộc
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 1.1: Phân loại nguyên nhân nhồi máu não theo TOAST</i>	5
<i>Bảng 1.2: Thứ tự phục hồi vận động theo thời gian</i>	10
<i>Bảng 1.3: Phân tích bài thuốc Lục vị</i>	23
<i>Bảng 1.4: Phân tích bài thuốc Bỏ dương hoàn ngũ thang</i>	25
<i>Bảng 2.1: Chia độ và xếp loại theo điểm Barthel</i>	48
<i>Bảng 3.1: Đặc điểm nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu</i>	56
<i>Bảng 3.2: Đặc điểm giới tính của mẫu nghiên cứu</i>	57
<i>Bảng 3.3: Đặc điểm hôn mê của mẫu nghiên cứu</i>	57
<i>Bảng 3.4: Thời gian bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu</i>	57
<i>Bảng 3.5: Số lần bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu</i>	58
<i>Bảng 3.6: Bệnh kèm theo của mẫu nghiên cứu</i>	58
<i>Bảng 3.7: Hiệu quả phục hồi vận động toàn thân dựa vào chỉ số Barthel</i>	59
<i>Bảng 3.8: Hiệu quả điều trị dựa vào tỉ lệ tốt và khá theo xếp loại Barthel</i>	60
<i>Bảng 3.9: Tỉ lệ BN thực hiện được Test khéo tay</i>	61
<i>Bảng 3.10: Hiệu quả phục hồi vận động tay liệt dựa vào Test khéo tay (số vòng bỏ được trong 1 phút)</i>	62
<i>Bảng 3.11: Tỉ lệ bệnh nhân đi được 10m</i>	63
<i>Bảng 3.12: Hiệu quả phục hồi vận động chân liệt dựa vào</i>	64
<i>Bảng 3.13: Đặc điểm nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu</i>	65
<i>Bảng 3.14: Đặc điểm giới tính của mẫu nghiên cứu</i>	66
<i>Bảng 3.15: Đặc điểm hôn mê của mẫu nghiên cứu</i>	66
<i>Bảng 3.16: Thời gian bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu</i>	66
<i>Bảng 3.17: Số lần bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu</i>	67
<i>Bảng 3.18: Bệnh kèm theo của mẫu nghiên cứu</i>	67
<i>Bảng 3.19: Bệnh cảnh Thận âm hư của mẫu nghiên cứu trước điều trị</i>	68
<i>Bảng 3.20: Hiệu quả phục hồi vận động của nhóm 1 và 2 dựa vào tỉ lệ tốt và khá theo xếp loại Barthel</i>	69
<i>Bảng 3.21: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động toàn thân của nhóm 1 và 2 dựa vào chỉ số Barthel</i>	70

<i>Bảng 3.22: Tỷ lệ BN thực hiện được Test khéo tay (bỏ được vòng trong 1 phút) của nhóm 1 và 2.....</i>	<i>71</i>
<i>Bảng 3.23: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động tay liệt của nhóm 1 và 2 dựa vào Test khéo tay (số vòng bỏ được trong 1 phút)</i>	<i>72</i>
<i>Bảng 3.24: Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m của nhóm 1 và 2</i>	<i>73</i>
<i>Bảng 3.25: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chân liệt của nhóm 1 và 2 dựa vào Thời gian bệnh nhân đi 10m</i>	<i>74</i>
<i>Bảng 3.26: Hiệu quả cải thiện bệnh cảnh TAH qua các LT điều trị của nhóm 1</i>	<i>76</i>
<i>Bảng 3.27: Hiệu quả cải thiện bệnh cảnh TAH qua các LT điều trị của nhóm 2</i>	<i>78</i>
<i>Bảng 3.28: So sánh hiệu quả cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư qua các liệu trình điều trị giữa nhóm 1 và 2.....</i>	<i>80</i>
<i>Bảng 3.29: Các tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị trong nghiên cứu mục tiêu 1</i>	<i>82</i>
<i>Bảng 3.30: Các tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị trong nghiên cứu mục tiêu 2.....</i>	<i>82</i>
<i>Bảng 4.1: So sánh tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi (nhóm người cao tuổi).....</i>	<i>84</i>
<i>Bảng 4.2: So sánh tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi (nhóm người trẻ tuổi).....</i>	<i>86</i>
<i>Bảng 4.3: So sánh tỷ lệ mắc bệnh theo giới tính</i>	<i>87</i>
<i>Bảng 4.4: So sánh tỷ lệ có hay không có hôn mê khi đột quỵ.....</i>	<i>90</i>
<i>Bảng 4.5: So sánh tỷ lệ tái phát đột quỵ.....</i>	<i>92</i>
<i>Bảng 4.6: So sánh mức độ phục hồi vận động của các phác đồ có phối hợp với Chăm cứu cải tiến trên bệnh nhân có thời gian bị đột quỵ trước hay sau 3 tháng</i>	<i>95</i>
<i>Bảng 4.7: So sánh mức độ phục hồi vận động của các phác đồ phối hợp Chăm cứu cải tiến có hay không có thuốc Bổ dưỡng hoàn ngũ thang</i>	<i>97</i>

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

<i>Biểu đồ 3.1: Chỉ số Barthel trước và sau điều trị.....</i>	59
<i>Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ BN thực hiện được test khéo tay trước và sau điều trị.....</i>	61
<i>Biểu đồ 3.3: Hiệu quả phục hồi vận động tay liệt trước và sau điều trị dựa vào Test khéo tay.....</i>	62
<i>Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m trước và sau điều trị.....</i>	63
<i>Biểu đồ 3.5: Hiệu quả phục hồi vận động chân liệt dựa vào.....</i>	64
<i>Biểu đồ 3.6: Chỉ số Barthel trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2.....</i>	70
<i>Biểu đồ 3.7: Tỷ lệ bệnh nhân bỏ được vòng trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2.....</i>	71
<i>Biểu đồ 3.8: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động tay liệt trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2 dựa vào Test khéo tay.....</i>	72
<i>Biểu đồ 3.9: Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2.....</i>	74
<i>Biểu đồ 3.10: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chân liệt trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2 dựa vào Thời gian bệnh nhân đi 10m.....</i>	75

DANH MỤC HÌNH

<i>Hình 2.1: Dụng cụ đo và kiểm tra lực cơ</i>	41
<i>Hình 2.2: Dụng cụ làm Test khéo tay</i>	49

DANH MỤC SƠ ĐỒ

<i>Sơ đồ 1.1: Các rối loạn chức năng sau đột quỵ.....</i>	<i>5</i>
<i>Sơ đồ 1.2: Tổng quan tổ chức điều trị di chứng đột quỵ</i>	<i>13</i>
<i>Sơ đồ 1.3: Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đột quỵ theo YHCT</i>	<i>16</i>

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não hay còn gọi là đột quy là một tình trạng bệnh lý khá phổ biến, gây tử vong cao và để lại nhiều khiếm khuyết chức năng [10], [31]. Hậu di chứng của đột quy không những gây đau khổ cho chính bệnh nhân mà còn là gánh nặng về kinh tế cho thân nhân trong gia đình và cho xã hội.

Nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh được hiệu quả và tính an toàn của các liệu pháp: Vật lý trị liệu [26], [50], [55]; thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang [32], [76], [79] và Châm cứu cải tiến [17], [18], [21] trong phục hồi di chứng vận động bệnh nhân sau đột quy.

Tuy nhiên, phục hồi chức năng sau đột quy phải được tiến hành càng sớm càng tốt, đặc biệt trong 3 tháng đầu tiên sau đột quy thì kết quả sẽ khả quan hơn [53], [62]. Việc phục hồi chức năng vận động sau đột quy từ 3 tháng về sau là rất khó khăn và thường cho kết quả kém [19], [53], [73].

Ngày nay, nhiều chuyên gia về đột quy ủng hộ cách tiếp cận đa chuyên khoa (phối hợp nhiều nhóm chuyên khoa khác nhau) trong việc phục hồi các khiếm khuyết chức năng do đột quy [59].

Tinh thần này gợi ý cho việc nghiên cứu “*kết hợp các liệu pháp đã được chứng minh tính an toàn và hiệu quả vào việc nâng cao hiệu quả phục hồi vận động sau đột quy cho những trường hợp khó, những bệnh nhân suy giảm vận động đến trễ sau 3 tháng*”. Vì vậy, câu hỏi nghiên cứu thứ 1 của đề tài là: Phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến với Vật lý trị liệu và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ có phục hồi được tình trạng yếu liệt sau đột quy (motor deficit post stroke) cho những trường hợp khó, những bệnh nhân đến trễ sau 3 tháng không?

Mặt khác, theo quan niệm chính thể của Y học cổ truyền, đáp ứng của mỗi cá nhân với cùng một tình trạng bệnh lý có thể khác nhau, dẫn đến những bệnh cảnh lâm sàng Y học cổ truyền khác nhau và việc trị liệu cũng được điều chỉnh khác

nhau với mong đợi hiệu quả tốt hơn. Cơ sở này gợi ý cho “*việc sử dụng những liệu pháp Y học cổ truyền khác nhau theo từng bệnh cảnh lâm sàng khác nhau với hy vọng có thể làm tăng thêm hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ cho những trường hợp khó, những bệnh nhân suy giảm vận động đến trễ sau 3 tháng*”.

Cụ thể trong bệnh liệt nửa người sau đột quỵ, Y học cổ truyền có các thể lâm sàng khác nhau gồm Thận âm hư, Thận âm dương lưỡng hư, Đàm thấp [4], tùy thuộc vào đáp ứng của cơ thể người bệnh.

Theo lý thuyết [4] cũng như quan sát trên thực tế lâm sàng, tỷ lệ bệnh cảnh Thận âm hư chiếm đa số trên những bệnh nhân suy giảm vận động do đột quỵ sau 3 tháng. Vì vậy câu hỏi nghiên cứu thứ 2 là: Nếu kết hợp chế phẩm Lục vị với phác đồ Châm cứu cải tiến – Vật lý trị liệu – chế phẩm Bỏ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng có Thận âm hư, có làm cải thiện thêm hiệu quả phục hồi vận động hay không?

Với 2 câu hỏi nghiên cứu nêu trên, đề tài nghiên cứu khoa học này được tiến hành với những mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động của phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bỏ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng.***
- 2. Đánh giá hiệu quả hỗ trợ phục hồi vận động và cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư của chế phẩm Lục vị trong phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bỏ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng có Thận âm hư.***

Chương 1: TỔNG QUAN

1.1. Quan niệm theo Y học hiện đại về bệnh đột quỵ

1.1.1. Định nghĩa

Tai biến mạch máu não là các thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa, các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ (loại trừ các nguyên nhân chấn thương sọ não). [2]

Trong những thập niên cuối thế kỷ 20 này nhiều nhà lâm sàng thần kinh chú ý đến tính khởi phát đột ngột và đồng thời xuất hiện các triệu chứng cục bộ (như liệt nửa người, hôn mê, mất ngôn ngữ...) như một tấn công làm tổn thương não bộ. Khái niệm đột quỵ (Stroke) biểu hiện hai nội dung cơ bản là các triệu chứng lâm sàng xảy ra đột ngột - tức thì và khiếm khuyết thần kinh thường là cục bộ. Thuật ngữ lâm sàng chung vẫn là Tai biến mạch máu não. [2]

1.1.2. Dịch tễ học

1.1.2.1. Tỷ lệ phát bệnh

- Theo thống kê tại Mỹ (Russell, 1983), hàng năm có khoảng 500.000 trường hợp đột quỵ mới, phần lớn xảy ra sau 55 tuổi [4]. Thế nhưng theo thống kê gần đây nhất, thì tại Mỹ có hơn 600.000 trường hợp phát bệnh mỗi năm và hiện có khoảng 4 triệu người bị đột quỵ còn sống sót (NINDS-June 6, 2002) [31].

- Nhật Bản có tỉ lệ phát bệnh cao nhất thế giới, 340 – 530 người trong tổng số 10 vạn dân [22].

- Ở Trung Quốc tỉ lệ phát bệnh là 219 người/ 10 vạn dân mỗi năm, tỉ lệ mắc bệnh trong năm là 620 người/10 vạn dân [22].

- Trung bình trên thế giới có khoảng 200 trường hợp bệnh mới trong tổng số 10 vạn dân mỗi năm, tỉ lệ mắc là 500-600 người/10 vạn dân. [31]

1.1.2.2. Tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi:

Theo những thống kê trước đây, bệnh đột quỵ thường xuất hiện ở những người cao tuổi, từ 60 đến 65 tuổi, trên 50 tuổi chiếm tỉ lệ khoảng 79,5-86,1%. Nhưng trong những năm gần đây, người ta nhận thấy những người có độ tuổi 30-40 hoặc thậm chí rất ít tuổi vẫn bị không ít [10], [11]. Ở Phần Lan và Hoa Kỳ, số bệnh nhân độ tuổi từ 0-34 mỗi năm lần lượt là 7,7 và 4 trên 10 vạn dân. Số bệnh nhân đột quỵ ở Trung Quốc dưới 41 tuổi chiếm tỉ lệ 5,8% [31]. Nói chung ngày nay tỉ lệ đột quỵ ở những người ít tuổi đang có chiều hướng tăng lên.

1.1.3. Nguyên nhân đột quỵ

Các nguyên nhân thường gặp trong đột quỵ [4]:

- Xơ mỡ động mạch với tăng huyết áp
- Dị dạng mạch máu não (nhất là túi phình), u não, bệnh về máu (bệnh bạch cầu)
- Chấn thương sọ não, thuyên tắc động mạch não (xuất phát từ tim trái như hẹp van hai lá, viêm nội tâm mạc do nhiễm trùng, rung thất...)
- Tiểu đường, giang mai, viêm màng não mãn, thoái hóa cột sống cổ, teo hẹp động mạch cột sống, viêm nút quanh động mạch, sử dụng thuốc chống đông...
- Bệnh về máu như xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh máu chậm đông (hémophilie), bạch cầu cấp; Ngộ độc (chì, CO, rượu ...)

Phân loại nguyên nhân nhồi máu não theo TOAST [1]

Theo phân loại TOAST, nhồi máu não được xếp vào 5 nhóm nguyên nhân. Việc quyết định chẩn đoán nguyên nhân của một trường hợp nhồi máu não được dựa trên các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ, siêu âm tim, siêu âm duplex động mạch cảnh – cột sống, các xét nghiệm về tình trạng tăng đông. Các đặc điểm chính để phân loại nhồi máu não theo nguyên nhân được tóm tắt trong bảng dưới đây:

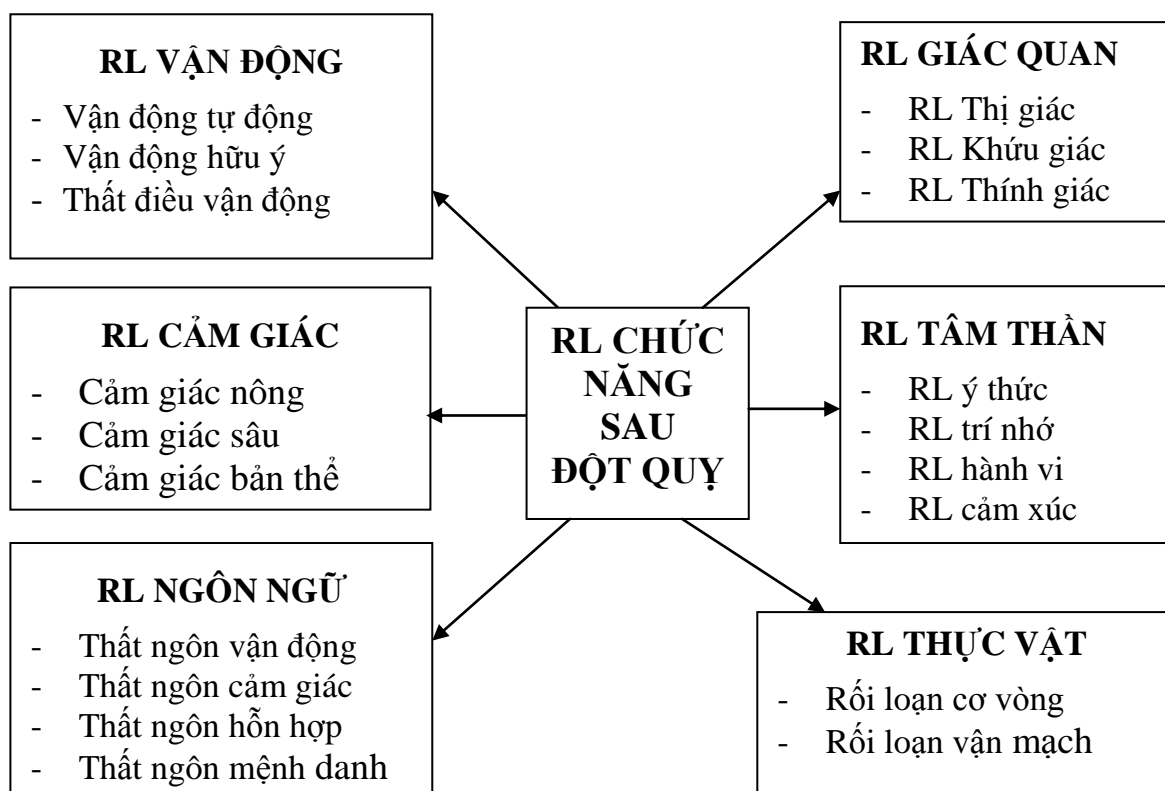
Bảng 1.1: Phân loại nguyên nhân nhồi máu não theo TOAST

“Nguồn: Sổ tay lâm sàng thần kinh, 2017” [1]

Đặc điểm	XVĐM lớn	Thuyên tắc từ tim	Tắc ĐM nhỏ	Nguyên nhân khác
<i>Lâm sàng</i> - RL chức năng vỏ não hoặc tiểu não - Hội chứng lỗ khuyết	+ -	+ -	- +	+/- +/-
<i>Hình ảnh học</i> - NMN vỏ não, tiểu não, thân não, dưới vỏ >1,5cm - NMN dưới vỏ, thân não <1,5cm	+ -	+ -	- +/-	+/- +/-
<i>Cận lâm sàng khác</i> - Hẹp ĐM cảnh trong đoạn ngoài sọ - Nguồn thuyên tắc từ tim - Bất thường khác	+ - -	- + -	- - -	- - +

1.1.4. Các rối loạn chức năng sau đột quy và mức độ tàn phế

Sơ đồ 1.1: Các rối loạn chức năng sau đột quy



1.1.4.1. Rối loạn vận động

Yếu và liệt nửa người là dấu hiệu thường gặp nhất trong đột quy, phân bố và mức độ liệt nửa người trên lâm sàng có thể giúp định khu tổn thương. Một bệnh cảnh lâm sàng đột quy với liệt nửa người là hình thái điển hình của một đột quy: liệt nửa người không đồng đều với tay hoặc chân nặng hơn thường thấy trong tổn thương vỏ não, trong khi tổn thương bao trong thì liệt nửa người đồng đều. Trong trường hợp liệt nửa người một bên kèm bất thường dây thần kinh sọ bên kia có thể gặp trong các tổn thương thân não như hội chứng Weber, Milard - Gubler... [1]

1.1.4.2. Rối loạn cảm giác

Triệu chứng thường gặp là tê, giảm hoặc mất cảm giác (triệu chứng âm tính). Triệu chứng cảm giác ở đây trái với triệu chứng của một cơn động kinh cảm giác với hiện tượng tê rần, đau nhói hay tăng cảm quá mức (triệu chứng dương tính). Mất cảm giác hoặc rối loạn cảm giác trong đột quy thường đi song song với liệt nửa người. Như trong hội chứng đồi thị do nhồi máu hay chảy máu, bên cạnh hiện tượng mất cảm giác có thể có yếu nhẹ nửa người cùng bên với rối loạn cảm giác. [1], [2]

1.1.4.3. Rối loạn ngôn ngữ

Mất ngôn ngữ vận động xuất hiện khi tổn thương vùng Broca (phần sau hồi trán dưới). Trong rối loạn này, người bệnh mất khả năng nói thành lời, nhưng căn bản vẫn giữ được khả năng thông hiểu lời nói. Cũng cần phân biệt với nói khó (dysarthria) là rối loạn phát âm do bất thường các cơ lưỡi và họng, ở đây người bệnh có thể vẫn vận động cơ lưỡi và môi, nhưng mất khả năng phối hợp vận động hợp lý các cơ phụ trách động tác phát âm để tạo ra lời nói hiệu quả. [2]

Mất ngôn ngữ giác quan (mất ngôn ngữ Wernicke) do tổn thương vùng Wernicke nằm ở phần sau hồi thái dương trên. Người bệnh mất khả năng hiểu lời nói nhưng khả năng nói không bị ảnh hưởng do đó lời nói của bệnh nhân vẫn có thể lưu loát nhưng không thành câu, không rõ nghĩa, và hoàn toàn không phù hợp với chủ đề, với câu hỏi của người đối diện. Người bệnh thường nói nhiều và nói quá thừa (mất ngôn ngữ lưu loát). [2]

Mất ngôn ngữ toàn bộ: là phối hợp cả hai loại mất ngôn ngữ trên, bệnh nhân không hiểu lời nói và cũng không nói được. Trường hợp này bệnh nhân vẫn tỉnh táo, linh hoạt, đáp ứng với môi trường xung quanh tốt trừ đáp ứng về ngôn ngữ (giật mình với tiếng động, quay về nơi có âm thanh, nhìn và tiếp xúc bằng mắt với người đối diện...). [1]

1.1.4.4. Rối loạn thị giác

Trong bệnh mạch máu não rối loạn thị giác thường gặp là mù mắt, bán manh và nhìn đôi [2].

Mù thoáng qua do thiếu máu võng mạc được biết từ lâu với tên gọi “Amorosis Fugax”, xảy ra do tắc động mạch cảnh trong cùng bên, gây mất máu nuôi mắt, hoặc thuyên tắc động mạch mắt do mảnh huyết khối có nguồn gốc từ xơ vữa đoạn gần hệ động mạch cảnh, hoặc từ tim.

Mù một bên đột ngột cũng có thể do bít tắc động mạch võng mạc trung tâm, bít tắc tĩnh mạch võng mạc trung tâm (mù nhẹ hơn tắc động mạch).

Mù võ não xảy ra do tổn thương võ não thùy chẩm hai bên, thường là do tắc đỉnh động mạch thân nền. Trường hợp này bệnh nhân không nhìn thấy nhưng phản xạ ánh sáng vẫn nhạy do chức năng thân não còn nguyên vẹn.

Bán manh: thường là bán manh đồng danh hoặc góc manh đồng danh, tổn thương thường gặp ở tia thị hoặc võ não thùy chẩm một bên.

Nhìn đôi có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Hỏi bệnh sử đầy đủ giúp ích rất nhiều cho việc xác định nguồn gốc của nhìn đôi, trong nhiều trường hợp nó giúp xác định hầu hết các vị trí tổn thương. Nhìn đôi xuất hiện đột ngột là điển hình của chảy máu hoặc nhồi máu thân não cấp tính. Nhìn đôi tiến triển chậm tăng dần thường do phình mạch hoặc u. Nhìn đôi có liên quan đến đau ở mắt hoặc xung quanh ổ mắt có thể do huyết khối tĩnh mạch xoang hang, do phình mạch của động mạch cảnh.

1.1.4.5. Rối loạn ý thức - hôn mê

Sự thức tỉnh được duy trì bởi hệ thống dẫn truyền từ thân não trên đến đồi thị, là hệ thống lưới kích hoạt hướng lên và sự tiếp nối phóng chiếu của chúng lên hai bán cầu não. Hệ lưới liên tục nhận các tín hiệu hướng tâm từ khắp cơ thể và sau đó kích hoạt lên võ não hai bên, nhờ đó duy trì được trạng thái thức tỉnh. Hôn mê xảy ra hoặc khi hệ thống lưới hoạt hóa bị tổn thương, suy giảm hoạt động hoặc khi hoạt động chức năng của hai bán cầu não bị tổn thương. Có 3 dạng tổn thương chủ yếu gây hôn mê thường gặp: [1]

- Tổn thương não khu trú gây ảnh hưởng cấu trúc sâu của gian não, chèn ép bán cầu còn lại, hoặc chèn ép trung não; nguyên nhân do máu tụ trong sọ, nhồi máu diện rộng trên lều, u não, áp xe...

- Các tổn thương thân não trực tiếp ảnh hưởng vào hệ thống lưới thân não.
- Quá trình rối loạn chức năng thân não và/hoặc ảnh hưởng cả hai bên vỏ não, gặp trong các nguyên nhân chuyển hóa, thiếu oxy não, bệnh não.

Đột quy gây hôn mê theo hai cơ chế đầu tiên, gặp trong trường hợp chảy máu não lớn, nhồi máu não diện rộng, nhồi máu hoặc chảy máu thân não, tiểu não.

có tỉ lệ tử vong tại Khoa Thần kinh trong 2 năm 1999 – 2000 là 18%. [1]

1.1.4.6. Tỉ lệ tàn phế

Đột quy là bệnh có tỉ lệ tàn phế cao, căn cứ vào những bản thống kê lâm sàng, sau khi đã được chữa trị qua cơn nguy cấp, vẫn có từ 50% đến 80% bệnh nhân bị di chứng mà mức độ tàn phế nặng nhẹ khác nhau [31], trong đó tỉ lệ di chứng nhẹ và vừa chiếm khoảng 68,42%, chủ yếu là các di chứng vận động [10]. Trong số bệnh nhân bị đột quy có tới 3/4 nạn nhân mất khả năng lao động, có 16% người phải nằm liệt giường tại nhà hay ở bệnh viện, có tới 2/3 nạn nhân phải dùng máy móc, xe lăn, nạng mới có thể sinh hoạt gần được bình thường và chỉ có từ 10% đến 20% bệnh nhân có thể khỏi hẳn bệnh [31].

1.1.5. Phục hồi chức năng sau đột quy

1.1.5.1. Cơ chế phục hồi

Những bệnh nhân sống sót sau đột quy ở một chừng mực nào đó có khả năng tự phục hồi. Sự phục hồi này có thể là đáng kể hoặc không đáng kể. Nhưng trong thực tế, không ai biết trước được bệnh nhân nào sẽ tự hồi phục và sự hồi phục đó sẽ tiến triển ra sao. Tuy nhiên hầu hết sự phục hồi diễn ra nhanh chóng trong 3 tháng đầu và một số ít phục hồi kéo dài đến 6 tháng hoặc lâu hơn. Tại sao có sự phục hồi trong khi vùng não tổn thương chưa được tái tạo. Có ý kiến cho rằng não có những cách sao chép mới, hoặc sử dụng tới những phần khác của não, tăng trưởng sợi trục thần kinh, giảm phù não...[40], [41]

- *Não có những cách sao chép mới*: Những cách này chỉ xuất hiện khi ổ chính thức không còn chức năng. Cơ chế này giữ vai trò chính trong việc phục hồi.

- **Sử dụng các phần khác của não:** điều này có thể coi như thay đổi chức năng của một số tế bào thần kinh gọi là tính tạo hình của não. Các phần não còn lại (không bị tổn thương) được học tập thêm một số chức năng mới, mà trước kia không dùng đến chức năng này, nay lại làm nhiệm vụ dẫn truyền thông tin. Cũng có thể một số vùng khác phải làm thêm nhiệm vụ. Tính tạo hình cho đến nay chưa rõ, nên cũng không biết chắc chắn là não được phục hồi bao nhiêu. Nhưng ở trẻ em tổn thương não thường có cơ chế này và xuất hiện phục hồi sau tháng đầu tiên.

- **Tăng trưởng sợi trục thần kinh:** Các nghiên cứu cho thấy, tế bào não bị tổn thương có thể phát triển trở lại trong một số điều kiện nào đó tuy rất hạn chế. Ví dụ: sợi trục của tế bào lành có thể lớn lên, lấp bù vào chỗ tế bào thoái hóa. Nếu đột quy phá đi một nửa sợi trục chỉ huy một cơ nào đó, thì số sợi trục còn lại có thể lớn lên và chỉ huy thay, nhưng chưa thực hiện được các động tác tinh tế. Ví dụ tay có thể mạnh hơn nhưng viết thì chưa thuần thục. Quá trình này đạt được bao nhiêu sau đột quy ta chưa biết.

- **Giảm phù não:** ngay sau khi tế bào não chết, chứng phù lên do tích nước từ các mao mạch xung quanh. Bạch cầu cũng vào tế bào chết. Trong hộp sọ thể tích chỉ có hạn, nên mô não xung quanh bị tổ chức phù ép lại. Não bị ép tuy còn sống, nhưng ngừng hoạt động vì thiếu máu. Khi mô não chết ổn định hoặc được lấy đi, hết phù não, máu được cung cấp đầy đủ cho các tế bào, não lại hoạt động trở lại.

- **Học cách thích ứng với người bệnh:** Nghiên cứu về phục hồi ngôn ngữ đã chứng minh. Theo dõi một nhóm người đột quy trong 6 năm. Cả nhóm người có rối loạn ngôn ngữ và nhóm người trong gia đình người bệnh đều nghĩ rằng hồi phục đã xuất hiện trong khoảng 2 - 6 năm đó. Nhưng khi các thầy thuốc chuyên khoa chữa trị những tật về nói kiểm tra kỹ thì thấy không có chút cải thiện thực sự nào. Đó là do gia đình đã học cách thấu hiểu người bệnh bằng lời nói và chữ viết. Còn bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ cũng học cách sử dụng có hiệu quả phần phát âm còn lại của mình. Kết quả hai bên hiểu nhau hơn.

1.1.5.2. Thứ tự phục hồi

Công trình Frenchay, ở Bristol, Anh Quốc bằng số liệu %, nêu kết quả chi tiết về thứ tự hồi phục. Nó nói lên trong bao lâu, bao nhiêu người, ở chức năng nào được hồi phục hoàn toàn sau khi đột quy.

Bảng 1.2: Thứ tự phục hồi vận động theo thời gian

“Nguồn: Công trình Frenchay, trích dẫn từ tài liệu của Lê Văn Trị, 1998” [41]

Thời gian sau đột quy	1 tuần	3 tuần	6 tháng
Số người được đánh giá	561	572	494
	%	%	%
1. Đi tiêu chủ động	69	87	93
2. Đi tiểu chủ động	56	76	89
3. Sửa soạn đầu tóc	44	73	87
4. Vệ sinh cá nhân	32	61	80
5. Tự ăn	32	62	77
6. Đi từ giường ra ghế bành	30	58	81
7. Tự đi bộ	27	60	85
8. Tự mặc quần áo	21	49	69
9. Tự lên gác	20	47	65
10. Tự tắm	14	35	51

1.1.5.3. Thời gian phục hồi

Trong những ngày đầu, tuần đầu sau đột quy, sự hồi phục diễn ra nhanh nhất và khả năng hồi phục thấp dần đi sau một tháng. Sử dụng lại chi liệt đa số từ ngày thứ 10 – 20 và hồi phục hoàn toàn sau 50 – 70 ngày. Nếu sau 4 tuần không thấy vận động thì sự phục hồi hoàn toàn khó có thể xảy ra. Tuy nhiên một số người vẫn được phục hồi sau 13 tuần, một số người phục hồi từ tuần thứ 13 – 26. Đa số sau 6 tháng là không còn phục hồi được nhiều nữa, mặc dù sức mạnh cơ bắp có tăng lên, chẳng hạn người bệnh có thể đi an toàn và nhanh hơn, nhưng nếu đến tháng thứ 6 mà người đó không đi được chút nào thì khó có thể đi lại được. [8], [35], [54], [72]

Một nghiên cứu ở New Zealand đã chỉ ra rằng trong số những người tồn tại 6 tháng thì 65% sẽ tiếp tục có giảm vận động (Bonlta and Beaglehole, 1988). [41]

Tổn thương chức năng khi đột quỵ càng nhiều thì sự phục hồi càng ít. Phục hồi kém khi đại tiện tiện không tự chủ, mất ý thức, hôn mê sâu, người liệt nặng, người bán manh... [41]

1.1.6. Điều trị các khiếm khuyết chức năng sau đột quỵ

1.1.6.1. Mục đích điều trị

Mục đích của việc điều trị là: [16], [41]

- Giúp bệnh nhân tự mình di chuyển và đi lại từ nơi này đến nơi khác, giúp người bệnh sử dụng các dụng cụ trợ giúp cho vận động tập luyện và đi lại.
- 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 thực tế của người bệnh.

1.1.6.2. Nguyên tắc điều trị

Các nguyên tắc điều trị: [16], [41]

- Phục hồi sớm, ngay sau khi bị đột quỵ mạch máu não. Từng giai đoạn có những kỹ thuật và phương pháp khác nhau.
- Phục hồi toàn diện, kiên trì, đúng kỹ thuật.
- Bệnh nhân chủ động càng nhiều càng tốt, người điều trị chỉ trợ giúp hoặc hướng dẫn.
- Bệnh nhân cần tập ở các tư thế và vị trí khác nhau như nằm, ngồi, đứng, đi, lên xuống cầu thang. Nguyên tắc là đưa bệnh nhân “ra khỏi giường” càng sớm càng tốt khi bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng của người bệnh cho phép.

- Sau khi xuất viện bệnh nhân cần được hướng dẫn những bài tập tiếp tục tại nhà kết hợp phục hồi chức năng tại cộng đồng để người bệnh dễ dàng hòa nhập vào cuộc sống của gia đình và xã hội.

1.1.6.3. Các nguyên lý và chiến lược điều trị mới

* Nguyên lý điều trị

Đặc biệt, trong những năm gần đây cùng với sự hiểu biết thêm về thần kinh sinh học, cùng với sự phát triển khoa học và công nghệ nói chung, công nghệ thông tin nói riêng, đã có những hiểu biết và ứng dụng mới trong phục hồi vận động sau đột quy. Đầu tiên các nhà khoa học và điều trị thần kinh đã đồng thuận và áp dụng triệt để 3 nguyên lý phục hồi sau đột quy như sau:

- **Lời khuyên tốt nhất** là phục hồi sau đột quy nên tổ chức tại Đơn vị đột quy, nơi sẽ có nhiều đội chuyên khoa khác nhau (multidisciplinary teams) có thể hỗ trợ bệnh nhân tham gia tích cực [59].

- **Tập theo tác vụ (Task-specific training)**: Đã có nhiều chứng cứ mạnh mẽ về việc tập theo tác vụ rất hiệu quả trong phục hồi các vận động theo chức năng do được dẫn đường bởi việc làm thích ứng tính linh hoạt thần kinh (adaptive neural plasticity) [60], [71].

- **Môi trường thuận lợi (Enriched Environment)**: Trên những mô hình thực nghiệm (chuột cống bị đột quy), môi trường thuận lợi cho thấy làm tăng kết quả phục hồi vận động, tăng tính dẻo dai linh hoạt thần kinh (neural plasticity). Lý do là chúng có nhiều cơ hội về hoạt động thể chất, chơi và tương tác với xã hội của chúng so với nhóm chứng (nhốt trong các lồng) [47], [68].

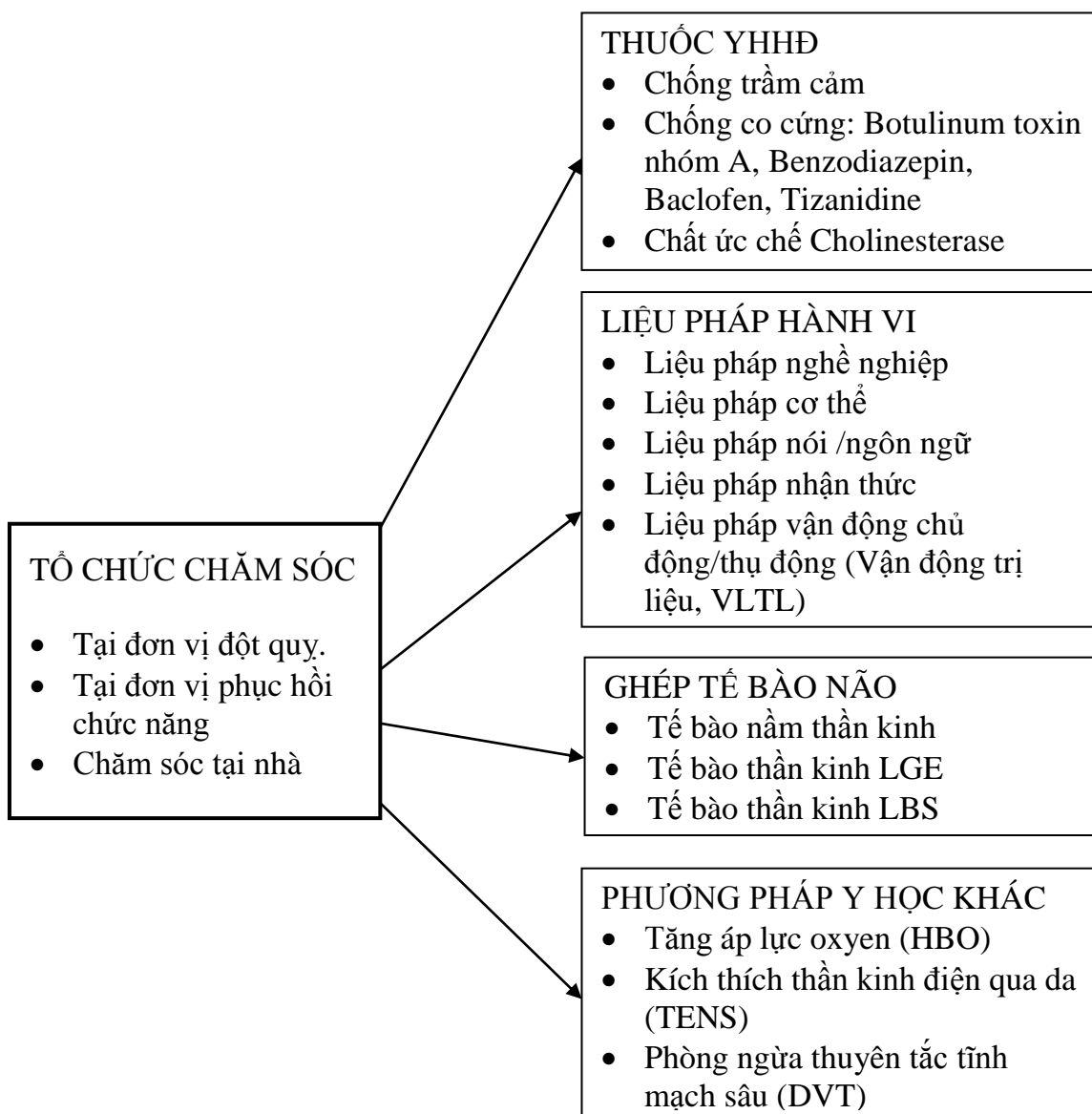
* Các chiến lược điều trị mới [47], [59], [60], [68], [71]

Bên cạnh việc áp dụng những nguyên lý trên, các nhà điều trị cũng tiến hành đưa những nguyên tắc, nguyên lý trên vào việc xây dựng những chiến lược điều trị mới cho bệnh nhân suy giảm vận động sau đột quy, bao gồm các chiến lược sau:

- Dựa trên huấn luyện vận động
- Làm tăng tính linh hoạt thần kinh
- Lồng ghép giữa huấn luyện vận động và phản hồi đa cảm giác
- Xây dựng chiến lược phục hồi mang tính cá thể

1.1.6.4. Tổng quan tổ chức điều trị di chứng đột quỵ theo YHHĐ

Sơ đồ 1.2: Tổng quan tổ chức điều trị di chứng đột quỵ



1.1.6.5. Điều trị dùng thuốc

Một số nghiên cứu sử dụng thuốc đã được chứng minh có hiệu quả như:

- *A.M.O. Bakheit* [45], *B. B. Bhakta* [48] đã sử dụng Botulium Toxin type A để trị di chứng co cứng chi trên sau đột quy.

- *Catherine Johnson* [61] sử dụng Botulium Toxin type A phối hợp kích thích điện chức năng, vật lý trị liệu và để trị di chứng bàn chân rũ cứng sau đột quy

- *D. A. Gelber, D. C. Good, A. Dromerick, S. Sergay* và *M. Richardson* [56] báo cáo sử dụng Tizanidine (một yếu tố chống co cứng trung ương, có tác dụng chọn lọc trên Alpha 2 Adrenoreceptors Agonist) an toàn và hiệu quả trong điều trị co cứng cơ trên bệnh nhân đột quy.

1.1.6.6. Điều trị không dùng thuốc

*** Vận động trị liệu**

Nhiều nghiên cứu cho thấy vận động trị liệu có hiệu quả trong phục hồi các di chứng sau đột quy như: *E. W. Miller, M. E. Quinn* và *P. G. Seddon* nghiên cứu huấn luyện đi bộ trên mặt đất để phục hồi khả năng vận động của bệnh nhân đột quy [65]. *N. Bonifer* và *K. M. Anderson* nghiên cứu vận động trị liệu cho bệnh nhân liệt nửa người chi trên mãn tính [49].

*** Vật lý trị liệu**

Nhiều nghiên cứu cho thấy vật lý trị liệu có hiệu quả trong phục hồi các di chứng sau đột quy như: *R. A. Geiger, J. B. Allen, J. O'Keefe* và *R. R. Hicks* nghiên cứu hiệu quả vật lý trị liệu kết hợp với tập sinh học hồi tác để điều trị rối loạn thăng bằng và vận động do đột quy [55]. *E. Bressel* và *P. J. MacNair* nghiên cứu hiệu quả sự kéo dài, kéo duỗi và nới lỏng sự vận xoắn khớp cổ chân co cứng đối với bệnh nhân đột quy có dáng đi vụng về. [50]

1.1.6.7. Các phương pháp khác

Ngày nay người ta còn sử dụng Laser, oxy cao áp, ghép tế bào thần kinh, cấy ghép tế bào phôi vỏ não trong phục hồi chức năng sau đột quy.

1.2. Quan điểm theo Y học cổ truyền về đột quy

1.2.1. Đại cương

Theo Y học cổ truyền, không có danh xưng tương đương nhất quán 100% với đột quy, tuy nhiên tên gọi được dùng nhiều nhất cho đột quy vẫn là “Trúng phong”. Một số biểu hiện trong chứng hậu trúng phong như thấy hoa mắt, chóng mặt, sau đó đột ngột ngã ra mê sảng không biết gì, đồng thời có thể xuất hiện các chứng trạng bán thân bất toại, miệng mắt méo xệch, lưỡi cứng, nói ngọng nghịu.... Nếu bị nhẹ thì có thể không có chứng mê sảng nhưng miệng mắt méo xệch hoặc bán thân bất toại... [4], [42]

Những biểu hiện này được ghi nhận qua các chứng trạng của Y học cổ truyền như sau: [4], [42]

- Đột ngột ngã hôn mê: Y học cổ truyền xếp vào chứng Trúng phong.
- Hoa mắt, chóng mặt: Y học cổ truyền xếp vào chứng Huyền vựng.
- Liệt ½ người: Y học cổ truyền xếp vào chứng Bán thân bất toại (chứng Nuy)
- Liệt mặt (miệng mắt méo xệch): Y học cổ truyền xếp vào chứng Khẩu nhãn oa tà.
- Rối loạn ngôn ngữ (lưỡi cứng, nói ngọng nghịu...): Y học cổ truyền xếp vào chứng Thất ngôn.
- Suy giảm trí tuệ, trí nhớ: Y học cổ truyền xếp vào chứng Kiện vong.
- Tê tay chân: Y học cổ truyền xếp vào chứng Ma mộc.

