

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA THỂ CHÂM CẢI TIẾN CÁC CƠ TỨ ĐẦU ĐÙI, CƠ HAMSTRING, CƠ MÔNG LỚN KẾT HỢP TÁI HỌC HỒI VẬN ĐỘNG TRÊN BỆNH NHÂN CHƯA ĐỨNG LÊN ĐƯỢC SAU ĐỘT QUỴ

Bùi Phạm Minh Mẫn*, Trịnh Thị Diệu Thường*

TÓM TẮT

Tình hình và mục đích nghiên cứu: Năm 2015, nghiên cứu của Trịnh Thị Diệu Thường và Bùi Phạm Minh Mẫn tại Sóc Trăng đã đem lại phúc đồ kết hợp thể châm cải tiến và tái học hồi vận động có hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ. Hiện nay, nhiều nghiên cứu về quá trình đứng lên nhằm tìm ra các phương pháp, dụng cụ hỗ trợ giúp cho bệnh nhân đứng lên dễ dàng và an toàn đã được thực hiện; và phương pháp thường được dùng hiện nay là kết hợp tập phục hồi chức năng và kích thích thần kinh cơ lên các cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring và cơ mông lớn. Vậy câu hỏi nghiên cứu đặt ra là việc thể châm cải tiến 3 nhóm cơ chi dưới: cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring và cơ mông lớn kết hợp với tái học hồi vận động có cải thiện khả năng đứng lên trên những bệnh nhân chưa tự đứng lên được sau đột quỵ hay không?

Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, phân bố ngẫu nhiên, có nhóm chứng tại Khoa Nội thần kinh – Bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM và Bệnh viện Đại học Y Dược – Cơ sở 3 từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2017.

Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân chưa tự đứng lên được sau đột quỵ. Nhóm chứng được điều trị bằng thể châm cải tiến kết hợp tái học hồi vận động. Nhóm can thiệp được điều trị bằng thể châm cải tiến 3 cơ mông lớn, cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring và tập tái học hồi vận động. Sau 3 liệu trình (10 ngày/1 liệu trình), bệnh nhân được đánh giá sự phục hồi vận động chung: theo điểm và xếp loại Barthel, sự phục hồi sức cơ: theo thang điểm MRC, số lần bệnh nhân đứng lên ngồi xuống trong 30 giây và khả năng đứng lên độc lập theo điểm và xếp loại MAS.

Kết quả: Sau nghiên cứu, sức cơ gốc chi và ngọn chi theo thang điểm MRC phục hồi tốt; số lần đứng lên – ngồi xuống trong 30 giây tăng có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả phục hồi vận động đứng lên độc lập theo thang MAS: điểm MAS tăng; và tỉ lệ xếp loại MAS đứng lên được tăng có ý nghĩa thống kê, 90% bệnh nhân nhóm can thiệp đứng lên được sau 3 liệu trình điều trị. Hiệu quả phục hồi vận động chung theo thang Barthel: điểm Barthel và tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm khá – tốt tăng có ý nghĩa thống kê. Sau 3 liệu trình điều trị tỉ lệ bệnh nhân nhóm can thiệp ở nhóm khá – tốt là 80%.

Kết luận: Thể châm cải tiến vào 3 cơ mông lớn, cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring kết hợp với tái học hồi vận động cho kết quả cải thiện khả năng đứng lên của bệnh nhân chưa tự đứng lên được sau đột quỵ

Từ khóa: thể châm cải tiến, tái học hồi vận động, cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring, cơ mông lớn

ABSTRACT

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF MODIFIED ACUPUNCTURE ON THE GLUTEUS MAXIMUS, QUADRICEPS FEMORIS, AND HAMSTRING MUSCLES IN COMBINATION WITH MOTOR RELEARNING PROGRAM FOR POST STROKE PATIENTS WHO ARE UNABLE TO STAND UP INDEPENDENTLY

Bui Pham Minh Man, Trinh Thi Dieu Thuong * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 21 - No 4 - 2017: 199 - 205