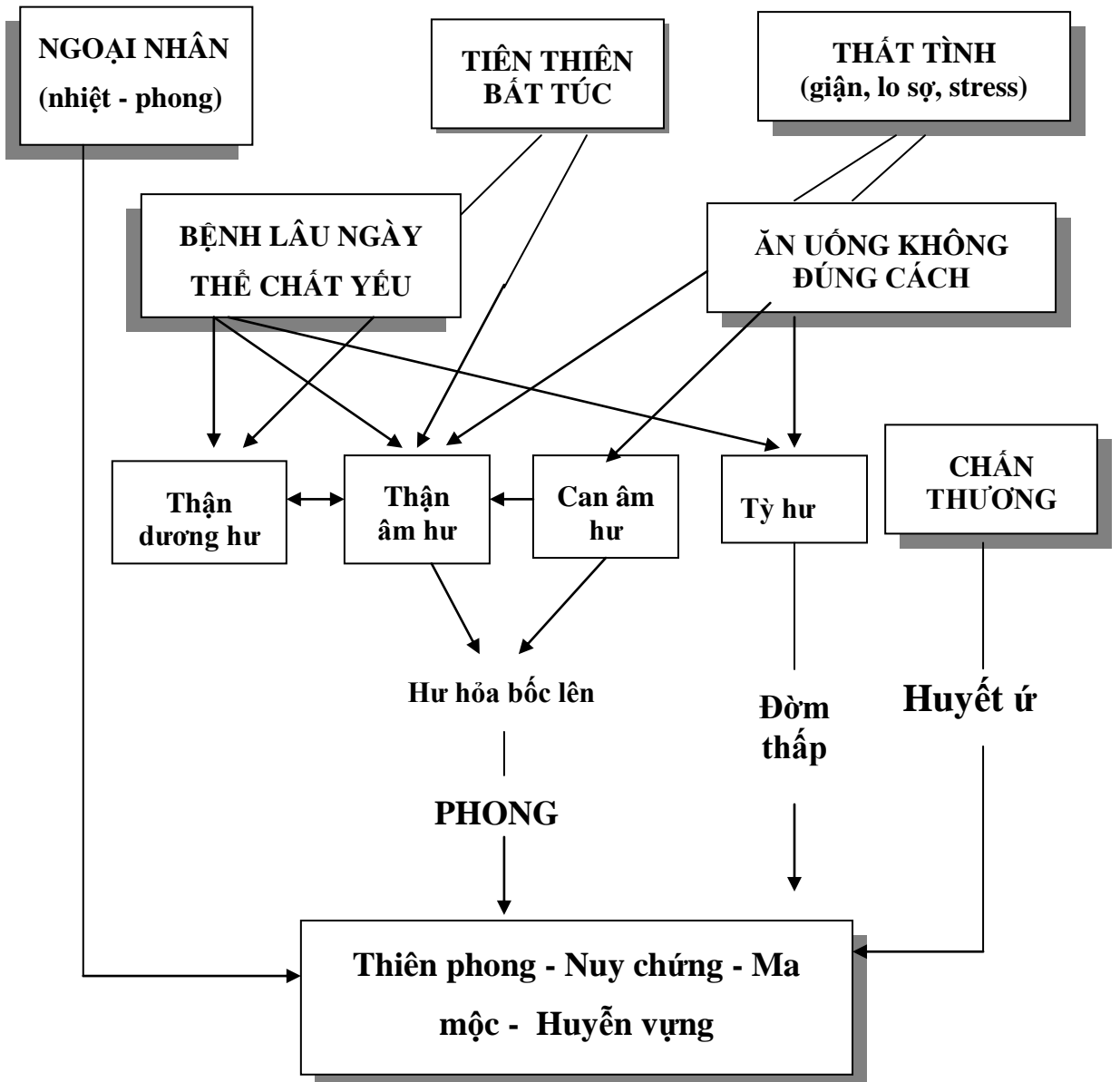
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Theo sách vở từ đời nhà Đường (701 - 704) và nhà Tống (973 - 1098), nguyên nhân bệnh là do hư tổn, các thời đại sau đã bổ sung thêm nhiều luận thuyết, như Lưu Hà Gian cho là do “hỏa”, Lý Đông Viên cho là do “khí hư”, Chu Đan Khê cho là “đờm nhiệt”. Các học giả sau này như Trương Cảnh Nhạc (đời nhà Minh), Diệp Thiên Sĩ (đời nhà Thanh) đều cho rằng bệnh là do “nội thương”, “tích tổn” mà

thành chứ không phải do phong tà bên ngoài xâm nhập cơ thể [3], [4]. Tóm lại, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đột quy theo Y học cổ truyền có thể được giải thích qua sơ đồ sau:

Sơ đồ 1.3: Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đột quy theo Y học cổ truyền

“Nguồn: Tai biến mạch máu não - Bài giảng bệnh học và điều trị tập 2, 2000” [4]



1.2.3. Các bệnh cảnh lâm sàng Y học cổ truyền giai đoạn sau đột quy và hướng giải quyết

Giai đoạn sau đột quy, thường gặp các thể lâm sàng sau: [4]

1.2.3.1. Thể Thận âm hư

- Pháp trị: Tư âm ghìm dương, tư bổ can thận

- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

+ Bài thuốc: Bài thuốc hạ áp (xuất xứ 30 công thức thuốc), Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thực, bài thuốc Bổ can thận.

+ Công thức huyết: Thận du, Phục lưu, Tam âm giao, Can du, Thái xung, Thần môn, Nội quan, Bá hội, Á thị huyết.

1.2.3.2. Thể Thận âm dương lưỡng hư

- Pháp trị: Ôn bổ thận dương

- Những bài thuốc và công thức huyết:

+ Bài thuốc: Thận khí hoàn, Hữu quy ẩm

+ Công thức huyết: Cứu bổ hoặc ôn châm Thái dương, Bách hội, Đầu duy, Phong trì, Thái xung, Quang minh, Can du, Thận du, Tam âm giao, Thái khê, Phi dương, Mệnh môn, Trung cực, Quan nguyên, Khí hải.

1.2.3.3. Thể Đờm thấp (bệnh nhân béo bệu)

- Pháp trị: Trừ đờm, thông lạc

- Bài thuốc: Nhị trần thang gia vị (xuất xứ Thiên gia diệu phương)

1.2.4. Điều trị di chứng đột quy theo Y học cổ truyền

1.2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- *Pháp trị*: Bổ khí, hoạt huyết, khử ứ, thông lạc [4]

- *Bài thuốc sử dụng*: Bài BỔ dương hoàn ngũ thang (gồm Huỳnh kỳ, Đương quy, Xuyên khung, Xích thực, Hồng hoa, Đào nhân, Địa long). [4]

1.2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

* *Điều trị bằng xoa bóp* [24]

Nhiều tác giả cho rằng xoa bóp có tác dụng lên da, thần kinh và vận động cơ xương khớp. Các thủ thuật thường dùng trong xoa bóp là xát, xoa, day, ấn, miết, hóp, véo, bấm, đấm, điểm, lăn, phát, vờn, rung, vê, vận động.

* *Điều trị bằng dưỡng sinh*: [24], [25], [27]

Những bài tập dưỡng sinh phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân sau đột quy nhằm mục đích cân bằng các chức năng tạng phủ, thư giãn ổn định huyết áp, vận động thích hợp từng giai đoạn bệnh, giúp cơ thể dần dần phục hồi.

+ Giai đoạn I (bệnh nhân liệt hoàn toàn): tập vận động thụ động kết hợp xoa bóp bấm huyết.

+ Giai đoạn II (bệnh nhân có thể ngồi được nhưng chưa đi được): Bắt đầu tập vận động chủ động dần dần kết hợp thư giãn, luyện thở 4 thì, tập các động tác chi trên chi dưới, cột sống cả hai bên kèm xoa bóp bên liệt.

+ Giai đoạn III (bệnh nhân có thể đứng và đi được nhưng chưa vững): Tập như giai đoạn 2 kèm theo tập thăng bằng tư thế, đi bộ 2-3 lần một ngày.

* *Điều trị bằng châm cứu*:

- Từ những năm đầu thế kỷ XII, XIII, Việt Nam đã có nhiều nhà châm cứu nổi danh như *An Kỳ Sinh, Châu Cảnh*. Đến thế kỷ XV có *Nguyễn Đại Năng, Vũ Bình Phủ*... Các nhà châm cứu xưa đã để lại cho đời sau những tác phẩm rất có giá trị như *Châm cứu tiếp hiệu diển ca, Y thư lược sao*..., trong các tác phẩm này đều giới thiệu kinh nghiệm chữa bệnh bằng châm cứu để điều trị các chứng nuy. [13], [23]

- Từ những năm 1966 đến nay, Nguyễn Tài Thu và cộng sự đã áp dụng châm cứu kết hợp Y học hiện đại (điện châm, mẫn châm...) phục hồi liệt do đột quy. Từ

1975 cho đến nay, châm cứu đã tiến xa hơn với nhiều phương pháp khác nhau như: đầu châm, quang châm, nhĩ châm, thủy châm...[13], [39] và gần đây nhất là phương pháp Châm cứu cải tiến điều trị phục hồi chức năng vận động sau đột quy, có hiệu quả rất đáng khích lệ qua một số công trình nghiên cứu của Phan Quan Chí Hiếu và các cộng sự tại khoa Y học cổ truyền - Đại Học Y Dược TP.HCM. [17], [21], [30]

- Các công thức huyết cổ điển: [13]

+ Công thức huyết chung: Đản trung + Khí hải (nếu liệt P), Huyết hải + Cách du (nếu liệt T), Phong môn

+ Chi trên liệt: Kiên ngưng, Kiên tĩnh, Khúc trì, Xích trạch, Dương Khê, Tiểu hải, Thiếu thương, Nội quan, Âm khích,

+ Chi dưới liệt: Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Tam âm giao, Huyết hải, Hoàn khiêu, Thái Khê.

+ Liệt mặt: Toán trúc, Thái dương, Dương bạch, Nghinh hương, Giáp xa, Hạ quan, Địa thương, Quyền liêu, Ấp phong, Phong trì, Hợp cốc.

+ Nói ngọng: Phong phủ, Á môn, Liêm tuyền.

1.3. Tiêu chí chẩn đoán Thận âm hư trong nghiên cứu

Theo quan niệm Y học cổ truyền, tạng Thận có vai trò hết sức quan trọng, đường kinh Thận là đường kinh được mô tả phong phú và phức tạp nhất, đi đến rất nhiều tạng phủ. Chức năng sinh lý của nó cũng đa dạng, liên quan đến rất nhiều công năng tạng phủ khác. Vì thế mà theo *Hải Thượng Lãn Ông* “Biết thận là biết quá nửa Y học cổ truyền”. Theo Bác sỹ *Nguyễn Văn Hương* “Thận âm có chức năng điều hòa và bài tiết các chất nước (bao gồm nước, điện giải, chất dinh dưỡng do hệ thống thần kinh nội tiết điều hòa). Và cơ sở của phân âm chủ yếu là quá trình đồng hóa, phân cơ sở vật chất của cơ thể”.

Trong đề tài nghiên cứu của *Bùi Chí Hiếu, Phan Quan Chí Hiếu, Phạm Thị Thanh Tâm và Nguyễn Thị Hồng Hoa* “Tìm hiểu về chứng Thận âm hư”, được đăng

trên Tư liệu Y học cổ truyền Đông Phương năm 1993 [20], nhóm tác giả đã tiến hành thu thập các triệu chứng Thận âm hư có tỉ lệ xuất hiện cao trong 11 tài liệu kinh điển Y học cổ truyền trong nước và quốc tế. Sau đó lấy ý kiến chuyên gia là các lương y, thầy thuốc Y học cổ truyền có uy tín cao để đúc kết được 21 triệu chứng và sắp xếp vào 3 hội chứng của Y học hiện đại như sau:

- Hội chứng thần kinh kích thích: nhức đầu, đầu choáng, mắt hoa, mất ngủ, bứt rứt, kinh hải, hồi hộp.

- Hội chứng tăng quá trình dị hóa: nóng về đêm, mạch tế sác, lòng bàn tay chân nóng, mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, lưỡi ráo, lưỡi đỏ, khô miệng, táo bón, tiểu sền.

- Hội chứng suy kém nuôi dưỡng: gầy yếu, đau lưng, răng lung lay.

Trong đề tài nghiên cứu này, bệnh nhân được chẩn đoán thuộc thể Thận âm hư phải có đủ 3 hội chứng trên đây, và mỗi hội chứng phải có ít nhất 2 triệu chứng.

1.4. Các phương pháp điều trị được sử dụng trong nghiên cứu

1.4.1. Phương pháp Châm cứu cải tiến

1.4.1.1. Xuất xứ và cơ sở lý luận của phương pháp

Vào những năm đầu tiên của thế kỷ 21, 2 tác giả Phan Quan Chí Hiếu, Nguyễn Thị Lina đã đề xuất một phương cách châm cứu mới và đặt tên là “Châm cứu cải tiến”. Đây là phương pháp kết hợp những cơ sở lý luận của Y học cổ truyền và Y học hiện đại nhằm tìm cách nâng cao hiệu quả điều trị phục hồi vận động sau đột quy của châm cứu truyền thống. Trong gần 20 năm sau đó, các tác giả đã cùng với các cộng sự đã tiến hành nhiều nghiên cứu khoa học với những thiết kế nghiên cứu khác nhau, thực hiện ở nhiều đơn vị, trung tâm nghiên cứu khác nhau để chứng minh hiệu quả cũng như tìm cách cải tiến tiếp tục để có thể trở thành không chỉ hiệu quả hơn mà tiện dụng hơn nữa. [19], [21], [30]

Châm cứu cải tiến đã được giới thiệu chính thức trong cuốn chuyên khảo “Phục hồi vận động sau đột quy và phương pháp Châm cứu cải tiến”. Đây là tài liệu học

tập được phổ biến chính thức trong chương trình đào tạo liên tục năm 2008 của Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược TP.HCM. Cho đến nay, phương pháp này đã được ứng dụng điều trị phục hồi vận động cho bệnh nhân sau đột quỵ tại một số bệnh viện trong nước. Phương pháp này có đặc điểm là cùng lúc có thể vận dụng được những yếu tố trong cách điều trị như sau: [19], [21], [30]

- Tuân thủ lý luận của Y học cổ truyền: chọn huyết trên đường kinh đi qua vùng bị bệnh.

- Tập trung tác động vào những cơ yếu liệt nhiều nhất, giảm sự phân tán trong điều trị, muốn có được công thức huyết cần phải xác định chính xác nhóm cơ nào đang yếu liệt. Đây là đặc điểm chính của Châm cứu cải tiến. Phương cách này cũng tương tự như phương cách mà Y học hiện đại sử dụng trong khoảng thời gian 10-15 năm gần đây trong phục hồi vận động sau đột quỵ với mong muốn làm tăng tính linh hoạt, đàn hồi của thần kinh (neuroplasticity) [46], [74].

- Vận dụng tính chất trở da và trở kháng thấp tại các huyết, như vậy chỉ cần đưa một lượng kích thích nhỏ vẫn có thể gây ra một tác dụng kích thích mạnh.

- Vận dụng tính chất điện trị liệu: kích thích cơ bằng các thiết bị tần số thấp có khả năng phục hồi tốt cơ yếu liệt.

- Lý luận về sinh lý cơ cơ: tác động trên cơ thông qua kích thích ở hai đầu bám tận của cơ.

1.4.1.2. Công thức huyết

Công thức huyết của Châm cứu cải tiến dựa vào: [19], [30]

- Trước tiên, cần xác định loại cơ nào hiện đang yếu liệt bằng cách khám lực cơ chọn lọc (dựa vào bảng Các thử nghiệm đánh giá lực cơ – xem phụ lục 2).

- Từ việc xác định loại cơ nào đang yếu liệt mà quyết định chọn huyết (dựa vào bảng Các thử nghiệm đánh giá lực cơ – xem phụ lục 2).

- Các huyết được chọn có đặc điểm: Đây là huyết tại chỗ trên các đường kinh ở vùng bị bệnh (YHCT) nhưng lại nằm ở hai đầu nguyên ủy và bám tận của cơ (để kích thích cơ tốt hơn).

1.4.1.3. Kỹ thuật châm cải tiến

Sử dụng điện châm, châm thay đổi các huyết (không quá 20 cây/ một lần châm). Thời gian lưu kim là 15-25 phút, trong đó 10 phút đầu với tần số thấp, cường độ cao (kích thích cơ cơ); 10 phút sau với tần số cao, cường độ nhẹ (xoa bóp cơ). [19], [21], [30]

1.4.2. Thuốc Lục vị

1.4.2.1. Nguồn gốc xuất xứ bài thuốc Lục vị (Lục vị địa hoàng hoàn)

Khảo sát y văn cho thấy bài thuốc Lục vị được đề cập đầu tiên trong sách “Tiểu Nhi Dược Chứng Chân Quyết”. Theo đó, ông Tiền Át, đời Tống (năm 1119 – năm Tống Thần Tông tại vị), trong quyển hạ (quyển 3) của trước tác “Tiểu Nhi Dược Chứng Chân Quyết”, còn gọi là “Tiền Thị Tiểu Nhi Dược Chứng Trục Quyết”, có đề ra phương Lục vị địa hoàng hoàn.

Theo Tiền Át, vì bài Bát vị (của Trương Trọng Cảnh) là dùng cho người lớn; tiểu nhi dương khí còn non kém, cho nên bỏ đi Nhục quế, Phụ tử, để tránh bạo nhiệt, mà sinh ra nục huyết. Và từ đó trở đi, bài Lục vị địa hoàng hoàn trở thành một phương thang cơ bản cho các biến phương bổ âm, bổ thận về sau. Bài thuốc gồm có 6 vị: lấy Thục địa làm quân; Hoài sơn, Sơn thù là thần; Mẫu đơn, Trạch tả, Phục linh là tá. Ba vị Thục địa, Sơn thù, Sơn dược phối hợp lại để tư dưỡng tỳ thận, được gọi là “tam bổ” (ba vị bổ). Ba vị Trạch tả, Đan bì, Phục linh phối hợp lại là để thẩm thấp trục, thanh hư nhiệt, còn được gọi là “Tam Tả” (ba vị tả).

1.4.2.2. Phân tích bài thuốc Lục vị (Phụ lục 3)

Bảng 1.3: Phân tích bài thuốc Lục vị

Vị thuốc	Dược lý YHCT [6], [28], [33], [43]	Dược lý YHHD [5]
Thục địa	Nuôi Thân dưỡng âm, bổ Thân, bổ huyết	Kháng viêm, hạ áp, cầm máu, bảo vệ gan, lợi tiểu, ức chế miễn dịch
Hoài sơn	Bổ Tỳ Vị, bổ Phế Thân, Sinh tân chỉ khát	Tăng đồng hóa và hướng sinh dục
Sơn thù	Ôn bổ Can Thân, sáp tinh chỉ hãn	Kháng khuẩn, lợi tiểu, hạ áp, hạ đường huyết nhẹ
Đơn bì	Thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết. Chữa nhiệt nhập doanh phận	Kháng viêm, kháng khuẩn, giảm đau, an thần, chống co giật, giải nhiệt do ức chế trung khu thần kinh, chống gây loét, ức chế xuất tiết dạ dày
Phục linh	Lợi thủy, thẩm thấp, bổ Tỳ định Tâm	Lợi tiểu, tăng cường miễn dịch, kháng ung thư, an thần, hạ đường huyết, bảo vệ gan và chống loét bao tử, kháng khuẩn
Trạch tả	Thanh tả thấp nhiệt ở Bàng quang	Lợi tiểu, hạ lipid máu, cải thiện chức năng chuyển hóa lipid của gan và chống gan mỡ, hạ áp nhẹ, chống đông máu

1.4.2.3. Chế phẩm Lục vị sử dụng trong nghiên cứu

- Quy cách đóng gói: Hộp một chai 60 viên nang
- Công thức cho mỗi viên nang: mỗi viên nang chứa cao khô dược liệu tương đương với Thục địa (*Radix Rehmanniae*) 240 mg, Hoài Sơn (*Rhizoma Dioscoreae persimilis*) 120 mg, Sơn thù (*Fructus Corni*) 90 mg, Mẫu đơn (*Cortex Paeoniae*

suffruticosae) bì 90 mg, Trạch tả (Rhizoma Alismatis) 90 mg, Phục linh (Poria cocos) 90 mg.

- Chỉ định: Các trường hợp Thận âm hư biểu hiện qua các triệu chứng: chóng mặt, ù tai, đau lưng, mỏi gối, mồ hôi trộm, sốt lao phổi, di mộng tinh, đái tháo đường.

- Chống chỉ định: Người đang bị rối loạn tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy), người mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc, không dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú.

- Liều dùng: Mỗi lần uống 2 viên, ngày 3 lần.

- Số đăng ký lưu hành: VND-1851-04 (Do Cục Quản lý dược – Bộ Y tế cấp)

1.4.3. Thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang

1.4.3.1. Nguồn gốc xuất xứ bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang

Bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang được đề cập đầu tiên trong tác phẩm Y lâm cải thác. Y lâm cải thác (cải chính những sai lầm của nghề y) là một bộ sách y khoa nổi tiếng của Trung y do danh y Vương Thanh Nhậm (1768-1831) đời nhà Thanh trước tác. Toàn sách chỉ có 2 quyển thượng và hạ, Vương Thanh Nhậm đã căn cứ vào tạng phủ, khí huyết để so sánh và đối chiếu với những tài liệu, sách vở kinh điển của bộ môn y học từ thời thượng cổ tới nay về hình dáng, công năng, vị trí và sự vận hành của khí huyết, tạng phủ để nêu ra những thiếu sót và sai lầm mang tính giáo điều, chủ quan, thiếu thực tế của các sách vở tài liệu y học cổ đại. Qua quan sát, nghiên cứu và rút ra kinh nghiệm của mình suốt mấy chục năm ròng rã, ông đã nêu ra phép biện chứng trị liệu về các bệnh do huyết ứ, qua đó ông đã sáng lập ra các phương thuốc có công năng hoạt huyết hóa ứ chuyên chữa các bệnh do ứ huyết mà phát sinh ra.

Một trong những bài thuốc nổi tiếng của ông dùng chữa trị trong bệnh bán thân bất toại là Bổ dương hoàn ngũ thang (quyển hạ). Bài thuốc gồm 7 vị: Hoàng kỳ 4 lượng (để sống, không sao tẩm), Quy vĩ 2 tiền, Xích thực 1,5 tiền, Địa long 1 tiền, Xuyên khung 1 tiền, Đào nhân 1 tiền, Hồng hoa 1 tiền. [37]

1.4.3.2. Phân tích bài thuốc **Bổ dương hoàn ngũ thang** (Phụ lục 4)

Bảng 1.4: Phân tích bài thuốc **Bổ dương hoàn ngũ thang**

Vị thuốc [37]	Dược lý YHCT [6], [28], [33]	Dược lý YHHD [5]
Huỳnh kỳ	Bổ khí, thăng dương khí của Tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Tăng cường chức năng miễn dịch, thúc đẩy quá trình chuyển hóa của cơ thể, lợi niệu, tăng lực co bóp của tim, hạ áp, kháng khuẩn, bảo vệ gan
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, nhuận táo, hoạt trường, điều huyết, thông kinh	Tăng huyết sắc tố và hồng cầu, giãn động mạch vành, giảm ngưng tập tiểu cầu, giảm đau, chống viêm, an thần, giãn cơ trơn phế quản, bảo vệ gan, lợi tiểu, kháng khuẩn, nhuận tràng
Xích thực	Tán tà, hành huyết	Chống co thắt ruột, dạ dày, tử cung. Kháng khuẩn, giãn động mạch vành, chống ngưng tập tiểu cầu, chống hình thành huyết khối, làm tăng lưu lượng máu cho động mạch vành, kháng viêm, hạ sốt.
Xuyên khung	Hoạt huyết, chỉ thống, hành khí, khu phong	Trấn tĩnh hệ thần kinh trung ương, giãn mạch máu ngoại vi, tăng lưu lượng máu ở mạch vành và ở não, hạ áp lâu dài, giảm phù não, ức chế sự ngưng tập của tiểu cầu và sự hình thành cục máu, kháng khuẩn, an thần
Đào nhân	Phá huyết, hành ứ, nhuận táo, hoạt trường	Giãn mạch, tăng lưu lượng máu, ức chế sự kết tập tiểu cầu, co tử cung, nhuận tràng, kháng viêm, giảm ho
Hồng hoa	Phá ứ huyết, sinh huyết	Hạ áp, tăng co bóp tim, co cơ trơn phế quản, tăng co bóp tử cung, ức chế ngưng tập tiểu cầu
Địa long	Thanh nhiệt, trấn kinh, lợi tiểu, giải độc.	Hạ nhiệt, an thần, giãn phế quản, hạ huyết áp chậm mà lâu dài, rút ngắn thời gian viêm, thúc đẩy phục hồi vết thương, chống co giật, chống hình thành huyết khối.

1.4.3.3. Chế phẩm **Bổ dương hoàn ngũ** sử dụng trong nghiên cứu

- Quy cách đóng gói: Hộp 1 chai 70 gam (280 viên), viên hoàn cứng

- Thành phần các dược liệu gồm (cao khô và bột dược liệu): Huỳnh kỳ (*Astragalus propinquus*) 12g, Đương quy (*Angelica sinensis*) 11g, Xuyên khung (*Ligusticum wallichii*) 9g, Xích thược (*Paeonia veitchii*) 9g, Hồng hoa (*Carthamus tinctorius*) 7g, Đào nhân (*Prunus persica Stokes*) 7g, Địa long (*Pheretima asiatica*) 3,5g, tá dược vừa đủ.

- Chỉ định: chứng liệt nửa người, tai biến do viêm tắc mạch máu não, cảm giác tê bì tứ chi, liệt tứ chi. Méo miệng, liệt mí mắt, liệt mặt, thất ngôn. Thiếu máu cơ tim và đau thắt ngực.

- Chống chỉ định: Không dùng cho phụ nữ có thai

- Liều dùng: Mỗi lần uống 15 viên, ngày 3 lần. (Liều sử dụng này tương đương với lượng thuốc sống được uống mỗi ngày là: 8g Hoàng kỳ, 7,3g Đương quy, 6g Xuyên khung, 6g Xích thược, 4,6g Hồng hoa, 4,6g Đào nhân và 2,3g Địa long).

- Số đăng ký lưu hành: V371-H12-10 (Do Cục Quản lý dược – Bộ Y tế cấp)

1.4.4. Tập Vật lý trị liệu

Phương pháp VLTL được áp dụng trong nghiên cứu này: [7], [8], [12]

Nếu bệnh nhân chưa chủ động vận động được tay chân, bệnh nhân cần được xoa bóp cơ và tập thụ động tất cả các khớp bên liệt để chống cứng khớp. Tập nhẹ nhàng, đều đặn để tránh làm tổn thương khớp của bệnh nhân. Tùy vào tình trạng và sức khoẻ của bệnh nhân hiện tại mà chúng ta chọn một số hoặc tất cả các động tác sau đây để tập cho bệnh nhân (Mỗi lần tập 30-60 phút, mỗi động tác khoảng 3-5 lần, tập 1 lần/ ngày).

Tập ở tư thế nằm

- Tập lăn nghiêng sang bên liệt và bên lành
- Tập vận động vai tay (tay lành đỡ tay liệt).
- Tập dồn trọng lượng lên chân liệt
- Tự kiểm soát chân qua tầm vận động
- Tự đặt chân ở những tư thế và vị trí khác nhau

- Ưc chế duỗi khớp gối với khớp háng ở tư thế duỗi
- Chủ động kiểm soát vận động khớp háng
- Duỗi khớp gối chọn lọc
- Kích thích gấp chủ động của bàn và các ngón chân
- Vận động vai tay ở tư thế nằm ngửa

Tập vận động ở tư thế ngồi

- Vận động riêng biệt duỗi và gấp của hông
- Vận động chân liệt tạo thuận bất chéo qua chân lành
- Giậm gót chân lên sàn nhà
- Đòn trọng lượng với tập duỗi chọn lọc
- Rèn luyện phản xạ thăng bằng
- Kích thích phản xạ của đầu và thân mình

Vận động ở tư thế đứng để tập đòn trọng lượng lên chân

- Vận động tăng cường duỗi và xoay ngoài khớp háng
- Duy trì các ngón chân về phía mu bằng cách để bệnh nhân đứng, dùng cuộn băng đặt phía dưới các ngón chân
- Đứng lên bằng chân, bước lên bậc thang phía trước với chân liệt làm trụ
- Bệnh nhân đứng đòn trọng lượng lên chân liệt sau đó bước chân lành ra phía trước, ra phía sau, ra phía bên
- Bệnh nhân đứng bằng chân liệt, bước chân lành lên bậc thang phía trước
- Hai gối gấp chuyển trọng lượng lần lượt sang hai bên
- Hai tay cài vào nhau đẩy bóng ra phía trước

Vận động ở tư thế đứng để tập đòn trọng lượng lần lượt lên hai chân

- Bước lên cầu thang
- Bước xuống cầu thang

Phòng ngừa co rút

- Phòng ngừa co rút khớp vai, khuỷu tay, cổ tay và ngón tay
- Phòng ngừa co cứng chân ở tư thế duỗi, ngừa co rút gân gót và gập ngón chân

Ngoài ra, đối với các bệnh nhân có khả năng vận động được tay, chân có thể tập đi với dụng cụ hỗ trợ, tập bóp bóng, bóp lò xo, kéo tạ, đạp xe, hoặc sử dụng dụng cụ bỏ lỗ, xếp hình...

1.5. Các công trình nghiên cứu liên quan

1.5.1. Các công trình nghiên cứu trong nước

- *Nguyễn Thị Lina, Nguyễn Văn Tùng* (2003) [30]

Kết quả: Khảo sát trên 31 bệnh nhân Châm cứu cải tiến thấy có hiệu quả hơn so với nhóm chứng, sau 40 ngày điều trị lực cơ trung bình tăng thêm từ 787 – 5322g/lực, gấp 2,5-4 lần so với trước điều trị, chỉ số Barthel nhóm Châm cứu cải tiến kết hợp tập vật lý trị liệu tăng thêm 43,58 và có khả năng phục hồi tốt hơn (gấp 2,6 lần so với ban đầu, 2,1 lần so với nhóm không châm).

- *Phan Quan Chí Hiếu, Hà Thị Hồng Linh* (2005) [21]

Tiếp tục nghiên cứu và khẳng định hiệu quả phục hồi vận động của Châm cứu cải tiến tốt hơn châm cứu cổ điển gấp 1,5 – 1,8 lần và vẫn có hiệu quả sau 20 ngày điều trị. Ngoài ra, khi so sánh kết quả giữa hai nhóm có thời gian đột quy trước điều trị dưới và trên 3 tháng đã có nhận xét: Thời gian đột quy trước điều trị càng lâu thì hiệu quả điều trị càng giảm.

- *Phan Quan Chí Hiếu và cộng sự* (2007) [17]

Đã nghiên cứu trên 192 bệnh nhân liệt nửa người sau đột quy. Kết quả phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp tập vật lý trị liệu có số bệnh nhân khá tốt chiếm tỉ lệ 72,16% so với 47,3% nếu điều trị bằng thể châm cổ điển.

- *Phan Quan Chí Hiếu, Trịnh Thị Diệu Thường* (2008) [18]

Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động (dựa trên xếp loại Barthel) của phương pháp này có phối hợp tập vận động chủ động trên 34 bệnh nhân, kết luận là có hiệu quả hơn so với nhóm chứng với tỉ lệ bệnh nhân khá tốt là 31/34 tương đương 91% (trong khi 34 bệnh nhân thể châm cải tiến và vật lý trị liệu chỉ chiếm 21/34 tương đương 62%).

- Phan Quan Chí Hiếu, Nguyễn Văn Tùng (2010) [19]

“Ảnh hưởng của thời gian bị đột quỵ trước điều trị lên kết quả phục hồi di chứng vận động bệnh nhân đột quỵ mạch máu não”. Phương pháp thử nghiệm lâm sàng, mở, thực hiện trên 204 bệnh nhân bị đột quỵ tại các cơ sở Y học cổ truyền ở thành phố Nha Trang. Các bệnh nhân bị đột quỵ trước 3 tháng cho vào nhóm I, những bệnh nhân bị đột quỵ sau 3 tháng cho vào nhóm II.

Kết quả: Sau mỗi liệu trình điều trị, chỉ số Barthel ở cả 2 nhóm đều tăng lên. Sự khác biệt về chỉ số Barthel trước và sau điều trị ở mỗi nhóm điều có ý nghĩa thống kê ($t > 1,96$). Sau điều trị, ở nhóm bị đột quỵ trước 3 tháng chỉ số Barthel tăng thêm $43,92 \pm 20,18$ trong khi nhóm bị đột quỵ sau 3 tháng chỉ tăng thêm $20,89 \pm 15,11$. Kết quả ở nhóm bị đột quỵ trước 3 tháng, điểm Barthel tăng gấp 2,6 lần so với ban đầu và gấp 1,4 lần so với nhóm sau 3 tháng, sự khác biệt giữa 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

- Hoàng Thanh Hiền, Phan Quan Chí Hiếu (2012) [15]

“Khảo sát những yếu tố có ảnh hưởng trên hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp vật lý trị liệu tại thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu trên 344 bệnh nhân, kết quả cho thấy: Phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp tập vật lý trị liệu trong lâm sàng thường ngày tại 5 cơ sở điều trị của Tp. Hồ Chí Minh đạt kết quả tốt sau điều trị chiếm tỉ lệ 67,2%. Những yếu tố có ảnh hưởng đối với kết quả điều trị là: thời gian từ khi đột quỵ đến lúc điều trị (tốt gấp 3,1 lần), số lần đột quỵ (tốt gấp 5,7 lần), nguyên nhân đột quỵ (tốt gấp 3 lần),

hôn mê lúc đột quy (tốt gấp 2,7 lần), kỹ thuật Châm cứu cải tiến (tốt gấp 7,5 lần), ($0,0001 < p < 0,05$).

Kết luận: Châm cứu cải tiến có thể phổ biến rộng rãi tại các cơ sở điều trị Y học cổ truyền, góp phần nâng cao hiệu quả phục hồi vận động cho những bệnh nhân bị đột quy.

- Đoàn Thị Nguyễn, Phan Quan Chí Hiếu (2012) [36]

“Khảo sát những yếu tố có ảnh hưởng trên hiệu quả phục hồi vận động sau đột quy bằng phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp vật lý trị liệu” tại Trà Vinh. Thiết kế nghiên cứu bệnh chứng, thực hiện trên 359 bệnh nhân.

Kết quả: Phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp tập vật lý trị liệu trong lâm sàng thường ngày tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Trà Vinh đạt kết quả tốt sau điều trị chiếm tỉ lệ 68,25%. Những yếu tố có ảnh hưởng đối với kết quả điều trị là: nguyên nhân đột quy (tốt gấp 5,4 lần), sự hợp tác của bệnh nhân (tốt gấp 44,5 lần), thể trọng của bệnh nhân (tốt từ 7 đến 13,4 lần), kỹ thuật Châm cứu cải tiến (tốt gấp 31,3 lần), ($0,0001 < p < 0,05$).

Kết luận: Châm cứu cải tiến có thể phổ biến rộng rãi tại các cơ sở điều trị Y học cổ truyền, góp phần nâng cao hiệu quả phục hồi vận động cho những bệnh nhân bị đột quy.

- Trịnh Thị Diệu Thường, Phan Quan Chí Hiếu (2013) [40]

“Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp châm cải tiến kết hợp vận động trị liệu trên bệnh nhân nhồi máu não trên lều”. Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có nhóm chứng, đa trung tâm (Bệnh viện Y học cổ truyền TP. HCM, Bệnh viện 175) trên 108 trường hợp nhồi máu não trên lều. Kết quả: Không có sự khác biệt về phục hồi vận động bàn tay giữa 2 nhóm qua test khéo tay 1 phút và 3 phút. Phục hồi vận động chi dưới ở nhóm can thiệp tốt hơn nhóm chứng sau 20 ngày điều trị. Tỉ lệ bệnh nhân phục hồi vận động khá-tốt theo thang đo Barthel ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng. Sau điều trị, số bệnh nhân xếp loại Barthel tốt khá nhóm can thiệp chiếm tỉ lệ cao (40/54 bệnh nhân, tỉ lệ 74,1%). Trong khi đó sau

điều trị số bệnh nhân xếp loại Barthel khá-tốt nhóm chứng chiếm tỉ lệ thấp hơn (26/54 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 48,15%).

Nhận xét về các nghiên cứu trên: Qua các công trình nghiên cứu về phương pháp Châm cứu cải tiến đã dần khẳng định được hiệu quả cao trong phục hồi vận động sau đột quy nhờ một số cải tiến ưu việt hơn phương pháp châm cứu cổ điển, đồng thời đưa ra những bàn luận thú vị về mối liên hệ nhân quả giữa thời gian bị đột quy trước điều trị với kết quả phục hồi di chứng. Chính vì vậy chúng tôi chọn Châm cứu cải tiến kết hợp tập vật lý trị liệu để áp dụng trong đề tài này.

- Công trình nghiên cứu của Trần Bảo Long (2010) [32]

Đánh giá tác dụng điều trị đột quy nhồi máu não sau giai đoạn cấp của bài thuốc BỔ dương hoàn ngũ thang. Với thiết kế thử nghiệm lâm sàng trên 62 BN sau 30 ngày điều trị. Kết quả: có 16,1% BN khỏi bệnh; 67,7% đỡ nhiều; 16,1% đỡ ít. Kết luận: Hiệu quả điều trị tương đương với điều trị bằng thuốc Celebrex.

- Công trình nghiên cứu của Đoàn Xuân Dũng [16]

Kết luận: Đầu châm có tác dụng trong phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân đột quy. Bên cạnh đó, tác giả còn nhận xét rằng, đầu châm có tác dụng phục hồi di chứng vận động tốt đối với bệnh nhân có thời gian bị đột quy trước điều trị dưới 30 ngày. Bệnh nhân có thời gian bị đột quy trước điều trị 2-3 tháng thì kết quả phục hồi kém hơn.

- Công trình nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Vinh [44]

Kết luận: Điện mãng châm các huyết giáp tích có tác dụng phục hồi vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do Tai biến mạch máu não cục bộ.

- Công trình nghiên cứu của Đoàn Thị Thu Hiền [14]

Kết luận: Phương pháp đầu châm bằng Laser bằng Laser bán dẫn công suất thấp có hiệu quả phục hồi vận động sau đột quy.

- Công trình nghiên cứu của Đàm Đình Hồng Hoa [23]

Kết luận: phương pháp cuộn da cột sống kết hợp bấm huyệt Mệnh môn Thận du có tác dụng phục hồi di chứng vận động bệnh nhân đột quy. Ngoài ra tác giả còn nhận xét: Bệnh nhân bị đột quy được điều trị vận động càng sớm thì hiệu quả phục hồi càng cao.

1.5.2. Các công trình nghiên cứu nước ngoài

- Công trình của Maurice Victor [78]

Nhận xét: Cơ chế tự phục hồi của các tế bào và các sợi thần kinh đạt cao nhất trong khoảng 30 ngày, sau thời gian này các tế bào và các sợi thần kinh phục hồi bình thường kém dần.

- Công trình của Frenchay (Anh) [41]

Nhận xét: Sau 4 tuần mà không thấy phục hồi thì sự phục hồi vận động hoàn toàn khó có thể xảy ra.

- Nhóm nghiên cứu J. Pei, Trường Đại Học Y học cổ truyền Trung Quốc [70]

Kết luận: châm trị sớm những bệnh nhân đột quy cấp tính có thể cải thiện các chức năng vận động và do đó cũng cải thiện các chức năng hoạt động trong đời sống hàng ngày.

- Theo Tác giả J. Li [63]

Kết luận: chỉ định châm chỉ chọn các huyệt trên kinh âm cũng có hiệu quả trong điều trị đột quy.

Nhận xét chung về các công trình

Từ các công trình nghiên cứu trên cho thấy, việc áp dụng châm cứu kết hợp tập vật lý trị liệu trong điều trị di chứng đột quy là khá phổ biến và có hiệu quả rất đáng kể, không chỉ ở các nước Á Châu mà gần đây còn được ứng dụng rộng rãi ở nhiều nơi trên thế giới. Mặt khác, việc sử dụng bài thuốc cổ phương Bổ dương hoàn ngũ thang trong điều trị phục hồi di chứng vận động bệnh nhân sau đột quy đã được chứng minh có hiệu quả và khuyến dùng.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Mục tiêu 1: Thiết kế nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc, đánh giá trước sau
- Mục tiêu 2: Thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, mở, có đối chứng, phân bố ngẫu nhiên.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn

2.2.1.1. Tiêu chuẩn chọn cho mục tiêu 1

Chọn tất cả bệnh nhân liệt nửa người do đột quy với đầy đủ các tiêu chí sau:

- Có thời gian từ lúc đột quy đến lúc tham gia nghiên cứu từ 3 tháng trở lên
- Tỉnh táo, hợp tác với thầy thuốc điều trị
- Chỉ số Barthel ≤ 60 (nhóm Trung bình, Yếu và Kém)
- Không thể đi được 10 mét mà không cần dụng cụ hoặc người hỗ trợ

2.2.1.2. Tiêu chuẩn chọn cho mục tiêu 2

Chọn tất cả những bệnh nhân có đầy đủ 2 nhóm tiêu chuẩn sau:

- ✧ Tiêu chuẩn liệt nửa người do đột quy
 - Có thời gian từ lúc đột quy đến lúc tham gia nghiên cứu từ 3 tháng trở lên
 - Tỉnh táo, hợp tác với thầy thuốc điều trị
 - Chỉ số Barthel ≤ 60 (nhóm Trung bình, Yếu và Kém)
 - Không thể đi được 10 mét mà không cần dụng cụ hoặc người hỗ trợ
- ✧ Tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư [20]

Bệnh nhân được chẩn đoán là Thận âm hư phải có đủ 3 hội chứng sau đây và trong mỗi hội chứng phải có ít nhất 2 triệu chứng.

- Hội chứng thần kinh kích thích: nhức đầu, đầu choáng, mắt hoa, mất ngủ, bứt rứt, kinh hải, hồi hộp

- Hội chứng tăng quá trình dị hóa: nóng về đêm, mạch tế sác, lòng bàn tay chân nóng, mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, lưỡi ráo, lưỡi đỏ, khô miệng, táo bón, tiểu sền
- Hội chứng suy kém nuôi dưỡng: gầy yếu, đau lưng, răng lung lay.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân suy kiệt hoặc bị lở loét, viêm nhiễm nhiều.
- Những bệnh nhân đang dùng các thuốc trong phác đồ điều trị, hoặc bệnh nhân đã dùng nhưng thời gian ngưng thuốc chưa tới 15 ngày (Thuốc Tây trong phác đồ điều trị được xem là các thuốc có tác dụng tăng tuần hoàn não, thuốc Đông y trong phác đồ điều trị là Bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang, Lục vị hoặc các bài thuốc có tác dụng tương tự).

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2013 đến tháng 9/2019, tại Cơ sở YHCT Thiên Nam - Nha Trang, Cơ sở YHCT Ngô Hành - Nha Trang và Phòng khám đa khoa Nhân Đạo Kinh 7 - Kiên Giang.

2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu

2.4.1. Ước tính cỡ mẫu cho mục tiêu 1 (Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc, đánh giá trước sau)

Ước tính cỡ mẫu theo công thức: So sánh 2 tỉ lệ

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)})^2}{(p_1-p_2)^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu
- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: trị số Z của phân phối chuẩn cho xác suất $\frac{\alpha}{2}$
- $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$

- Z_{β} : trị số Z của phân phối chuẩn cho xác suất β
- $\beta = 0,1 \Rightarrow Z_{1-\beta} = 1,28$
- $\bar{p} = \frac{p_1+p_2}{2}$
- p_1 : tỉ lệ tốt khá trước điều trị trong các nghiên cứu trước, $p_1 = 0$ [19]
- p_2 : tỉ lệ đạt tốt khá sau điều trị của các nghiên cứu trước, $p_2 = 18,63\% \approx 0,19$ [19]

$\Rightarrow n = 48$ (người)

Cỡ mẫu được xác định: $n \geq 48$ (người)

2.4.2. Ước tính cỡ mẫu cho mục tiêu 2 (Thử nghiệm lâm sàng, mở, có nhóm chứng, phân bố ngẫu nhiên)

Ước tính cỡ mẫu theo công thức: So sánh 2 tỉ lệ

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)})^2}{(p_1-p_2)^2}$$

Trong đó:

- n : cỡ mẫu
- $Z_{\frac{\alpha}{2}}$: trị số Z của phân phối chuẩn cho xác suất $\frac{\alpha}{2}$
- $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$
- Z_{β} : trị số Z của phân phối chuẩn cho xác suất β
- $\beta = 0,1 \Rightarrow Z_{1-\beta} = 1,28$
- $\bar{p} = \frac{p_1+p_2}{2}$
- p_1 : tỉ lệ đáp ứng điều trị trong các nghiên cứu trước; $p_1 = 18,63\% \approx 0,19$ [19]
- p_2 : tỉ lệ đáp ứng điều trị mong muốn đạt được trong nghiên cứu này; $p_2 = 45\% = 0,45$

$\Rightarrow n = 74$ (người)

Cỡ mẫu được xác định: $n \geq 74$ (người) cho mỗi nhóm.

2.5. Xác định các biến số độc lập và phụ thuộc

- **Tuổi** : được tính bằng năm nghiên cứu – năm sinh, là biến số định tính có 3 giá trị: ≤ 50 tuổi, 51-70 tuổi và > 70 tuổi.

- **Giới tính**: là biến số định tính có 2 giá trị: nam và nữ.

- **Tăng huyết áp**: là biến số nhị giá, được phân loại theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y Tế năm 2010.

+ Có tăng huyết áp: khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc BN được chẩn đoán THA và hiện đang dùng thuốc hạ áp.

+ Không tăng huyết áp: huyết áp tâm thu < 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg.

- **Thiếu máu cơ tim**: là biến số nhị giá có 2 giá trị, có hoặc không có thiếu máu cơ tim dựa vào kết quả ECG.

- **Đái tháo đường**: là biến số nhị giá, được phân loại theo Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2010.

+ Có đái tháo đường BN được xác định có đái tháo đường là khi :

- HbA1c $\geq 6,5$ % hoặc
- Đường huyết đói ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l) hoặc
- Đường huyết sau 2 giờ làm test dung nạp glucose ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) hoặc
- Đường huyết ngẫu nhiên ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) kèm theo triệu chứng uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân không giải thích được hoặc
- Bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc đái tháo đường.

+ Không đái tháo đường: BN được xác định là không có đái tháo đường khi không có yếu tố nào kể trên.

- **Rối loạn lipid máu**: là biến số nhị giá, được xác định dựa theo đánh giá các mức độ rối loạn lipid máu NCEP ATP III năm 2001.

+ Có rối loạn lipid máu: một BN được xem là rối loạn lipid máu khi:

- LDL-Cholesterol ≥ 160 mg% (4,1 mmol/L) hoặc

- HDL-Cholesterol < 40 mg% (1 mmol/L) hoặc
 - Triglycerid \geq 200 mg% (2,2 mmol/L) hoặc
 - Cholesterol toàn phần \geq 240 mg% (6,2 mmol/L)
- + Không rối loạn lipid máu: BN được xác định là không có rối loạn lipid khi không có yếu tố nào kể trên.

- **Thời gian bị đột quỵ:** là thời gian từ khi đột quỵ đến lúc điều trị (xem bệnh án hoặc hỏi bệnh nhân và thân nhân).

+ 3- <6 tháng: khi BN có thời gian từ khi đột quỵ đến lúc điều trị từ đủ 3 tháng đến dưới 6 tháng.

+ 6-12 tháng: khi BN có thời gian từ khi đột quỵ đến lúc điều trị từ 6 tháng đến 12 tháng.

+ >12 tháng: khi BN có thời gian từ khi đột quỵ đến lúc điều trị trên 12 tháng.

- **Số lần đột quỵ:** là số lần bệnh nhân bị đột quỵ (xem bệnh án hoặc hỏi bệnh nhân và thân nhân)

+ Lần 1: khi BN bị đột quỵ lần đầu.

+ Lần 2: khi BN bị đột quỵ tái phát lần thứ 2

+ Lần 3: khi BN bị đột quỵ tái phát lần thứ 3

- **Tình trạng hôn mê lúc bị đột quỵ:** là biến số nhị giá (xem bệnh án hoặc hỏi bệnh nhân và thân nhân).

+ Có: khi BN không đáp ứng với kích thích lời nói và kích thích đau.

+ Không: BN đáp ứng với kích thích lời nói và kích thích đau.

- **Test khéo tay:** Test kiểm tra khả năng vận động của tay liệt, bằng cách đếm số vòng bệnh nhân bỏ được vào các cột trong một phút, không có bất kỳ sự trợ giúp nào (thực hiện với dụng cụ làm test khéo tay, xem hình 1). Bệnh nhân làm được Test khéo tay là bỏ được ít nhất từ 1 vòng trở lên.

- **Thời gian đi 10m** (có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ): Là thời gian bệnh nhân tự mình đi được 10m, không có bất kỳ sự hỗ trợ nào hoặc có sử dụng dụng cụ hỗ trợ như gậy, khung tập đi.

- **Nhức đầu:** là cơn đau khởi phát tại bất kỳ vị trí nào ở vùng đầu hay vùng cổ trên hoặc cảm giác đau nhức cả đầu (hỏi bệnh nhân).
- **Đầu choáng:** cảm giác chóng mặt, xoay tròn, mất thăng bằng, đi đứng không vững, muốn té ngã (khám và hỏi bệnh nhân).
- **Mất hoa:** là cảm giác xây xẩm, tối sầm mặt lại, xuất hiện khi thay đổi tư thế, ví dụ từ nằm chuyển sang ngồi, từ ngồi sang đứng dậy hoặc khom xuống rồi đứng thẳng lên... Triệu chứng này kéo dài vài giây đến vài phút (khám và hỏi bệnh nhân).
- **Mất ngủ:** khi có một trong các biểu hiện: khó vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ, dậy quá sớm, ngủ dậy vẫn cảm thấy mệt (hỏi bệnh nhân hoặc thân nhân).
- **Bứt rứt:** khi có một trong các cảm giác: cảm giác khó chịu trong da thịt, tay chân bứt rứt ngứa ngáy, bứt rứt sau lưng, day dứt, không yên lòng, trong lòng bứt rứt, nghĩ đến chuyện gì đó cảm thấy bứt rứt ân hận (hỏi bệnh nhân).
- **Kinh hãi:** là cảm giác kinh sợ, sợ hãi (hỏi bệnh nhân).
- **Hồi hộp:** là trạng thái tim đập dồn dập (hỏi bệnh nhân).
- **Nóng về đêm:** cảm giác nóng nực về ban đêm (hỏi bệnh nhân).
- **Mạch tế sắc:** bắt mạch, mạch đập nhỏ, mềm như sợi dây, mà đi nhanh 5-7 nhịp đập trong một hơi thở (trên 90 lần trong một phút).
- **Lòng bàn tay chân nóng:** bệnh nhân cảm thấy lòng bàn tay, bàn chân nóng hoặc khám thấy lòng bàn tay, bàn chân bệnh nhân nóng hơn những vùng khác trên cơ thể (khám và hỏi bệnh nhân).
- **Mồ hôi trộm:** còn gọi là Đạo hãn, là tình trạng ra mồ hôi ở đầu, cổ, lưng hay tay chân... khi đang ngủ (hỏi bệnh nhân và thân nhân).
- **Mặt má đỏ:** khám thấy mặt, má bệnh nhân đỏ, ửng hồng lên hơn so với những vùng khác, trông giống như đi ngoài trời nắng mới về.

- **Môi khô:** là cảm giác bệnh nhân thấy môi bị khô, đôi khi có nứt nẻ (khám và hỏi bệnh nhân).
- **Lưỡi đỏ:** khám thấy màu lưỡi đỏ rực hơn niêm mạc má, họng, lợi xung quanh.
- **Khô miệng:** là cảm giác có ít hoặc không có nước bọt trong miệng, cảm giác mọi thứ trong miệng như đặc quánh, khó nói, khó nuốt và có cảm giác khát nước (khám và hỏi bệnh nhân).
- **Lưỡi ráo:** là tình trạng trên bề mặt rêu lưỡi thiếu tân dịch, chất lưỡi khô ráo, hoặc lưỡi sáng bóng không rêu trông có vẻ khô cạn, sờ vào cảm giác khô ráp.
- **Táo bón:** là đi cầu ít hơn 3 lần trong 1 tuần, hoặc đi cầu phân cứng, phân khó đi (phải gắng sức rặn), hay là cảm giác còn phân trong ruột sau khi đi cầu (hỏi bệnh nhân).
- **Tiểu sền:** nước tiểu nóng, màu vàng (khám và hỏi bệnh nhân).
- **Gầy yếu:** khi có chỉ số BMI nhỏ hơn 18,5. Chỉ số BMI được tính theo công thức: Cân nặng (kg)/ chiều cao (m) x chiều cao (m).
- **Đau lưng:** đau vùng cột sống lưng, thắt lưng, hoặc đau dọc hai bên lưng, thắt lưng, đau lúc bệnh nhân cử động, xoay người, mang vác, đau khi đứng lâu ngồi lâu hoặc ngay cả lúc nằm yên (khám và hỏi bệnh nhân).
- **Răng lung lay:** bệnh nhân có một hoặc nhiều chiếc răng bị lung lay (khám hoặc hỏi bệnh nhân).

2.6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

2.6.1. Phân nhóm và phân ngẫu nhiên (sử dụng cho mục tiêu 2)

Việc phân ngẫu nhiên được tiến hành trong thiết kế thử nghiệm lâm sàng cho mục tiêu 2 của nghiên cứu.

2.6.1.1. Phân nhóm

Những bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ được phân vào 2 nhóm:

- Nhóm 1: 76 bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư được điều trị bằng Châm cứu cải tiến, tập VLTL, kết hợp với chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ.
- Nhóm 2: 76 bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư được điều trị bằng Châm cứu cải tiến, tập VLTL, kết hợp với chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ và chế phẩm Lục vị.

2.6.1.2. Phân ngẫu nhiên

Phương pháp phân ngẫu nhiên đơn được sử dụng. 152 số được ghi sẵn từ 1 đến 152 và bỏ vào hộp kín. Các bệnh nhân sẽ bốc thăm ngẫu nhiên, những bệnh nhân bốc thăm số lẻ được xếp vào nhóm 1, những bệnh nhân bốc thăm số chẵn được xếp vào nhóm 2. Các thăm sau khi được bốc sẽ được loại ra hẳn khỏi hộp kín.

2.6.2. Phương pháp can thiệp

Phác đồ điều trị phối hợp gồm Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và các chế phẩm thuốc Y học cổ truyền như sau:

- Mục tiêu 1: Tất cả 152 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập VLTL và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ.
- Mục tiêu 2: Nhóm 1 có 76 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập VLTL và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ. Nhóm 2 có 76 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập VLTL, chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ và chế phẩm Lục vị.

2.6.2.1. Điều trị bằng Châm cứu cải tiến

✧ *Công thức huyết dựa vào:*

- Loại cơ nào hiện đang yếu liệt (bằng cách khám lực cơ chọn lọc, dựa theo bảng Các thử nghiệm đánh giá lực cơ – xem phụ lục 2).



Hình 2.1: Dụng cụ đo và kiểm tra lực cơ

- Từ việc xác định loại cơ nào đang yếu liệt mà quyết định chọn huyết (dựa vào bảng Các thử nghiệm đánh giá lực cơ – xem phụ lục 2).

- Các huyết được chọn có đặc điểm:

+ Đây là huyết trên tất cả các đường kinh ở vùng bị bệnh (Y học cổ truyền)

+ Nhưng nằm ở hai đầu nguyên ủy và bám tận của cơ (để có thể kích thích cơ tốt hơn)

✧ **Kỹ thuật châm:** Dựa vào kiến thức Y học hiện đại

Sử dụng điện châm, máy Thera-Pulse PB3, tần số từ 4Hz - 50Hz, cường độ từ 2-10mA. Độ nông sâu từ 0,5 – 1,5 thốn, ngoại trừ Kiên Ngung (2-3 thốn) và Trật biên (3-5 thốn) tùy theo vị trí của huyết. Châm thay đổi các huyết ở trên (không quá 20 cây/ một lần châm). Thời gian lưu kim là 20 phút, trong đó 10 phút đầu với tần số thấp (4Hz), cường độ cao (kích thích cơ cơ); 10 phút sau với tần số cao (50Hz), cường độ nhẹ (xoa bóp cơ). Mỗi ngày châm một lần, mỗi đợt điều trị là 10 ngày. Thời gian theo dõi và điều trị liên tục 40 ngày.

2.6.2.2. Điều trị vật lý trị liệu

Nếu bệnh nhân chưa chủ động vận động được tay chân, bệnh nhân cần được xoa bóp cơ và tập thụ động tất cả các khớp bên liệt để chống cứng khớp. Tập nhẹ nhàng, đều đặn để tránh làm tổn thương khớp của bệnh nhân. Tùy vào tình trạng và sức

khoẻ của bệnh nhân hiện tại mà chúng ta chọn một số hoặc tất cả các động tác sau đây để tập cho bệnh nhân (Mỗi ngày tập 1 lần, mỗi lần tập 45 phút, mỗi động tác khoảng 3-5 lần).

❖ ***Tập ở tư thế nằm***

- Tập lăn nghiêng sang bên liệt
- Tập lăn nghiêng sang bên lành
- Tập vận động vai tay (tay lành đỡ tay liệt).
- Tập dồn trọng lượng lên chân liệt
- Tự kiểm soát chân qua tầm vận động
- Tự đặt chân ở những tư thế và vị trí khác nhau
- Ưc chế duỗi khớp gối với khớp háng ở tư thế duỗi
- Chủ động kiểm soát vận động khớp háng
- Duỗi khớp gối chọn lọc
- Kích thích gập chủ động của bàn và các ngón chân
- Vận động vai tay ở tư thế nằm ngửa

❖ ***Tập vận động ở tư thế ngồi***

- Vận động riêng biệt duỗi và gập của hông
- Vận động chân liệt tạo thuận bất chéo qua chân lành
- Giậm gót chân lên sàn nhà
- Dồn trọng lượng với tập duỗi chọn lọc
- Tái rèn luyện phản xạ thăng bằng:
 - + Ngồi nghiêng người sang phía bên cho tới khi chống khuỷu tay xuống mặt giường.
 - + Dồn trọng lượng lần lượt sang phía bên
 - + Dồn trọng lượng sang phía chân ở dưới
- Kích thích phản xạ của đầu và thân mình bằng cách:
 - + Nghiêng 2 gối đã gập sang phía bên
 - + Cúi người về phía trước, 2 tay vịn xuống sàn nhà
 - + Hai tay cài vào nhau vươn người về phía trước

❖ ***Vận động ở tư thế đứng để tập dồn trọng lượng lên chân***

- Vận động tăng cường duỗi và xoay ngoài khớp háng
- Duy trì các ngón chân về phía mu bằng cách để bệnh nhân đứng, dùng cuộn băng đặt phía dưới các ngón chân
- Đứng lên bằng chân
- Bước lên bậc thang phía trước với chân liệt làm trụ
- Bệnh nhân đứng dồn trọng lượng lên chân liệt sau đó bước chân lành ra phía trước, ra phía sau, ra phía bên
- Bệnh nhân đứng bằng chân liệt, bước chân lành lên bậc thang phía trước

❖ ***Vận động ở tư thế đứng để tập dồn trọng lượng lên 2 chân***

- Hai gối gấp chuyển trọng lượng lần lượt sang hai bên
- Hai tay cài vào nhau đẩy bóng ra phía trước

❖ ***Vận động ở tư thế đứng để tập dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân***

- Bước lên cầu thang
- Bước xuống cầu thang

❖ ***Phòng ngừa co rút***

- Phòng ngừa co rút khớp vai
- Phòng ngừa khuỷu tay, cổ tay và ngón tay bị co rút
- Phòng ngừa co cứng chân ở tư thế duỗi
- Phòng ngừa co rút gân gót và gấp ngón chân

Ngoài ra, đối với các bệnh nhân có khả năng vận động được tay, chân có thể tập đi với dụng cụ hỗ trợ, tập bóp bóng, bóp lò xo, kéo tạ, đạp xe, hoặc sử dụng dụng cụ bỏ lỗ, xếp hình...

2.6.2.3. Điều trị bằng chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ

Sử dụng chế phẩm “LDTN” được bào chế dựa trên công thức cổ phương bài Bổ dương hoàn ngũ thang trong Y Lâm Cải Thác.

- Số đăng ký lưu hành: V371-H12-10 (Do Cục Quản lý dược – Bộ Y tế cấp)
- Quy cách đóng gói: Hộp 1 chai 70 gam (280 viên), viên hoàn cứng

- Thành phần cho mỗi chai (cao khô và bột dược liệu): Huỳnh kỳ 12g, Đương quy 11g, Xuyên khung 9g, Xích thược 9g, Hồng hoa 7g, Đào nhân 7g, Địa long 3,5g
- Chỉ định: chứng liệt nửa người, tai biến do viêm tắc mạch máu não, cảm giác tê bì tứ chi, liệt tứ chi. Méo miệng, liệt mí mắt, liệt mặt, thất ngôn. Thiếu máu cơ tim và đau thắt ngực.
- Chống chỉ định: Không dùng cho phụ nữ có thai
- Liều dùng: Mỗi lần uống 15 viên, ngày 3 lần

2.6.2.4. Điều trị bằng chế phẩm Lục vị

Sử dụng chế phẩm “LVN” được bào chế theo công thức cổ phương của bài “Lục vị địa hoàng”.

- Số đăng ký lưu hành: VND-1851-04 (Do Cục Quản lý dược – Bộ Y tế cấp)
- Quy cách đóng gói: Hộp một chai 60 viên nang
- Công thức cho mỗi viên nang: Thục địa 240 mg, Hoài Sơn 120 mg, Sơn thù 90 mg, Mẫu đơn bì 90 mg, Trạch tả 90 mg, Phục linh 90 mg.
- Chỉ định: Các trường hợp thận âm hư biểu hiện qua các triệu chứng: chóng mặt, ù tai, đau lưng, môi gôi, mồ hôi trộm, sốt lao phổi, di mộng tinh, đái tháo đường.
- Chống chỉ định: Người đang bị rối loạn tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy), người mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc, không dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú.
- Liều dùng: Mỗi lần uống 2 viên, ngày 3 lần.

2.6.3. Ngưng điều trị nếu

- Phát hiện tiêu chuẩn loại trừ
- Bệnh nhân từ chối không tiếp tục điều trị
- Diễn tiến xấu nặng hơn

2.6.4. Tiêu chuẩn theo dõi và đánh giá

Việc theo dõi và đánh giá khả năng phục hồi vận động được ghi nhận sau mỗi liệu trình điều trị (10 ngày) và liên tục 4 liệu trình (20, 30 và 40 ngày). Các chỉ tiêu theo dõi gồm:

- Thang điểm Barthel: đánh giá sự phục hồi vận động chung các chức năng (phụ lục 1).
- Test khéo tay: đánh giá chức năng vận động chi trên (phụ lục 1).
- Test “Thời gian bệnh nhân bước đi 10m”: đánh giá chức năng vận động chi dưới (phụ lục 1).
- Theo dõi diễn tiến các triệu chứng của Thận âm hư (phụ lục 1).
- Theo dõi sự cải thiện tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn mỗi ngày (mạch, nhiệt độ và huyết áp)
- Những sự cố y khoa và tác dụng không mong muốn của thuốc (nếu có)

2.6.4.1. Đánh giá phục hồi vận động theo thang điểm Barthel

Đánh giá sự phục hồi chức năng vận động dựa theo thang điểm 10 chức năng Barthel trên cơ sở từ phụ thuộc hoàn toàn đến độc lập. Nếu hành vi của bệnh nhân là dưới mức mô tả: điểm sẽ là 0; sự chấp nhận toàn bộ là bất kỳ một hoạt động nào của bệnh nhân (thuộc bảng sau đây) đều không cần đến sự giúp đỡ tối thiểu hoặc giám sát: điểm sẽ là 100.

Đánh giá theo thang điểm 10 chỉ số Barthel [29]

**** Sự nuôi dưỡng (ăn)***

10 điểm: độc lập. Bệnh nhân có thể tự ăn một bữa ăn từ một khay đựng hoặc bàn ăn khi thức ăn được đặt trong tầm với của tay. Bệnh nhân phải có kế hoạch trợ giúp (nếu cần), cắt nhỏ thức ăn, dùng muối và hạt tiêu, phết bơ,... Bệnh nhân phải hoàn thành công việc này trong một thời gian hợp lý.

5 điểm: Một vài sự trợ giúp là cần thiết (cắt thực phẩm...), như các mục ở trên.

*** Tự tắm**

5 điểm: Bệnh nhân có thể dùng bồn tắm hoặc đài sen hoặc kỳ cọ bằng miếng bọt biển. Bệnh nhân phải có khả năng làm tất cả các bước liên quan trong bất cứ phương pháp nào được dùng mà không có sự trợ giúp của các cá nhân khác.

*** Vệ sinh cá nhân (đầu mặt)**

5 điểm: Bệnh nhân có thể rửa tay và mặt, chải tóc, đánh răng và cạo râu. Bệnh nhân có thể dùng bất cứ loại bàn cạo nào nhưng phải đặt sẵn dao cạo ở trong hoặc ấn nút bàn cạo không cần trợ giúp hoặc lấy bàn cạo từ ngăn kéo hoặc ngăn tủ. Bệnh nhân nữ phải tự trang điểm nếu dùng, nhưng không cần bờm hoặc kiểu tóc.

*** Mặc và cởi quần áo**

10 điểm: Bệnh nhân có khả năng mặc, cởi bỏ và buộc tất cả quần áo và giày (trừ khi cần thiết dùng cho thích hợp). Các hoạt động bao gồm sự mang, tháo bỏ và thắt buộc áo trong hoặc dây đeo khi chúng được mô tả. Đặc biệt là y phục như các dây đeo quần, dây giày hoặc mặc chúng mở ở phía trước có thể dùng khi cần thiết.

5 điểm: Bệnh nhân cần được trợ giúp khi mặc, cởi bỏ hoặc buộc bất kỳ quần áo nào. Bệnh nhân phải làm ít nhất một nửa công việc. Bệnh nhân phải hoàn thành những điều này trong thời gian thích hợp (phụ nữ không cần ghì khi dùng nịt vú hoặc đai lưng trừ khi các bộ y phục này được mô tả).

*** Sự tiết chế của ruột (đại tiện)**

10 điểm: Bệnh nhân có khả năng kiểm soát được ruột và không có tai biến. Bệnh nhân có thể dùng nút đạn hoặc thắt tháo khi cần thiết (như cho bệnh nhân bị tổn thương tủy mà họ có liệt ruột).

5 điểm: Bệnh nhân cần sự trợ giúp trong khi dùng thuốc đạn hoặc thắt tháo hoặc đôi khi có các tai biến.

*** Kiểm soát bàng quang (tiểu tiện)**

10 điểm: Bệnh nhân có khả năng kiểm soát bàng quang ngày và đêm. Các bệnh nhân với tổn thương tủy sống mà họ mang thiết bị bên ngoài và bao chân phải đặt chúng riêng biệt túi xách và không chứa đựng gì bên trong và khô ráo cả ngày và đêm.

5 điểm: Bệnh nhân đôi khi có tai biến hoặc không thể chờ bô, hoặc cần trợ giúp với trang thiết bị bên ngoài.

Điểm 0 được cho trong tất cả các hoạt động trên khi bệnh nhân không thể đáp ứng các tiêu chuẩn như đã được xác định ở trên.

*** *Đi vệ sinh (sử dụng Toilet)***

10 điểm: Bệnh nhân có khả năng đi vệ sinh và hoàn thành công việc này, cài và mở quần áo, không làm bẩn quần áo, dùng giấy vệ sinh không cần sự giúp đỡ. Bệnh nhân có thể dùng tường hoặc các vật chắc chắn khác để trợ giúp nếu cần thiết. Nếu cần dùng bô vệ sinh để thay thế khi đi vệ sinh, bệnh nhân phải có khả năng để bô ở vị trí của ghế, bô phải sạch và không chứa đựng gì.

5 điểm: Bệnh nhân cần trợ giúp bởi do không thăng bằng hoặc cần trợ giúp khi mặc quần áo hoặc dùng giấy vệ sinh.

*** *Chuyển dịch từ xe lăn tới giường và ngược lại (dịch chuyển)***

15 điểm: Không phụ thuộc trong tất cả các giai đoạn của giai đoạn này. Bệnh nhân có thể chuyển dịch an toàn từ xe lăn sang giường, nâng cái để chân, chuyển dịch tới giường, nằm xuống ngồi ở mép giường, thay đổi vị trí của xe lăn và ngược lại từ giường tới xe lăn.

10 điểm: Một vài sự trợ giúp tối thiểu là cần thiết trong một số bước của hoạt động này hoặc bệnh nhân cần phải nhớ hoặc được theo dõi đảm bảo an toàn cho các phần hoạt động này.

5 điểm: Bệnh nhân có thể ngồi không cần sự trợ giúp của một thành viên thứ hai nhưng cần để nâng dậy từ giường, hoặc cần một sự trợ giúp để dịch chuyển.

*** Đi bộ trên một diện tích (di chuyển trên mặt bằng)**

15 điểm: Bệnh nhân có thể đi bộ ít nhất 50 yd (45,7m) không có sự trợ giúp hoặc sự giám sát nào. Bệnh nhân có thể mang vật chống đỡ hoặc bộ phận giả và dùng gậy hoặc nạng, nhưng không đi lắc lư. Bệnh nhân phải có khả năng khóa hoặc mở khóa các vật chống đỡ nếu dùng, đảm đương được tư thế đứng và ngồi xuống, giúp đặt cơ chế cần thiết vào tư thế để dùng và ép đặt chúng khi ngồi (đeo và tháo bỏ trợ chống được ghi dưới dạng “dressing”).

10 điểm: Bệnh nhân cần sự trợ giúp hoặc sự giám sát trong bất kỳ các điểm trên nhưng có thể đi bộ ít nhất là 50 yd (45,7m). 5 điểm: Bệnh nhân không thể đi lại được nhưng có thể đẩy một xe lăn độc lập. Bệnh nhân phải có khả năng đi xung quanh các góc, vòng tròn thao tác từ ghế tới bàn, giường, vệ sinh... Bệnh nhân phải có khả năng đẩy một chiếc ghế ít nhất là 50yd (45,7m). (không ghi điểm này nếu bệnh nhân nhận điểm cho đi bộ).

*** Lên và xuống cầu thang**

10 điểm: Bệnh nhân có khả năng đi lên và xuống cầu thang an toàn mà không có sự trợ giúp hoặc giám sát. Bệnh nhân có thể dùng tay vịn, gậy, hoặc nạng khi cần. Bệnh nhân phải có khả năng mang gậy hoặc nạng để lên hoặc xuống cầu thang.

5 điểm: Bệnh nhân cần sự trợ giúp có hoặc không có sự giám sát của bất kỳ các điểm trên nào

Bảng 2.1: Chia độ và xếp loại theo điểm Barthel

Chia độ	I	II	III	IV	V
Điểm Barthel	85-100	65-80	45-60	25-40	≤ 20
Xếp loại	TỐT	KHÁ	TB	YẾU	KÉM

2.6.4.2. Đánh giá phục hồi chức năng vận động của tay liệt

Sau mỗi liệu trình 10 ngày, đánh giá sự phục hồi chức năng vận động của tay liệt bằng cách hướng dẫn và cho bệnh nhân thực hiện Test kéo tay với dụng cụ (hình 1). Nếu bệnh nhân thực hiện được Test kéo tay, ghi chép số vòng bỏ được trong 1 phút vào **Bảng theo dõi Test kéo tay** (xem phụ lục 1).



Hình 2.2: Dụng cụ làm Test kéo tay

2.6.4.3. Đánh giá phục hồi chức năng vận động của chân liệt

Sau mỗi liệu trình 10 ngày, đánh giá sự phục hồi chức năng vận động của chân liệt bằng cách theo dõi thời gian bệnh nhân đi được 10m có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ, rồi ghi chép thời gian (giây) vào bảng theo dõi (xem phụ lục 1).

2.6.4.4. Đánh giá sự thuyên giảm của bệnh cảnh Thận âm hư

- Kiểm tra chỉ số BMI (đo chiều cao và cân nặng) để xác định bệnh nhân có gầy hay không. Chỉ số BMI được tính theo công thức: $\text{Cân nặng (kg)} / \text{Chiều cao (m)} \times \text{Chiều cao (m)}$. Bệnh nhân được chẩn đoán là gầy khi $\text{BMI} < 18,5$.
- Sau mỗi liệu trình, đánh giá lại sự cải thiện hoặc xuất hiện các triệu chứng của bệnh cảnh Thận âm hư và ghi nhận vào Bảng theo dõi sự thuyên giảm và xuất hiện các triệu chứng của Thận âm hư (xem phụ lục 1).

- Đánh giá sự thay đổi tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư và Bảng theo dõi sự thuyên giảm và xuất hiện các triệu chứng của Thận âm hư.

2.6.4.5. Những sự cố y khoa và tác dụng không mong muốn của thuốc

Trong quá trình điều trị, một số tai biến khi châm cứu hoặc những tác dụng không mong muốn của thuốc có thể xảy ra và cách xử lý như sau:

- **Vượng châm** (vượng chân, say kim, choáng): đây là một tai biến khá nguy hiểm xảy ra nhanh, không chừa một ai và bất cứ lúc nào. Nếu bị nhẹ thì biểu hiện mặt tái nhợt, vã mồ hôi, hoa mắt, chóng mặt, bồn chồn và có thể buồn nôn. Nếu nặng thì dẫn đến ngất, vã mồ hôi, tay chân lạnh, mạch tế sắc...Xử lý bằng cách rút kim ra nhanh, cho bệnh nhân nằm đầu thấp và có thể uống một ly nước trà đường. Nếu nặng thì day bấm thêm huyệt Nhân trung, Hợp cốc. Có thể trích nặn máu 10 đầu ngón tay (nhóm huyết Thập tuyền) hoặc cứu Khí hải, Quan nguyên, Dũng tuyền, đồng thời theo dõi mạch và huyết áp. Nếu bệnh nhân không đỡ mà diễn tiến nặng hơn thì cần phải được can thiệp và xử trí bằng YHHĐ.

- **Kim bị vít chặt không rút ra được**: ấn nắn, xoa bóp nhẹ nhàng xung quanh chỗ châm để làm giãn cơ, hoặc vê nhẹ kim rồi rút ra từ từ.

- **Gãy kim**: giữ nguyên tư thế người bệnh khi kim gãy, nếu đầu kim gãy thò lên mặt da thì rút ra dễ dàng. Nếu đầu kim gãy sát mặt da thì dùng 2 ngón tay ấn mạnh hai bên kim để đầu kim ló lên, sau đó dùng kẹp rút ra. Nếu đầu kim gãy lút sâu vào trong da thì phải mời ngoại khoa để can thiệp.

- **Rút kim gây chảy máu hoặc tụ máu dưới da**: đây là trường hợp kim châm trúng mạch máu, xử trí bằng cách dùng bông vô trùng chặn lên lỗ kim và day nhẹ. Trường hợp máu tụ dưới da gây sưng nề phải giải thích cho bệnh nhân biết để bệnh nhân khỏi lo lắng.

- **Châm trúng dây thần kinh:** thường có cảm giác tê như điện giật theo đường thần kinh. Khi gặp tình huống này phải rút kim ra ngay và xử trí tương tự như châm kim trúng mạch máu.

- **Đau cơ do tập VLTL:** khi có dấu hiệu đau cơ do tập VLTL, cần điều chỉnh lại mức độ mạnh nhẹ, tần số và thời gian tập cho phù hợp.

- **Tiêu chảy:** là tình trạng đi ngoài phân lỏng từ 3 lần trở lên mỗi ngày. Cần kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, mức độ mất nước và tìm hiểu rõ nguyên nhân gây tiêu chảy để có cách xử lý kịp thời và phù hợp. Nếu cần thiết phải cho bệnh nhân sử dụng thuốc chống tiêu chảy và ngưng sử dụng chế phẩm Lục vị.

- **Đầy bụng:** là tình trạng bụng phình to, căng cứng, cảm giác chướng đầy hơi hoặc óc ách như đầy nước, gây khó chịu ngay cả khi không ăn. Cần khám kiểm tra và siêu âm bụng để tìm hiểu rõ nguyên nhân. Nếu cần thiết phải cho bệnh nhân sử dụng thuốc chống đầy bụng và ngưng sử dụng chế phẩm Lục vị.

2.7. Quy trình nghiên cứu

Đề tài được thực hiện bởi 8 y, bác sỹ, lương y chuyên khoa YHCT và 4 bác sỹ, kỹ thuật viên VLTL. Cơ sở chẩn trị YHCT Ngô Hành do 1 bác sỹ, 1 lương y và 1 kỹ thuật viên phụ trách, Cơ sở chẩn trị YHCT Thiên Nam do 1 bác sỹ và 1 kỹ thuật viên phụ trách, Phòng khám đa khoa Nhân Đạo Kinh 7 do 3 bác sỹ, 2 y sỹ và 2 kỹ thuật viên phụ trách. Quản lý chung do 1 ThS.BS chuyên khoa YHCT phụ trách. Tất cả đều được huấn luyện thuần thục các kỹ năng chữa trị và theo dõi bệnh nhân theo đúng đề tài nghiên cứu và hoàn toàn giống nhau tại các trung tâm.

Quy trình huấn luyện

Tất cả các cộng tác viên tham gia thực hiện đề tài nghiên cứu đều được huấn luyện tập trung 2 đợt, cả 2 đợt đều do bác sỹ phụ trách đề tài hướng dẫn và được sử dụng chung 1 tài liệu, các quy trình từ thăm khám, chọn bệnh, phân nhóm, theo dõi, điều trị, ghi chép và lưu trữ hồ sơ nghiên cứu hoàn toàn giống nhau và theo một mẫu thống nhất.

Đợt 1: Huấn luyện tại thành phố Nha Trang, thời gian 8 ngày: 2 ngày đầu, hướng dẫn lý thuyết, 3 ngày tiếp theo hướng dẫn thực hành tại Cơ sở YHCT Thiên Nam và 3 ngày cuối cùng hướng dẫn thực hành tại Cơ sở YHCT Ngô Hành.

Đợt 2: Huấn luyện tại Kinh 7- Kiên Giang, thời gian 4 ngày: ngày đầu ôn lại lý thuyết, 3 ngày tiếp theo hướng dẫn thực hành tại Phòng khám đa khoa nhân đạo Kinh 7.

Phân công cụ thể cho các y, bác sỹ, kỹ thuật viên tham gia nghiên cứu:

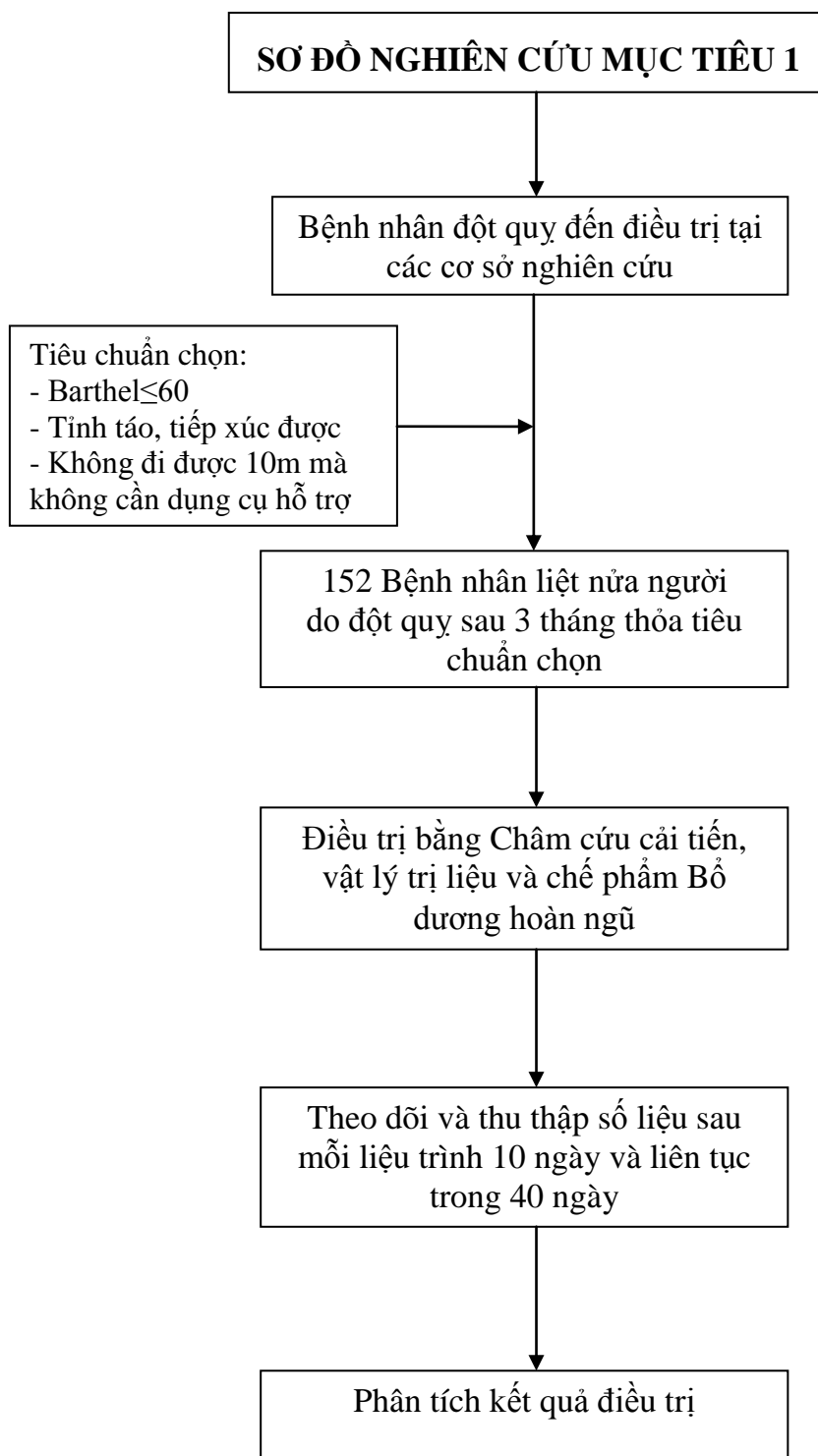
- Bác sỹ chuyên khoa YHCT: khám và nhận bệnh theo đúng tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ; cho những bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư bốc thăm và phân ngẫu nhiên và nhóm 1 hoặc nhóm 2; cho y lệnh ban đầu, khám lại và cho y lệnh sau mỗi liệu trình điều trị (10 ngày); báo cáo thường xuyên cho Quản lý đề tài mỗi khi có bệnh nhân mới tham gia nghiên cứu và báo cáo định kỳ sau mỗi liệu trình điều trị.

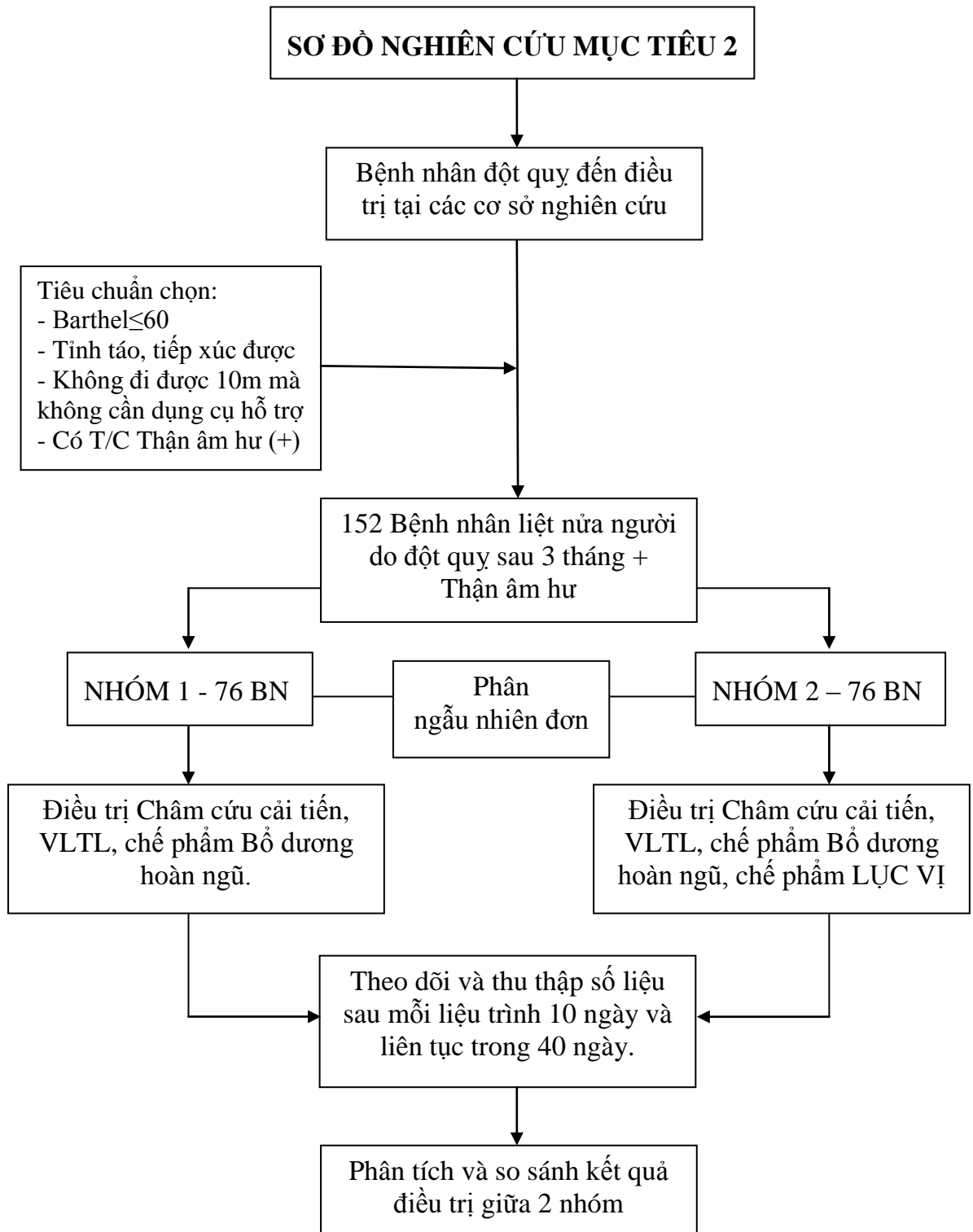
- Bác sỹ, y sỹ, lương y chuyên khoa YHCT: thực hiện Châm cứu cải tiến, hướng dẫn và theo dõi bệnh nhân sử dụng thuốc theo y lệnh.

- Bác sỹ, kỹ thuật viên vật lý trị liệu: thực hiện các bài tập VLTL cho bệnh nhân theo y lệnh. Tham gia đánh giá tình trạng vận động ban đầu của bệnh nhân, đánh giá phục hồi vận động sau mỗi liệu trình (10 ngày).

- Thạc sỹ, bác sỹ chuyên khoa YHCT phụ trách chung: Huấn luyện, đào tạo, kiểm tra và theo dõi tất cả các y, bác sỹ tham gia nghiên cứu. Tư vấn và giải thích cho bệnh nhân khi cần thiết, xử lý các tình huống. Thu thập báo cáo, thu thập và xử lý số liệu.

- Vai trò của tác giả tại các trung tâm: Nhân viên Cơ sở YHCT Thiên Nam – Nha Trang, cố vấn Cơ sở YHCT Ngô Hành – Nha Trang, hỗ trợ đào tạo nhân viên cho Phòng khám đa khoa Nhân đạo Kinh 7 – Kiên Giang.





2.8. Phương pháp phân tích dữ liệu

Phần mềm STATA14 được sử dụng để phân tích kết quả.

- Trong phần nghiên cứu so sánh kết quả giữa nhóm 1 và nhóm 2, phương pháp thống kê áp dụng là các kiểm định chi bình phương, kiểm định Fisher, kiểm định t với phương sai bằng nhau hoặc phương sai không bằng nhau.
- Trong phần nghiên cứu kết quả trước và sau 10 ngày, 20 ngày, 30 ngày, 40 ngày điều trị, phương pháp thống kê áp dụng cho những phần này là phép kiểm định t bất cặp so sánh trung bình và độ lệch chuẩn, kiểm định z so sánh sự khác biệt tỉ lệ trước và sau điều trị.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu này được tiến hành trên cơ sở của những vấn đề khoa học và đạo đức sau đây:

- Đã có nhiều công trình nghiên cứu trước đây [17], [21], [30]... ghi nhận phương pháp Châm cứu cải tiến có phục hồi được di chứng vận động sau đột quỵ đồng đều hơn và tốt hơn so với phương pháp châm cứu cổ điển và không gây bất kỳ tác dụng phụ khó chịu nào cho bệnh nhân.
- Chế phẩm “LDTN” có tác dụng trị chứng liệt nửa người do đột quỵ đã được Bộ Y Tế cấp phép sản xuất và lưu hành. Số đăng ký: V371-H12-10.
- Chế phẩm “LVN” có tác dụng trị chứng Thận âm hư, được Bộ Y Tế cấp phép sản xuất và lưu hành. Số đăng ký: VND-1851-04.
- Được sự chấp thuận của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân tham gia nghiên cứu thông qua bản thông tin và ký đồng thuận trước khi áp dụng điều trị.
- Nghiên cứu đã được chấp thuận và thông qua Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, theo quyết định số 412/ĐHYD-HĐĐĐ.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2013 – 9/2019 tại Cơ sở chẩn trị YHCT Thiên Nam – Nha Trang, Cơ sở YHCT Ngô Hành – Nha Trang và Phòng khám đa khoa Nhân Đạo Kinh 7 - Kiên Giang. Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 228; 136 nam và 92 nữ, độ tuổi từ 31 đến 83. Được thiết kế theo 2 mục tiêu khác nhau.

3.1. Mục tiêu 1 - Hiệu quả phục hồi vận động của phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ

3.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân là 152; 90 nam và 62 nữ, độ tuổi từ 31 đến 83, được điều trị và theo dõi 4 liệu trình (40 ngày). Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập VLTL, chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ.

3.1.1.1. Đặc điểm nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi	n=152	
	N	%
≤50 tuổi	38	25,00
51-70 tuổi	97	63,82
>70 tuổi	17	11,18

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của 152 đối tượng nghiên cứu là $58,2 \pm 10,3$; nhỏ nhất là 31 và lớn nhất là 83, tập trung nhiều nhất là ở độ tuổi 51-70 (chiếm 63,82%).

3.1.1.2. Đặc điểm giới tính của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.2: Đặc điểm giới tính của mẫu nghiên cứu

Giới tính	n=152	
	N	%
Nữ	62	40,79
Nam	90	59,21

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, nam chiếm 59,21% và ở nữ là 40,79%.

3.1.1.3. Đặc điểm hôn mê của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.3: Đặc điểm hôn mê của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm hôn mê	n=152	
	N	%
Không	107	70,39
Có	45	29,61

Nhận xét: số bệnh nhân không bị hôn mê chiếm 70,39% và hôn mê chiếm 29,61%.

3.1.1.4. Thời gian bị đột quy của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.4: Thời gian bị đột quy của mẫu nghiên cứu

Thời gian bị đột quy	n=152	
	N	%
3-<6 tháng	96	63,16
6-12 tháng	30	19,74
>12 tháng	26	17,11

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều có thời gian bị đột quy từ 3 tháng trở lên. Trong đó phần lớn có thời gian bị đột quy từ 3 đến <6 tháng (chiếm 63,16%). Có 17,11% bệnh nhân đã bị liệt trên 1 năm.

3.1.1.5. Số lần bị đột quy của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.5: Số lần bị đột quy của mẫu nghiên cứu

Số lần bị đột quy	n=152	
	N	%
Lần 1	128	84,21
Lần 2	23	15,13
Lần 3	1	0,66

Nhận xét: phần lớn các bệnh nhân bị tai biến lần đầu (84,21%), chỉ một số ít bệnh nhân bị tai biến lần 2 (15,13%) và lần 3 (0,66%). Tỷ lệ bệnh nhân tái phát đột quy lần 2 và 3 là 15,79%.

3.1.1.6. Đặc điểm bệnh kèm theo của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.6: Bệnh kèm theo của mẫu nghiên cứu

Bệnh kèm theo	n=152	
	N	%
<i>Không bệnh kèm theo</i>	27	17,8
<i>Có bệnh kèm theo</i>	125	82,2
Tăng huyết áp	115	92,0
Đái tháo đường	28	22,4
RL lipid máu	42	33,6
TMCT	8	6,4

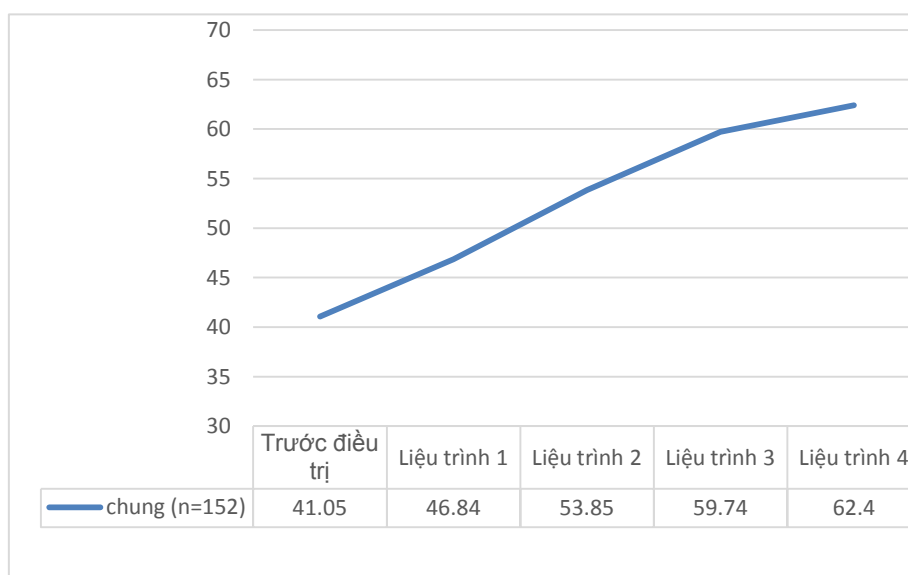
Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân có bệnh kèm theo (82,2%), trong đó bệnh lý gặp nhiều nhất là tăng huyết áp chiếm 92%, tiếp theo là các bệnh lý rối loạn lipid máu chiếm 33,6%, đái tháo đường chiếm 22,4% và thấp nhất là thiếu máu cơ tim chỉ chiếm 6,4%..