Background and Research purposes: In 2015, the study of Trinh Thi Dieu Thuong and Bui Pham Minh Man in Soc Trang province revealed the effectiveness of the combination of modified acupuncture and motor

* Đại học Y Dược TP.HCM

Tác giả liên lạc: ThS. BS. Bùi Phạm Minh Mẫn ĐT: 0916080803

Email: bsminhman@gmail.com

relearning program in rehabilitation after stroke. The authors, however, supposed that their research had some limitation such as shortage of implementation time, small sample size, and that it wasn't conducted on specific kinds of patient. Among post stroke patients who have sequelae of movement, ones who are unable to stand on their own are likely to encounter the most difficulties. The ability to change postures and walk is not only the first concern but also the goal for patients to live independently. Many studies on the process of standing up to find out the methods and tools to help patients stand up easily and safely have been done. The most commonly used method these days is to combine rehabilitation and neuromuscular stimulation on the gluteus maximus, quadriceps femoris, and hamstring muscles. Therefore, the research question is that whether the modified acupuncture on the three above mentioned muscles in combination with the motor learning program is effective in helping post stroke patients to stand up by themselves.

Method: Randomized controlled trial study, conducted at The Department of internal neurology, Traditional Medicine Hospital HCMC and University Medical Center HCMC – Branch 3, from June 2016 to June 2017.

Subjects: 60 patients who could not stand up after a stroke. The control group was treated by modified acupuncture combined with motor relearning program. The trial group was treated by modified acupuncture on the three muscles including the gluteus maximus, quadriceps femoris, and hamstring muscle, in combination with motor relearning program. After 3 courses (10 days / 1 course), the patients were evaluated for general rehabilitation (via Barthel scores and ratings), recovery of muscle strength (via MRC scale), times of up-sitting down in 30 seconds), and the ability to stand up independently (via MAS scores and ratings).

Results: After the study, muscle strength evaluated by MRC scale is recovered well; times of up - sitting down in 30 seconds increased statistically. In the trial group, efficacy of rehabilitation of standing independently evaluated by the MAS scale: MAS scores increased; and the incidence of MAS standing up was statistically significant, with 90% of the intervention group can stand up after 3 courses. Moreover, efficacy of general rehabilitation evaluated by the Barthel scale: Barthel's score and the prevalence of patients in the Good-Fair group increase statistically. After 3 courses of treatment, the proportion of patients in the trial group ranks Good-Fair was 80%.

Conclusion: The modified acupuncture on the three muscles including the gluteus maximus, quadriceps femoris, and hamstring muscle, in combination with motor relearning program help improving the abilities to stand up for post stroke patients who cannot stand up.

Keywords: modified acupuncture, motor relearning program, gluteus maximus muscle, quadriceps femoris muscle, hamstring muscle.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2015, nghiên cứu của Trịnh Thị Diệu Thường và Bùi Phạm Minh Mẫn tại tỉnh Sóc Trăng đã đem lại một phác đồ kết hợp thể châm cải tiến và tái học hời vận động có hiệu quả trong phục hồi vận động sau đột quỵ⁽¹⁾. Tuy nhiên, chính tác giả cũng thừa nhận những hạn chế của đề tài như thời gian thực hiện ngắn, mẫu nghiên cứu còn nhỏ và đặc biệt chưa tiến hành nghiên cứu trên từng đối tượng bệnh nhân. Trong những bệnh nhân có di chứng về vận động sau

đột quỵ, những bệnh nhân chưa tự đứng lên được gặp trở ngại nhiều nhất⁽²⁾. Khả năng thay đổi tư thế, đi lại là mối quan tâm đầu tiên và là mục tiêu cần đạt được để giúp bệnh nhân sống độc lập⁽³⁾. Hiện nay, nhiều nghiên cứu về quá trình đứng lên nhằm tìm ra các phương pháp, dụng cụ hỗ trợ giúp cho bệnh nhân đứng lên dễ dàng và an toàn đã được thực hiện^(2,3); và phương pháp thường được dùng hiện nay là kết hợp tập phục hồi chức năng và kích thích thần kinh cơ lên các cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring và cơ

mông lớn^(2,8). Vậy câu hỏi nghiên cứu đặt ra là việc thể châm cải tiến 3 nhóm cơ chi dưới: cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring và cơ mông lớn kết hợp với tái học hỏi vận động có cải thiện khả năng đứng lên trên những bệnh nhân chưa tự đứng lên được sau đột quỵ hay không?