3.1.2. Kết quả điều trị phục hồi vận động của phác đồ phối hợp Chăm sóc cải tiến, tập VLTL và chế phẩm Bổ dưỡng hoàn ngữ

3.1.2.1. Hiệu quả phục hồi vận động toàn thân dựa vào chỉ số Barthel

Bảng 3.7: Hiệu quả phục hồi vận động toàn thân dựa vào chỉ số Barthel

Chỉ số Barthel	N=152	
	TB	ĐLC
Trước điều trị	41,05	13,04
Liệu trình 1	46,84	14,67
Liệu trình 2	53,85	16,1
Liệu trình 3	59,74	17,73
Liệu trình 4	62,40	18,16
Gía trị p	<0,001*	
TB: Trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn		
*Kiểm định t bất cặp so sánh chỉ số Barthel trước và sau điều trị		



Biểu đồ 3.1: Chỉ số Barthel trước và sau điều trị

Nhận xét: Sau 40 ngày điều trị, tình trạng vận động toàn thân của các bệnh nhân được cải thiện rõ rệt. Chỉ số Barthel tăng từ $41,05 \pm 13,04$ lên $62,4 \pm 18,16$. Sự khác biệt về chỉ số Barthel trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.8: Hiệu quả điều trị dựa vào tỉ lệ tốt và khá theo xếp loại Barthel

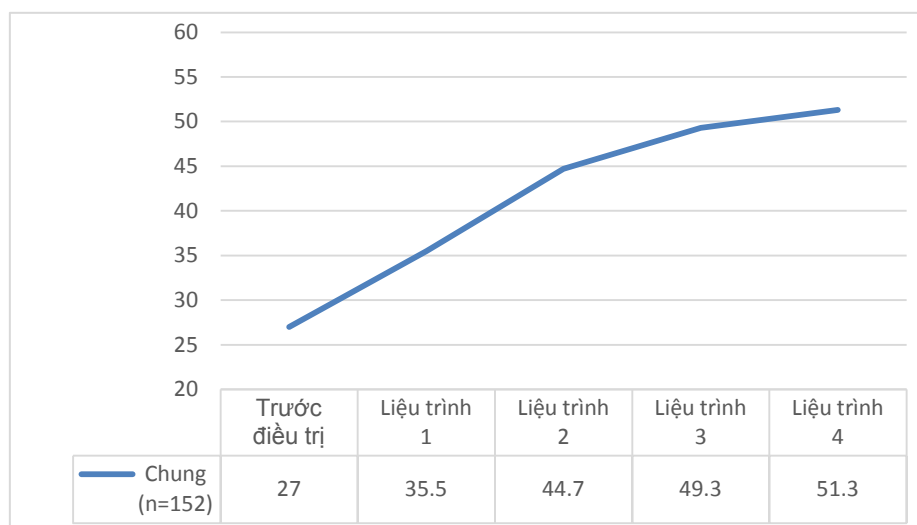
Xếp loại Barthel	Đạt (Tốt + Khá)		Không đạt (TB, Yếu, Kém)	
	N	%	N	%
Trước điều trị	0	0	152	100
Liệu trình 1	21	13,8	131	86,2
Liệu trình 2	47	30,9	105	69,1
Liệu trình 3	64	42,1	88	57,9
Liệu trình 4	72	47,4	80	52,6

Nhận xét: Trước điều trị, tất cả 152 bệnh nhân đều có chỉ số Barthel nhỏ hơn hoặc bằng 60 (xếp loại Trung bình, Yếu và Kém). Sau 40 ngày điều trị, số bệnh nhân đạt Khá + Tốt theo xếp loại Barthel tăng lên 72 người (47,4%).

3.1.2.2. Hiệu quả phục hồi chức năng vận động tay liệt dựa vào Test khéo tay (số vòng bỏ được trong 1 phút)

3.1.2.3. Bảng 3.9: Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện được Test khéo tay

Tỷ lệ BN bỏ được vòng trong một phút	N=152	
	N	%
Trước điều trị	41	27,0
Liệu trình 1	54	35,5
Liệu trình 2	68	44,7
Liệu trình 3	75	49,3
Liệu trình 4	78	51,3
Giá trị p	<0,001*	
*Kiểm định z so sánh tỷ lệ trước điều trị và sau liệu trình 4		

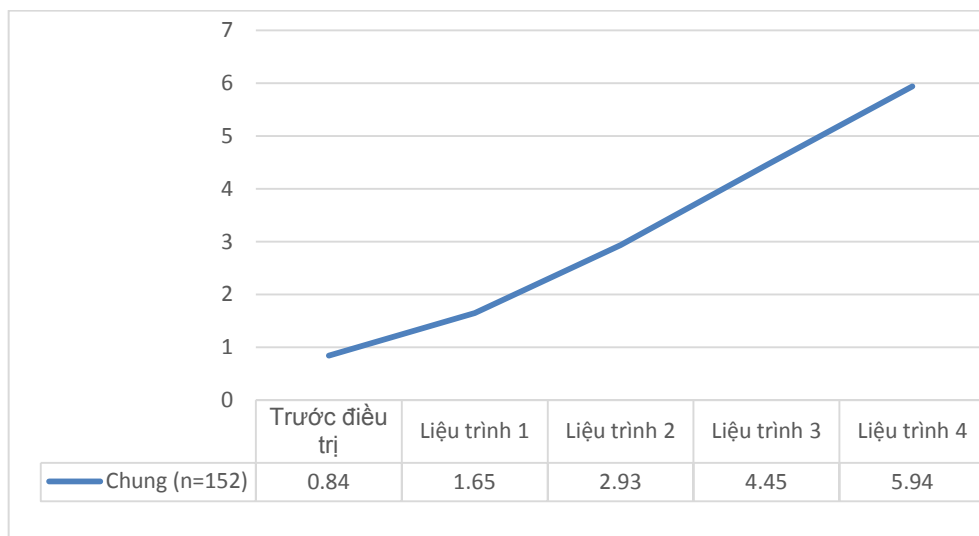


Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện được test khéo tay trước và sau điều trị

Nhận xét: Sau 40 ngày điều trị, số lượng bệnh nhân thực hiện được Test khéo tay tăng từ 41 lên 78 người (tăng 24,3%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.10: Hiệu quả phục hồi vận động tay liệt dựa vào Test kéo tay (số vòng bỏ được trong 1 phút)

Số vòng bỏ được trong một phút	N=152	
	TB	ĐLC
Trước điều trị	0,84	1,77
Liệu trình 1	1,65	3,04
Liệu trình 2	2,93	4,5
Liệu trình 3	4,45	6,20
Liệu trình 4	5,94	7,34
Giá trị p	<0,001*	
TB: Trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn		
*Kiểm định t bất cặp so sánh số vòng trung bình trước và sau điều trị		



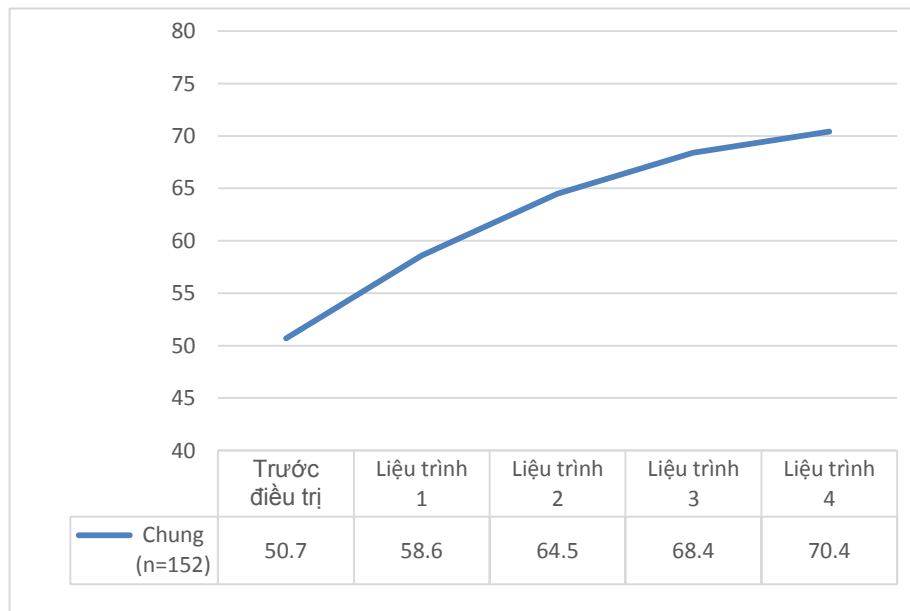
Biểu đồ 3.3: Hiệu quả phục hồi vận động tay liệt trước và sau điều trị dựa vào Test kéo tay

Nhận xét: Sau 40 ngày điều trị, tình trạng vận động tay liệt của các bệnh nhân được cải thiện rõ rệt. Số vòng trung bình bỏ được trong một phút tăng từ $0,84 \pm 1,77$ lên $5,94 \pm 7,34$. Sự khác biệt về số vòng trung bình bỏ được trong 1 phút trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.1.2.4. Hiệu quả phục hồi vận động chân liệt dựa vào thời gian bệnh nhân đi 10m (có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ)

Bảng 3.11: Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m

Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m	N=152	
	N	%
Trước điều trị	77	50,7
Liệu trình 1	89	58,6
Liệu trình 2	98	64,5
Liệu trình 3	104	68,4
Liệu trình 4	107	70,4
Gía trị p	<0,001*	
*Kiểm định z so sánh tỉ lệ trước và sau liệu trình 4		

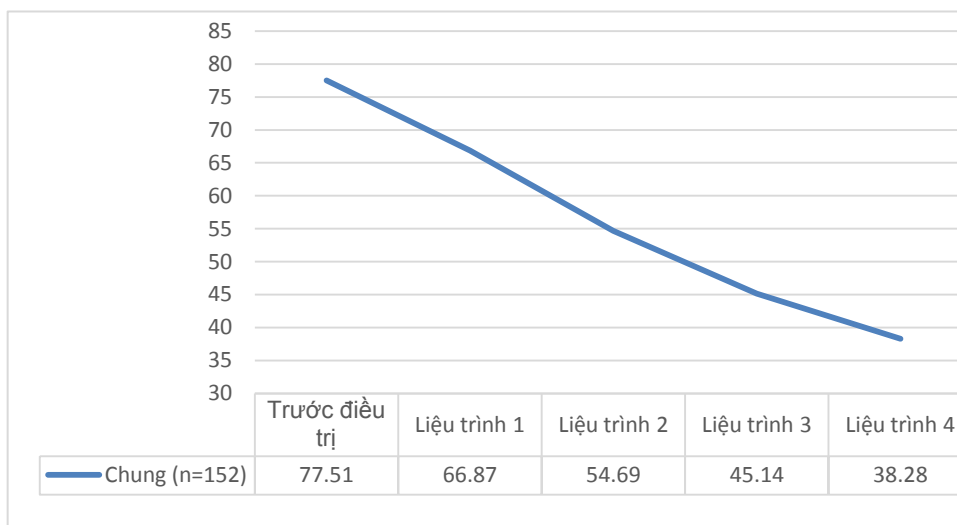


Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m trước và sau điều trị

Nhận xét: Sau 40 ngày điều trị, số lượng bệnh nhân đi được 10m tăng từ 77 người lên 107 người (tăng 19,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.12: Hiệu quả phục hồi vận động chân liệt dựa vào thời gian bệnh nhân đi 10m

Thời gian trung bình bệnh nhân đi 10m (giây)	N=152		
	N	TB	ĐLC
Trước điều trị	77	77,51	24,15
Liệu trình 1	89	66,87	24,28
Liệu trình 2	98	54,69	20,0
Liệu trình 3	104	45,14	19,8
Liệu trình 4	107	38,28	18,66
Giá trị p	<0,001*		
TB: Trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn			
*Kiểm định t bất cặp so sánh thời gian TB trước và sau điều trị			



Biểu đồ 3.5: Hiệu quả phục hồi vận động chân liệt dựa vào thời gian bệnh nhân đi 10m

Nhận xét: Sau 40 ngày điều trị, tình trạng vận động chân liệt của các bệnh nhân được cải thiện rõ rệt. Thời gian trung bình bệnh nhân đi được 10m giảm từ $77,51 \pm 24,15$ giây xuống còn $38,28 \pm 18,66$ giây. Sự khác biệt về thời gian trung bình bệnh nhân đi 10m trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Mục tiêu 2 - Hiệu quả hỗ trợ phục hồi vận động và cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư của chế phẩm Lục vị trong phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ

3.2.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân là 152, gồm 94 nam và 58 nữ, độ tuổi từ 39 đến 83, được điều trị và theo dõi 4 liệu trình (40 ngày), được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm:

- Nhóm 1: 76 bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng có Thận âm hư được điều trị bằng Châm cứu cải tiến, tập VLTL, kết hợp với chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ.

- Nhóm 2: 76 bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng có Thận âm hư được điều trị bằng Châm cứu cải tiến, tập VLTL, kết hợp với chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ và chế phẩm Lục vị

3.2.1.1. Đặc điểm nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.13: Đặc điểm nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nhóm 1		Nhóm 2		Giá trị p
	N	%	N	%	
≤50 tuổi	9	11,8	13	17,1	0,605*
51-70 tuổi	58	76,3	53	69,7	
>70 tuổi	9	11,8	10	13,2	
*Kiểm định chi bình phương					

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm 1 là $61,1 \pm 8,5$, nhỏ nhất là 45 và lớn nhất là 83 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm 2 là $60,3 \pm 9,7$, nhỏ nhất là 39 và lớn nhất là 82 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình của nhóm 1 và 2 ($p > 0,05$).

3.2.1.2. Đặc điểm giới tính của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.14: Đặc điểm giới tính của mẫu nghiên cứu

Giới tính	Nhóm 1 (n=76)		Nhóm 2 (n=76)		Giá trị p
	N	%	N	%	
Nữ	28	36,8	30	39,5	0,738*
Nam	48	63,2	46	60,5	
*Kiểm định chi bình phương					

Nhận xét: Tỷ lệ nam nữ ở 2 nhóm là tương đương nhau. Không có sự khác biệt về phân chia giới tính ở nhóm 1 và 2 ($p > 0,05$).

3.2.1.3. Đặc điểm hôn mê của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.15: Đặc điểm hôn mê của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm hôn mê	Nhóm 1 (n=76)		Nhóm 2 (n=76)		Giá trị p
	N	%	N	%	
Không	53	69,7	49	64,5	0,490*
Có	23	30,3	27	35,5	
* Kiểm định chi bình phương					

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân hôn mê phân phối tương đối đồng đều ở cả 2 nhóm điều trị. Không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân hôn mê giữa 2 nhóm ($P > 0,05$).

3.2.1.4. Thời gian bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.16: Thời gian bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu

Thời gian bị đột quỵ	Nhóm 1 (n=76)		Nhóm 2 (n=76)		Giá trị p
	N	%	N	%	
3-<6 tháng	46	60,5	47	61,8	0,341*
6-12 tháng	14	18,4	19	25,0	
>12 tháng	16	21,1	10	13,2	
*Kiểm định chi bình phương					

Nhận xét: Sự khác biệt về thời gian bị đột quỵ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($P>0,05$).

3.2.1.5. Số lần bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.17: Số lần bị đột quỵ của mẫu nghiên cứu

Số lần bị đột quỵ	Nhóm 1 (n=76)		Nhóm 2 (n=76)		Giá trị p
	N	%	N	%	
Lần 1	63	82,9	63	82,9	1,000*
Lần 2	13	17,1	12	15,8	
Lần 3	0	0	1	1,3	

*Kiểm định Fisher

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân bị tai biến lần 1, lần 2 và lần 3 giữa 2 nhóm là tương đương nhau. Sự khác biệt về số lần tai biến của các bệnh nhân giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($P>0,05$).

3.2.1.6. Đặc điểm bệnh kèm theo của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.18: Bệnh kèm theo của mẫu nghiên cứu

Bệnh kèm theo	Nhóm 1 (n=76)		Nhóm 2 (n=76)		Giá trị p
	N	%	N	%	
<i>Không bệnh kèm theo</i>	18	23,7	16	21,1	0,697
<i>Có bệnh kèm theo</i>	58	76,3	60	79,0	
Tăng huyết áp	54	93,1	52	86,7	0,247
Đái tháo đường	13	22,4	8	13,3	0,197
RL lipid máu	25	43,1	20	33,3	0,275
TMCT	4	6,9	4	6,7	1,00*

Kiểm định chi bình phương
*Kiểm định Fisher

Nhận xét: Sự khác biệt về tỉ lệ các bệnh kèm theo giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2.1.7. Đặc điểm bệnh cảnh Thận âm hư của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.19: Bệnh cảnh Thận âm hư của mẫu nghiên cứu trước điều trị

Bệnh cảnh Thận âm hư trước điều trị	Chung (n=152)		Nhóm 1 (n=76)		Nhóm 2 (n=76)		Giá trị p
	N	%	N	%	N	%	
<i>Hội chứng thần kinh kích thích</i>	152	100	76	100	76	100	
Nhức đầu	117	77,0	58	76,3	59	77,6	0,847
Đầu choáng	88	57,9	43	56,6	45	59,2	0,742
Mắt hoa	83	54,6	42	55,3	41	54,0	0,871
Mất ngủ	130	85,5	62	81,6	68	89,5	0,167
Bứt rứt	119	78,3	57	75	62	81,6	0,325
Kinh hải	20	13,2	9	11,8	11	14,5	0,631
Hồi hộp	31	20,4	15	19,7	16	21,1	0,840
<i>Hội chứng tăng quá trình dị hóa</i>	152	100	76	100	76	100	
Nóng về đêm	102	67,1	50	65,8	52	68,4	0,730
Mạch tế sác	71	46,7	34	44,7	37	48,7	0,626
Lòng bàn tay chân nóng	47	30,9	26	34,2	21	27,6	0,380
Mồ hôi trộm	35	23,0	16	21,1	19	25,0	0,563
Mặt má đỏ	50	32,9	28	36,8	22	29,0	0,300
Môi khô	88	57,9	46	60,5	42	55,3	0,511
Lưỡi ráo	68	44,7	30	39,5	38	50,0	0,192
Lưỡi đỏ	109	71,7	51	67,1	58	76,3	0,207
Khô miệng	77	50,66	38	50,0	39	51,32	0,871
Táo bón	105	69,1	53	69,7	52	68,4	0,861
Tiểu sền	41	27,0	20	26,3	21	27,6	0,855
<i>Hội chứng suy kém nuôi dưỡng</i>	152	100	76	100	76	100	
Gầy yếu	89	58,6	48	63,2	41	54,0	0,249
Đau lưng	142	93,4	70	92,1	72	94,7	0,513
Răng lung lay	82	54,0	38	50	44	57,9	0,329
<i>Tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư</i>	152	100	76	100	76	100	
Kiểm định chi bình phương							

Nhận xét:

- Trước điều trị, các biểu hiện của bệnh cảnh Thận âm hư (ở cả 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa, Suy kém nuôi dưỡng) giữa nhóm 1 và nhóm 2 không khác biệt có ý nghĩa thống kê (tất cả 21 triệu chứng điều có $p > 0,05$).

- Trong đó, xuất hiện nhiều nhất là triệu chứng đau lưng (142), kể đến là mất ngủ (130), bứt rứt (119), nhức đầu (117), lưỡi đỏ (109), táo bón (105) và nóng về đêm (102). Các triệu chứng xuất hiện ít nhất là kinh hãi (20), hồi hộp (31), mồ hôi trộm (35) và tiêu sển (41). Sự khác biệt về tỉ lệ xuất hiện của từng triệu chứng ở 2 nhóm trước điều trị không khác biệt có ý nghĩa thống kê (tất cả $p > 0,05$).

3.2.2. Hiệu quả hỗ trợ phục hồi vận động của chế phẩm Lục vị trong phác đồ Chăm cứu cải tiến, vật lý trị liệu và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ

3.2.2.1. Hiệu quả phục hồi vận động toàn thân dựa vào chỉ số Barthel

Bảng 3.20: Hiệu quả phục hồi vận động của nhóm 1 và 2 dựa vào tỉ lệ tốt và khá theo xếp loại Barthel

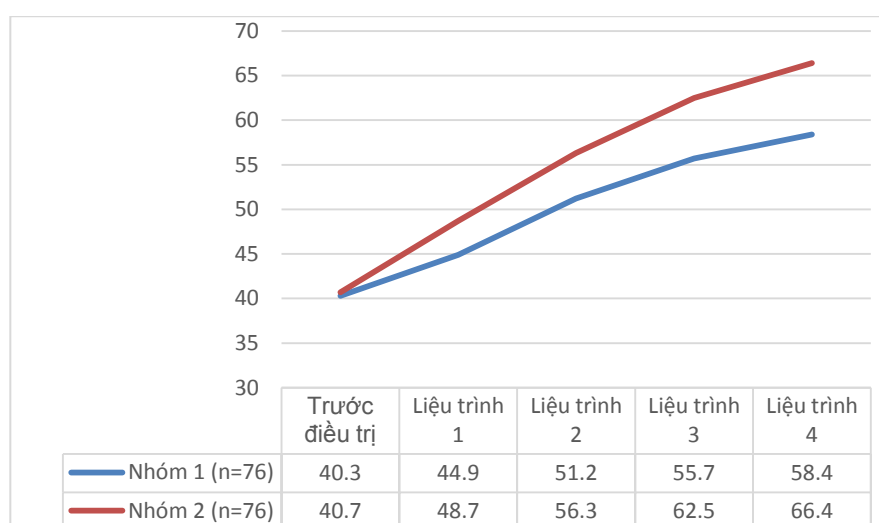
Xếp loại Barthel	Nhóm 1 (n=76)		Nhóm 2 (n=76)		Giá trị p
	N	%	N	%	
Tốt + Khá	31	40,8	42	55,3	0,074
Không đạt	45	59,2	34	44,7	
Kiểm định chi bình phương					

Nhận xét: Trước điều trị, tất cả bệnh nhân đều có chỉ số Barthel nhỏ hơn hoặc bằng 60 (xếp loại trung bình, yếu và kém). Sau 40 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đạt khá và tốt theo xếp loại Barthel ở cả 2 nhóm đều tăng lên, trong đó nhóm 2 tăng lên 42 người (tăng 55,3%), nhóm 1 chỉ tăng 31 người (tăng 40,8%). Sự khác biệt về tỉ lệ đạt khá và tốt theo xếp loại Barthel giữa nhóm 1 và nhóm 2 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.21: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động toàn thân của nhóm 1 và 2 dựa vào chỉ số Barthel

Chỉ số Barthel	Trước điều trị	Sau điều trị 10 ngày		Sau điều trị 20 ngày		Sau điều trị 30 ngày		Sau điều trị 40 ngày	
	TB	TB	P	TB	P	TB	P	TB	P
Nhóm 1	40,3 ±13,1	44,9 ±14,6	<0,001	51,2 ±15,9	<0,001	55,7 ±17,1	<0,001	58,4 ±17,8	<0,001
Nhóm 2	40,7 ±13,7	48,7 ±16,4	<0,001	56,3 ±17,6	<0,001	62,5 ±18,4	<0,001	66,4 ±18,2	<0,001
P	0,832*	0,138*		0,061*		0,020*		0,007*	

*Kiểm định t với phương sai bằng nhau
Kiểm định t bất cặp so sánh trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.6: Chỉ số Barthel trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2

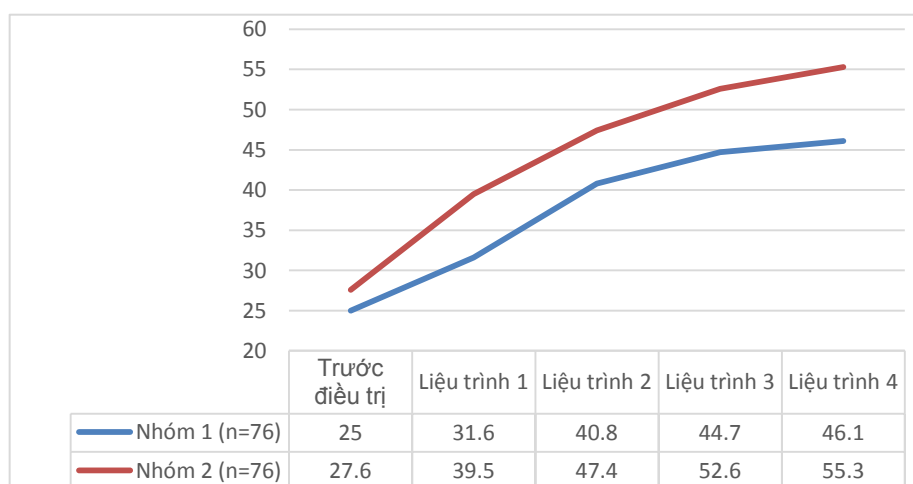
Nhận xét: Sau mỗi liệu trình điều trị, tình trạng vận động toàn thân của các bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện. Chỉ số Barthel ở nhóm 1 và 2 đều tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trước điều trị, chỉ số Barthel giữa 2 nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Nhưng sau 40 ngày điều trị, chỉ số Barthel của nhóm 2 tăng nhanh hơn nhóm 1 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.2.2. Hiệu quả phục hồi chức năng vận động tay liệt của nhóm 1 và 2 dựa vào Test kéo tay

Bảng 3.22: Tỷ lệ BN thực hiện được Test kéo tay (bỏ được vòng trong 1 phút) của nhóm 1 và 2

Tỷ lệ BN bỏ được vòng trong 1 phút	Nhóm 1		Nhóm 2		Giá trị p
	N	%	N	%	
Trước điều trị	19	25,0	21	27,6	0,713*
Liệu trình 1	24	31,6	30	39,5	0,309*
Liệu trình 2	31	40,8	36	47,4	0,414*
Liệu trình 3	34	44,7	40	52,6	0,330*
Liệu trình 4	35	46,1	42	55,3	0,256*
Giá trị p	0,007**		<0,001**		

*Kiểm định chi bình phương
**Kiểm định z so sánh trước và sau điều trị



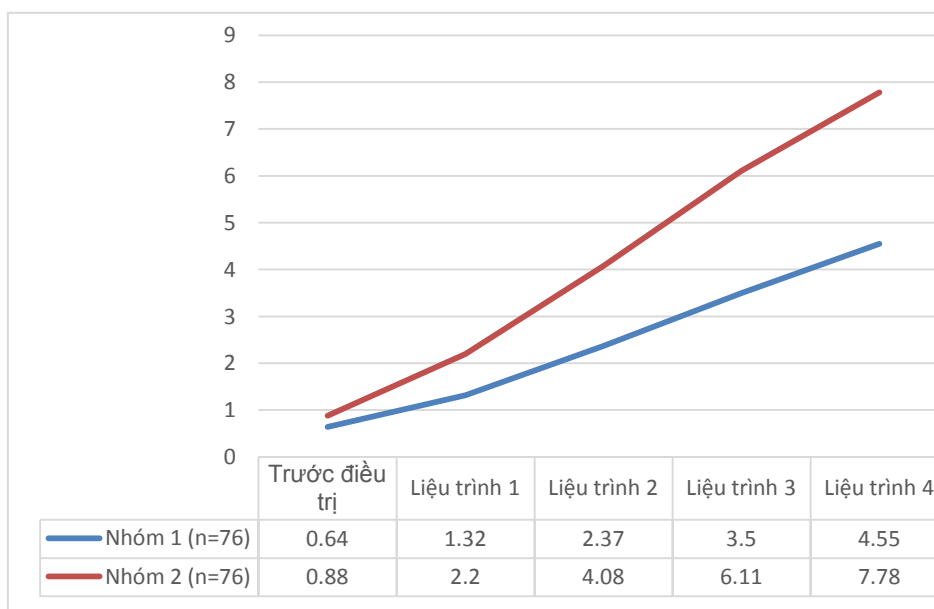
Biểu đồ 3.7: Tỷ lệ bệnh nhân bỏ được vòng trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2

Nhận xét: Sau 40 ngày điều trị, số lượng bệnh nhân thực hiện được Test kéo tay ở mỗi nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trước điều trị, số lượng bệnh nhân thực hiện được Test kéo tay ở nhóm 1 và nhóm 2 là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau điều trị, nhóm 1 tăng từ 19 lên 35 người (tăng 21,1%), nhóm 2 tăng từ 21 lên 42 người (tăng 27,7%), sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân thực hiện được test kéo tay giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.23: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động tay liệt của nhóm 1 và 2 dựa vào Test kéo tay (số vòng bỏ được trong 1 phút)

Test kéo tay	Trước điều trị	Sau điều trị 10 ngày		Sau điều trị 20 ngày		Sau điều trị 30 ngày		Sau điều trị 40 ngày	
	TB	TB	P	TB	P	TB	P	TB	P
Nhóm 1	0,64 ±1,33	1,32 ±2,54	<0,001	2,37 ±3,89	<0,001	3,5 ±5,19	<0,001	4,55 ±6,12	<0,001
Nhóm 2	0,88 ±1,61	2,20 ±3,08	<0,001	4,08 ±5,20	<0,001	6,11 ±7,29	<0,001	7,78 ±8,62	<0,001
P	0,325*	0,056*		0,023**		0,012**		0,009**	

*Kiểm định t với phương sai bằng nhau
 **Kiểm định t với phương sai không bằng nhau
 Kiểm định t bất cặp so sánh trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.8: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động tay liệt trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2 dựa vào Test kéo tay

Nhận xét:

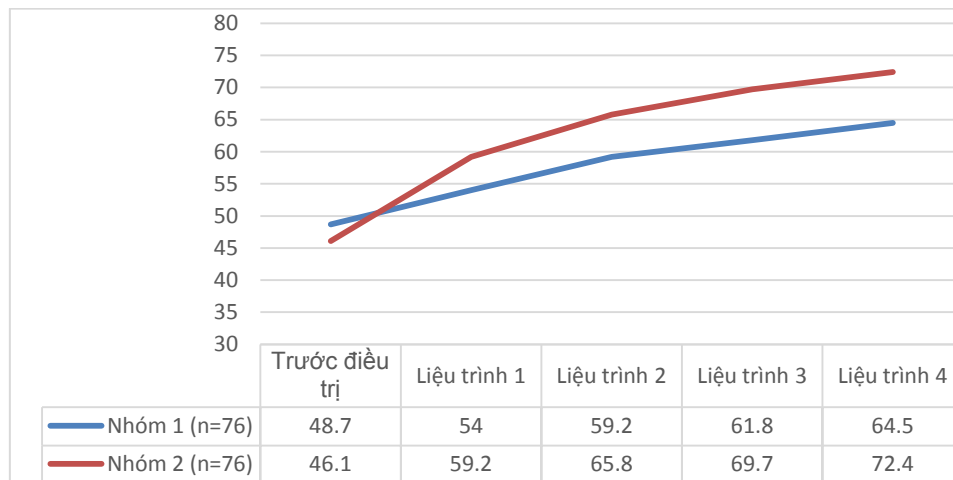
- Sau mỗi liệu trình điều trị, tình trạng vận động tay liệt của các bệnh nhân ở nhóm 1 và nhóm 2 đều được cải thiện. Số vòng trung bình bỏ được trong 1 phút ở cả 2 nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Số vòng tăng từ $0,64 \pm 1,33$ lên $4,55 \pm 6,12$ ở nhóm 1 và từ $0,88 \pm 1,61$ lên $7,78 \pm 8,62$ ở nhóm 2.

- Trước điều trị, số vòng trung bình bỏ được trong 1 phút giữa nhóm 1 và nhóm 2 khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Từ sau liệu trình 2 (20 ngày điều trị), số vòng trung bình bỏ được trong 1 phút ở nhóm 2 tăng nhanh hơn nhóm 1 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.2.3. Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chân liệt của nhóm 1 và 2 dựa vào Thời gian bệnh nhân đi 10m (có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ)

Bảng 3.24: Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m của nhóm 1 và 2

Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m	Nhóm 1		Nhóm 2		Giá trị p
	N	%	N	%	
Trước điều trị	37	48,7	35	46,1	0,745*
Liệu trình 1	41	54	45	59,2	0,513*
Liệu trình 2	45	59,2	50	65,8	0,402*
Liệu trình 3	47	61,8	53	69,7	0,305*
Liệu trình 4	49	64,5	55	72,4	0,295*
Gía trị p	0,05**		0,001**		
*Kiểm định chi bình phương so sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm **Kiểm định z so sánh tỷ lệ BN đi được 10m trước và sau liệu trình 4					



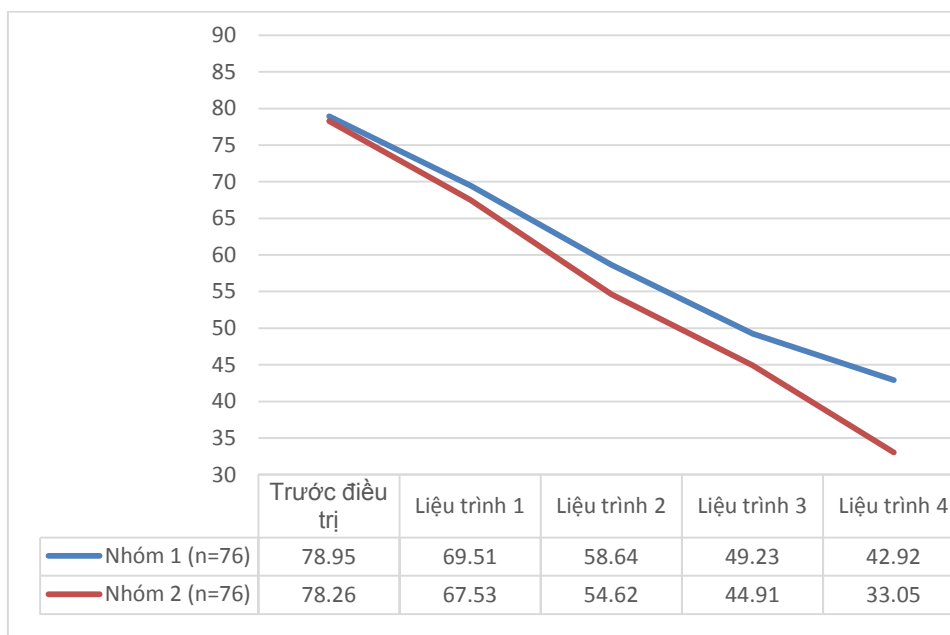
Biểu đồ 3.9: Tỷ lệ bệnh nhân đi được 10m trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2

Nhận xét: Sau 40 ngày điều trị, số lượng bệnh nhân đi được 10m ở nhóm 1 và nhóm 2 đều tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trước điều trị, số bệnh nhân đi được 10m giữa 2 nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau điều trị, nhóm 1 tăng từ 37 lên 49 người (tăng 15,8%), nhóm 2 tăng từ 35 lên 55 người (tăng 26,3%), sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân đi được 10m giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.25: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chân liệt của nhóm 1 và 2 dựa vào Thời gian bệnh nhân đi 10m

Thời gian đi 10m	Trước điều trị	Sau điều trị 10 ngày		Sau điều trị 20 ngày		Sau điều trị 30 ngày		Sau điều trị 40 ngày	
	TB	TB	P	TB	P	TB	P	TB	P
Nhóm 1	N=37 78,95 ±19,56	N=41 69,51 ±25,35	<0,001	N=45 58,64 ±22,60	<0,001	N=47 49,23 ±21,10	<0,001	N=49 42,92 ±21,15	<0,001
Nhóm 2	N=35 78,26 ±19,95	N=45 67,53 ±23,63	<0,001	N=50 54,62 ±19,67	<0,001	N=53 44,91 ±25,98	<0,001	N=55 33,05 ±12,07	<0,001
P	0,883*	0,709*		0,356**		0,366**		0,005**	

*Kiểm định t với phương sai bằng nhau; **Kiểm định t với phương sai không bằng nhau; Kiểm định t bắt cặp so sánh trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.10: Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chân liệt trước và sau điều trị của nhóm 1 và 2 dựa vào Thời gian bệnh nhân đi 10m

Nhận xét:

- Sau mỗi liệu trình điều trị, tình trạng vận động chi liệt của các bệnh nhân ở nhóm 1 và nhóm 2 đều được cải thiện. Thời gian trung bình bệnh nhân đi được 10m ở cả 2 nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Thời gian trung bình bệnh nhân đi 10m giảm từ $78,95 \pm 19,56$ giây xuống còn $42,92 \pm 21,15$ giây ở nhóm 1 và từ $78,26 \pm 19,95$ giây xuống còn $33,05 \pm 12,07$ giây ở nhóm 2.

- Trước điều trị, thời gian trung bình bệnh nhân đi được 10m giữa nhóm 1 và nhóm 2 là tương đương nhau. Sau 40 ngày điều trị, thời gian trung bình bệnh nhân đi 10m ở nhóm 2 giảm nhanh hơn nhóm 1 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Hiệu quả cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư khi có chế phẩm Lục vị trong phác đồ Châm cứu cải tiến, VLTL và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ

3.2.3.1. Hiệu quả cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư của nhóm 1

Bảng 3.26: Hiệu quả cải thiện bệnh cảnh TAH qua các LT điều trị của nhóm 1

Số BN có biểu hiện triệu chứng/ Bệnh cảnh TAH	Trước điều trị		Sau điều trị 10 ngày		Sau điều trị 20 ngày		Sau điều trị 30 ngày		Sau điều trị 40 ngày	
	N	N	p	N	p	N	p	N	p	
HC thần kinh kích thích	76	76		76		75	0,316	71	0,023	
Nhức đầu	58	56	0,708	46	0,036	32	<0,001	28	<0,001	
Đầu choáng	43	42	0,870	34	0,144	31	0,052	32	0,074	
Mắt hoa	42	41	0,871	31	0,074	24	0,003	23	0,002	
Mất ngủ	62	61	0,837	59	0,546	56	0,243	53	0,089	
Bút rứt	57	58	0,850	51	0,283	44	0,026	42	0,011	
Kinh hải	9	7	0,597	5	0,262	0	0,002	0	0,002	
Hồi hộp	15	13	0,676	10	0,274	6	0,034	4	0,007	
HC tăng quá trình dị hóa	76	76		76		75	0,316	74	0,155	
Nóng về đêm	50	48	0,735	44	0,316	41	0,136	37	0,033	
Mạch tế sác	34	34	1,000	34	1,000	33	0,870	31	0,623	
Lòng bàn tay	26	26	1,000	26	1,000	26	1,000	23	0,603	
Mồ hôi trộm	16	14	0,684	11	0,289	7	0,042	7	0,042	
Mặt má đỏ	28	21	0,224	11	0,002	8	<0,001	8	<0,001	
Môi khô	46	42	0,511	27	0,002	22	<0,001	22	<0,001	
Lưỡi ráo	30	28	0,738	28	0,738	25	0,399	20	0,084	
Lưỡi đỏ	51	51	1,000	49	0,732	48	0,610	47	0,498	
Khô miệng	38	34	0,516	27	0,071	17	<0,001	16	<0,001	
Táo bón	53	52	0,861	46	0,234	43	0,093	34	0,002	
Tiểu sên	20	20	1,000	20	1,000	18	0,708	16	0,445	
HC suy kém nuôi dưỡng	76	75	0,316	70	0,012	67	0,002	59	<0,001	
Gầy yếu	48	48	1,000	46	0,738	44	0,507	41	0,249	
Đau lưng	70	69	0,772	66	0,290	61	0,034	55	0,002	
Răng lung lay	38	38	1,000	38	1,000	41	0,626	40	0,746	
Bệnh cảnh Thận âm hư	76	75	0,316	70	0,012	66	0,001	56	<0,001	
Kiểm định z so sánh sự khác biệt tỉ lệ trước và sau điều trị										

Nhận xét:

- Sau 10 ngày điều trị, các biểu hiện của Thận âm hư hoàn toàn không có cải thiện, các thay đổi đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Sau 20 ngày điều trị, có 3/21 triệu chứng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê, gồm nhức đầu, mặt má đỏ, môi khô ($p < 0,05$). Hội chứng Suy kém nuôi dưỡng giảm từ 76 xuống còn 70 trường hợp ($p = 0,012$), vì vậy bệnh cảnh Thận âm hư cũng giảm theo ở 6 bệnh nhân, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Sau 30 ngày điều trị, có 10/21 triệu chứng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó ở hội chứng Thần kinh kích thích giảm 5/7 triệu chứng gồm nhức đầu, mặt hoa, bứt rứt, kinh hải và hồi hộp; hội chứng Tăng quá trình dị hóa giảm 4/11 triệu chứng gồm mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, khô miệng; hội chứng Suy kém nuôi dưỡng giảm 1/3 triệu chứng là đau lưng. Tỷ lệ bệnh cảnh Thận âm hư giảm thêm 4 trường hợp ($p < 0,05$).

- Sau 40 ngày điều trị, có 12/21 triệu chứng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó ở hội chứng Thần kinh kích thích giảm 5/7 triệu chứng (gồm nhức đầu, mặt hoa, bứt rứt, kinh hải và hồi hộp); hội chứng Tăng quá trình dị hóa giảm 6/11 triệu chứng (gồm nóng về đêm, mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, khô miệng và táo bón); hội chứng Suy kém nuôi dưỡng giảm 1/3 triệu chứng là đau lưng. Hội chứng Thần kinh kích giảm từ 76 xuống còn 71 trường hợp, hội chứng Suy kém nuôi dưỡng giảm từ 76 xuống còn 59 trường hợp, sự thuyên giảm của 2 hội chứng này trước và sau 40 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bệnh cảnh Thận âm hư giảm 20 trường hợp (từ 76 xuống còn 56), sự khác biệt trước và sau điều trị của bệnh cảnh Thận âm hư có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2.3.2. Hiệu quả cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư của nhóm 2

Bảng 3.27: Hiệu quả cải thiện bệnh cảnh TAH qua các LT điều trị của nhóm 2

Số BN có biểu hiện triệu chứng/ Bệnh cảnh Thận âm hư	Trước điều trị		Sau điều trị 10 ngày		Sau điều trị 20 ngày		Sau điều trị 30 ngày		Sau điều trị 40 ngày	
	N	N	p	N	p	N	p	N	p	
<i>HC thân kinh kích thích</i>	76	76		72	0,043	56	<0,001	35	<0,001	
Nhức đầu	59	55	0,454	42	0,004	23	<0,001	15	<0,001	
Đầu choáng	45	38	0,254	24	<0,001	16	<0,001	13	<0,001	
Mất hoa	41	31	0,104	19	<0,001	13	<0,001	13	<0,001	
Mất ngủ	68	67	0,797	58	0,031	49	<0,001	37	<0,001	
Bút rút	62	59	0,546	51	0,041	39	<0,001	27	<0,001	
Kinh hải	11	11	1,000	8	0,462	1	0,003	0	<0,001	
Hồi hộp	16	12	0,403	6	0,021	2	<0,001	2	<0,001	
<i>HC tăng quá trình dị hóa</i>	76	76		70	0,012	56	<0,001	48	<0,001	
Nóng về đêm	52	45	0,237	33	0,002	19	<0,001	13	<0,001	
Mạch tế sác	37	34	0,626	31	0,328	25	0,048	24	0,034	
Lòng bàn tay	21	21	1,000	15	0,252	10	0,027	9	0,015	
Mồ hôi trộm	19	20	0,853	13	0,233	9	0,036	7	0,010	
Mặt má đỏ	22	14	0,127	8	0,004	4	<0,001	4	<0,001	
Môi khô	42	40	0,745	29	0,035	17	<0,001	16	<0,001	
Lưỡi ráo	38	34	0,516	25	0,032	17	<0,001	8	<0,001	
Lưỡi đỏ	58	56	0,708	46	0,036	37	<0,001	37	<0,001	
Khô miệng	39	36	0,627	19	<0,001	7	<0,001	5	<0,001	
Táo bón	52	51	0,862	42	0,095	17	<0,001	9	<0,001	
Tiểu sên	21	19	0,713	15	0,252	12	0,077	11	0,047	
<i>HC suy kém nuôi dưỡng</i>	76	71	0,023	60	<0,001	39	<0,001	29	<0,001	
Gầy yếu	41	41	1,000	38	0,626	29	0,051	27	0,022	
Đau lưng	72	67	0,147	57	<0,001	42	<0,001	33	<0,001	
Răng lung lay	44	44	1,000	44	1,000	44	0,870	43	0,870	
<i>Bệnh cảnh Thận âm hư</i>	76	71	0,023	56	<0,001	32	<0,001	20	<0,001	
Kiểm định z so sánh sự khác biệt tỉ lệ trước và sau điều trị										

Nhận xét:

- Sau 10 ngày điều trị, hội chứng suy kém nuôi dưỡng giảm từ 76 xuống còn 71 trường hợp ($p=0,023$), vì vậy bệnh cảnh Thận âm hư cũng giảm theo ở 5 bệnh nhân, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

- Sau 20 ngày điều trị, có 13/21 triệu chứng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Trong đó ở hội chứng Thần kinh kích thích giảm 6/7 triệu chứng ngoại trừ triệu chứng kinh hải; hội chứng Tăng quá trình dị hóa giảm 6/11 triệu chứng (ngoại trừ triệu chứng mạch tế sác, lòng bàn tay chân nóng, mồ hôi trộm, táo bón và tiêu sển); hội chứng Suy kém nuôi dưỡng giảm 1/3 triệu chứng là đau lưng.

- Sau 30 ngày điều trị, hầu hết các triệu chứng (18/21) đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$), ngoại trừ triệu chứng tiêu sển (thuộc hội chứng tăng quá trình dị hóa), gầy yếu và răng lung lay (thuộc hội chứng Suy kém nuôi dưỡng). Cả 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa và Suy kém nuôi dưỡng đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Tỷ lệ bệnh cảnh Thận âm hư giảm từ 76 xuống còn 32 trường hợp, sự khác biệt về tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

- Sau 40 ngày điều trị, có 20/21 triệu chứng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) ngoại trừ triệu chứng răng lung lay (thuộc hội chứng Suy kém nuôi dưỡng). Cả 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa và Suy kém nuôi dưỡng đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Bệnh cảnh Thận âm hư giảm 56 trường hợp (từ 76 xuống còn 20), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

3.2.3.3. So sánh hiệu quả cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư giữa nhóm 1 và 2

Bảng 3.28: So sánh hiệu quả cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư qua các liệu trình điều trị giữa nhóm 1 và 2

Số BN có biểu hiện triệu chứng/ Bệnh cảnh Thận âm hư	Trước điều trị		Sau điều trị 10 ngày			Sau điều trị 20 ngày			Sau điều trị 30 ngày			Sau điều trị 40 ngày		
	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 1	Nhóm 2	p	Nhóm 1	Nhóm 2	p	Nhóm 1	Nhóm 2	p	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Hội chứng thân kinh kích thích	76	76	76	76		76	72	0,12*	75	56	<0,001	71	35	<0,001
Nhức đầu	58	59	56	55	0,855	46	42	0,511	32	23	0,129	28	15	0,019
Đầu choáng	43	45	42	38	0,516	34	24	0,095	31	16	0,008	32	13	0,001
Mắt hoa	42	41	41	31	0,104	31	19	0,038	24	13	0,038	23	13	0,056
Mất ngủ	62	68	61	67	0,182	59	58	0,847	56	49	0,219	53	37	0,008
Bút rứt	57	62	58	59	0,847	51	51	1,000	44	39	0,415	42	27	0,015
Kinh hải	9	11	7	11	0,315	5	8	0,384	0	1	1,000*	0	0	
Hồi hộp	15	16	13	12	0,827	10	6	0,290	6	2	0,276*	4	2	0,681*
Hội chứng tăng quá trình dị hóa	76	76	76	76		76	70	0,028*	75	56	<0,001	74	48	<0,001
Nóng về đêm	50	52	48	45	0,618	44	33	0,074	41	19	<0,001	37	13	<0,001
Mạch tẻ sác	34	37	34	34	1,000	34	31	0,623	33	25	0,182	31	24	0,237
Lòng bàn tay chân nóng	26	21	26	21	0,380	26	15	0,044	26	10	0,002	23	9	0,005
Mồ hôi trộm	16	19	14	20	0,243	11	13	0,656	7	9	0,597	7	7	1,000
Mặt má đỏ	28	22	21	14	0,177	11	8	0,462	8	4	0,229	8	4	0,229
Môi khô	46	42	42	40	0,745	27	29	0,737	22	17	0,353	22	16	0,261
Lưỡi rão	30	38	28	34	0,322	28	25	0,610	25	17	0,147	20	8	0,012
Lưỡi đỏ	51	58	51	56	0,374	49	46	0,615	48	37	0,072	47	37	0,103
Khô miệng	38	39	34	36	0,745	27	19	0,158	17	7	0,026	16	5	0,010
Táo bón	53	52	52	51	0,862	46	42	0,511	43	17	<0,001	34	9	<0,001
Tiểu sền	20	21	20	19	0,853	20	15	0,335	18	12	0,221	16	11	0,289
Hội chứng suy kém nuôi dưỡng	76	76	75	71	0,209*	70	60	0,021	67	39	<0,001	59	29	<0,001
Gầy yếu	48	41	48	41	0,249	46	38	0,192	44	29	0,015	41	27	0,022
Đau lưng	70	72	69	67	0,597	66	57	0,063	61	42	0,001	55	33	<0,001
Răng lung lay	38	44	38	44	0,329	38	44	0,329	41	44	0,624	40	43	0,625
Bệnh cảnh Thận âm hư	76	76	75	71	0,209*	70	56	0,003	66	32	<0,001	56	20	<0,001
Kiểm định chi bình phương														
*Kiểm định Fisher														

Nhận xét:

- Sau 10 ngày điều trị, không có sự khác biệt về tỉ lệ các triệu chứng của bệnh cảnh Thận âm hư giữa nhóm 1 và nhóm 2 ($p>0,05$). Sự cải thiện của 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa, Suy kém nuôi dưỡng và tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư giữa nhóm 1 và nhóm 2 cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

- Sau 20 ngày điều trị, chỉ có 2/21 triệu chứng có sự khác biệt giữa nhóm 1 và nhóm 2 là mắt hoa và long bàn tay chân nóng ($p<0,05$). Sự cải thiện hội chứng Tăng quá trình dị hóa, Suy kém nuôi dưỡng và tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư giữa nhóm 1 và nhóm 2 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

- Sau 30 ngày điều trị, có 8/21 triệu chứng có sự khác biệt giữa nhóm 1 và nhóm 2 ($p<0,05$). Trong đó, ở hội chứng Thần kinh kích thích khác biệt 2/7 triệu chứng (gồm đầu choáng và mất ngủ); hội chứng Tăng quá trình dị hóa khác biệt 4/11 triệu chứng (gồm nóng về đêm, lòng bàn tay chân nóng, khô miệng và táo bón); hội chứng Suy kém nuôi dưỡng khác biệt 2/3 triệu chứng (gây yếu và đau lưng). Sự cải thiện của 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa, Suy kém nuôi dưỡng và tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư giữa nhóm 1 và nhóm 2 đều khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

- Sau 40 ngày điều trị, có đến 12/21 triệu chứng có sự khác biệt giữa nhóm 1 và nhóm 2 ($p<0,05$), ngoại trừ các triệu chứng mắt hoa và hồi hộp (thuộc hội chứng Thần kinh kích thích), các triệu chứng mạch tế sác, mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, lưỡi đỏ, tiểu sền (thuộc hội chứng Tăng quá trình dị hóa) và triệu chứng răng lung lay (thuộc hội chứng Suy kém nuôi dưỡng). Sự cải thiện của 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa, Suy kém nuôi dưỡng và tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư giữa nhóm 1 và nhóm 2 đều khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

3.3. Những sự cố y khoa và tác dụng không mong muốn của thuốc

Trong suốt quá trình nghiên cứu, không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào của các chế phẩm thuốc Y học cổ truyền, chỉ ghi nhận được sự cố y khoa Chảy máu gây bầm tím dưới da xuất hiện ở cả 2 mục tiêu.

3.3.1. Sự cố y khoa ở mục tiêu 1

Bảng 3.29: Sự cố y khoa ở mục tiêu 1

Sự cố y khoa	n=152x40	
	N	%
Chảy máu gây bầm tím dưới da	40	0,66

Nhận xét:

- Trong suốt quá trình theo dõi và điều trị, chỉ ghi nhận được sự cố y khoa gây ra do châm cứu, gồm 40 lượt Chảy máu gây bầm tím dưới da (0,66%) trên 6080 lượt (152 x 40) điều trị bằng Châm cứu cải tiến.

- Những bệnh nhân bị sự cố nói trên đã được tạm ngưng châm cứu tại huyết đó trong vài ngày và thay vào đó bằng một huyết khác phù hợp với phác đồ điều trị. Các nốt bầm tím đã tự khỏi sau vài ngày mà không cần xử lý gì thêm.

3.3.2. Sự cố y khoa ở mục tiêu 2

Bảng 3.30: Sự cố y khoa ở mục tiêu 2

Tác dụng không mong muốn	Chung (n=152x40)		Nhóm 1 (n=76x40)		Nhóm 2 (n=76x40)		Giá trị p
	N	%	N	%	N	%	
Chảy máu gây bầm tím dưới da	43	0,71	21	0,69	22	0,72	0,857
Kiểm định chi bình phương							

Nhận xét:

- Trong suốt quá trình theo dõi và điều trị, chỉ ghi nhận được sự cố y khoa gây ra do châm cứu, gồm 43 lượt Chảy máu gây bầm tím dưới da (0,71%) trên 6080 lượt (152 x 40) điều trị bằng Châm cứu cải tiến.

- Tỷ lệ xảy ra sự cố y khoa Chảy máu gây bầm tím dưới da ở mỗi nhóm là tương đương nhau, không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Những bệnh nhân bị sự cố nói trên đã được tạm ngưng châm cứu tại huyết đó trong vài ngày và thay vào đó bằng một huyết khác phù hợp với phác đồ điều trị. Các nốt bầm tím đã tự khỏi sau vài ngày mà không cần xử lý gì thêm.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm dân số nghiên cứu của mục tiêu 1

4.1.1. Đặc điểm nhóm tuổi

- Bảng 3.1 cho thấy, phần lớn số bệnh nhân nghiên cứu tập trung ở độ tuổi 51-70 (chiếm 63,82%), kết quả này cũng gần tương tự như kết quả của các dữ liệu thống kê trên thế giới và trong nước. Đó là bệnh lý đột quy thường gặp ở những người cao tuổi.

Bảng so sánh sau đây về tỉ lệ mắc bệnh theo tuổi (nhóm người cao tuổi) sẽ thể hiện cụ thể hơn về vấn đề này.

Bảng 4.1: So sánh tỉ lệ mắc bệnh theo tuổi (nhóm người cao tuổi)

TT	Tác giả	Đặc điểm về tuổi
1	Hoàng Thanh Hiền, Phan Quan Chí Hiếu (N=344) [15]	59,9% đột quy có tuổi từ 51-70
2	Hà Thị Hồng Linh, Phan Quan Chí Hiếu (N=62) [21]	62,9% đột quy có tuổi từ 51-70
3	Nguyễn Thị Lina, Nguyễn Văn Tùng 2003 (N=62) [30]	62,9% đột quy có tuổi từ 51-70
4	Nguyễn Văn Tùng, Phan Quan Chí Hiếu (N=204) [19]	50,0% đột quy có tuổi từ 51-70
5	Theo báo cáo của Stroke Center (Hoa Kỳ)	Gần 75% đột quy có tuổi trên 65
6	National Health and Nutrition Examination Survey: 2009–2012 [67]	Hơn 88% đột quy có tuổi trên 60
7	Nghiên cứu này (N=152)	63,82% đột quy có tuổi từ 51-70

Từ bảng so sánh trên cho thấy: Báo cáo của một số tác giả trong nước như *Hoàng Thanh Hiền và Phan Quan Chí Hiếu, Hà Thị Hồng Linh và Phan Quan Chí Hiếu, Nguyễn Thị Lina và Nguyễn Văn Tùng* (2003), *Nguyễn Văn Tùng và Phan Quan Chí Hiếu* (2010) thì tỉ lệ bệnh nhân đột quy tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 51-70 chiếm từ 50% - 62,9%. Theo báo cáo của *Stroke Center (Hoa Kỳ)* thì gần $\frac{3}{4}$ trường hợp đột quy xảy ra ở người trên 65 tuổi. Báo cáo của *National Health and Nutrition Examination Survey* từ 2009 đến 2012 cho thấy tỉ lệ đột quy ở người từ trên 60 tuổi chiếm hơn 88% [67].

Một ghi nhận của chúng tôi trong nghiên cứu này là số bệnh nhân trên 70 tuổi không chiếm tỉ lệ cao (chỉ chiếm 11,18%). Và đặc biệt số bệnh nhân trên 80 tuổi còn ít hơn, chỉ chiếm 5/152 (3,28%). Trong khi đó cũng với báo cáo của *National Health and Nutrition Examination Survey* từ 2009 đến 2012 thì tỉ lệ đột quy ở người từ 80 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ nổi bật 64,64% [67].

Chúng tôi cho rằng có sự khác biệt đáng kể này là do đặc thù nghiên cứu này chỉ chọn những bệnh nhân bị tai biến mạch máu não nhưng đồng thời cũng phải có nhận thức hoàn toàn tỉnh táo, để có thể hợp tác với thầy thuốc trong việc tham gia điều trị (thực hiện đúng y lệnh) và thu thập dữ liệu theo dõi. Những trường hợp bệnh nhân có tuổi cao thường lú lẫn, hay quên và không thực hiện được y lệnh nên đã không được thu nhận vào nghiên cứu.

Mặc khác, các bệnh nhân lớn tuổi bị tai biến thường có tỉ lệ tử vong cao hơn các bệnh nhân nhỏ tuổi, nên tỉ lệ bệnh nhân nhỏ tuổi còn sống sót lại (sau 3 tháng) để tham gia điều trị phục hồi di chứng thường nhiều hơn, thời gian từ khi bị đột quy đến lúc điều trị càng dài thì tỉ lệ bệnh nhân nhỏ tuổi có thể càng nhiều hơn.

Một ghi nhận khác đáng quan tâm trong nghiên cứu này là tỉ lệ những bệnh nhân trẻ tuổi bị đột quy, khi có 5 bệnh nhân ở độ tuổi dưới 41 (chiếm 3,3%). Kết quả nêu trên cũng phù hợp với báo cáo của *National Health and Nutrition Examination Survey*: Trong giai đoạn 2009–2012 tỉ lệ bệnh nhân đột quy dưới 39 tuổi chiếm khoảng 2% [67]. Kết quả cũng gần tương tự với các tác giả khác, như theo *Kim*

Long, tỉ lệ bệnh nhân bị đột quy dưới 41 tuổi ở Trung Quốc là 5,8%, nhóm tác giả Phan Quan Chí Hiếu và Nguyễn Văn Tùng (2010) tỉ lệ này là 7,35%; ở những quốc gia như Iceland, Phần Lan, Hoa Kỳ tỉ lệ bệnh nhân bị đột quy dưới 41 tuổi cũng rất đáng kể [19], [31]. Kết quả về sự xuất hiện các bệnh nhân đột quy có tuổi đời trẻ cũng thể hiện rõ trong nghiên cứu của Bruce Ovbiagele và Mai N. Nguyen-Huynh khi các tác giả ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân đột quy dưới 55 tuổi đã tăng nhanh từ 12,9% trong giai đoạn 1993/1994 lên 18,6% vào năm 2005. [69]

Bảng so sánh sau đây về tỉ lệ mắc bệnh theo tuổi (nhóm người trẻ tuổi) sẽ thể hiện cụ thể hơn về vấn đề này.

Bảng 4.2: So sánh tỉ lệ mắc bệnh theo tuổi (nhóm người trẻ tuổi)

TT	Tác giả	Đặc điểm về tuổi
1	Nguyễn Văn Tùng, Phan Quan Chí Hiếu (N=204) [19]	7,35% đột quy có tuổi dưới 41
2	Kim Long (khảo sát tại Trung quốc) [31]	5,8% đột quy có tuổi dưới 41
3	Bruce Ovbiagele và Mai N. Nguyen-Huynh (1993/1994-2005) [69]	12,9%-18,6% đột quy có tuổi dưới 55
4	National Health and Nutrition Examination Survey: 2009–2012 [67]	2% đột quy có tuổi dưới 39
5	Nghiên cứu này (N=152)	3,3% đột quy có tuổi dưới 41

Từ các khảo sát và sự so sánh trên đây cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân trẻ tuổi bị đột quy chiếm một tỉ lệ rất đáng kể. Một điều rất đáng lo ngại là ngày càng có nhiều người trẻ tuổi bị đột quy.

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ bệnh nhân đột quy dưới 41 tuổi chỉ chiếm 3,3%, thấp hơn so với nghiên cứu trước của Nguyễn Văn Tùng và Phan Quan Chí Hiếu (7,35%), cũng thấp hơn so với khảo sát của Kim Long (5,8%). Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt trên có thể là do đặc thù của nghiên cứu này, chỉ chọn những bệnh nhân liệt nữa

người do đột quỵ sau 3 tháng, thường những người trẻ bị đột quỵ sẽ phục hồi tốt hơn và nhanh hơn, nên sau 3 tháng đầu, nhiều bệnh nhân trẻ đã phục hồi gần như hoàn toàn, không còn đủ tiêu chuẩn chọn (điểm Barthel ≤ 60 , không thể đi được 10 mét mà không cần dụng cụ hỗ trợ). Vì vậy số bệnh nhân trẻ tuổi tham gia nghiên cứu này chiếm tỉ lệ thấp hơn.

4.1.2. Đặc điểm giới tính

- Trong nghiên cứu này, dựa vào bảng 3.2 cho thấy tỉ lệ nam bị đột quỵ nhiều hơn nữ, cụ thể là 59,21% và 40,79%. Kết quả của nghiên cứu này cũng gần tương tự với nhiều tác giả khác trong nước và trên thế giới.

- Tuy nhiên theo tác giả *H. Eisenberg và cs (Middlesex country Connecticut study)*, tác giả *K. Aho và cs (Espoo-kauniainen area Finlan)* thì tỉ lệ nam và nữ là tương đương nhau. Dưới đây là bảng so sánh về tỉ lệ nam và nữ bị đột quỵ theo các tác giả khác nhau trong và ngoài nước. [15], [16], [17], [19], [21], [30], [31], [34], [36]

Bảng 4.3: So sánh tỉ lệ mắc bệnh theo giới tính

TT	Tổ chức tiến hành điều tra	TLTK	Nam	Nữ
1	H. Eisenberg, J. Morrison, P. Sullivan, F. M. Foote. <i>Middlesex country Connecticut study</i>	[31]	51,5%	48,5%
2	Eldad Melamed, Esther Cahane, Amiram Carmon, and Sylvan Lavy. <i>Jerusalem district stroke study</i>	[31]	55,3%	44,7%
3	K. Aho, R. Zupping, R. Fogelholm, E. Raudam, M. Roone. <i>Espoo-kauniainen area Finland</i>	[31]	51,9%	48,1%
4	B. S. Hansen, J. Marquardsen. <i>Incidence of stroke in Frederiksberg, Denmark</i>	[31]	54,7%	45,3%

5	R. D. Brown, J. P. Whisnant, J. D. Sicks, W. M. O'Fallon, D. O. Wiebers . <i>Stroke incidence, prevalence, and survival: secular trends in Rochester, Minnesota, through 1989</i>	[31]	67,9%	32,1%
6	H. M.Parrish, G. H.Payne, W. C. Allen, J. C. Goldner, H .I. Sauer. <i>Mid-Missouri stroke survey</i>	[31]	53,3%	46,7%
7	Nguyễn Thị Lina và Nguyễn Văn Tùng. <i>Đánh giá hiệu quả thể châm trong phục hồi di chứng vận động bệnh nhân TBMMN</i>	[30]	50,0%	50,0%
8	Phan Quan Chí Hiếu và Đoàn Xuân Dũng. <i>Đánh giá hiệu quả đầu châm trong phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân TBMMN</i>	[16]	55,2%	44,8%
9	Phan Quan Chí Hiếu và Hà Thị Hồng Linh. <i>Hiệu quả của thể châm trong phục hồi di chứng vận động bệnh nhân TBMMN</i>	[21]	64,52%	35,84%
10	Phan Quan Chí Hiếu và cộng sự. <i>Hiệu quả phục hồi liệt sau đột quỵ của phương pháp thể châm cải tiến</i>	[17]	72,16%	27,84%
11	Hoàng Thanh Hiền, Phan Quan Chí Hiếu. <i>Khảo sát những yếu tố có ảnh hưởng trên hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp vật lý trị liệu tại thành phố Hồ Chí Minh</i>	[15]	58,7%	41,3%
12	Đoàn Thị Nguyễn, Phan Quan Chí Hiếu. <i>Khảo sát những yếu tố có ảnh hưởng trên hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp VLTL tại tỉnh Trà Vinh</i>	[36]	58,2%	41,8%

13	Phan Quan Chí Hiếu và Nguyễn Văn Tùng. <i>Hiệu quả phục hồi vận động của Châm cứu cải tiến trên bệnh nhân bị đột quỵ trước và sau 3 tháng</i>	[19]	53,92%	46,08%
14	Bùi Phạm Minh Mẫn, Trịnh Thị Diệu Thường. <i>Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng thể châm cải tiến kết hợp tái học hồi vận động</i>	[34]	47,0%	53,0%
15	Nghiên cứu này		59,21%	40,79%

- Có thể thấy, ngoại trừ công bố của tác giả *Bùi Phạm Minh Mẫn* và *Trịnh Thị Diệu Thường* thì tỉ lệ nam bị đột quỵ có khuynh hướng cao hơn nữ. Đặc biệt trong đó, nghiên cứu của *Phan Quan Chí Hiếu* và *cs* là có tỉ lệ Nam cao nhất, chiếm tới 72,16% (gấp 2,6 lần so với nữ), tiếp đến là công trình của *R. D. Brown* và *cs* có tỉ lệ nam 67,9% (gấp 2,1 lần so với nữ), trong nghiên cứu này của chúng tôi thì tỉ lệ nam là 59,21% (gấp 1,5 lần so với nữ). Ngoài đặc điểm mắc bệnh của đột quỵ, sự khác nhau về tỉ lệ nam nữ này có thể còn phụ thuộc vào tiêu chuẩn chọn, đặc điểm dân số, vùng miền, phương thức thu thập số liệu,.. của từng nghiên cứu.

4.1.3. Đặc điểm có hay không có hôn mê khi xảy ra đột quỵ

Bảng 3.4 cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân có hôn mê lúc đột quỵ chiếm 29,61%. Theo *A. S. Mollah* và *đồng sự*, số bệnh nhân đột quỵ được nhập viện có rối loạn tri thức chiếm tỉ lệ rất đáng kể (58,5%) [66]. Tỉ lệ này so với nghiên cứu của chúng tôi (nghiên cứu lần này cũng như trước đây) là rất khác biệt.

Sở dĩ có sự khác biệt lớn về số liệu trên có khả năng là do phương cách thu thập dữ liệu không giống nhau. Kết quả của nhóm tác giả *A. S. Mollah* và *đồng sự* được thu thập từ những bệnh nhân nhập viện nội trú bị đột quỵ trong giai đoạn cấp và việc xác định được dựa trên những tiêu chí hình ảnh học và điểm Glasgow, trong khi số liệu của chúng tôi được thu thập phần nhiều qua các bệnh nhân ngoại trú (ngoài giai

đoạn cấp) và việc xác định dựa trên việc phỏng vấn và thu thập hồ sơ hồi cứu.

Hơn nữa, những bệnh nhân hôn mê sâu có thể tử vong trong giai đoạn sớm (3 tháng đầu), nếu được điều trị tích cực thoát khỏi tình trạng hôn mê thì cũng có tiên lượng nặng hơn, ít tỉnh táo hơn, việc phối hợp với thầy thuốc điều trị (thực hiện y lệnh) cũng khó khăn hơn. Vì vậy, chỉ có một số bệnh nhân bị hôn mê lúc đột quy được chọn để tham gia trong nghiên cứu này, chứ không phải chọn hầu hết các bệnh nhân đã hôn mê như trong nghiên cứu của A. S. Mollah và cộng sự.

Bảng 4.4: So sánh tỉ lệ có hay không có hôn mê khi đột quy

TT	Tác giả	Có hôn mê
1	Nguyễn Thị Lina, Nguyễn Văn Tùng (N=62) [30]	38,7%
2	Hoàng Thanh Hiền, Phan Quan Chí Hiếu (N=344) [15]	12,5%
3	Đoàn Thị Nguyễn, Phan Quan Chí Hiếu (N=359) [36]	9,19%
4	Phan Quan Chí Hiếu và cộng sự (N=192) [17]	24,3%
5	Nguyễn Văn Tùng, Phan Quan Chí Hiếu (N=204) [19]	40,69%
6	A. S. Mollah, S. W. Rahman, K. K. Das, M. Hassanuzzaman. Characteristics of patients admitted with stroke (N=106) [66]	58,5%
7	Nghiên cứu này (N=152)	29,61%

Tình trạng tri giác khi xảy ra đột quy đóng vai trò rất quan trọng trong tiên lượng tử vong trong cơn, cũng như ảnh hưởng đến sự phục hồi chức năng trên người sống sót sau đột quy

Theo Hoque và cs (2009), những bệnh nhân có điểm hôn mê Glasgow (Glasgow Coma Scale - GCS) trong khoảng từ 3 đến 8 gây tử vong 12,07%, trong khi đó, không có trường hợp nào tử vong với điểm GCS 13 đến 15 (đồng nghĩa với không

có hôn mê). Các tác giả đã kết luận rằng điểm GCS khi nhập viện có thể được xem như một tham số tiên lượng có giá trị trong thang đo kết quả đột quy. [57]

Nhận định này cũng tương tự như tác giả *Hoàng Thanh Hiền* khi thực hiện việc nghiên cứu phục hồi vận động bệnh nhân liệt nửa người do đột quy tại 3 bệnh viện YHCT cấp thành phố, 2 khoa YHCT của bệnh viện quận, huyện của thành phố Hồ Chí Minh từ 8/2009 – 6/2010. Đó là tình trạng hôn mê lúc đột quy có ảnh hưởng đến kết quả phục hồi vận động của Chăm cứu cải tiến. Trên các bệnh nhân liệt nửa người không hôn mê khi xảy ra đột quy thì hiệu quả phục hồi tốt gấp 2,7 lần bệnh nhân có hôn mê [15].

Với gần 1/3 số bệnh nhân liệt nửa người do đột quy có hôn mê trong cơn đột quy cấp (được theo dõi trong nghiên cứu này) chắc chắn sẽ có ảnh hưởng đến kết quả điều trị và làm giảm hiệu quả phục hồi vận động.

4.1.4. Đặc điểm về tỉ lệ tái phát đột quy

Bảng 3.5 cho thấy tỉ lệ tái phát đột quy của nghiên cứu này (đột quy lần 2 và 3) là 15,79% cũng gần tương tự với nhiều nghiên cứu trước đây của các tác giả trong nước và trên thế giới.

Việc tìm kiếm tư liệu tương tự trong y văn thế giới về những đặc điểm nêu trên là có khó khăn. Trong giới hạn tìm kiếm của mình về tỉ lệ tái phát đột quy, chúng tôi nhận thấy tác giả *D. Mozaffarian* và *đồng sự* đã ghi nhận tỉ lệ tái phát đột quy trong vòng 5 năm trên người dân Hoa kỳ thay đổi từ 6% đến 25% tùy theo nguồn gốc chủng tộc và màu da. [67]

Bảng so sánh tỉ lệ tái phát đột quy của các tác giả trong và ngoài nước sau đây sẽ giúp có cái nhìn cụ thể hơn.

Bảng 4.5: So sánh tỉ lệ tái phát đột quy

TT	Tác giả	Tỉ lệ đột quy lần 2 và 3
1	Nguyễn Thị Lina, Nguyễn Văn Tùng (N=62) [30]	9,7%
2	Hoàng Thanh Hiền, Phan Quan Chí Hiếu (N=344) [15]	7,6%
3	Đoàn Thị Nguyễn, Phan Quan Chí Hiếu (N=359) [36]	11,98 %
4	Phan Quan Chí Hiếu và cộng sự (N=192) [17]	24,3%
5	Nguyễn Văn Tùng, Phan Quan Chí Hiếu (N=204) [19]	17,16%
6	D. Mozaffarian et al., Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. Circulation. 2015 [67]	từ 6% đến 25%
7	Nghiên cứu này (N=152)	15,79%

Từ bản so sánh trên cho thấy, tỉ lệ tái phát thấp nhất là 6% và cao nhất là 25%, các kết quả nghiên cứu trong nước cũng rất phù hợp với nghiên cứu trên thế giới và không có sự khác biệt nào đáng kể.

4.2. Bàn luận về hiệu quả phục hồi vận động của phác đồ phối hợp Chăm sóc cả tiến, vật lý trị liệu, chế phẩm Bổ dưỡng hoàn ngũ (mục tiêu 1)

Đột quy là một trong các bệnh lý để lại di chứng nặng nề kéo dài đối với người bệnh. Tìm ra các phương pháp giúp phục hồi chức năng, đặc biệt chức năng vận động là một trong những vấn đề vô cùng quan trọng trong điều trị phục hồi sau đột quy.

Một trong nhiều thách thức của việc phục hồi vận động sau đột quỵ là thời gian từ lúc xảy ra đột quỵ đến khi người bệnh được điều trị phục hồi sớm hay trễ. Các nghiên cứu trước đây thường tập trung khảo sát việc điều trị trong giai đoạn sớm, thường là 3 tháng đầu vì khả năng hồi phục nhiều nhất. [64]

Kết quả ghi nhận được trong nghiên cứu này của chúng tôi đã cho thấy trên 152 trường hợp liệt do đột quỵ đến điều trị trễ sau 3 tháng, phác đồ phối hợp Chăm sóc cải tiến, vật lý trị liệu và Bổ dưỡng hoàn ngũ thang vẫn phát huy tốt hiệu quả phục hồi.

Từ bảng 3.7 đến 3.12 cho thấy, các chỉ số theo dõi vận động toàn thân cũng như vận động các chi (trên và dưới) đều được cải thiện lần lượt qua các liệu trình có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, khi kết thúc điều trị số bệnh nhân đạt kết quả khá và tốt theo thang điểm Barthel là 72 người (chiếm 47,4%), với số điểm trung bình tăng từ $41,05 \pm 13,04$ lên $62,4 \pm 18,16$ ($p < 0,001$); số người bỏ được vòng trong 1 phút trong Test khéo tay tăng 37 người (tăng 24,3%), với số vòng bỏ được trung bình tăng từ $0,84 \pm 1,77$ lên $5,94 \pm 7,34$ vòng ($p < 0,001$); số bệnh nhân đi được 10m tăng 30 người (tăng 19,7%), với thời gian trung bình bệnh nhân đi được 10m giảm từ $77,51 \pm 24,15$ giây xuống còn $38,28 \pm 18,66$ giây ($p < 0,001$).

Khi so sánh với một số nghiên cứu khác trên thế giới về kết quả phục hồi vận động ở bệnh nhân liệt nửa người đến trễ sau 3 tháng như với nhóm tác giả *Duncan* (1997), nhóm tác giả *Felician Stancioiu* và *Raluca Makk* (2019), đã cho thấy hiệu quả phục hồi vận động của phác đồ phối hợp Chăm sóc cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bổ dưỡng hoàn ngũ trên những đối tượng này vẫn được tiếp tục cải thiện đáng kể. Cụ thể như sau:

Theo *Duncan* và *cs* thì tốc độ phục hồi lâm sàng tương đối nhanh trong vài tuần đầu sau đột quỵ, nhưng sau đó chậm lại đáng kể trong khoảng từ 1 đến 3 tháng sau đó. Từ 3 đến 6 tháng sau đột quỵ, sự phục hồi đã chậm lại đến mức hầu như không đáng chú ý [53].

Kết quả của nhóm tác giả *Felician Stancioiu, Raluca Makk* công bố năm 2019 cũng có nhận định tương tự. Các tác giả đã điều trị liệt nửa người do đột quy bằng một nhóm thuốc có cơ sở lý luận hiện đại. Đó là kết hợp những thuốc bảo vệ ty thể của tế bào thần kinh do stress oxy hóa, do viêm và do apoptosis liên tục; đồng thời làm giảm độc tính kích thích (excitotoxicity) chủ yếu bằng cách điều chỉnh yếu tố tăng trưởng thần kinh có nguồn gốc từ não (BDNF), yếu tố tăng trưởng insulin-1 (IGF-1) và biến đổi yếu tố tăng trưởng (TGF-). Kết quả cho thấy việc cải thiện vận động với bệnh nhân được điều trị sớm (10 - 35 ngày sau đột quy) tốt hơn đáng kể so với khi được điều trị trễ sau 35 - 100 ngày (điểm NIHSS = -3,6 so với NIHSS = -0,83, $p = 0,02$). Cũng theo nghiên cứu này, điểm NIHSS của người liệt nửa người do đột quy đến điều trị trễ sau 3 tháng là NIHSS = 0 (thang điểm đột quy NIHSS). Điều này cũng gần giống như các nhận định của nhiều nghiên cứu trước về thách thức trong khả năng phục hồi chức năng các bệnh nhân đến trễ sau 3 tháng. [73]

Khi so sánh với những thử nghiệm lâm sàng khác có sử dụng phác đồ phối hợp Chăm sóc cải tiến với các phương pháp khác, với những đặc điểm đột quy và phương pháp theo dõi đánh giá gần giống nhau, chỉ khác nhau về thời gian bị đột quy trước hay sau 3 tháng đã cho thấy (xem bảng 4.6):

Bảng 4.6: So sánh mức độ phục hồi vận động của các phác đồ có phối hợp với Chăm cứu cải tiến trên bệnh nhân có thời gian bị đột quỵ trước hay sau 3 tháng

TT	Tác giả	Phương pháp can thiệp	Thay đổi điểm số Barthel	Tăng vận động tay (số vòng/phút)	Tăng vận động chân (thời gian đi bộ 10m) (giây)
1	Nguyễn Thị Lina, Nguyễn Văn Tùng 2003 (N=64) [30]	Chăm cứu cải tiến + VLTL	Từ 32,65 lên 64,12 (tăng thêm 31,47 điểm)	Từ 0,98 lên 8,99 (tăng thêm 8,01 vòng bỏ được vào lỗ)	Giảm từ 83,25 còn 45,45 (giảm được 37,8 giây)
2	Phan Quan Chí Hiếu và cộng sự (N=192) [17]	Chăm cứu cải tiến + VLTL+ Thuốc YHCT (hoặc không)	Từ 33,15 lên 79,23 (tăng thêm 46,08 điểm)	Từ 2,04 lên 12,6 (tăng thêm 10,56 vòng bỏ được vào lỗ)	Giảm từ 93,8 còn 55,67 (giảm được 38,13 giây)
2	Nguyễn Văn Tùng, Phan Quan Chí Hiếu 2010 (N=204) [19]	Chăm cứu cải tiến + VLTL	Từ 29,34 lên 61,74 (tăng thêm 32,4 điểm)	Từ 0,17 lên 7,71 (tăng thêm 7,54 vòng bỏ được vào lỗ)	Giảm từ 76,60 còn 45,22 (giảm được 31,38 giây)
3	Nghiên cứu này (N=152)	Chăm cứu cải tiến + VLTL+ chế phẩm BỔ dưỡng hoàn ngũ	Từ 41,05 lên 62,40 (tăng thêm 21,35 điểm)	Từ 0,84 lên 5,94 (tăng thêm 5,1 vòng bỏ được vào lỗ)	Giảm từ 77,51 còn 38,28 (giảm được 39,23 giây)

Kết quả phục hồi vận động của những bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng trong nghiên cứu này vẫn tiếp tục được cải thiện vận động toàn thân, vận động chi trên, vận động chi dưới. Những cải thiện sau 40 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị.

Dù vậy, từ bảng so sánh trên cho thấy, mức độ cải thiện vận động toàn thân và vận động chi trên trong nghiên cứu này của chúng tôi kém hơn so với các kết quả trước đây. Điều này cũng dễ dàng hiểu được vì tất cả bệnh nhân được chọn tham gia trong lần này có thời gian từ lúc đột quy đến khi bắt đầu điều trị đều trễ trên 3 tháng, đồng thời việc phục hồi vận động chi trên luôn kém hơn chi dưới có ý nghĩa thống kê. [62]

Mặc khác, khi so sánh với kết quả của thử nghiệm lâm sàng “Ảnh hưởng của thời gian bị đột quy trước điều trị lên kết quả phục hồi di chứng vận động bệnh nhân tai biến mạch máu não” [19], có sử dụng phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến với tập vật lý trị liệu, với những đặc điểm đột quy và phương pháp theo dõi đánh giá gần giống nhau, chỉ khác nhau về có hay không có sử dụng chế phẩm Bỏ dương hoàn ngũ cho thấy, sau điều trị bằng phương pháp Châm cứu cải tiến kết hợp tập vật lý trị liệu, tỉ lệ bệnh nhân phục hồi vận động tốt và khá (xếp loại theo điểm Barthel) ở nhóm bị đột quy sau 3 tháng là 18,63%. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ bệnh nhân phục hồi vận động tốt và khá (xếp loại theo điểm Barthel) sau điều trị bằng phương pháp Châm cứu cải tiến kết hợp tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bỏ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân bị đột quy sau 3 tháng tốt hơn đáng kể, chiếm tới 47,4% (xem bảng 4.7).

Bảng 4.7: So sánh mức độ phục hồi vận động của các phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến có hay không có chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ

TT	Tác giả	Phương pháp can thiệp	Tỉ lệ Tốt và Khá (theo điểm Barthel) trên những bệnh nhân liệt ½ người do đột quy sau 3 tháng
1	Nguyễn Văn Tùng, Phan Quan Chí Hiếu 2010 (N=204) [19]	Châm cứu cải tiến + VLTL	18,63%.
2	Nghiên cứu này (N=152)	Châm cứu cải tiến + VLTL+ chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ	47,4%

- Những kết quả nêu trên cho thấy, việc phối hợp nhiều chuyên khoa khác nhau trong điều trị phục hồi chức năng vận động sau đột quy, như đồng thuận và khuyến cáo của các nhà khoa học và nhà điều trị thần kinh đã trình bày gần đây trong nguyên lý phục hồi sau đột quy là hoàn toàn chính xác và rất đáng quan tâm áp dụng [59].

- Những kết quả này cũng tiếp tục động viên chúng tôi tìm hiểu và điều trị những trường hợp khó khăn hơn, thách thức hơn. Đó là tiến hành trên các bệnh nhân yếu liệt do đột quy đến trễ sau 6 tháng, sau 1 năm hay trễ hơn nữa, cũng như việc sử dụng kết hợp nhiều chuyên khoa khác nhau (4-5 chuyên khoa) trong phác đồ điều trị phục hồi di chứng vận động cho bệnh nhân đột quy ở những đề tài sắp tới. Chẳng hạn như sử dụng phác đồ phối hợp gồm Châm cứu cải tiến, vật lý trị liệu, chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ, thuốc chống co cứng cơ trên bệnh nhân liệt cứng nửa người do đột quy sau 6 tháng...

4.3. Bàn luận về đặc điểm dân số nghiên cứu của mục tiêu 2

4.3.1. Đặc điểm nhóm tuổi

Trong mẫu nghiên cứu này, về cơ bản, đặc điểm về nhóm tuổi của các bệnh nhân cũng tương tự như đặc điểm của mẫu nghiên cứu mục tiêu thứ nhất. Đó là bệnh lý đột quy thường gặp ở những người cao tuổi và phần lớn số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu này tập trung ở độ tuổi 51-70 (73%) (xem bảng 3.13).

Tuy nhiên độ tuổi trung bình của nghiên cứu mục tiêu 2 cao hơn so với tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu trong mục tiêu thứ 1 ($61,1 \pm 8,5$ tuổi so với $58,2 \pm 10,3$ tuổi).

Chúng tôi cho rằng có thể trong nghiên cứu mục tiêu thứ 2 này, tất cả bệnh nhân được chọn đều có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư, đây là những thể bệnh lâm sàng thường gặp ở những người cao tuổi hơn, vì vậy tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu mục tiêu 2 cao hơn so với tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu mục tiêu 1 cũng là điều dễ hiểu.

Mặc khác, trong mục tiêu 2, tỉ lệ bệnh nhân ở độ tuổi 51-70 chiếm tới 73%, trong khi ở mục tiêu 1 tỉ lệ này chỉ chiếm 63,82%, điều đó cũng cho thấy rằng, các bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng có Thận âm hư tập trung ở độ tuổi này nhiều hơn.

Điểm quan trọng, mẫu chốt là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các nhóm tuổi trong 2 nhóm 1 và 2.

4.3.2. Đặc điểm giới tính

Trong mẫu nghiên cứu ở mục tiêu thứ 2 này, về cơ bản, đặc điểm về giới tính của các bệnh nhân cũng tương tự như đặc điểm của mẫu nghiên cứu mục tiêu thứ nhất. Từ bảng 3.14 cho thấy, tỉ lệ nam bị đột quy nhiều hơn nữ, cụ thể là 61,8% và 38,2% (tỉ lệ này ở mục tiêu 1 tuần tự là 59,21% và 40,79%). Kết quả của nghiên cứu này cũng gần tương tự với nhiều tác giả khác trong nước và trên thế giới.

Điểm quan trọng, mấu chốt là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính trong 2 nhóm 1 và 2

4.3.3. Đặc điểm có hay không có hôn mê khi xảy ra đột quy

Trong mẫu nghiên cứu ở mục tiêu thứ 2 này, về cơ bản, đặc điểm về hôn mê khi xảy ra đột quy của các bệnh nhân cũng tương tự như đặc điểm của mẫu nghiên cứu mục tiêu thứ nhất (xem bảng 3.15). Tỷ lệ hôn mê khi xảy ra đột quy ở 2 nhóm lần lượt là 30,3% và 35,5% (tỷ lệ này ở mục tiêu 1 là 29,6%).

Điểm quan trọng, mấu chốt là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm hôn mê trong 2 nhóm 1 và 2.

4.3.4. Đặc điểm về tỷ lệ tái phát đột quy

Bảng 3.17 cho thấy tỷ lệ tái phát đột quy của mẫu nghiên cứu mục tiêu 2 (đột quy lần 2 và 3) đều là 17,1% ở cả 2 nhóm, cũng tương tự như đặc điểm của mẫu nghiên cứu mục tiêu thứ nhất (tỷ lệ này là 15,79%).

Điểm quan trọng, mấu chốt là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tái phát đột quy trong 2 nhóm 1 và 2

Những đặc điểm đồng nhất nêu trên như tuổi, giới, tình trạng hôn mê, tỷ lệ tái phát đột quy (những yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng sau đột quy...) ở cả 2 nhóm 1 và 2 có được cho thấy việc tiến hành sắp xếp ngẫu nhiên đã được thực hiện nghiêm chỉnh và là cơ sở khách quan giúp cho việc đánh giá, so sánh kết quả điều trị ở 2 nhóm đáng tin cậy hơn.

4.3.5. Đặc điểm Thận âm hư của mẫu nghiên cứu

Đã có nhiều báo cáo về tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư được công bố trong nước và trên thế giới. Nhưng cho đến nay, vẫn chưa có bộ tiêu chuẩn chẩn đoán nào cho Thận âm hư được đồng thuận cao, cũng như chưa thấy có tài liệu hay đề tài nghiên cứu nào nói về tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng của Thận âm hư. Tuy nhiên, chúng tôi chọn sử dụng bộ tiêu chuẩn chẩn đoán công bố của nhóm tác giả *Bùi Chí*

Hiếu, Phan Quan Chí Hiếu, Phạm Thị Thanh Tâm và Nguyễn Thị Hồng Hoa công bố năm 1993 (trong Tư liệu Y học cổ truyền Phương Đông) [20] vì 2 lý do sau đây:

- Thứ nhất, phương pháp xây dựng bộ tiêu chí chẩn đoán trên được tiến hành chặt chẽ, căn trọng qua nhiều bước (khảo sát tài liệu kinh điển Y học cổ truyền, sàng lọc qua 2 bước chuyên gia Y học cổ truyền và tần suất xuất hiện, đối chiếu với lý luận Y học cổ truyền và sinh lý Y học hiện đại để tập hợp các triệu chứng được chọn vào 3 nhóm hội chứng và cuối cùng là đánh giá lại bộ tiêu chí chẩn đoán bằng việc ứng dụng vào 98 bệnh nhân với 8 bệnh lý Y học hiện đại khác nhau như Tăng huyết áp, Lao phổi, Suy nhược thần kinh, Cường giáp, Đái tháo đường...

- Thứ hai, tiện dụng vì dễ dàng hơn trong việc xác định chẩn đoán thông qua các hội chứng.

Bảng 3.19 cho thấy, trong số 21 triệu chứng của Thận âm hư, xuất hiện nhiều nhất là triệu chứng đau lưng 142 trường hợp (chiếm 93,4%), kế đến là mất ngủ 130 trường hợp (85,5%), bứt rứt 119 trường hợp (78,3%), nhức đầu 117 trường hợp (77%), lưỡi đỏ 109 trường hợp (71,7%), táo bón 105 trường hợp (69,1%) và nóng về đêm 102 trường hợp (67,1%). Các triệu chứng ít gặp nhất là kinh hải 20 trường hợp (13,2%), hồi hộp 31 trường hợp (20,4%), mờ hôi trộm 35 trường hợp (23%) và tiểu sên 41 trường hợp (27%).

Những triệu chứng gặp nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu này như đau lưng (thuộc hội chứng Suy kém nuôi dưỡng), mất ngủ, bứt rứt, nhức đầu (thuộc hội chứng Thần kinh kích thích), lưỡi đỏ, táo bón, nóng về đêm (hội chứng Tăng quá trình dị hóa) cũng là những triệu chứng thường được đề cập đến trong hội chứng Thận âm hư ở nhiều tài liệu khác nhau [4], [9], [20].

Riêng 2 triệu chứng mờ hôi trộm và tiểu sên cũng là những triệu chứng hay được đề cập đến trong bệnh cảnh Thận âm hư nhưng lại có tỉ lệ xuất hiện tương đối thấp trong mẫu nghiên cứu này, có thể đây là những đặc điểm riêng của bệnh cảnh Thận âm hư trên bệnh nhân sau đột quy. Cần phải nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn

hơn, đồng thời tìm hiểu tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng của bệnh cảnh Thận âm hư ở nhiều chứng bệnh khác nhau, mới có thể giải thích được cho sự phân bố này.

4.4. Hiệu quả của chế phẩm Lục vị trong cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư và hỗ trợ phục hồi chức năng vận động (mục tiêu 2)

4.4.1. Hiệu quả của chế phẩm Lục vị trong cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư

Nhiều bằng chứng cho thấy Thận âm hư là một trong các hội chứng thường gặp và có mối liên quan đến một số bệnh lý như trầm cảm, sa sút trí tuệ... sau đột quỵ [51], [58], [77], [80]. Theo khảo sát của nhóm tác giả Chia-Chi Chang và cộng sự, Lục vị địa hoàng là một trong 10 bài thuốc sử dụng nhiều nhất trong điều trị sau đột quỵ tại Đài loan, đặc biệt trên bệnh nhân có Đái tháo đường [51]. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu chỉ tập trung trong nghiên cứu các chỉ số cải thiện vận động theo YHHD như Barthel, các test vận động tay, test đi bộ... mà chưa tập trung vào nghiên cứu sự cải thiện các triệu chứng theo YHCT – Một trong những yếu tố có liên quan trong cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân. Để làm được điều đó, trước hết người thầy thuốc cần phải khám và phát hiện được các triệu chứng lâm sàng kèm theo của YHCT, sau đó quy tụ lại thành các hội chứng, vì chẩn đoán hội chứng bệnh đóng vai trò quan trọng trong YHCT, giúp người thực hành lâm sàng đưa ra phương pháp can thiệp đúng và tăng cá thể hóa điều trị. [52], [75]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng của bệnh cảnh Thận âm hư được phân ra thành 3 hội chứng, gồm hội chứng Thần kinh kích thích (có 7 triệu chứng: nhức đầu, đầu choáng, mắt hoa, mất ngủ, bứt rứt, kinh hãi, hồi hộp), hội chứng Tăng quá trình dị hóa (có 11 triệu chứng: nóng về đêm, mạch tế sác, lòng bàn tay chân nóng, mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, lưỡi ráo, lưỡi đỏ, khô miệng, táo bón, tiểu sền) và hội chứng Suy kém nuôi dưỡng (có 3 triệu chứng: gầy yếu, đau lưng, răng lung lay).

Từ bảng 3.26 đến 3.28 cho thấy:

- Sau 40 ngày điều trị, ở nhóm 1 (nhóm liệt sau đột quy 3 tháng có Thận âm hư nhưng trong phác đồ điều trị không dùng chế phẩm Lục vị) có 12/21 triệu chứng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó ở hội chứng Thần kinh kích thích giảm 5/7 triệu chứng (gồm nhức đầu, mắt hoa, bút rút, kinh hải và hồi hộp); hội chứng Tăng quá trình dị hóa giảm 6/11 triệu chứng (gồm nóng về đêm, mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, khô miệng và táo bón); hội chứng Suy kém nuôi dưỡng giảm 1/3 triệu chứng là đau lưng. Có 2 trong 3 hội chứng gồm Thần kinh kích thích và Suy kém nuôi dưỡng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bệnh cảnh Thận âm hư giảm 20 trường hợp (từ 76 xuống còn 56), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Sau 40 ngày điều trị, ở nhóm 2 (nhóm liệt sau đột quy 3 tháng có Thận âm hư và trong phác đồ điều trị có dùng chế phẩm Lục vị), có 20/21 triệu chứng thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ngoại trừ triệu chứng răng lung lay (thuộc hội chứng Suy kém nuôi dưỡng). Cả 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa và Suy kém nuôi dưỡng đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Bệnh cảnh Thận âm hư giảm 56 trường hợp (từ 76 xuống còn 20), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Sau 40 ngày điều trị, có đến 12/21 triệu chứng ở nhóm 2 cải thiện nhanh hơn nhóm 1 có ý nghĩa ($p < 0,05$), ngoại trừ các triệu chứng mắt hoa và hồi hộp (thuộc hội chứng Thần kinh kích thích), các triệu chứng mạch tế sác, mồ hôi trộm, mặt má đỏ, môi khô, lưỡi đỏ, tiểu sền (thuộc hội chứng Tăng quá trình dị hóa) và triệu chứng răng lung lay (thuộc hội chứng Suy kém nuôi dưỡng). Sự cải thiện của 3 hội chứng Thần kinh kích thích, Tăng quá trình dị hóa, Suy kém nuôi dưỡng và tỉ lệ bệnh cảnh Thận âm hư giữa nhóm 1 và nhóm 2 đều khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Vì vậy có thể thấy, sau điều trị bệnh cảnh Thận âm hư ở cả 2 nhóm đều được cải thiện đáng kể, và ở nhóm có sử dụng chế phẩm Lục vị cải thiện nhanh hơn rất nhiều so với nhóm không sử dụng chế phẩm Lục vị ($p < 0,001$). Kết quả này cũng phù hợp

với cơ chế tác dụng của thuốc Lục vị, một trong những bài thuốc phổ biến nhất trong điều trị bệnh cảnh Thận âm hư.

Tuy nhiên, kết quả này cũng cho thấy ở nhóm 1 (không sử dụng chế phẩm Lục vị) vẫn có khả năng cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư. Việc cải thiện này có khả năng nhờ vào tác dụng của một số vị thuốc trong chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ cũng như tác dụng kép của một số huyết trong kỹ thuật Châm cứu cải tiến như sau:

- Việc sử dụng chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ trong điều trị bệnh nhân sau đột quy, ngoài tác dụng bổ khí, hành khí, hoạt huyết, còn góp phần làm giảm các triệu chứng như ra mồ hôi trộm (Huỳnh kỳ), đau lưng (Xuyên khung), táo bón (Đương quy, Đào nhân), nóng về đêm, mặt má đỏ, môi khô (Địa long), mất ngủ (Địa long, Đương quy)....

- Nhiều huyết trong phác đồ điều trị của Châm cứu cải tiến, ngoài tác dụng phục hồi cơ yếu liệt còn có tác dụng cải thiện một số triệu chứng của bệnh cảnh Thận âm hư, ví dụ: châm huyết Hợp cốc (giảm đau đầu, đau choáng, mắt hoa), huyết Thần môn, Nội quan (giảm mất ngủ, bứt rứt, kinh hải, hồi hộp), các huyết Giáp tích vùng cột sống thắt lưng (giảm triệu chứng đau lưng).....

- Với những giải thích trên đây cho thấy rằng, nếu chỉ sử dụng Châm cứu cải tiến, kết hợp tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng có Thận âm hư, một số bệnh nhân vẫn cải thiện được các triệu chứng Thận âm hư, giúp hỗ trợ phần nào đến khả năng phục hồi vận động và chất lượng sống của họ, tuy nhiên sự cải thiện này không nhiều. Nếu các bệnh nhân trên được bổ sung thêm chế phẩm Lục vị (một loại thuốc phổ biến và giá thành tương đối rẻ) vào phác đồ điều trị, thì kết quả cải thiện các triệu chứng Thận âm hư sẽ tốt hơn và nhanh hơn rất nhiều, điều đó có ý nghĩa quan trọng trong việc cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

4.4.2. Hiệu quả phục hồi vận động của nhóm 2 tốt hơn nhóm 1 nhờ cải thiện bệnh cảnh Thận âm hư

Từ bảng 3.20 đến 3.25 cho thấy:

- Sau 4 liệu trình điều trị, chỉ số Barthel ở cả 2 nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê, cụ thể từ $40,3 \pm 13,1$ tăng lên $58,4 \pm 17,8$ ở nhóm 1 và từ $40,7 \pm 13,7$ lên $66,4 \pm 18,2$ ở nhóm 2 ($p < 0,001$). Trước điều trị, chỉ số Barthel giữa hai nhóm khác nhau không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nhưng sau liệu trình 4, chỉ số Barthel ở nhóm 2 tăng 25,7 điểm trong khi nhóm 1 chỉ tăng 18,1 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Đối với Test khéo tay, sau 4 liệu trình điều trị, số bệnh nhân thực hiện được Test khéo tay ở nhóm 1 tăng lên 16 người (từ 19 lên 35 người), ở nhóm 2 tăng lên 21 người (từ 21 lên 42 người), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ bệnh nhân thực hiện được Test khéo tay giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Trong lần nghiên cứu tới, chúng tôi dự kiến sẽ tăng số lượng mẫu nghiên cứu lên, với hy vọng có thể xác định được sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân thực hiện được Test khéo tay giữa 2 nhóm này.

- Số vòng bỏ được trong 1 phút tăng từ $0,64 \pm 1,33$ vòng lên $4,55 \pm 6,12$ vòng ở nhóm 1, và từ $0,88 \pm 1,61$ vòng lên $7,78 \pm 8,62$ vòng ở nhóm 2 ($p < 0,001$). Trước điều trị số vòng bỏ được trong 1 phút ở 2 nhóm là tương đương nhau, nhưng sau điều trị, số vòng trung bình bỏ được trong 1 phút ở nhóm 2 tăng 6,9 vòng trong khi nhóm 1 chỉ tăng 3,91 vòng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả dựa vào Test khéo tay trên đây cho thấy, sau 40 ngày điều trị, mặc dù số lượng bệnh nhân thực hiện được Test khéo tay giữa nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt, nhưng về chất lượng, khả năng vận động chi trên của các bệnh nhân nhóm 2 tốt hơn so với nhóm 1. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc hỗ trợ cho bệnh nhân tham gia vào các hoạt động sống thiết yếu hàng ngày cũng như tự chăm sóc cho

bản thân, đặc biệt là các hoạt động liên quan đến tay như vệ sinh cá nhân, ăn uống, mặc quần áo, lau chùi...

- Sau 4 liệu trình điều trị, số bệnh nhân đi bộ được 10m (có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ) ở nhóm 1 tăng 12 người (từ 37 lên 49 người), ở nhóm 2 tăng 20 người (từ 35 lên 55 người), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ bệnh nhân đi bộ được 10m giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Trong lần nghiên cứu tới, chúng tôi dự kiến sẽ tăng số lượng mẫu nghiên cứu lên, với hy vọng có thể xác định được sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân đi bộ được 10m giữa 2 nhóm này.

- Thời gian trung bình đi 10m đều giảm ở cả 2 nhóm, cụ thể giảm từ $78,95 \pm 19,56$ giây còn $42,92 \pm 21,15$ giây ở nhóm 1, và từ $78,26 \pm 19,95$ giây còn $33,05 \pm 12,07$ giây ở nhóm 2 ($p < 0,001$). Trước điều trị, thời gian trung bình đi được 10m ở hai nhóm là tương đương nhau, sau điều trị thời gian trung bình ở nhóm 2 giảm 45,21 giây trong khi nhóm 1 chỉ giảm 36,03 giây. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả dựa vào thời gian bệnh nhân đi bộ 10m trên đây cho thấy, sau 40 ngày điều trị, mặc dù số lượng bệnh nhân đi bộ được 10m giữa nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt, nhưng về chất lượng, khả năng vận động chi dưới của các bệnh nhân nhóm 2 tốt hơn so với nhóm 1.

Có thể tóm tắt những nhận xét trên như sau:

- Hiệu quả cải thiện tình trạng yếu liệt toàn thân, chi trên và chi dưới ở các bệnh nhân đột quỵ có tình trạng Thận âm hư và đến trễ sau 3 tháng, có dùng hay không dùng chế phẩm Lục vị đều tiếp tục tiến triển tốt hơn trước điều trị. Điều này có nghĩa việc sử dụng phối hợp các phương pháp Châm cứu cải tiến, vật lý trị liệu và chế phẩm Bô dương hoàn ngũ trên bệnh nhân đột quỵ đến trễ sau 3 tháng có bệnh cảnh Thận âm hư vẫn cho kết quả phục hồi vận động có ý nghĩa.

- Tuy nhiên, ở nhóm có dùng chế phẩm Lục vị (thuốc được chỉ định đặc hiệu cho bệnh cảnh Thận âm hư), cho thấy tình trạng cải thiện vận động sau điều trị tốt hơn

nhóm không sử dụng chế phẩm Lục vị. Như vậy, nếu có bổ sung thêm chế phẩm Lục vị trong phác đồ điều trị sẽ làm tăng thêm đáng kể hiệu quả phục hồi vận động ở những bệnh nhân này.

Nhưng điều đáng suy nghĩ ở đây là tại sao khi bổ sung thêm chế phẩm Lục vị thì có thể làm tăng hiệu quả phục hồi vận động trên bệnh nhân đột quỵ sau 3 tháng có bệnh cảnh Thận âm hư? Trong khi cơ chế tác dụng của Lục vị là dưỡng huyết, tư âm, bổ can thận âm... thậm chí nếu sử dụng lâu ngày (theo lý thuyết) có thể còn gây nề trệ, đầy bụng, khó tiêu, tiêu chảy... càng khiến cho bệnh nhân mệt mỏi, lười vận động. Điều này có thể được giải thích như sau:

- Khi bệnh nhân bị Thận âm hư, các triệu chứng thuộc hội chứng Thần kinh kích thích như nhức đầu, mất ngủ, bứt rứt, đầu choáng, mắt hoa, kinh hải, hồi hộp khiến cho bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, lo lắng, khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến các sinh hoạt hàng ngày và chất lượng sống của bệnh nhân. Các triệu chứng đầu choáng, mắt hoa còn làm cho bệnh nhân mất thăng bằng, khó thực hiện được các bài tập đi bộ, các test vận động tay như bỏ vòng vào các cột, cũng như các hoạt động khác trong thang điểm 10 Barthel.

- Các triệu chứng thuộc hội chứng Tăng quá trình dị hóa như nóng về đêm, mồ hôi trộm, môi khô, lưỡi ráo, khô miệng, táo bón... có thể gây cho bệnh nhân cảm giác nóng nảy, khó chịu, phiền toái, làm ảnh hưởng đến các sinh hoạt ăn uống và giấc ngủ hàng đêm.

- Các triệu chứng thuộc hội chứng Suy kém nuôi dưỡng như răng lung lay, đau lưng có thể làm cho bệnh nhân ăn uống khó khăn và làm cản trở sự di chuyển, vận động của người bệnh.

Với tất cả những gì đã phân tích trên đây cho thấy, bệnh nhân đột quỵ sau 3 tháng có bệnh cảnh Thận âm hư sẽ bị ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp một cách đáng kể đến những vận động chi trên và chi dưới cũng như những sinh hoạt thiết yếu hàng

ngày. Và khi các triệu chứng Thận âm hư được cải thiện một cách hiệu quả như ghi nhận từ nghiên cứu này thì khả năng phục hồi vận động sẽ tốt hơn.

Tuy nhiên, nếu có điều kiện theo dõi với thời gian kéo dài hơn nữa chúng tôi sẽ đặc biệt quan tâm tìm hiểu, khảo sát những hạn chế, những bất lợi của chế phẩm Lục vị, mà theo lý thuyết khi dùng thời gian dài có thể gián tiếp làm cản trở sự phục hồi vận động như có thể gây nề trệ, nặng nề, đầy bụng, khó tiêu, tiêu chảy...

4.4.3. Bàn luận về lợi ích của việc áp dụng quan niệm chỉnh thể của Y học cổ truyền khi tiến hành chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh. Đó là quan tâm đến tình trạng phản ứng của người bệnh đối với tác nhân gây bệnh.

Trong thực hành chẩn trị hàng ngày, người thầy thuốc Y học cổ truyền rất chú trọng, quan tâm đến những phản ứng của người bệnh với một bệnh lý cụ thể. Sự phản ứng này tùy vào cơ địa, tình trạng sức khỏe hiện hữu của người bệnh mạnh yếu khác nhau mà phản ứng với bệnh lý đang mắc phải khác nhau, biểu hiện ra bên ngoài với những triệu chứng khác nhau dù đang mắc cùng một bệnh.

Trong chẩn đoán, với cùng một bệnh mắc phải nhưng phản ứng của từng cá thể sẽ biểu hiện các triệu chứng lâm sàng khác nhau, giúp người thầy thuốc xếp loại bệnh cảnh Y học cổ truyền khác nhau. Và từ đó sẽ điều chỉnh việc trị liệu khác nhau dựa vào sự đáp ứng của cơ thể người bệnh với tác nhân gây bệnh.

Những minh họa cho lý luận này như “Phù chính đề khu tà”, “Tà khí thịnh tắc thực, tinh khí đoạt tắc hư” (*Nội Kinh-Tố Vấn*). Cùng một bệnh thì có hư có thực, tùy bệnh hư thực mà điều trị khác nhau. “Phàm các phép châm, trước hết ắt phải dựa vào cái “gốc” đó là “thần”, người dụng châm phải quan sát bệnh thái của người bệnh, nhằm để biết sự còn mất của tinh, thần, hồn, phách” (*Nguồn: Thiên Căn kết và Bản Thần-Nội Kinh-Linh Khu*).

Với cơ sở triết lý trên, rất dễ dàng nhận thấy chẩn đoán của một bệnh chứng Y học cổ truyền có thể hiện diện trong nhiều bệnh danh khác nhau của Y học hiện đại.

Ví dụ như bệnh chứng Phong hàn phạm kinh lạc của Y học cổ truyền có thể hiện diện trong nhiều bệnh danh khác nhau của Y học hiện đại như cảm cúm, viêm đường hô hấp trên, liệt mặt ngoại biên, viêm dây thần kinh tọa... Bệnh cảnh Thận âm hư của Y học cổ truyền cũng được nêu trong bệnh tăng huyết áp, cường giáp, đái tháo đường, suy nhược mạn, đột quy... của Y học hiện đại.[3], [4], [19]

Trong bệnh đột quy của Y học hiện đại, người thầy thuốc Y học cổ truyền phân chia người bệnh vào những thể khác nhau (tùy theo các phản ứng khác nhau của người bệnh với bệnh lý đột quy), như thể bệnh Thận âm hư, thể Thận âm dương lưỡng hư, thể Đàm thấp [4]. Với từng bệnh cảnh Y học cổ truyền khác nhau mà phương trị có thay đổi khác nhau. Cụ thể thuốc kinh điển mặc định cho bệnh cảnh Thận âm hư là Lục vị, thuốc kinh điển mặc định cho bệnh cảnh Thận âm dương lưỡng hư là Bát vị, thuốc kinh điển mặc định cho bệnh cảnh Đàm thấp là Nhị trần thang...[4]

Việc chú ý đến những phản ứng khác nhau của người bệnh trong từng bệnh lý khác nhau của người thầy thuốc Y học cổ truyền là một đặc trưng nổi bật, thể hiện việc chú ý đến điều trị người bệnh chứ không chỉ chú ý đến bệnh.

Là một thầy thuốc kết hợp Y học hiện đại với Y học cổ truyền, chúng tôi cũng mong muốn trả lời cho câu hỏi, việc quan tâm đến điều chỉnh tình trạng sức khỏe chung của cơ thể người bệnh trong lý luận của phương Đông (thông qua việc điều chỉnh các phản ứng cụ thể của người bệnh với bệnh lý hiện hữu) có thực sự hữu ích trong việc điều trị và chăm sóc bệnh nhân hay không?

Những kết quả thu nhận được trong nghiên cứu này khi sử dụng thêm chế phẩm Lục vị, một thuốc kinh điển đặc trị cho bệnh cảnh Thận âm hư, có hữu dụng trong điều trị liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng ở bệnh nhân có bệnh cảnh Thận âm hư, đã góp phần minh họa lợi ích của việc áp dụng nguyên lý và phương cách của Y học cổ truyền khi tiến hành chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh. Đó là quan tâm đến tình trạng phản ứng của người bệnh đối với tác nhân gây bệnh.

4.5. Bàn luận về việc sử dụng chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân Âm hư (Thận âm hư)

Trong nghiên cứu này, chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ được sử dụng cho tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đặc biệt cho các bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng có bệnh cảnh Thận âm hư. Liệu chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ có thể dùng cho bệnh nhân có bệnh cảnh Âm hư (Thận âm hư) hay không? Và việc sử dụng chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ này có làm tổn hại cho phần âm (vốn đã suy hư) của nhóm bệnh nhân có bệnh cảnh Thận âm hư hay không?

4.5.1. Bàn luận về Phương trị và Dược tính của các vị thuốc trong bài thuốc BỔ dương hoàn ngũ trong mối quan hệ với Âm hư

Về mặt lý luận, trong tài liệu Y lâm cải thác [37], tác giả Vương Thanh Nhậm có nêu pháp trị của phương thuốc BỔ dương hoàn ngũ là: BỔ khí, hoạt huyết, thông lạc. Bài thuốc được dùng để chữa chứng trúng phong, bán thân bất toại.

Trong hướng dẫn sử dụng bài thuốc BỔ dương hoàn ngũ thang, tác giả Vương Thanh Nhậm hoàn toàn không nói gì về cấm kỵ trong trường hợp âm hư huyết nhiệt, cũng như không được dùng cho các bệnh nhân có bệnh cảnh Thận âm hư. [37]

Khi phân tích cụ thể tính vị và tác dụng dược lý của từng vị thuốc trong bài BỔ dương hoàn ngũ thang, ta thấy Hoàng kỳ có vị ngọt tính ấm, tác dụng đại bổ nguyên khí, chỉ hãn, lợi thủy là chủ dược. Đương quy có vị ngọt cay, tính ấm, tác dụng bổ huyết, hoạt huyết, nhuận táo, hoạt trường, điều huyết, thông kinh; Xích thực có vị chua đắng, hơi hàn, tác dụng tán tà, hành huyết; Địa long có vị mặn, tính hàn, tác dụng thanh nhiệt, trấn kinh, lợi tiểu, giải độc; Xuyên khung có vị cay, tính ấm, tác dụng hoạt huyết, chỉ thống, hành khí, khu phong; Đào nhân có vị đắng, tính bình, tác dụng hành ứ, nhuận táo, hoạt trường;;. Hồng hoa có vị cay, tính ấm, tác dụng phá ứ huyết, sinh huyết

Như vậy, trong phương thuốc này có sự phối hợp giữa thuốc bổ khí và thuốc hoạt huyết thông lạc. Trong đó, Hoàng kỳ có tác dụng đại bổ nguyên khí làm Quân, phối

hợp Dương quy, Xích thước, Xuyên khung, Đào nhân, Hồng hoa có tác dụng hoạt huyết khứ ứ làm thuốc bổ trợ là Thần, Địa long thanh nhiệt, trần kinh, giải độc làm Tá Sứ.

Với dược tính của từng vị cấu thành bài thuốc như trên, có thể thấy thuốc Bổ dương hoàn ngũ có pháp trị thiên về Bổ Khí, chứ không phải Bổ dương như tên gọi. Trong đó, có 4 vị thuốc thuộc Dương dược (Hoàng kỳ, Dương Quy, Xuyên khung và Hồng hoa) kết hợp với 3 vị thuốc thuộc Âm dược (Xích thước, Đào nhân, Địa long).

Về nguyên tắc sử dụng và kiêng kỵ của từng vị thuốc trong bài Bổ dương hoàn ngũ thang, thì 4 vị thuốc dương dược có thể ảnh hưởng đến tình trạng âm hư (Thận âm hư), trong đó Hoàng kỳ không nên dùng trong thực chứng, hư chứng có âm hư hỏa vượng (*Trung quốc dược học đại từ điển*), dương thịnh âm suy, huyết nhiệt (*Bản thảo kinh sơ*), chứng âm hư chỉ nên dùng một lượng ít (*Y học nhập môn*); Dương quy nên cẩn thận trong trường hợp âm hư, nội nhiệt; Xuyên khung không nên dùng trong trường hợp âm hư hỏa vượng, mồ hôi tự ra, họng khô, miệng khô, phiền táo (*Bản thảo kinh sơ*); Hồng hoa thì chỉ kiêng kỵ cho phụ nữ có thai và kinh nguyệt không đều, chưa tìm thấy tài liệu nào đề cập đến tình trạng âm hư hỏa nhiệt.

Tuy nhiên, trong cổ phương, vị Hoàng kỳ được sử dụng với lượng rất lớn, có thể lên tới 160g, và qua đó làm ảnh hưởng đến tình trạng âm hư hỏa vượng, huyết nhiệt; các vị dương dược còn lại như Dương quy (8g), Xuyên khung (4g) và Hồng hoa (4g) được sử dụng với liều rất thấp, lại được điều hòa bởi các vị âm dược trong bài (Xích thước 6g, Đào nhân 4g, Địa long 4g), nên gần như không ảnh hưởng gì đến tình trạng âm hư (Thận âm hư).

Vị thuốc Hoàng kỳ trong chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ sử dụng trong nghiên cứu này có tỉ lệ thấp hơn rất nhiều so với công thức cổ. Cụ thể, mỗi ngày bệnh nhân chỉ sử dụng 8g Hoàng kỳ, 7,3g Dương quy, 6g Xuyên khung, 6g Xích thước, 4,6g Hồng hoa, 4,6g Đào nhân và 2,3g Địa long.

Như vậy, với liều lượng này, chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ sử dụng trong nghiên cứu rất ít có khả năng làm tổn hại cho phần âm (vốn đã suy hư) của nhóm bệnh nhân có bệnh cảnh Thận âm hư.

Và đây cũng là cơ sở ban đầu của chúng tôi khi tiến hành nghiên cứu này, cũng như chỉ đạo việc theo dõi sát sao những biến chứng của việc dùng thuốc BỔ dương hoàn ngũ trên bệnh nhân Thận âm hư.

4.5.2. Kết quả thực tế minh chứng chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ không gây bất lợi cho những bệnh nhân Thận âm hư

Đồng hành với những phân tích thuần lý thuyết như trên (được dùng làm cơ sở cho việc sử dụng chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ cho bệnh nhân liệt nửa người có bệnh cảnh Thận âm hư), những kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy: Sau 40 ngày điều trị bằng chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ kết hợp với Châm cứu cải tiến và tập Vật lý trị liệu trên 76 bệnh nhân liệt nửa người có bệnh cảnh Thận âm hư (76 BN nhóm 1 trong nghiên cứu mục tiêu số 2), phần lớn các triệu chứng Thận âm hư được thuyên giảm và không xuất hiện bất kỳ dấu chứng nào thể hiện tình trạng âm hư trầm trọng hơn.

4.6. Những điểm mới trong đề tài này

Từ những kết quả phân tích và bàn luận trên đây, có thể thấy được 2 điểm mới trong đề tài nghiên cứu này:

4.6.1. Phương pháp phối hợp Châm cứu cải tiến với tập Vật lý trị liệu và chế phẩm BỔ dương hoàn ngũ cho thấy có những chứng cứ khách quan và đáng tin cậy cho việc tiếp tục phục hồi vận động trên bệnh nhân yếu liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng

Y học cổ truyền nói chung và châm cứu nói riêng đã có những đóng góp tích cực trong phục hồi chức năng vận động sau đột quỵ. Nhiều công bố đã cho thấy, châm cứu kết hợp tập vật lý trị liệu có kết quả đáng khích lệ trong phục hồi di chứng vận

động bệnh nhân đột quy, như công trình nghiên cứu của *Phan Quan Chí Hiếu, Đoàn Xuân Dũng* [16], *nhóm Phạm Huy Hùng* [26]... Đặc biệt trong những năm gần đây, phương pháp Châm cứu cải tiến đã được nghiên cứu nhiều và đưa vào áp dụng nhằm nâng cao hiệu quả và rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhân.

Các công trình nghiên cứu trước đây hoặc phối hợp 2 phương pháp Châm cứu cải tiến với vật lý trị liệu như công trình nghiên cứu của *Phan Quan Chí Hiếu và Nguyễn Văn Tùng* [19], *Hoàng Thanh Hiền và Phan Quan Chí Hiếu* [15], *Đoàn Thị Nguyễn và Phan Quan Chí Hiếu* [39], hoặc phối hợp Châm cứu cải tiến, vật lý trị liệu và thuốc Y học cổ truyền, trong đó một số bệnh nhân có sử dụng bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang như công trình nghiên cứu của nhóm tác giả *Phan Quan Chí Hiếu và cộng sự* [17]. Tuy nhiên tất cả những nghiên cứu này chỉ tập trung vào bệnh nhân đột quy ở giai đoạn sớm hoặc không phân biệt thời gian bị đột quy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được chọn đều có thời gian từ khi đột quy đến lúc điều trị là trên 3 tháng, đây là mốc thời gian rất quan trọng vì việc điều trị cho những bệnh nhân đến trễ sau 3 tháng này thực sự khó khăn và là một thử thách rất lớn.

Mặc khác, các thuốc Y học cổ truyền sử dụng trong nghiên cứu trước (nếu có) chỉ mang tính riêng lẻ, không thống nhất cả về loại thuốc, số lượng thuốc, liều lượng và thời gian sử dụng (mỗi bệnh nhân được chỉ định một hoặc vài loại thuốc, có thể giống nhau hoặc khác nhau, sử dụng trong khoảng thời gian khác nhau). Do vậy, khó xác định được ảnh hưởng cụ thể của mỗi loại thuốc đến khả năng phục hồi vận động của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thống nhất chỉ sử dụng một loại thuốc Y học cổ truyền là chế phẩm Bổ dương hoàn ngũ cho tất cả 152 bệnh nhân, với liều dùng mỗi ngày và thời gian sử dụng (liên tiếp 40 ngày) hoàn toàn giống nhau.

Những kết quả thu nhận được trên 152 bệnh nhân liệt nửa người sau đột quy 3 tháng trong nghiên cứu này, với những số liệu thuyết phục, có ý nghĩa thống kê về sự cải thiện vận động toàn thân (dựa vào điểm Barthel), vận động tay – bàn tay (Test khéo tay), vận động chân (Thời gian đi bộ 10m), đã minh chứng cho sự tiếp tục cải

thiện tình trạng yếu liệt nửa người sau đột quy ở các bệnh nhân đến điều trị trễ sau 3 tháng của phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu và chế phẩm Bồ dương hoàn ngũ.

4.6.2. Góp phần vào việc chứng minh tính khoa học và giá trị của quan niệm chỉnh thể của Y học cổ truyền thông qua vai trò hỗ trợ gián tiếp cải thiện vận động của chế phẩm Lục vị trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng có bệnh cảnh Thận âm hư

- Đột quy là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến mất chức năng kéo dài ở người trưởng thành. Trong điều trị phục hồi chức năng vận động, bệnh nhân có thời gian bị đột quy trước điều trị càng lâu thì khả năng phục hồi di chứng vận động càng kém và quá trình phục hồi chủ yếu chỉ xảy ra trong vòng 3 tháng đầu, sau thời gian này khả năng phục hồi không đáng kể.

- Nhiều phương pháp của Y học cổ truyền cũng như Y học hiện đại đã được chứng minh có hiệu quả trong điều trị phục hồi sau đột quy như Châm cứu cổ điển, Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu, vận động trị liệu, dùng thuốc tăng tuần hoàn não hoặc chống co cứng theo Y học hiện đại, dùng thuốc Y học cổ truyền như Bồ dương hoàn ngũ thang... Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây hầu hết chỉ tập trung điều trị các di chứng sau đột quy mà chưa chú trọng điều trị hội chứng bệnh theo Y học cổ truyền.

- Thận âm hư là một trong các hội chứng Y học cổ truyền thường gặp sau đột quy, và Lục vị là một trong những bài thuốc cổ phương được sử dụng rộng rãi và được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị bệnh cảnh này. Theo khảo sát của nhóm tác giả Chia-Chi Chang và cộng sự, Lục vị địa hoàng là một trong 10 bài thuốc sử dụng nhiều nhất trong điều trị phục hồi sau đột quy tại Đài loan, đặc biệt trên bệnh nhân có Đái tháo đường [51].

- Tuy nhiên, việc sử dụng Lục vị trong điều trị các hội chứng, bệnh chứng đi kèm ở bệnh nhân đột quy chỉ mang tính rời rạc và chủ quan của các nhà thực hành lâm

sàng, các nghiên cứu nếu có cũng hầu hết tập trung vào đánh giá các chỉ số cải thiện vận động theo Y học hiện đại như chỉ số Barthel, các test vận động tay, test đi bộ... mà chưa tập trung vào nghiên cứu sự cải thiện các triệu chứng và bệnh cảnh theo Y học cổ truyền – Một trong những yếu tố có liên quan trong cải thiện chất lượng sống cũng như khả năng phục hồi vận động của bệnh nhân.

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã áp dụng bộ tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư để lựa chọn sau đó phối hợp điều trị thêm chế phẩm Lục vị cho 76 bệnh nhân liệt nửa người do đột quy sau 3 tháng có Thận âm hư. Diễn biến cải thiện dần các triệu chứng Thận âm hư của các bệnh nhân qua từng liệu trình điều trị cho thấy, sự thuyên giảm hầu hết các triệu chứng như đau đầu, đầu choáng, mắt hoa, mắt ngủ, bút rút, nóng về đêm, mồ hôi trộm, lòng bàn tay chân nóng, môi khô, lưỡi đỏ, táo bón, đau lưng... đã giúp hỗ trợ người bệnh một cách hiệu quả trong việc phục hồi chức năng vận động sau đột quy, đặc biệt là làm tăng các hoạt động sinh hoạt thiết yếu hàng ngày cũng như chất lượng sống cho các bệnh nhân.

4.7. Điểm mạnh và hạn chế của đề tài

4.7.1. Điểm mạnh

- Trong mục tiêu nghiên cứu 2, chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, có nhóm chứng, sắp xếp ngẫu nhiên. Đây là loại thiết kế có giá trị khoa học và độ tin cậy cao trong xác định hiệu quả trị liệu. Đặc biệt việc sử dụng phương pháp phân ngẫu nhiên cho 2 nhóm 1 và 2 đã giúp tạo được sự đồng nhất cho cả 2 nhóm và tạo cơ sở tương thích giúp việc so sánh hiệu quả giữa 2 nhóm được tin cậy cao.

- Tất cả bệnh nhân được chọn vào dự án khoa học này đều tham gia từ đầu đến hết dự án. Không có bệnh nhân nào tự ý bỏ dở. Yếu tố này quan trọng vì làm giảm được sai lầm (bias) loại 2 của đề tài.

4.7.2. Điểm yếu - hạn chế

- Thiết kế nghiên cứu này chưa thực hiện được việc làm mù (blinded)...Việc không thể làm mù có nguy cơ làm tăng sai lầm loại 1. Dự kiến trong thời gian sắp đến chúng tôi sẽ tiến hành qui trình này để kết quả càng thuyết phục hơn.

- Nghiên cứu cũng chưa thể thực hiện được việc so sánh với giả châm (sham acupuncture) bao gồm cả giả châm qua da và giả châm không qua da. Đây cũng là khó khăn khách quan của châm cứu trong tất cả những nghiên cứu tương tự trong nước và trên thế giới. Đó là ngoài khó khăn về vấn đề nguồn lực, còn đặc biệt là không vượt qua được vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

- Việc định nghĩa những dấu chứng Y học cổ truyền, đặc biệt là những dấu chứng khách quan vẫn còn là thách thức lớn. Chúng tôi sẽ tiếp tục hoàn thiện việc làm này vì đây là điều rất có ý nghĩa cho sự phát triển của Y học cổ truyền Việt Nam và góp phần vào chiến lược phát triển chung của thế giới theo WHO YHCT 2014-2023.

- Nghiên cứu này cũng chưa đề cập đến những yếu tố khác có ảnh hưởng đến quá trình phục hồi vận động như đau vai sau đột quy, tình trạng co cứng ... Các yếu tố này thường xuất hiện trên những bệnh nhân liệt 1/2 người sau thời gian 3 tháng và làm giảm hiệu quả phục hồi. Trong lý luận và thực tế trị liệu bằng Châm cứu cải tiến cũng có quan tâm đến những vấn đề nêu trên. Trong kế hoạch sắp đến, chúng tôi sẽ đưa thêm 2 vấn đề này vào việc đánh giá theo dõi.

KẾT LUẬN

1. Mục tiêu 1

Với nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc, đánh giá trước sau, tiến hành trên 152 bệnh nhân, được điều trị bằng phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu, chế phẩm Bô dương hoàn ngũ, kết quả cho thấy:

Phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, tập vật lý trị liệu, chế phẩm Bô dương hoàn ngũ có hiệu quả trong phục hồi vận động bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng. So với trước điều trị, số bệnh nhân xếp loại Barthel tốt và khá tăng từ 0 bệnh nhân lên 72 người (chiếm tỉ lệ 47,4%), chỉ số vận động toàn thân (Barthel) tăng lên gấp 1,5 lần, chỉ số vận động chi trên (số vòng bỏ được trong 1 phút) tăng lên gấp 7,1 lần và chỉ số vận động chi dưới được thể hiện qua thời gian đi bộ 10m nhanh hơn 2 lần.

2. Mục tiêu 2:

Với nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, có nhóm chứng, sắp xếp ngẫu nhiên, tiến hành trên 152 bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ sau 3 tháng có bệnh cảnh Thận âm hư, được phân chia vào 2 nhóm, nhóm 1 (phác đồ điều trị KHÔNG CÓ chế phẩm Lục vị) và nhóm 2 (phác đồ điều trị CÓ chế phẩm Lục vị), kết quả cho thấy:

Sau 40 ngày điều trị, số bệnh nhân xếp loại tốt và khá ở nhóm có sử dụng chế phẩm Lục vị tăng nhiều hơn 1,4 lần so với nhóm không sử dụng chế phẩm Lục vị; chỉ số vận động toàn thân (Barthel) tăng nhiều hơn 1,14 lần so với nhóm không sử dụng chế phẩm Lục vị; chỉ số vận động chi trên (số vòng bỏ được trong 1 phút) tăng nhiều hơn 1,7 lần so với nhóm không sử dụng chế phẩm Lục vị; chỉ số vận động chi dưới thể hiện qua thời gian đi bộ 10 m nhanh hơn 1,3 lần so với nhóm không sử dụng chế phẩm Lục vị.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu trên đây, dẫn đến những kiến nghị sẽ thực hiện trong tương lai như sau:

1. Tiến hành nghiên cứu mù đôi, giả chàm
2. Tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian điều trị lâu hơn.
3. Tiến hành nghiên cứu cụ thể trên từng thể bệnh lâm sàng: Thận âm hư, Thận âm dương lưỡng hư, Đờm thấp.
4. Đưa vào khảo sát những yếu tố khác có ảnh hưởng đến quá trình phục hồi vận động như đau vai sau đột quy, tình trạng cơ cứng...

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ THỰC HIỆN VÀ CÔNG BỐ

1. Nguyễn Văn Tùng và Phan Quan Chí Hiếu (2019), “Kết quả phục hồi vận động của phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp vật lý trị liệu và thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang trên bệnh nhân tai biến mạch máu não đến trễ sau 3 tháng”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản 23(4), tr. 220-227.
2. Nguyễn Văn Tùng (2020), “Đánh giá kết quả cải thiện các triệu chứng thận âm hư và phục hồi vận động trên bệnh nhân đột quỵ sau 3 tháng của phác đồ phối hợp Châm cứu cải tiến, vật lý trị liệu, Bổ dương hoàn ngũ thang và Lục vị”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*, Tập 62(2), tr. 14-21.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ môn thần kinh (2017), *Sổ tay lâm sàng thần kinh*, Đại Học Y Dược TP. HCM, tr. 90-126.
2. Bộ môn thần kinh (2017), *Thần kinh học*, Đại Học Y Dược TP. HCM, NXB Đại Học Quốc Gia TP. HCM, tr. 240-288.
3. Bộ môn Y học cổ truyền (1994), “Bán thân bất toại”, *Giáo trình điều trị Y học cổ truyền*, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Bộ môn YHCT (2000), “Tai biến mạch máu não”, *Bài giảng bệnh học và điều trị tập 2*, Đại học Y Dược TP. HCM, tr. 65-91.
5. Bộ Y Tế (2010), *Dược điển Việt Nam IV*, NXB Y học.
6. Bộ Y Tế (2009), *Phương tế học*, NXB Y học.
7. Chương trình Phục hồi chức năng Bộ Y tế (2001), *Phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người do TBMMN*, Hà Nội.
8. Trần Văn Chương (2002), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, NXB Y học Hà Nội.
9. Ngô Anh Dũng, Nguyễn Nhật Minh, Nguyễn Công Đức và cs (2002), “Tìm hiểu sự phát triển chỉ định của bài thuốc Lục vị địa hoàng”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 6, tr. 87-89.
10. Nguyễn Văn Đăng (2000), *Tai Biến Mạch Máu Não*. NXB Y Học, tr. 9-12
11. Nguyễn Văn Đăng (2006) , *Tai Biến Mạch Máu Não*. NXB Y Học Hà Nội, tr. 21.
12. Nguyễn Đăng Hà (2006), *Chăm sóc và tập luyện bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN*. NXB Y Học, tr. 3.
13. Nguyễn Hữu Hách (2001), “Bệnh liệt nửa người”, *Châm cứu thực hành*, NXB Thuận Hoa, tr. 169-170.
14. Đoàn Thị Thu Hiền (2006), *Hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ của phương pháp đầu châm bằng Laser bán dẫn công suất thấp*, Luận văn thạc sỹ YHCT, Đại học Y dược TP. HCM.

15. Hoàng Thanh Hiền và Phan Quan Chí Hiếu (2012), “Khảo sát những yếu tố có ảnh hưởng trên hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp vật lý trị liệu tại thành phố Hồ Chí Minh” *Tạp chí Y học TP.HCM*, Số đặc biệt chuyên ngành Y học cổ truyền, Phụ bản 16(1), tr. 61.
16. Phan Quan Chí Hiếu và Đoàn Xuân Dũng (2003), *Đánh giá hiệu quả đầu châm trong phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân TBMMN*, luận án CKII, Đại học Y dược TP. HCM.
17. Phan Quan Chí Hiếu và cộng sự (2007), “Hiệu quả phục hồi liệt sau đột quỵ của phương pháp thể châm cải tiến”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản 11(2), tr. 26-34.
18. Phan Quan Chí Hiếu và Trịnh Thị Diệu Thường (2008), *Hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ của thể châm cải tiến phối hợp tập vận động chủ động*. Luận văn thạc sỹ Y, Đại học Y dược TP. HCM
19. Phan Quan Chí Hiếu và Nguyễn Văn Tùng (2010), *Hiệu quả phục hồi vận động của Châm cứu cải tiến trên bệnh nhân bị đột quỵ trước và sau 3 tháng*. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y dược TP. HCM.
20. Phan Quan Chí Hiếu, Phạm Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thị Hồng Hoa và Bùi Chí Hiếu (1993), “Tìm hiểu về chứng Thận âm hư”, *Tư liệu Y học cổ truyền Phương Đông*, số 1, tr. 30-32
21. Phan Quan Chí Hiếu và Hà Thị Hồng Linh (2005), *hiệu quả của thể châm trong phục hồi di chứng vận động bệnh nhân TBMMN*. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
22. Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia (2007), “Tai Biến Mạch Máu Não”, *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*. NXB Y học, tr. 622 – 625.
23. Đàm Đình Hồng Hoa (2008), *hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ của phương pháp cuộn da cột sống kết hợp bấm huyệt Mệnh môn Thận du*. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
24. Nguyễn Bá Hoa (1999), “Bài tập dưỡng sinh cho bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN”, *Tạp chí châm cứu Việt Nam*, số 33, tr.15-20.
25. Phạm Huy Hùng (2001), “Ứng dụng dưỡng sinh trong chăm sóc phục hồi TBMMN”, *Phương pháp dưỡng sinh* (Giáo trình), tr. 110.

26. Phạm Huy Hùng (2000), *Đánh giá kết quả điều trị và phục hồi TBMMN tại bệnh viện Y học cổ truyền bằng các phương pháp phối hợp trên 124 bệnh nhân*, Đề tài nghiên cứu khoa học, TP.HCM.
27. Nguyễn Văn Hương (1995), *Phương Pháp Dưỡng Sinh*, NXB Y Học, tr. 316 - 325.
28. Trần Văn Kỳ (2010), *250 Bài thuốc Đông y cổ truyền chọn lọc*, Nhà xuất bản văn hóa thông tin.
29. Phan Trúc Lâm, Nguyễn Văn Thông (dịch nguyên bản-2000), *Các thang điểm tình trạng chức năng, đột quy máu não*. NXB Thanh Niên, trang 397-401.
30. Nguyễn Thị Lina và Nguyễn Văn Tùng (2003), *Đánh giá hiệu quả thể châm trong phục hồi di chứng vận động bệnh nhân TBMMN*, Luận văn CKI, Đại học Y dược TP. HCM.
31. P. Kim Long (2001), “Vì sao trúng phong lại hay đe dọa đến sức khỏe mọi người? Tình hình trúng phong ở Trung Quốc như thế nào? Tình hình trúng phong trên thế giới ra sao? Khi bị trúng phong thì có những đặc điểm nào?”, *200 câu hỏi đáp về phòng trị TBMMN*. NXB Thuận Hoá, tr. 66-79.
32. Trần Bảo Long (2010), *Đánh giá tác dụng điều trị đột quy nhồi máu não sau giai đoạn cấp của bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang*, Hội Đột Quy Việt Nam.
33. Đỗ Tất Lợi (1986), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*. NXB Y Học TPHCM.
34. Bùi Phạm Minh Mẫn và Trịnh Thị Diệu Thường (2015), *Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng thể châm cải tiến kết hợp tái học hồi vận động*. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
35. Nguyễn Xuân Nghiê, Phạm Quang Lung, Trần Văn Chương, Cao Minh Châu và Trần Trọng Hải (1990), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Bộ Y tế Ban chủ nhiệm chương trình phục hồi chức năng, Hà Nội.
36. Đoàn Thị Nguyễn và Phan Quan chí Hiếu (2012), *Khảo sát những yếu tố có ảnh hưởng trên hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng phương pháp Châm cứu cải tiến phối hợp VLTL tại tỉnh Trà Vinh*. Luận án BS.CKII, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
37. Vương Thanh Nhậm (2004), *Y Lâm Cải Thác*, (Lương y Nguyễn Văn Nghĩa dịch thuật), NXB tổng hợp TP. HCM.

38. Hoàng Duy Tân , Hoàng Anh Tuấn (2009), “Bổ dương hoàn ngũ thang”, *Phương tế học*. NXB Thuận Hóa. Trang 382-383.
39. Nguyễn Tài Thu, Ngô Đức Thành và Nguyễn Thế Dũng (2001), “Kỹ thuật mẫn châm - châm huyết Đạo Dương Lăng Tuyền - Hạ Cự Hư Và Trật Biên - Hoàn Khiêu trong điều trị bệnh nhân liệt do Tai biến mạch máu não”, *Tạp Chí Châm Cứu Việt Nam*, (Số 2-2001), tr.10-13.
40. Trịnh Thị Diệu Thường và Phan Quan Chí Hiếu (2013), *Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp châm cải tiến kết hợp vận động trị liệu trên bệnh nhân nhồi máu não trên lều*, Luận án tiến sỹ YHCT – Đại học y dược TP.HCM.
41. Lê Văn Trị (1998), *Đột quỵ – Cách phòng ngừa và điều trị*. NXB y học Hà Nội.
42. Trường Đại Học Y Hà Nội (1998), “Trúng Phong”, *Chuyên đề nội khoa YHCT*, NXB Y học, tr. 461-470
43. Viện y học Trung y Bắc Kinh (1994), *Phương tế học diễn nghĩa*, NXB Y học Hà Nội.
44. Nguyễn Thị Kim Vinh (2001), *Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt nửa người do tai biến thiếu máu não cục bộ bằng điện mẫn châm các huyết giáp tích*. Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội.

TIẾNG NƯỚC NGOÀI

45. A. M. O. Bakheit (2000), *Botulinum Toxin type A in upper limb spasticity after stroke*, *stroke* 2000 oct, 31 (10): 2402 – 6. <PubMed>
46. G. I. Barsi, D. B. Popovic, I. M. Tarkka, T. Sinkjær and M. J. Grey (2008), “Cortical excitability changes following grasping exercise augmented with electrical stimulation”, *Experimental Brain Research*, vol. 191, no. 1, pp. 57–66.
47. J. Biernaskie and D. Corbett (2001), “Enriched rehabilitative training promotes improved forelimb motor function and enhanced dendritic growth after focal ischemic injury”, *The Journal of Neuroscience*, vol. 21, no. 14, pp. 5272–5280.
48. B. B. Bhakta (2000), “Impact of botulinum Toxin type A on disability and carer burden due to arm spasticity after stroke”, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 Aug; 69 (2): 217 – 21. <PubMed>
49. N. Bonifer and K.M. Anderson (2003), “Application of constraint-induced movement therapy for an individual with severe chronic upper-extremity hemiplegia”, *Phys Ther* 2003 Apr; 83 (4): 384-98
50. E. Bressel and P.J. MacNair (2002), “The Effect of Prolonged Static and Cyclic Stretching on Ankle Joint Stiffness, Torque Relaxation, and Gait in People With Stroke”, *Phys Ther* 2002 Sep; 82 (9):122 -22
51. C. C. Chang, Y. C. Lee, C. C. Lin, C. H. Chang, C. D. Chiu, L. W. Chou,... and H. R. Yen (2016), *Characteristics of traditional Chinese medicine usage in patients with.*
52. T. J. Chien (2018), “The concern and prospective between precision medicine and traditional Chinese medicine”. *Longhua Chinese Medicine*, 1.
53. P.W. Duncan and S.M. Lai (1997), *Stroke recovery*, *Topics Stroke Rehabil* 1997:51–58.
54. S. B. Frost, S. Barbay, K. M. Friel, E. J. Plautz and R. J. Nudo (2003), “Reorganization of Remote Cortical Regions After Stroke Recovery Ischemic Brain Injury: A Potential Substrate for Stroke Recovery”, *J Neurophysiol* 89, pp 3205-3214.

55. R.A. Geiger, J.B. Allen, J. O’Keefe and R.R. Hicks (2001), “Balance and mobility following stroke: effects of physical therapy interventions with and without biofeedback/forceplate training”, *Phys Ther*, 81(4), 995-1005.
56. D.A. Gelber, D.C. Good, A. Dromerick, S. Sergay and M. Richardson (2001), “Open-label dose-titration safety and efficacy study of tizanidine hydrochloride in the treatment of spasticity associated with chronic stroke”, *Stroke* 2001 Aug; 32(8):1841-6.
57. Hoque et al. (2009), "The Glasgow coma scale following acute stroke and in-hospital outcome : an observational study", *J Medicine* 2009, 10 (supplement 1) : 11-14.
58. T. Huang (1999), *Heart and Brain Disease of Traditional Chinese Medicine*.
59. B. B. Johansson (2011), “Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity”, *Acta Neurologica Scandinavica*, vol. 123, no. 3, pp. 147–159.
60. I. J. Hubbard, M. W. Parsons, C. Neilson and L. M. Carey (2009), *Task-specific training: evidence for and translation to clinical practice” Occupational Therapy International*, vol. 16, no. 3-4, pp. 175–189.
61. C. Johnson (2002), “Botulinum Toxin type A, functional electrical Stimulation and physiotherapy in the treatment of spastic dropped foot in subacute stroke”, *Artif organs* 2002 Mar; 26(3): 263 – 6. <Abstract>;
62. K. B. Lee, S. H. Lim, K. H. Kim, K. J. Kim, Y. R. Kim, W. N. Chang,... and B. Y. Hwang (2015), “Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study”, *International Journal of Rehabilitation Research* 2015, Vol 38 No 2
63. J. Li (2001), “Forty-five cases of apoplexy treatment by electroacupuncture at the points of yin meridians”, *J Tradit Chin, Med*, 2001 Mar, 21 (1), 20 – 2.
64. S. K. Lui and M. H. Nguyen (2018), “Elderly stroke rehabilitation: overcoming the complications and its associated challenges”. *Current gerontology and geriatrics research*, 2018.
65. E. W. Miller, M. E. Quinn and P.G. Seddon (2002), “Body weight support treadmill and overground ambulation training for two patients with chronic disability secondary to stroke”, *Phys Ther* 2002 Jan; 82 (1): 53-61

66. A. S. Mollah, S. W. Rahman, K. K. Das and M. Hassanuzzaman (2007), “Characteristics of patients admitted with stroke”, *Mymensingh Med J. 2007 Jan*;16(1):20-4.
67. D. Mozaffarian et al. (2015), *Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update*. Circulation. 2015;131:e29-e322.
68. J. Nithianantharajah and A. J. Hannan (2006), “Enriched environments, experience-dependent plasticity and disorders of the nervous system,” *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 7, no. 9, pp. 697–709.
69. B. Ovbiagele và Mai N. Nguyen-Huynh (2011), “Stroke Epidemiology: Advancing Our Understanding of Disease Mechanism and Therapy”, *Neurotherapeutics. 2011 Jul*; 8(3): 319–329.
70. J. Pei, L. Sun, R. Chen, T. Zhu, Y. Qian and D. Yuan (2001), “The effect of electro- acupuncture on motor Function recovery in patients with acute cerebral infarction: a randomly controlled Trial”, *J Tradit Chin Med*, 21(4), pp.270-2.
71. L. G. Richards, K. C. Stewart, M. L. Woodbury, C. Senesac and J. H. Cauraugh (2008), “Movement-dependent stroke recovery: a systematic review and meta-analysis of TMS and fMRI evidence”, *Neuropsychologia*, vol. 46, no. 1, pp. 3–11.
72. L. Sonde and J. Lçkk (2007), “Effects of amphetamine and/or' l-dopa and physiothetapy after stroke - a binded randomized study”, *Acta Neurol Scand*.
73. F. Stancioiu and R. Makk (2019), *Post - Stroke Recovery of Motor Function with a New Combination of Medicines – A Pilot Study*. Eurasian Journal of Medicine and Oncology - Available online at ww.ejmo.org
74. K. Stefan, E. Kunesch, L. G. Cohen, R. Benecke and J. Classen (2000), “Induction of plasticity in the human motor cortex by paired associative stimulation”, *Brain*, vol. 123, part 3, pp. 572–584.
75. S. B. Su, A. Lu, S. Li and W. Jia (2012), “Evidence-based ZHENG: a traditional Chinese medicine syndrome”. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
76. H. Sun and C. Wu (2019), “Acupuncture combined with Buyang Huanwu decoction in treatment of patients with ischemic stroke”, *Journal of International Medical Research*, 47(3), 1312-1318.

77. N. Y. Tang, C. H. Liu, H. J. Liu, T. C. Li, J. C. Liu, P. K. Chen and C. L. Hsieh (2012), “Chinese medicine patterns in patients with post-stroke dementia”, *Journal of traditional and complementary medicine*, 2(2), 123-128.
78. M. Victor and A. H. Ropper (2001), *Adams and Victor’s principles of Neurology*, Seventh Edition, The Mc Graw –Hill Companies, Inc, 47 -65, 821 – 917.
79. R. L. Wei, H. J. Teng, B. Yin, Y. Xu, Y. Du, F. P. He,... and G. Q. Zheng (2013), “A systematic review and meta-analysis of buyang huanwu decoction in animal model of focal cerebral ischemia”, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
80. B. B. Zhang and Q. S. Tan (2005), *Relationship between post-stroke depression and kidney in traditional Chinese medicine*, 9. 166-168.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

Phiếu số:

Lô I Lô II

PHIẾU NGHIÊN CỨU

1. Họ và tên: _____ 2. Tuổi: _____
3. Giới: nam nữ 4. Nghề nghiệp: _____
5. Địa chỉ: _____
6. Ngày bị TBMMN: _____
7. Ngày bắt đầu điều trị: _____
8. Thời gian bị TBMMN trước điều trị:
 3 - dưới 6 tháng 6-12 tháng > 12 tháng
9. Tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư:
Nếu có đủ 3 hội chứng dưới đây và mỗi hội chứng có ít nhất 2 triệu chứng thì được chẩn đoán là Thận âm hư.
- 9.1. Hội chứng thần kinh kích thích:
Nhức đầu Đau choáng Mất hoa
Mất ngủ Bứt rứt Kinh hải Hồi hộp
- 9.2. Hội chứng tăng quá trình dị hóa:
Nóng về đêm Mạch tế sác Lòng bàn tay chân nóng
Mồ hôi trộm Mặt má đỏ Môi khô Lưỡi ráo
Lưỡi đỏ Khô miệng Táo bón Tiểu sền
- 9.3. Hội chứng suy kém nuôi dưỡng:
Gầy yếu Đau lưng Răng lung lay
Chẩn đoán: Thận âm hư Không có Thận âm hư
10. Lần bị TBMMN: lần 1 lần 2 lần 3
11. Thời gian hôn mê lúc khởi bệnh:
 < 24 giờ 24 – 72 giờ >72 giờ Không hôn mê
12. Mức độ hợp tác: Hiểu và thực hiện yêu cầu Lúc hiểu, lúc không
13. Bệnh kèm theo (YHHD):
 THA Tiểu đường RL Lipid máu TMCT Suy thận
14. Ngày bệnh nhân đi được 10m đầu tiên: _____ Thời gian _____ (s)
15. Tác dụng không mong muốn: _____ Ngày xuất hiện: _____
16. Ngày ngưng điều trị: _____ 11. Tổng số ngày điều trị: _____

17. Đánh giá kết quả sau đợt điều trị: Tốt Khá TB Yếu Kém

Ngày.....ThángNăm 201...

Người lập phiếu

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

A- Châm cứu:

1. Điện châm:

+ Máy Thera-Pulse PB3

+ Tần số: từ 4s – 50Hz ; 10 phút đầu tiên 5Hz, 10 phút tiếp theo 50Hz

+ Cường độ: từ 2 – 10 mA tùy theo ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân

+ Thời gian: 20 phút / 1 lần / ngày

2. Công thức huyết khởi đầu: (Dựa theo phiếu đánh giá lực cơ)

B- Tập luyện VLTL: (Thực hiện 1 lần / ngày)

1. Tập vận động thụ động

2. Tập vận động chủ động với dụng cụ hỗ trợ

C- Thuốc sử dụng:

1. Thuốc trong phác đồ điều trị:

+ Chế phẩm Bô dương hoàn ngũ (Linh Dược Thiên Nam) có không

+ Chế phẩm Lục vị (Lục Vị Nang) có không

2. Thuốc nâng tổng trạng:

+ Đông y: Bát vị Bát trân Thập toàn

Thuốc khác: _____

+ Tây y: Vitamine _____

Thuốc khác _____

3. Thuốc điều trị bệnh kèm (YHHĐ):

THA: _____

Tiểu đường: _____

TMCT _____

RL Lipid máu _____

Suy thận: _____

Bệnh khác: _____

Bảng 1: Theo dõi Test Khéo tay (10 ngày khám một lần)

Ngày khám	N...../..... BĐ	N...../..... LT1	N...../..... LT2	N...../..... LT3	N...../..... LT4	N...../..... LT5.	N...../..... LT6
Số vòng bỏ được trong một phút							
Số vòng bỏ được trong 3 phút							

Bảng 2: Theo dõi thời gian bệnh nhân đi được 10m (10 ngày khám một lần)

Ngày khám	N...../..... BĐ	N...../..... LT1	N...../..... LT2	N...../..... LT3	N...../..... LT4	N...../..... LT5.	N...../..... LT6
Thời gian bệnh nhân đi được 10m (s), có dụng cụ hỗ trợ							
Thời gian bệnh nhân đi được 10m (s), không có dụng cụ hỗ trợ							

Bảng 3: Các tác dụng không mong muốn (nếu có)

TT	Tác dụng không mong muốn	Ngày xuất hiện	Ngày chấm dứt
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Bảng 4: Tính điểm theo chỉ số Barthel (Mahoney FI, Barthel D. “Đánh giá chức năng: chỉ số Barthel” Tạp chí Maryland State Med 1965, 14:56-61)

Chức năng	Điểm	SỰ MÔ TẢ	ngày	ngày	ngày	ngày	ngày	ngày
			.../... LT1	.../... LT2	.../... LT3	.../... LT4	.../... LT5	.../... LT6
Ăn	0	Không thể được						
	5	Cần sự trợ giúp trong cắt thức ăn, quét bơ... hoặc cần thay đổi thức ăn						
	10	Độc lập						
Tắm	0	Phụ thuộc						
	5	Độc lập (hoặc trong bồn tắm)						
Vệ sinh đầu mặt	0	Cần giúp đỡ để chăm sóc cá nhân						
	5	Độc lập vệ sinh mặt, chải tóc, đánh răng, cạo râu (được cung cấp dụng cụ)						
Mặt quần áo	0	Phụ thuộc						
	5	Cần trợ giúp nhưng có thể tự làm hơn một nửa						
	10	Độc lập (bao gồm cài nút, kéo khóa, buộc áo ngực...)						
Đại tiện	0	Không tự chủ (hoặc cần thuốc số)						
	5	Đôi lúc bị không tự chủ						
	10	Tự chủ						
Tiểu tiện	0	Không tự chủ, hoặc đặt thông và không thể tự xử lý						
	5	Đôi lúc không tự chủ						
	10	Tự chủ						
Sử dụng Toilet	0	Phụ thuộc						
	5	Cần một phần trợ giúp nhưng có thể làm một phần						
	10	Độc lập (vào ra, mặc đồ, chùi rửa)						
Dịch chuyển (giường sang ghế)	0	Không thể được, không có thang bằng ngời						
	5	Trợ giúp nhiều (một hoặc 2 người bằng tay), có thể ngời						
	10	Trợ giúp ít (bằng lời nói hoặc bằng tay)						
	15	Độc lập						
Di chuyển (trên mặt bằng)	0	Không thể di chuyển hoặc <50m						
	5	Độc lập với xe lăn, kể cả các góc cua, >50m						
	10	Đi với sự trợ giúp của một người (bằng lời nói hoặc hành động) >50m						
	15	Độc lập (nhưng có thể sử dụng dụng cụ trợ giúp như gậy) >50m						
Lên xuống cầu thang	0	Không thể được						
	5	Cần trợ giúp (bằng lời nhắc, hành động, mang dụng cụ trợ giúp)						
	10	Độc lập						
		Tổng số điểm						

Bảng 5: Chia độ và xếp loại theo điểm Barthel

Chia độ	I	II	III	IV	V
Điểm Barthel	85-100	65-80	45-60	25-40	≤ 20
Xếp loại	TỐT	KHÁ	TB	YẾU	KÉM

Bảng 6: Bảng theo dõi sự thuyên giảm và xuất hiện các triệu chứng của Thận âm

hư (Nếu có triệu chứng đánh dấu +, không có đánh dấu -)

TT	Các triệu chứng Thận âm hư	N...../... BD	N...../... LT1	N...../... LT2	N...../... LT3	N...../... LT4
	Hội chứng thần kinh kích thích					
1	Nhức đầu					
2	Đầu choáng					
3	Mất hoa					
4	Mất ngủ					
5	Bứt rứt					
6	Kinh hải					
7	Hồi hộp					
	Hội chứng tăng quá trình dị hóa					
8	Nóng về đêm					
9	mạch tế sắc					
10	lòng bàn tay chân nóng					
11	mồ hôi trộm					
12	mặt má đỏ					
13	môi khô					
14	lưỡi ráo					
15	lưỡi đỏ					
16	khô miệng					
17	táo bón					
18	tiêu sễn					
	Hội chứng suy kém nuôi dưỡng					
19	Gầy yếu					
20	đau lưng					
21	răng lung lay					
	Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Thận âm hư đánh dấu (+), không đủ đánh dấu (-)					

PHỤ LỤC 2

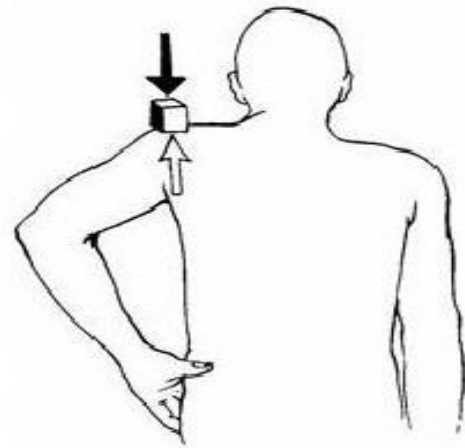
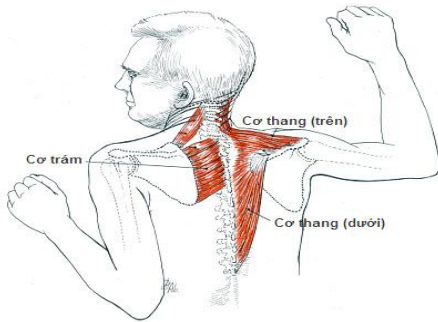
CÁC THỬ NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LỰC CƠ CHI TRÊN VÀ HUYỆT Ở 2 ĐẦU CƠ TƯƠNG ỨNG

Theo Phan Quan Chí Hiếu

1. Test Cơ Thang 1 (phần trên):

Nâng xương vai:

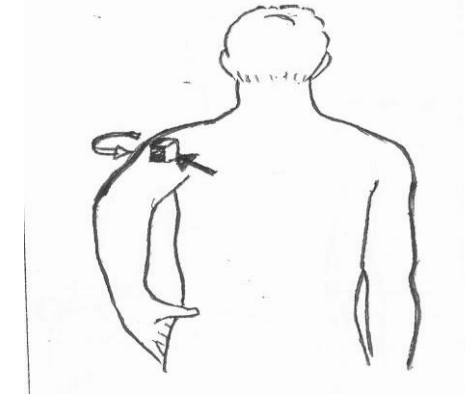
Giáp tích C3-C4- Kiên tĩnh



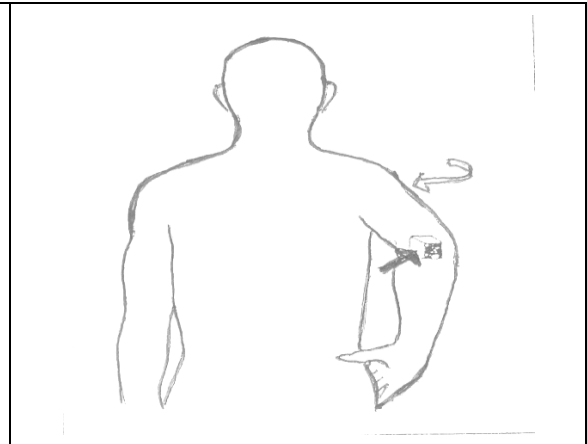
2. Test Cơ Thang 2 (phần trên):

Nâng xương vai vào gần cột sống

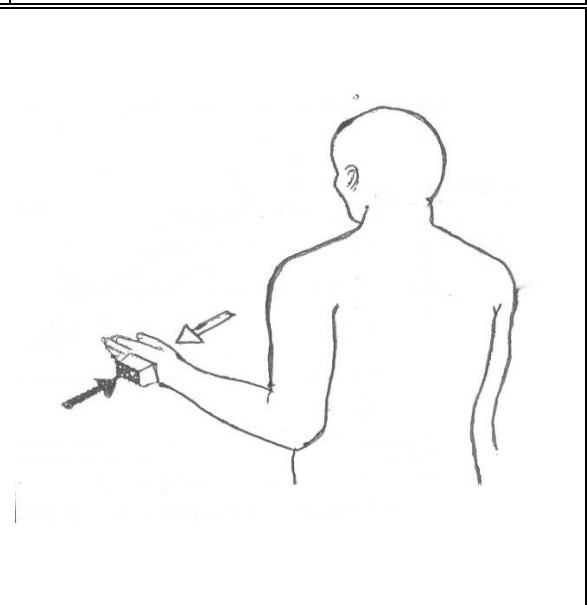
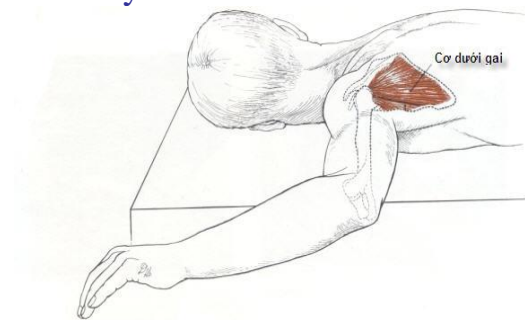
Giáp tích D3-D4 - Kiên tĩnh



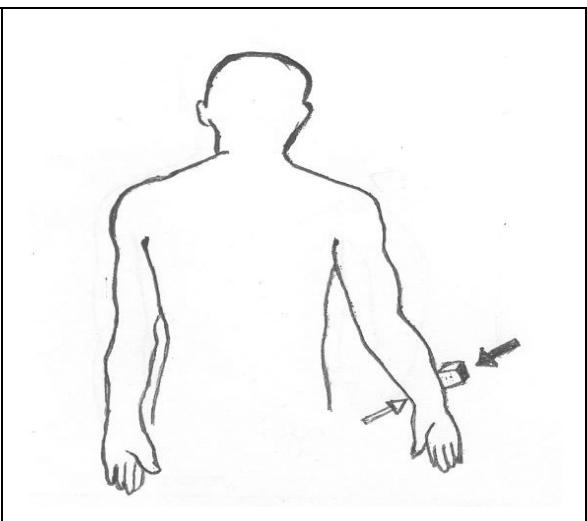
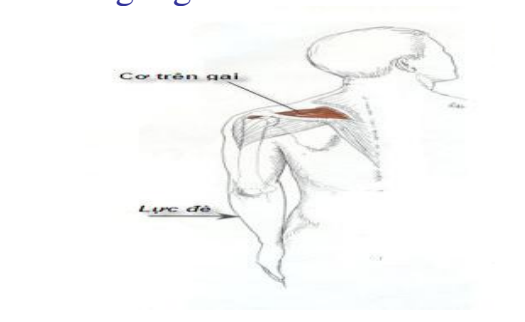
3. Test Cơ Trắc (Rhomboids):
Nâng và kéo xương vai vào trong
Giáp tích D1-D2 - Huyệ cạnh
trong xương bả vai



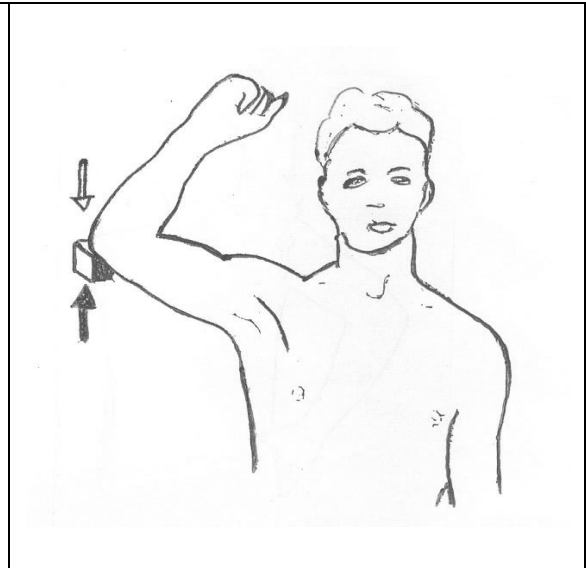
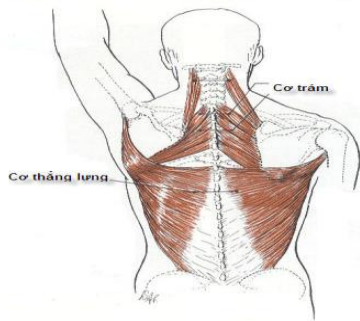
**4. Test Cơ Dưới gai: Xoay ngoài
cánh tay**
Huyệt giữa hố dưới xương bả vai –
Huyệt phía sau đầu trên xương
cánh tay



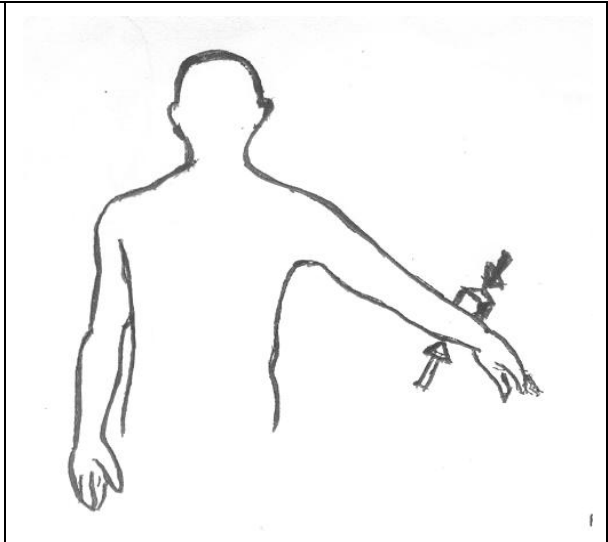
**5. Test Cơ Trên gai: Dạng cánh
tay**
Huyệt giữa hố trên xương bả vai –
Kiên ngung



6. Test Cơ Thẳng lưng: Kéo cánh tay vào trong và ra sau
Giáp tích D8-D10 - Huyệt nằm ở nếp nách sau

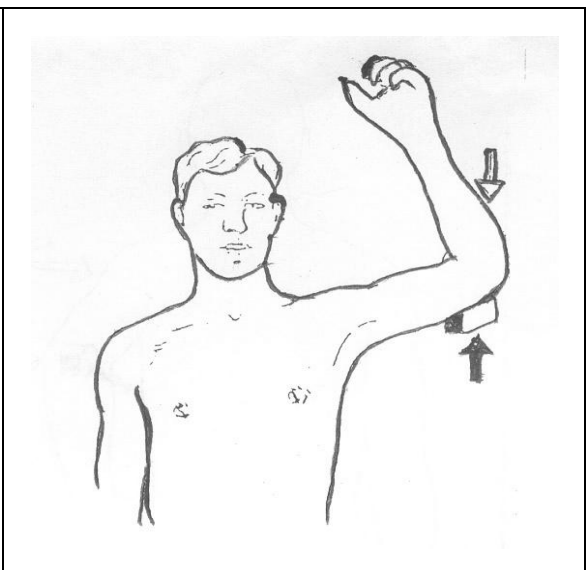
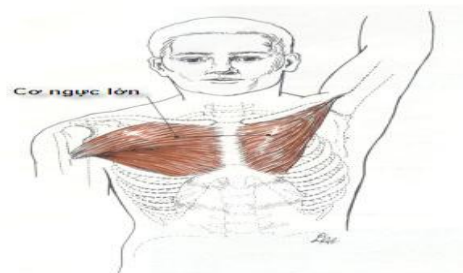


7. Test Cơ Mũ vai: Dạng cánh tay, xoay cánh tay
Kiên ngưng – Huyệt nằm ở đỉnh cơ Denta



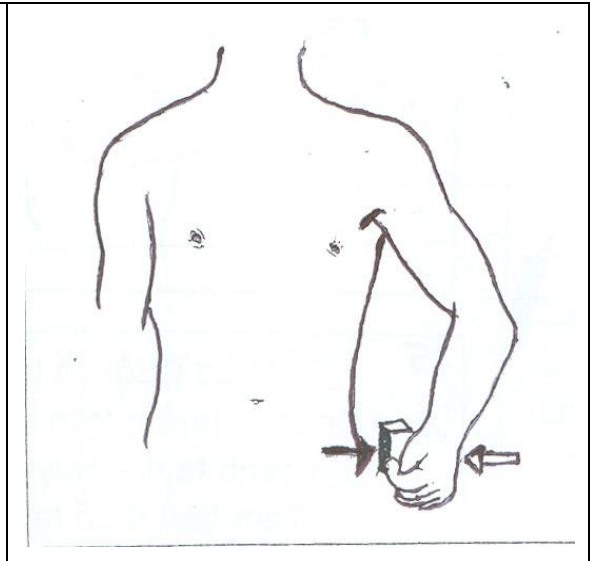
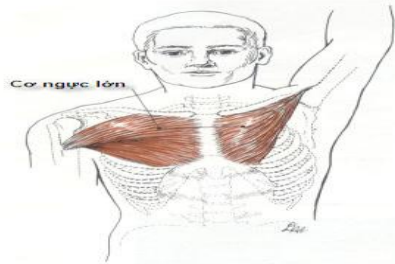
8. Test Cơ ngực lớn (phần trên): Khép cánh tay, xoay trong cánh tay

Thiên phủ - Huyệt của kinh Vị nằm ở phần ngực lớn



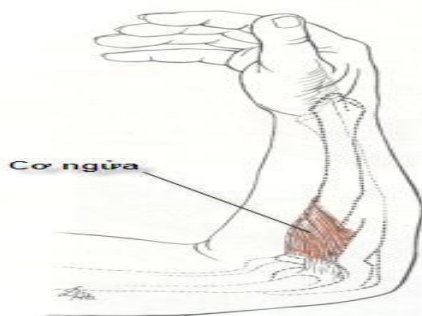
**9. Test Cơ ngực lớn(phần dưới):
Khép cánh tay, xoay trong cánh tay**

Thiên phủ - Huyệt của kinh Vị
nằm ở ICS 4-5



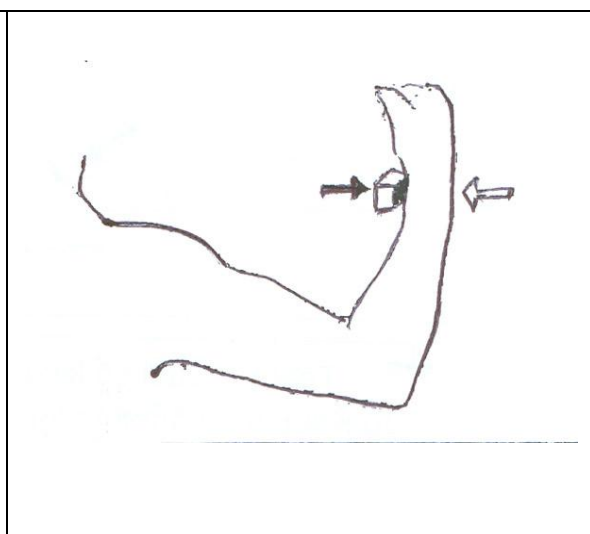
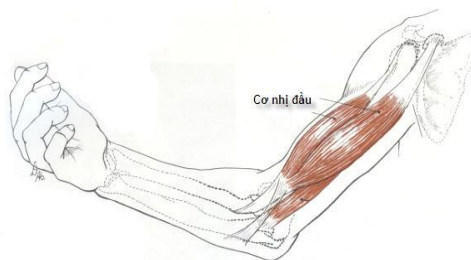
**10. Test Cơ Ngửa(Supinator):
Ngửa cẳng tay và bàn tay**

Khúc trì – Khổng tối



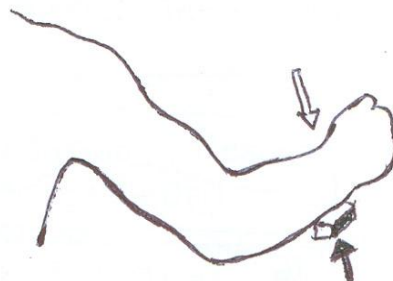
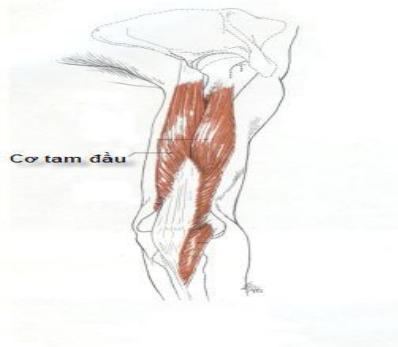
11. Test Cơ Nhị đầu: Gấp cẳng tay vào cánh tay

Thiên Phủ – Xích trạch



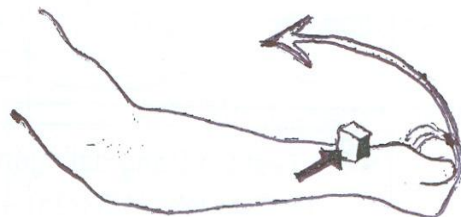
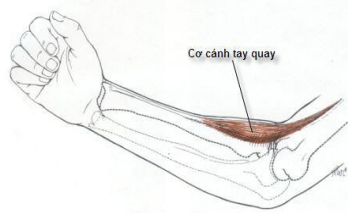
12. Test Cơ Tam đầu: Duỗi cẳng tay

Thiên Tinh – Huyệt ở nếp nách sau



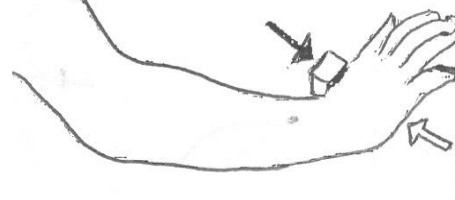
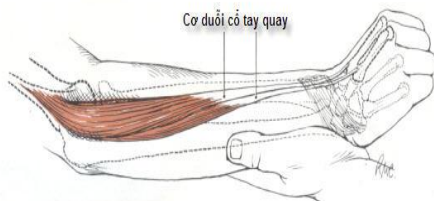
13. Test Cơ cánh tay quay: Gấp cẳng tay, sấp ngửa cẳng tay

Trên huyết Khúc Trì – Liệt khuyết



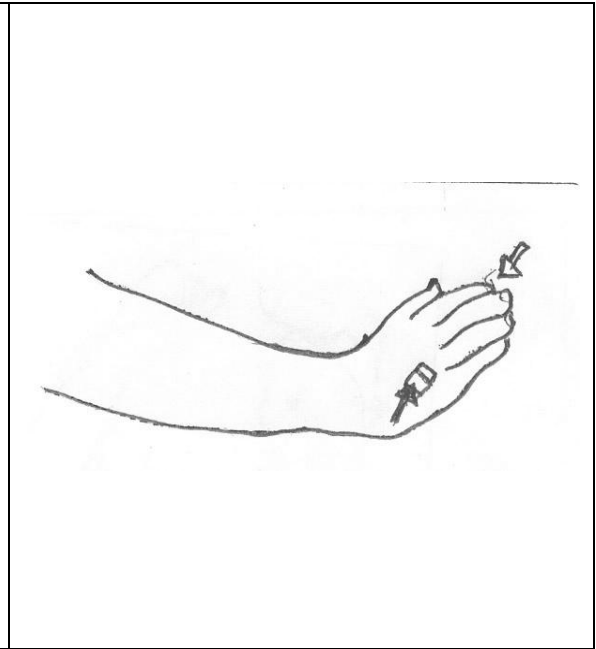
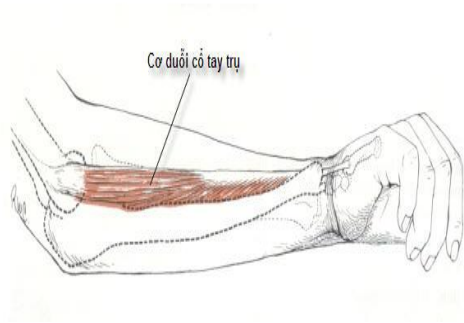
14. Test Cơ duỗi cổ tay quay: Duỗi và dạng bàn tay

Sau Khúc trì – Hợp cốc hoặc Dương Khê



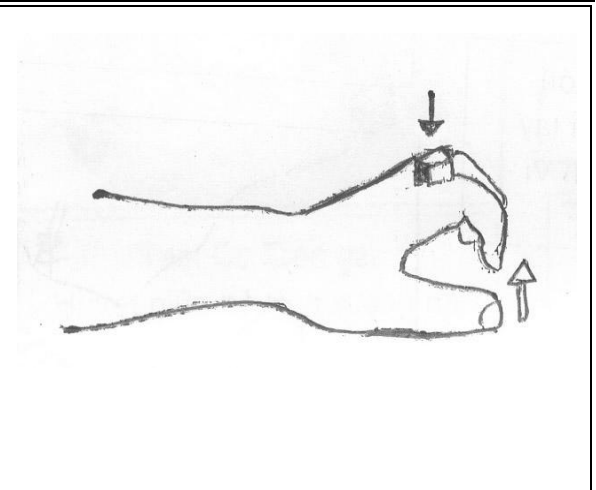
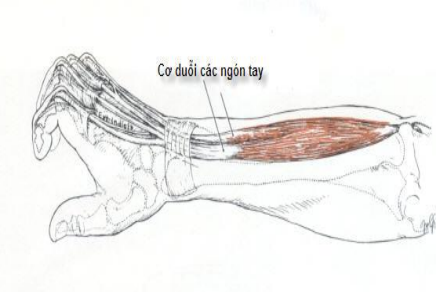
15. Test Cơ Duỗi cổ tay trụ : Duỗi và khép bàn tay

Sau Khúc trì (mỏm trên lồi cầu ngoài xương cánh tay) – Huyệt của kinh tam tiêu ở cổ tay



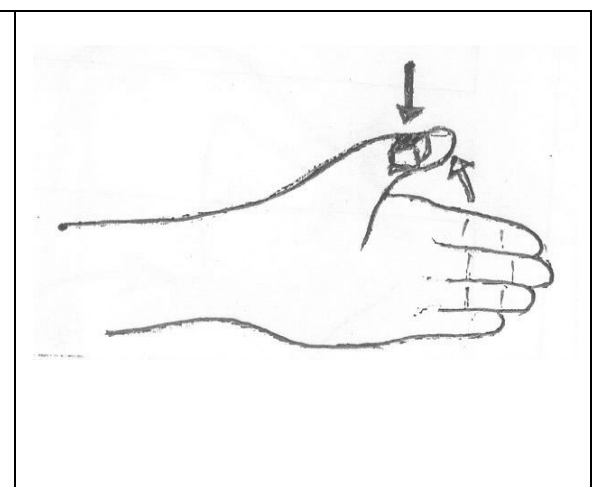
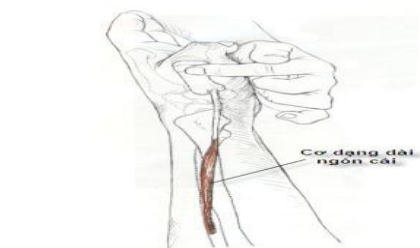
16. Test Cơ Duỗi các ngón tay: Duỗi cổ tay và ngón tay

Sau Khúc trì - Dương trì



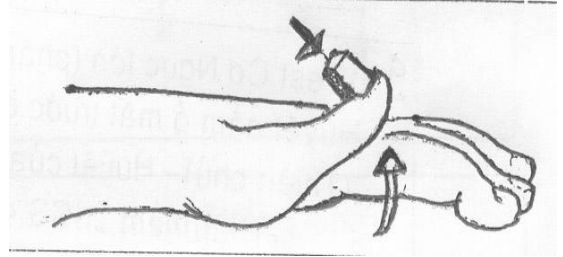
17. Test Cơ Dạng dài ngón cái: Dạng ngón cái và bàn tay

Kinh Tam tiêu (1/3 trên) – Dương khô



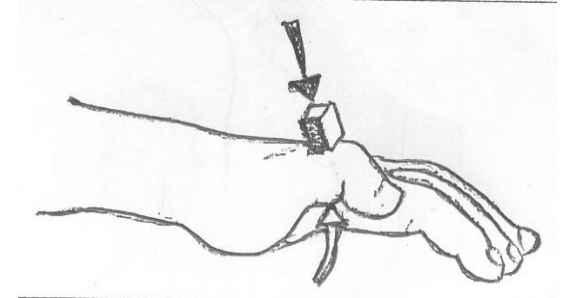
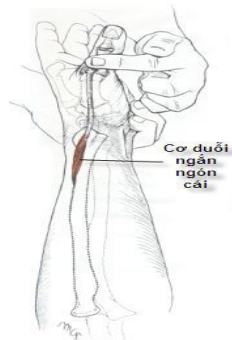
18. Test Cơ Duỗi dài ngón cái :
Duỗi đốt xa ngón cái và dạng bàn tay

Ngoại quan (Chi câu) – Dương Khê.



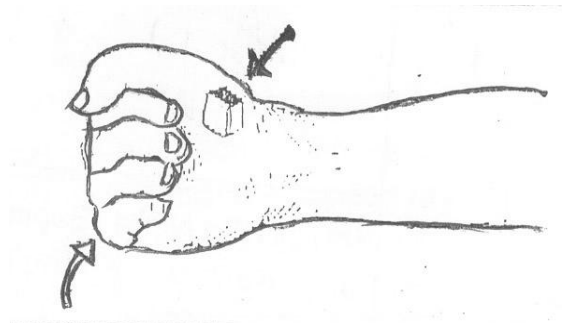
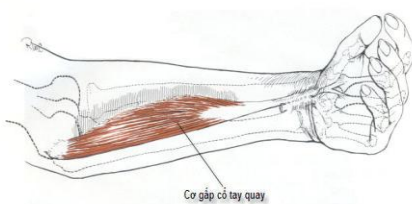
19. Test Cơ Duỗi ngắn ngón cái:
Duỗi đốt gần ngón cái và dạng bàn tay

Ngoại quan (Chi câu) – Dương Khê



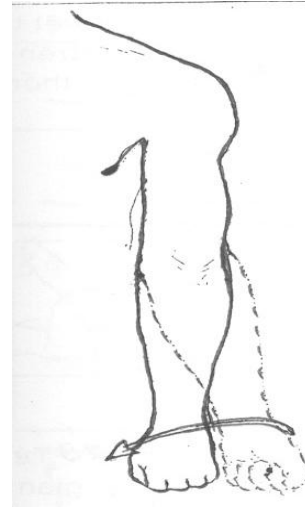
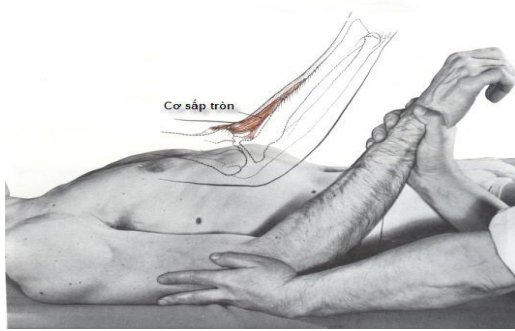
20. Test cơ gấp cổ tay quay: Gấp cổ tay và khuỷu

Kinh cự (Kinh cừ) - Tiểu hải



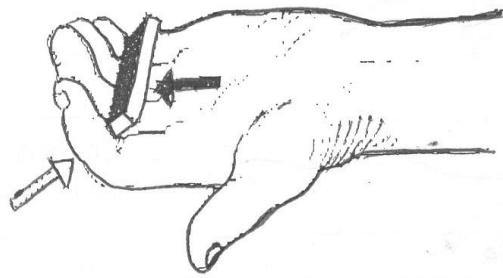
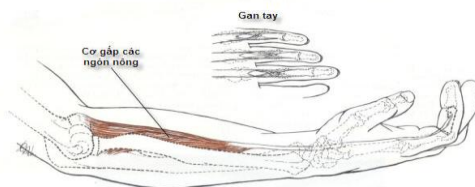
**21. Test Cơ pronator teres
(Cơ Sấp tròn): Sấp bàn tay, gấp
cẳng tay**

Kinh cự – Khổng tối

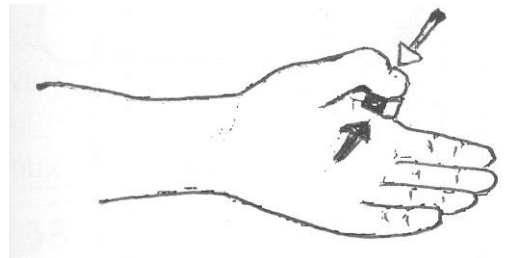
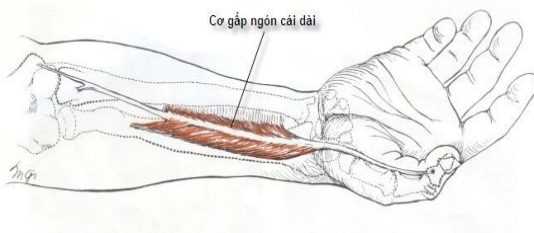


**22. Test Cơ Gấp các ngón nông:
Gấp khớp dang đốt gân các ngón
2,3,4,5 và cổ tay**

Khổng tối - Đại lẳng

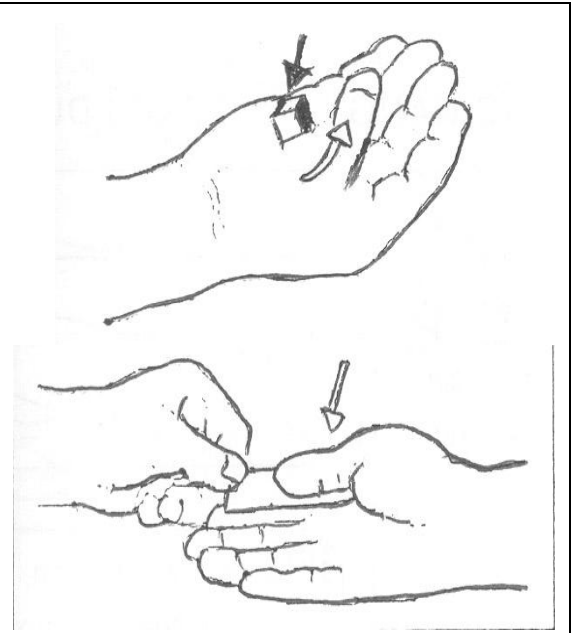


**23. Test Cơ Gấp ngón cái dài:
Khổng tối - Đại lẳng**



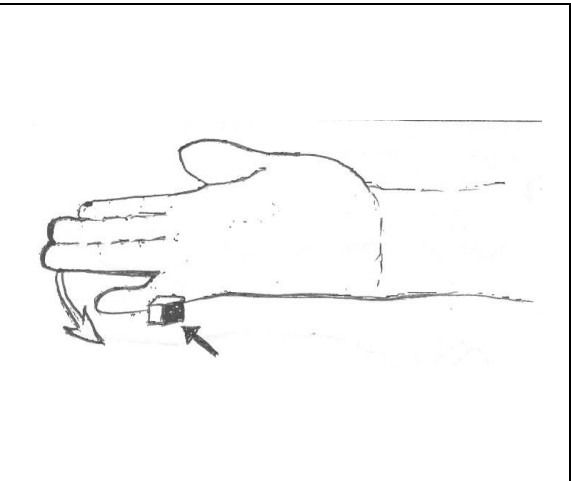
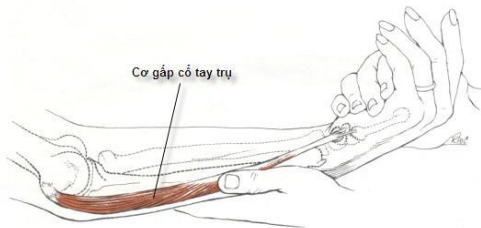
24. Test Cơ Đối ngón cái

Test cơ Khép ngón cái: Đối ngón cái với các ngón khác
2 huyết ở mặt lòng gò thenar (Ngư tế – Điểm hạch)

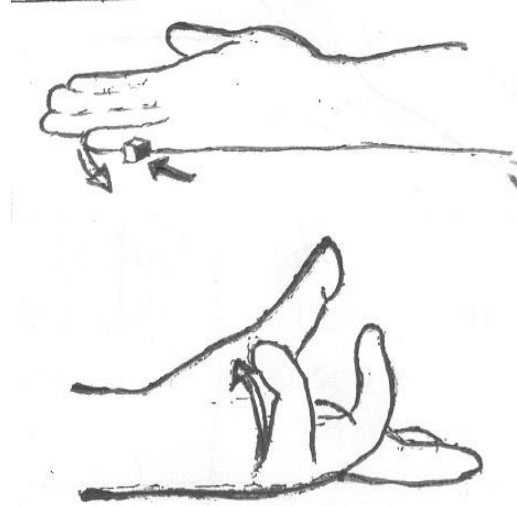
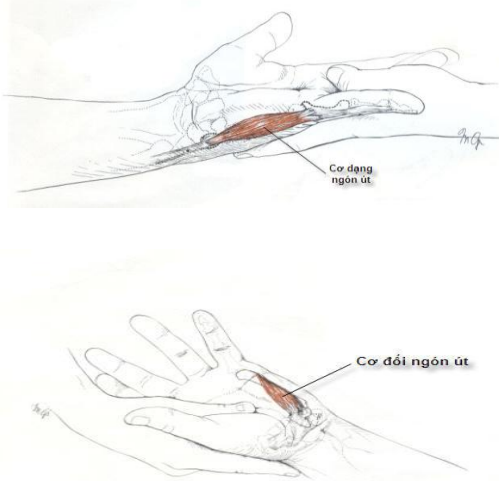


25. Test Cơ Gấp cổ tay trụ: Gấp cổ tay

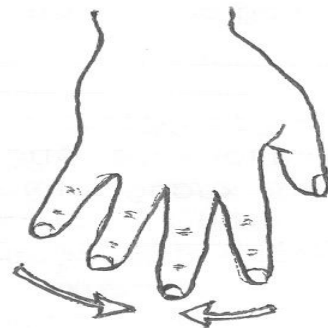
Tiểu hải – Chi chính



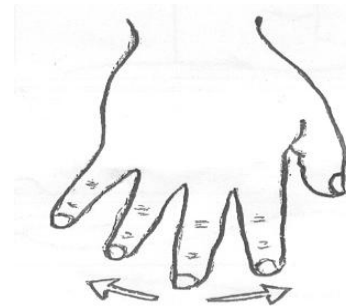
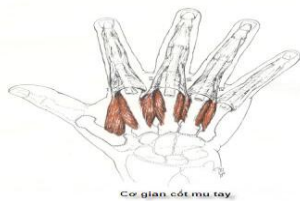
26. Test Cơ Dạng và Cơ Đối ngón út: Dạng ngón út, đưa xuống bàn tay và ra phía trước
 Uyển cốt - Hậu khê.



27. Test Cơ Gian cốt gan tay: Khép các ngón
 Bát tà - Lao cung



28. Test Cơ gian cốt mu tay: Dạng các ngón
 Bát tà - Huyệt giữa kẽ các xương bàn tay

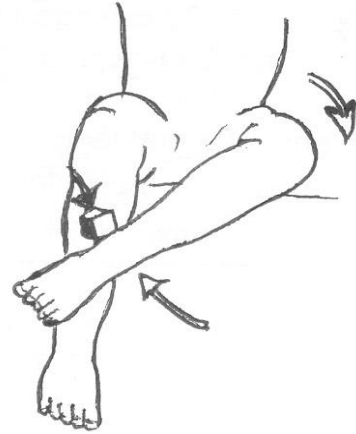
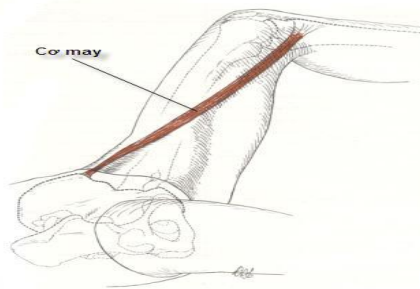


CÁC THỬ NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LỰC CƠ CHI DƯỚI VÀ HUYỆT

Ở 2 ĐẦU CƠ TƯƠNG ỨNG

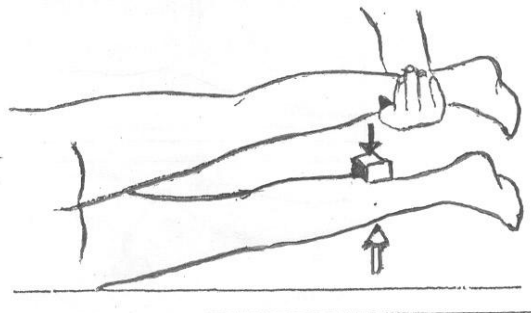
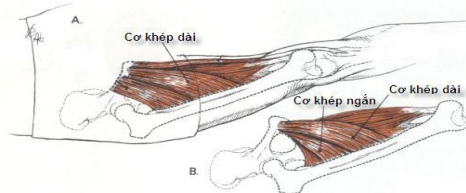
29. Test Cơ May: Gấp đùi, dạng và xoay ngoài đùi

Huyết hải – Bể quan

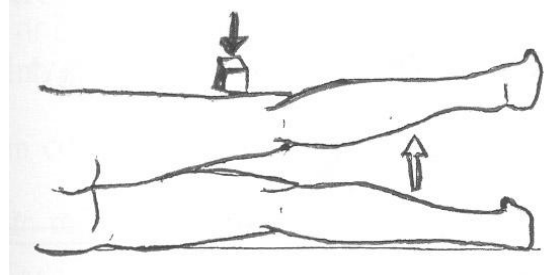
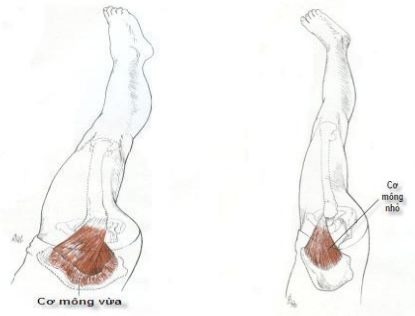


30. Test Cơ khep ngắn, dài và lớn: khep đùi và xoay đùi

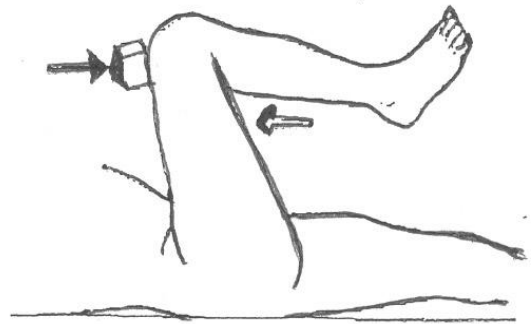
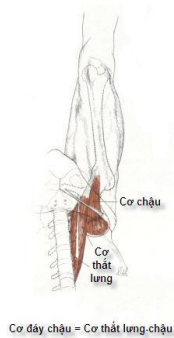
Cơ môn – Âm cốc



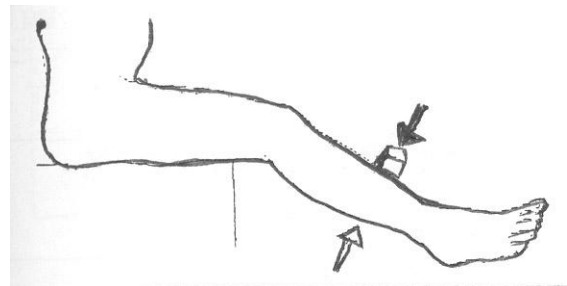
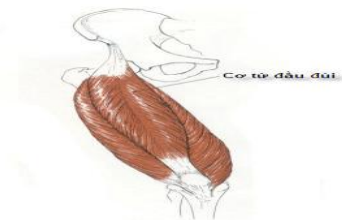
**31. Test Cơ Mông (vừa và nhỏ):
Dạng đùi và xoay trong đùi
Trật biên – Phong thị**



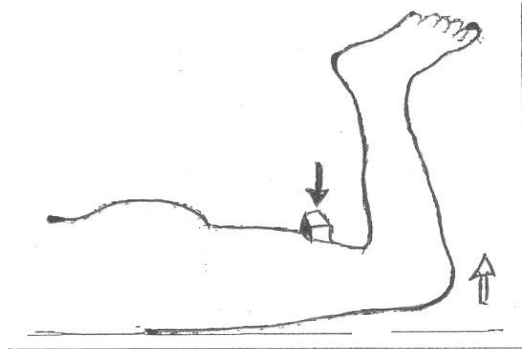
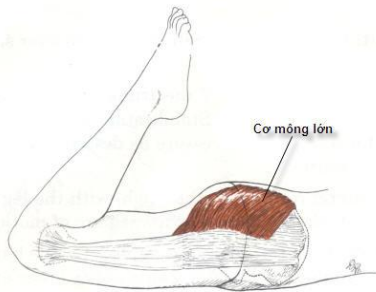
**32. Test cơ dây chậu (cơ TLC):
Gấp đùi vào thân
Huyệt ở giáp tích L1 – L3 – Bể
quan**



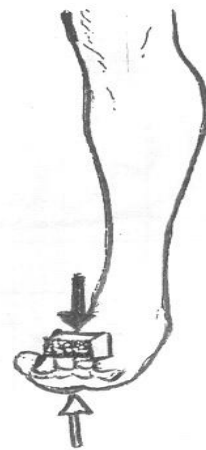
**33. Test Cơ 4 đầu đùi: Duỗi căng
chân, gấp đùi
Huyệt ở giữa đùi (mặt trước) - Độc
tỵ hoặc Tất nhãn**



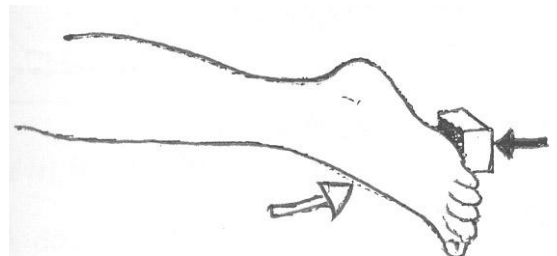
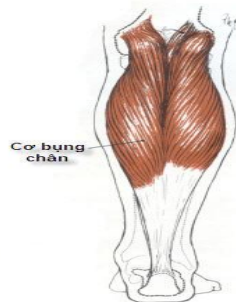
34. Test Cơ Mông lớn: Duỗi đùi
Huyệt ở dọc mào chậu – Thừa phù



35. Test Cơ Duỗi các ngón dài
Dương lăng – Giải Khê (Bát phong)

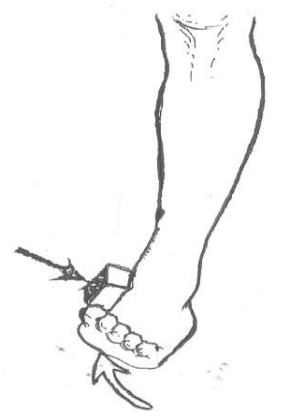


36. Test Cơ Bụng chân: Duỗi
cẳng chân, bàn chân
Ủy dương (Ủy trung) – Thừa sơn



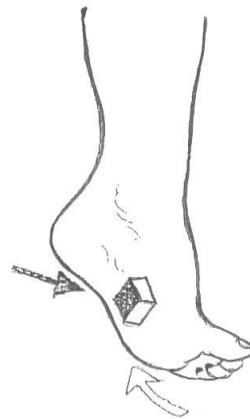
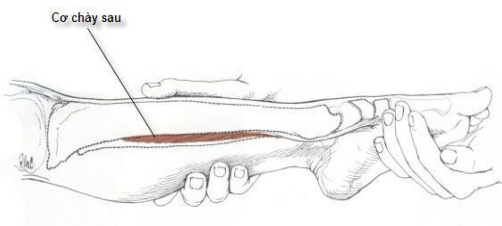
**37. Test Cơ Chày trước: Duỗi và
nghiên trong bàn chân**

Túc tam lý (Dương lăng) – Trên
kinh Vị và trên Giải khê 2-3 thốn



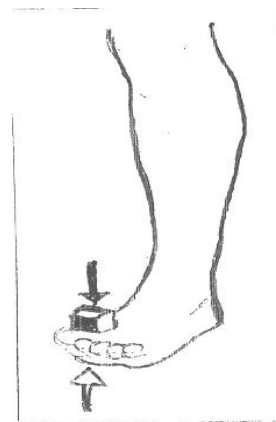
**38. Test Cơ Chày sau: Gấp và
nghiên trong bàn chân**

Thừa sơn (châm sâu)- Huyệt ở
ngay dưới và sau mắt cá trong



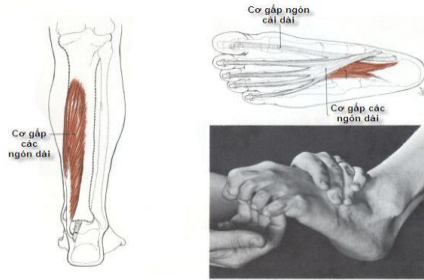
**39. Test Cơ Duỗi ngón cái dài:
Duỗi bàn chân, nghiên ngoài bàn
chân**

Phong long – Hành gian (Thái xung)



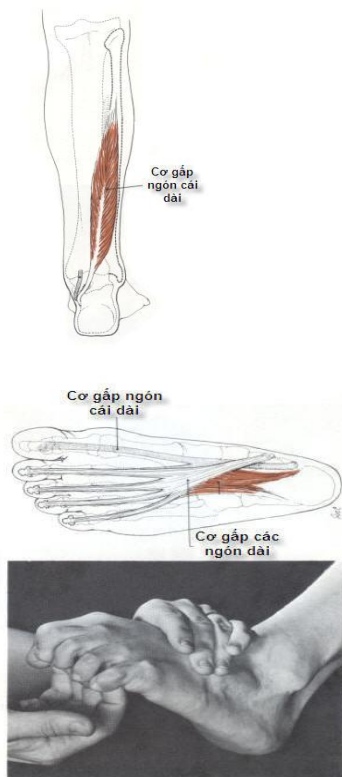
40. Test cơ Gấp các ngón dài: Gấp các ngón 2,3,4,5 và xoay trong bàn chân

Thừa sơn (vào 1 thốn, xuống 1 thốn) –
Đại chung



41. Test Cơ Gấp ngón cái dài:

Thừa sơn (ra 1 thốn, xuống 1 thốn)
_ Đại chung (hoặc lòng bàn chân phía ngón cái)-Châm sâu



PHỤ LỤC 3

PHÂN TÍCH BÀI THUỐC LỤC VỊ

[5], [6], [28], [33], [43]

Bảng phân tích bài thuốc Lục vị

Vị thuốc	Dược lý YHCT	Dược lý YHHĐ
Thục địa	Nuôi Thận dưỡng âm, bổ Thận, bổ huyết	Kháng viêm, hạ áp, cầm máu, bảo vệ gan, lợi tiểu, ức chế miễn dịch
Hoài sơn	Bổ Tỳ Vị, bổ Phế Thận, Sinh tân chỉ khát	Tăng đồng hóa và hướng sinh dục
Sơn thù	Ôn bổ Can Thận, sáp tinh chỉ hãn	Kháng khuẩn, lợi tiểu, hạ áp, hạ đường huyết nhẹ
Đơn bì	Thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết. Chữa nhiệt nhập doanh phận	Kháng viêm, kháng khuẩn, giảm đau, an thần, chống co giật, giải nhiệt do ức chế trung khu thần kinh, chống gây loét, ức chế xuất tiết dạ dày
Phục linh	Lợi thủy, thâm thấp, bổ Tỳ định Tâm	Lợi tiểu, tăng cường miễn dịch, kháng ung thư, an thần, hạ đường huyết, bảo vệ gan và chống loét bao tử, kháng khuẩn
Trạch tả	Thanh tả thấp nhiệt ở Bàng quang	Lợi tiểu, hạ lipid máu, cải thiện chức năng chuyển hóa lipid của gan và chống gan mỡ, hạ áp nhẹ, chống đông máu

Công dụng bài thuốc: Bài thuốc dùng để trị các chứng:

- Can thận bất túc, chân âm suy tổn, tinh khô, huyết kém, lưng đau chân nhức, di tinh, ỉa ra máu, tiêu khát, đau lậu (lâm bế).

- Khí bị đờm dải vít lấp, mắt mờ, mắt hoa, tai ù, tai điếc, khô cổ, đau họng, đau lưng, đau đùi với các chứng thận hư phát sốt, đổ mồ hôi, đổ mồ hôi trộm, mất máu, thủy tà dồn lên thành đờm (bệnh lâu ngày âm hỏa bốc lên, tân dịch sinh đờm mà không sinh huyết, nên làm mạnh chân thủy để chế bớt tương hỏa thì đờm tự nhiên tiêu).

- Thủy hư, huyết hư phát sốt, ho hen, khát nước (thận hư thì đưa nhiệt lên phổi mà sinh ho hen, ấn mạnh đến xương thì nóng bỏng tay), hoặc thận âm hư tân dịch không giáng xuống được, hư hồng mà thành đờm đến nổi ho xóc.

- Hoặc đầu choáng váng (dâm dục quá độ, thận khí không thể trở về nguyên chỗ đó là khí hư, mà đầu choáng váng, thổ huyết, băng huyết, rong huyết, can không giữ được huyết, đến nổi huyết chạy càn bậy, đó là chứng huyết hư mà đầu choáng váng).

- Chứng tiểu tiện không nín được, thận hư sinh khát, mắt tiêng, răng không chắc, răng đau vì hư hỏa, buồn phiền vật vã vì huyết hư, lưỡi khô, lưỡi đau, gót chân đau, các chứng lở ghẻ ở hạ bộ, các chứng hư thũng ở đầu mắt, phạm các bệnh sốt của trẻ em mà theo loại chứng dương đều chữa được.

Luận giải bài thuốc:

Bài thuốc Lục vị là phương thuốc thuần âm, vị trọng mà nhuận hạ. Thuần âm là khí của thận, vị trọng là chất của thận, nhuận hạ là tính của thận, không dùng bài này thì không thể khiến cho thủy về đúng nguyên chỗ của nó. Trong đó chỉ có Thục địa là đầu vị của tạng này còn 5 vị kia dùng để giúp sức.

Sơn dược (Hoài sơn): là thuốc âm kim, quẻ坎 biến trong quẻ 艮, rắn động mà sinh kim cho nên vào thủ thái âm làm vinh nhuận da dẻ, thủy phát từ nguồn cao cho nên khơi thủy phải khơi từ núi, vị sơn dược làm cho thái âm thổ bền chắc để làm nguồn của thận thủy, thủy thổ hợp thành mộ khí thẳng xuống dưới rốn. Sơn thù là thuốc âm mộc, can thận đều ở dưới mương chất chua chất để thu liễm sự an tràn, thủy hỏa lên xuống tất phải do kim mộc làm đường lối, cho nên cùng với Sơn dược làm chủ đi xuống bên tả bên hữu để giữ khỏi thấm ra, 2 vị ấy không tách rời nhau. Đơn bì là thuốc của Thủ túc quyết âm, thiếu âm đưa được tâm hỏa xuống bàng quang, thủy hỏa sánh đôi, tả tâm bổ thận; lại có thêm vị Phục linh thấm thấp để đưa dương xuống, Trạch tả mặn tiết để đưa âm xuống, nào khơi nào tháo, làm cho nước không chỗ nào không chảy vào bể. Ấy là ý nghĩa mâu nhiệm về chế phương này. Một thuyết nói: “Trạch tả tả thủy ở bàng quang mà tai mắt được sáng suốt, sáu kinh

đều chữa cả mà chuyên chú công dụng về can thận, không thiên lệch về hàn táo mà bổ được âm, thêm được huyết”. Nếu uống được luôn thì công hiệu khó mà kể cho hết - làm tai tỏ, sáng mắt, ý nói thấm lợi được thấp nhiệt ở hạ tiêu, thấp nhiệt đã hết thì khí trong trẻo đưa được lên trên cho nên nuôi được 5 tạng, mạnh được âm khí, bổ hư tổn khôi choáng váng đầu có công năng làm cho tỏ tai sáng mắt, vì vậy cổ phương thường dùng. Người đời nay thường hay ngờ bài này làm cho lừa mắt. Vì uống sai liều lượng, thận thủy lợi quá mà lừa mắt, nếu theo cổ phương phối hợp nhiều ít rất đúng, không thể thêm bớt được.

Trong bài Lục vị cố Thục địa tính ấm, Đan bì tính mát, Sơn dược tính chất, Bạch linh tính thấm thấu, Sơn thù tính thu, Trạch tả tính tả, bổ thận kiêm cả bổ tỳ, Phương thư nói: “Bổ ích tỳ vị để bồi bổ cho mẹ của vạn vật. Thu tinh khí bị hư hao lại, nuôi khí tư dưỡng thận, chế hỏa lợi thủy, khiến cho bộ máy thông lợi mà tỳ thổ khỏe chắc, thật là có bổ cố tả để thành công, rõ là phương thuốc hay xưa nay không thay được”.

Tác dụng chung của bài thuốc theo YHHD:

- Điều trị các chứng bệnh truyền nhiễm thời kỳ hồi phục, bệnh ung thư suy kiệt, bệnh chất tạo keo, viêm đa khớp dạng thấp, bệnh suy giảm miễn dịch, bệnh tiểu đường.

- Một số nghiên cứu cho thấy tác dụng của bài thuốc đối với huyết áp và chức năng thận đối với mô hình viêm thận của chuột trắng to (Tạp chí Nội khoa Trung hoa 12:23-25,1964).

PHỤ LỤC 4

PHÂN TÍCH BÀI THUỐC BỔ DƯƠNG HOÀN NGŨ THANG

[5], [6], [28], [33], [37]

Bảng phân tích bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang

Vị thuốc	Dược lý YHCT	Dược lý YHHD
Huỳnh kỳ	Bổ khí, thăng dương khí của Tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Tăng cường chức năng miễn dịch, thúc đẩy quá trình chuyển hóa của cơ thể, lợi niệu, tăng lực co bóp của tim, hạ áp, kháng khuẩn, bảo vệ gan
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, nhuận táo, hoạt trường, điều huyết, thông kinh	Tăng huyết sắc tố và hồng cầu, giãn động mạch vành, giảm ngưng tập tiểu cầu, giảm đau, chống viêm, an thần, giãn cơ trơn phế quản, bảo vệ gan, lợi tiểu, kháng khuẩn, nhuận tràng
Xích thực	Tán tà, hành huyết	Chống co thắt ruột, dạ dày, tử cung. Kháng khuẩn, giãn động mạch vành, chống ngưng tập tiểu cầu, chống hình thành huyết khối, làm tăng lưu lượng máu cho động mạch vành, kháng viêm, hạ sốt.
Xuyên khung	Hoạt huyết, chỉ thống, hành khí, khu phong	Trấn tĩnh hệ thần kinh trung ương, giãn mạch máu ngoại vi, tăng lưu lượng máu ở mạch vành và ở não, hạ áp lâu dài, giảm phù não, ức chế sự ngưng tập của tiểu cầu và sự hình thành cục máu, kháng khuẩn, an thần
Đào nhân	Phá huyết, hành ứ, nhuận táo, hoạt trường	Giãn mạch, tăng lưu lượng máu, ức chế sự kết tập tiểu cầu, co tử cung, nhuận tràng, kháng viêm, giảm ho
Hồng hoa	Phá ứ huyết, sinh huyết	Hạ áp, tăng co bóp tim, co cơ trơn phế quản, tăng co bóp tử cung, ức chế ngưng tập tiểu cầu
Địa long	Thanh nhiệt, trấn kinh, lợi tiểu, giải độc.	Hạ nhiệt, an thần, giãn phế quản, hạ huyết áp chậm mà lâu dài, rút ngắn thời gian viêm, thúc đẩy phục hồi vết thương, chống co giật, chống hình thành huyết khối.

Công dụng của bài thuốc:

Trong bài thuốc này, Hoàng kỳ có tác dụng đại bổ nguyên khí làm Quân, phối hợp Đương quy, Xích thược, Xuyên khung, Đào nhân, Hồng hoa có tác dụng hoạt huyết khứ ứ làm thuốc bổ trợ là Thần, Địa long thanh nhiệt, trần kinh, giải độc làm Tá Sứ, Đây là phương tễ thường dùng chữa chứng bán thân bất toại.

Luận giải bài thuốc:

Trong phương thuốc có sự phối hợp giữa thuốc bổ khí và thuốc hoạt huyết thông lạc, mà thuốc hoạt huyết khứ ứ dùng lượng tương đối ít cho nên mục đích dùng thuốc khứ ứ của phương không phải là trực ứ mà là ở hoạt huyết để thông lạc, hiệp trợ với Hoàng kỳ cùng tạo nên tác dụng ích khí hoạt huyết thông lạc lợi thủy. Khi ứng dụng lâm sàng thì thuốc hoạt huyết khứ ứ trong phương liều lượng có thể tăng lên mà lượng Hoàng kỳ có thể hơi giảm.

Trích lược y văn sách “Y lâm cải thác” nói: “Mới mắc bán thân bất toại thì dùng phương này nhưng gia Phòng phong 1 chỉ, sau khi uống 4 – 5 thang thì bỏ Phòng phong ... Uống cho đến khi sức thuốc tới, bệnh hơi chuyển, thì tăng lên thành 2 thang mỗi ngày, tức là mỗi ngày uống tới 8 lượng Hoàng kỳ ... Nếu đã mắc 2 – 3 tháng và thầy thuốc trước đã dùng nhiều thuốc hàn lương thì gia Phụ tử 4 – 5 chỉ ... Nếu đã dùng thuốc tán phong quá nhiều thì gia Đảng sâm 5 chỉ, nhưng nếu chưa uống thì không cần gia ... Nếu sau khi dùng phương này đã khỏi bệnh thì không nên dùng thuốc, mà hoặc cách 3 – 5 ngày uống 1 thang hoặc 7 – 8 ngày 1 thang. Nếu không uống sợ sau này sẽ mắc chứng khí quyết”.

Tác dụng chung của bài thuốc theo YHHĐ:

- ***Tác dụng lên cơ tim:*** Bổ dương hoàn ngũ thang có thể làm tăng sự co bóp cơ tim của mèo. Tác dụng này phụ thuộc vào nồng độ liều dùng.

- ***Tác dụng chống đông máu và chống huyết khối:*** Bổ dương hoàn ngũ thang có tác dụng chống đông máu đáng kể cả in vitro và in vivo và liên quan chặt chẽ với liều dùng. Ngoại trừ sự ức chế hoạt động của thrombase, nó còn có thể ngăn chặn

quá trình trước khi sản xuất men thromboplastinogenase. Bổ dưỡng hoàn ngũ thang có thể chống lại một cách đáng kể sự ngưng kết tiểu cầu do ADP và huyết khối ở thỏ. Nó cũng có thể hạ thấp hàm lượng yếu tố kích hoạt tiểu cầu (PAF) trong tĩnh mạch sau khi có sự hình thành huyết khối tĩnh mạch. Nó không có tác động đáng chú ý đến mức độ PAF trước khi hình thành huyết khối. Nó có thể làm hạ thấp đáng kể tỉ lệ hình thành huyết khối tĩnh mạch, làm giảm trọng lượng khô của huyết khối tĩnh mạch và chỉ số trọng lượng huyết khối cơ thể.

- **Tác dụng chống viêm và tăng cường miễn dịch:** Bổ dưỡng hoàn ngũ thang có tác động đáng kể trên viêm tai, tính thấm của mao mạch ổ bụng, và viêm khớp ở chuột do carrageenin gây ra. Nó cũng có tác dụng ức chế u hạt vòng, cho thấy chống xuất tiết và phát triển viêm. Sau khi cho dùng Bổ dưỡng hoàn ngũ thang, trọng lượng các cơ quan miễn dịch tăng. Năng lực thực bào của các đại thực bào và mức độ dung huyết của kháng thể đặc hiệu được tăng cường đáng kể.

- **Ảnh hưởng đến lưu biến máu:** với liều 5 đến 10g/kg, Bổ dưỡng hoàn ngũ thang không có hiệu lực trên lưu biến máu ở động vật bình thường nhưng nó có thể kéo dài thời gian điện di của tế bào hồng cầu. Bổ sung Bổ dưỡng hoàn ngũ thang có thể làm giảm độ nhớt máu toàn phần và độ nhớt huyết tương, và rút ngắn thời gian điện di hồng cầu ở chuột. Bổ dưỡng hoàn ngũ thang có thể làm giảm tất cả độ nhớt đặc biệt cao và thấp của máu, thể tích tế bào đóng gói, độ nhớt tỉ lệ huyết tương, tỉ lệ kết tập tiểu cầu, cholesterol trong huyết thanh, và mức độ triglycerid ở thỏ.

- **Ảnh hưởng đến vi tuần hoàn:** sau khi cho uống vào dạ dày Bổ dưỡng hoàn ngũ thang cùng với Xa tiền thảo, Bạch mao căn, các động mạch tai giãn ra và mạng lưới mao mạch tăng ở chuột ICR.

- **Tác dụng bảo vệ trong tổn thương thiếu máu não:** Bổ dưỡng hoàn ngũ thang có thể chống lại sự suy giảm của mức C3bR của hồng cầu và hoạt động SOD, ức chế sự sản xuất của malonyldialdehyde (MDA) trong hồng cầu và não, và nâng cao hoạt động của lactic dehydrogenase (LDH) trong các mô não ở chuột thiếu máu cục bộ não.

- **Sửa chữa thương tổn dây thần kinh:** sau khi cắt đứt phân khúc giữa (khoảng 6 cm) của dây thần kinh hông, hai đầu của dây thần kinh đã được kết nối với một phân đoạn của ống silica gel ở chuột Sprague Dawley. Nhóm điều trị được cho uống Bổ dương hoàn ngũ thang trong 4 tuần liên tiếp, trong khi những con trong nhóm chứng được cho ăn bằng thức ăn gia súc thường xuyên. Kết quả cho thấy tốc độ dẫn truyền của các xung trong các dây thần kinh mới được tái tạo của nhóm điều trị nhanh hơn đáng kể hơn so với nhóm chứng ($P < 0,01$). Khu vực mạch máu xung quanh các dây thần kinh tái sinh trong nhóm điều trị là khá lớn so với nhóm chứng ($P < 0,001$). Ngoài ra, các sợi trục thần kinh tái sinh trong nhóm điều trị có nhiều ty thể hơn.

- **Tác dụng phục hồi trí nhớ:** cho chuột uống Bổ dương hoàn ngũ thang liều 2,5g/kg/ngày trong 21 ngày có tác dụng phục hồi trí nhớ trên chuột bị gây suy giảm trí nhớ bằng stress. Lý do có thể là một số vị thuốc có tác dụng hoạt huyết, làm tăng lưu lượng máu não, tăng nuôi dưỡng và bảo vệ tế bào thần kinh.

Như vậy, các nghiên cứu thực nghiệm đã phần nào làm sáng tỏ tác dụng điều trị của Bổ dương hoàn ngũ thang trong vai trò của một phương thuốc chủ lực để phục hồi liệt vận động. Bổ dương hoàn ngũ thang giúp phục hồi phần nào các thương tổn thần kinh, tăng cường nuôi dưỡng các mô quan trọng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể,.. Ngoài ra, từ tác dụng dược lý của từng vị thuốc cũng gợi ý các hiệu quả sử dụng khác như điều hoà lipid máu, điều hoà miễn dịch, giải dị ứng, chống ung thư, chống oxy hoá,...

PHỤ LỤC 5

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

DANH SÁCH BỆNH NHÂN MỤC TIÊU 1

TT	HỌ TÊN BN	TUỔI	ĐỊA CHỈ	CƠ SỞ NGHIÊN CỨU
1	DOAN T	57	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
2	NGUYEN THI L	54	PHU YEN	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
3	TRAN Q	41	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
4	NGUYEN D	64	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
5	DUONG T NGOC D	71	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
6	PHAM QUOC H	43	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
7	NGUYEN DANG D	81	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
8	NGUYEN THI C	71	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
9	LE HUU Q	49	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
10	DUONG THI D	72	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
11	NGUYEN THI B	74	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
12	NGUYEN THI V	80	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
13	VO VAN B	65	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
14	NGUYEN THI H	61	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
15	HUYNH B	63	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
16	NGUYEN H	76	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
17	NGUYEN T NGOC P	57	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
18	NGUYEN MINH D	46	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
19	CHAU TOAN H	51	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
20	HUYNH M	67	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM

21	NGUYEN THI T	68	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
22	TRAN THI TUYET L	50	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
23	NGUYEN N	79	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
24	NGUYEN DUC M	56	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
25	NGUYEN THI M	69	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
26	Y S	38	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
27	NGUYEN TAN T	64	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
28	TRAN NGOC S	43	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
29	NGUYEN VAN G	82	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
30	LE QUANG G	47	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
31	LUONG THANH T	58	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
32	NGUYEN HUU D	48	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
33	NGUYEN T	65	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
34	NGUYEN TIEN S	59	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
35	TRAN VAN P	62	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
36	NGUYEN HONG Q	66	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
37	PHAN THANH T	50	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
38	TRAN LOC H	44	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
39	LE THI T	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
40	PHAM THI L	56	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
41	NGUYEN KIM T	48	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
42	NGUYEN VAN H	45	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
43	THI T	55	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
44	BUI VAN D	60	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7

45	TRAN VAN H	64	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
46	TRAN VAN Q	69	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
47	NGUYEN THANH L	35	LAM DONG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
48	VO VAN T	73	CA MAU	PHONG KHAM NHAN DAO K7
49	NGUYEN THI A	63	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
50	KHUC VAN C	55	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
51	NGUYEN VAN T	67	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
52	LE THANH T	57	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
53	PHAM VAN T	38	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
54	QUACH THANH H	46	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
55	VO VAN T	52	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
56	NGUYEN VAN H	48	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
57	NG THI THUY T	34	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
58	NGUYEN MANH C	52	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
59	NGUYEN HUU H	45	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
60	PHAN THI C	71	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
61	TRAN HUNG N	58	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
62	NGUYEN THI B	55	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
63	TRAN PHI H	55	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
64	PHAM THI H	50	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
65	NGUYEN HONG D	46	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
66	NGUYEN VAN P	42	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
67	HUYNH VAN PHA N	31	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
68	NGUYEN THI H	53	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7

69	NGUYEN THI M	56	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
70	PHAM DINH T	59	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
71	HUYNH THIEN T	80	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
72	LE THI L	63	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
73	TRAN THI L	54	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
74	HA VAN L	58	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
75	DO HOANG L	52	VINH LONG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
76	NGO T KIM M	46	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
77	TRAN THU T	46	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
78	NGO THI T	56	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
79	NGUYEN VU DUY K	59	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
80	NGUYEN T THUY L	46	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
81	BUI MINH D	63	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
82	NGUYEN VAN S	63	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
83	PHAM NGOC G	48	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
84	VU THANH H	47	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
85	NGUYEN THI M	59	SOC TRANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
86	LE THI T	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
87	DANH Q	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
88	PHAM HOA B	64	DAK NONG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
89	NGUYEN VAN X	70	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
90	NGUYEN VAN K	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
91	NGUYEN T ANH T	51	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
92	TRAN THI T	58	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7

93	LAM VAN K	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
94	NGUYEN VAN C	63	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
95	NGUYEN VAN L	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
96	BUI XUAN H	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
97	NGUYEN T TUYET V	61	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
98	NGUYEN CAO B	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
99	BUI THI G	59	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
100	TRAN THI H	61	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
101	TRUONG THI S	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
102	TRAM THIET P	73	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
103	VU THI M	67	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
104	BUI THI H	78	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
105	NGUYEN TRUNG K	58	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
106	TRAN VAN L	60	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
107	BUI MINH D	65	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
108	PHAM HUU P	60	VINH LONG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
109	DANG THI U	48	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
110	HO VAN N	62	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
111	NGUYEN VAN B	65	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
112	NGUYEN THI M	67	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
113	HUYNH THI B	55	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
114	DANH S	54	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
115	HUYNH VAN D	53	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
116	PHAN VAN H	48	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7

117	NGUYEN VAN H	61	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
118	TRAN T XUAN L	61	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
119	NGUYEN VAN V	57	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
120	NGUYEN THI H	59	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
121	TRUONG MINH D	62	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
122	TRAN THI N	62	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
123	LE THIEN H	70	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
124	NGO THI L	55	DONG THAP	PHONG KHAM NHAN DAO K7
125	NGUYEN KIM N	56	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
126	DIEU D	76	BINH PHUOC	PHONG KHAM NHAN DAO K7
127	NGUYEN T BICH V	45	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
128	DO VAN H	61	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
129	NGUYEN VAN T	56	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
130	NGUYEN THANH L	55	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
131	VUONG THI T	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
132	TRAN VAN L	45	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
133	NGUYEN T HONG N	48	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
134	NGUYEN VAN N	72	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
135	TRAN T HONG K	49	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
136	DOAN THI B	69	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
137	NGUYEN T KIM H	59	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
138	TRAN VAN D	54	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
139	NGUYEN VAN N	83	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
140	CAO HOANG M	63	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7

141	DANH M	61	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
142	NGUYEN THI C	54	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
143	NGUYEN VAN H	55	DONG THAP	PHONG KHAM NHAN DAO K7
144	PHAM VAN T	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
145	NGUYEN VAN T	63	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
146	NGUYEN T LE H	42	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
147	LE VAN D	42	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
148	LAM THANH V	49	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
149	QUACH THANH H	48	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
150	NGUYEN THI G	67	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
151	NGUYEN VAN T	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
152	LU DANG HONG T	53	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7

DANH SÁCH BỆNH NHÂN MỤC TIÊU 2

TT	HỌ TÊN BN	TUỔI	ĐỊA CHỈ	CƠ SỞ NGHIÊN CỨU
1	NGUYEN THI B	74	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
2	NGUYEN THI V	80	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
3	VO VAN B	65	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
4	NGUYEN THI H	61	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
5	HUYNH B	63	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
6	NGUYEN H	76	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
7	NGUYEN T NGOC P	57	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
8	NGUYEN MINH D	46	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
9	CHAU TOAN H	51	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM

10	HUYNH M	67	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
11	NGUYEN VAN G	82	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
12	LE QUANG G	47	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
13	LUONG THANH T	58	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
14	NGUYEN HUU D	48	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
15	NGUYEN T	65	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
16	NGUYEN TIEN S	59	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
17	TRAN VAN P	62	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
18	NGUYEN HONG Q	66	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
19	NGUYEN THI M	59	SOC TRANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
20	LE THI T	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
21	DANH Q	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
22	PHAM HOA B	64	DAK NONG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
23	NGUYEN VAN X	70	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
24	NGUYEN VAN K	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
25	NGUYEN T ANH T	51	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
26	TRAN THI T	58	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
27	LAM VAN K	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
28	NGUYEN VAN C	63	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
29	NGUYEN VAN L	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
30	BUI XUAN H	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
31	NGUYEN T TUYET V	61	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
32	NGUYEN CAO B	65	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
33	BUI THI G	59	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7

34	TRAN THI H	61	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
35	TRUONG THI S	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
36	TRAM THIET P	73	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
37	VU THI M	67	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
38	BUI THI H	78	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
39	NGUYEN TRUNG K	58	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
40	TRAN VAN L	60	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
41	BUI MINH D	65	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
42	PHAM HUU P	60	VINH LONG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
43	DANG THI U	48	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
44	HO VAN N	62	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
45	NGUYEN VAN B	65	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
46	NGUYEN THI M	67	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
47	HUYNH THI B	55	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
48	DANH S	54	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
49	HUYNH VAN D	53	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
50	PHAN VAN H	48	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
51	NGUYEN VAN H	61	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
52	TRAN THI XUAN L	61	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
53	NGUYEN VAN V	57	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
54	NGUYEN THI H	59	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
55	TRUONG MINH D	62	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
56	TRAN THI N	62	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
57	LE THIEN H	70	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7

58	NGO THI L	55	DONG THAP	PHONG KHAM NHAN DAO K7
59	NGUYEN KIM N	56	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
60	DIEU D	76	BINH PHUOC	PHONG KHAM NHAN DAO K7
61	NGUYEN T BICH V	45	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
62	DO VAN H	61	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
63	NGUYEN VAN T	56	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
64	NGUYEN THANH L	55	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
65	VUONG THI T	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
66	TRAN VAN L	45	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
67	NGUYEN T HONG N	48	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
68	NGUYEN VAN N	72	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
69	TRAN THI HONG K	49	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
70	DOAN THI B	69	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
71	NGUYEN T KIM H	59	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
72	TRAN VAN D	54	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
73	NGUYEN VAN N	83	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
74	CAO HOANG M	63	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
75	DANH M	61	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
76	NGUYEN THI C	54	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
77	TRAN NGOC D	82	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
78	HUYNH THI B	65	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
79	DINH CONG T	70	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
80	DO VAN S	74	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
81	LE THI T	65	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM

82	TRAN THI N	60	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
83	NGUYEN T NGOC V	59	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
84	NGUYEN CANH H	57	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
85	NGUYEN THI H	65	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
86	TONG CONG B	56	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT THIEN NAM
87	TRAN THI C	59	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
88	PHUNG MINH D	63	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
89	MAI XUAN Q	57	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
90	DAO THI L	76	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
91	MA THI L	62	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
92	NGUYEN THI N	66	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
93	NGUYEN DINH T	56	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
94	VAN TAN L	44	KHANH HOA	CƠ SỞ YHCT NGÔ HÀNH
95	PHAM THI N	55	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
96	LE VAN T	75	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
97	TRAN THI L	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
98	NGUYEN THI T	75	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
99	NGUYEN THI O	64	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
100	LE THI T	59	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
101	MAI KIM KI	50	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
102	DUONG THI A	55	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
103	DAO THI V	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
104	TRAN PHUNG N	52	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
105	CHAU VAN D	63	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7

106	LUU VAN L	57	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
107	LE HUU P	46	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
108	LUU VAN L	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
109	TRAN THANH T	62	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
110	BUI VAN T	39	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
111	NGUYEN VAN D	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
112	PHAN DINH N	69	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
113	HUYNH THI C	62	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
114	NGUYEN VAN K	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
115	CHU DINH D	71	TP. HCM	PHONG KHAM NHAN DAO K7
116	DO THI H	63	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
117	MA VAN T	64	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
118	VO THI T	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
119	TRAN VAN N	60	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
120	NGUYEN CHI B	60	BINH DUONG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
121	VU QUOC H	53	TIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
122	DIEU D	63	BINH PHUOC	PHONG KHAM NHAN DAO K7
123	TRAN THI L	80	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
124	NGUYEN NGOC T	61	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
125	NGUYEN NGOC S	48	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
126	THACH S	45	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
127	LE NHAN T	41	DONG NAI	PHONG KHAM NHAN DAO K7
128	TRAN HUNG D	72	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
129	NGUYEN THI L	53	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7

130	HUYNH VAN T	44	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
131	VO THU H	53	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
132	TRAN PHUNG N	74	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
133	NGUYEN VAN B	80	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
134	NGUYEN VAN T	68	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
135	PHAM QUANG S	56	CAN THO	PHONG KHAM NHAN DAO K7
136	KIEU VAN H	45	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
137	NGUYEN THI X	68	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
138	NGUYEN VAN D	56	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
139	PHAM BA H	56	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
140	LE VAN D	60	HAU GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
141	NGUYEN DUY T	61	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
142	DAO THI T	60	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
143	NGUYEN VAN H	54	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
144	NGUYN VAN H	49	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
145	PHAM VAN L	65	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
146	LE THI L	48	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
147	LE THI H	62	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
148	TRAN DIEM H	47	DONG NAI	PHONG KHAM NHAN DAO K7
149	VO THANH T	40	DA LAT	PHONG KHAM NHAN DAO K7
150	TRAN TUAN H	65	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
151	PHAM THI H	66	AN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7
152	NGUYEN THI H	51	KIEN GIANG	PHONG KHAM NHAN DAO K7