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Xác định hiệu quả phục hồi vận động sau đột quỵ bằng thể châm cải tiến cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring và cơ mông lớn kết hợp với tái học hỏi vận động.

So sánh hiệu quả phục hồi vận động chung theo thang Barthel giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Mẫu nghiên cứu

$$n = \frac{\{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}\sqrt{[2P^*(1-P^*)]} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$P1$ = Tỷ lệ phục hồi mong muốn ở nhóm can thiệp 73% $P2$ = Tỷ lệ phục hồi ở nhóm chứng 50%⁽⁹⁾. $P^* = (P1 + P2)/2$
 $Z(1 - \alpha/2) = 1,96$ ($\alpha = 0,05$) $Z(1 - \beta) = 0,84$ ($1 - \beta = 0,8$) $N = 35$ bệnh nhân cho mỗi nhóm.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Chọn tất cả bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ điều trị nội trú tại khoa Nội thần kinh – Bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM và Bệnh viện Đại học Y Dược – Cơ sở 3, từ tháng 06/2016 đến tháng 06/2017 có các đặc điểm sau:

Bệnh nhân tỉnh táo, hợp tác với thầy thuốc điều trị.

Chỉ số Barthel < 60.

Bệnh nhân chưa tự đứng lên được.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân liệt nửa người nhưng quá suy kiệt hoặc bị lú loét, viêm nhiễm nhiều.

So sánh hiệu quả phục hồi vận động đứng lên theo số lần đứng lên – ngồi xuống trong 30 giây giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

So sánh hiệu quả phục hồi vận động đứng lên độc lập theo thang MAS giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

So sánh hiệu quả phục hồi sức cơ chi dưới theo thang điểm MRC giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng, phân bố ngẫu nhiên, có nhóm chứng.

- Bệnh trong quá trình nghiên cứu có diễn biến phức tạp được chuyển sang phương pháp điều trị khác.

Liệt kê và định nghĩa biến số

Biến số kết cuộc

- Phục hồi vận động chung (Điểm - Xếp loại phục hồi vận động theo Barthel).

- Phục hồi sức cơ chi dưới (sức cơ gốc chi và sức cơ ngọn chi bên liệt theo MRC).

- Phục hồi vận động chân (số lần bệnh nhân đứng lên ngồi xuống trong 30 giây).

- Phục hồi vận động đứng lên độc lập (Điểm - Xếp loại phục hồi vận động theo MAS).

Biến số nền (các yếu tố nguy cơ của đột quỵ): tuổi, giới tính, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, béo phì, thời

gian từ khi đột quy đến lúc điều trị, số lần bị đột quy, hôn mê lúc bị đột quy.

Phương pháp can thiệp

Bệnh nhân được phục hồi vận động bằng thể chăm cải tiến kết hợp tái học hồi vận động 30 lần (6 tuần).

Thể chăm cải tiến⁽¹⁾

- Thông số điện châm: tần số 20 Hz, cường độ 2 – 10 mA, thời gian 20 phút.

- Công thức huyết:

Nhóm chứng:

Khám sức cơ → cơ yếu → chọn huyết ở 2 đầu cơ (nguyên ủy – bám tận).

Số lượng: 3 cặp huyết ở chi trên và 3 cặp huyết ở chi dưới.

Nhóm can thiệp:

Chi trên: Khám sức cơ → 3 cơ yếu → chọn huyết ở 2 đầu cơ (nguyên ủy – bám tận).

Số lượng: 3 cặp huyết.

Chi dưới: Thể chăm cải tiến 3 cặp huyết ở nguyên ủy và bám tận của 3 cơ: cơ tứ đầu đùi (Phục thổ - Độc ty), cơ hamstring (Yên môn - Ủy trung), cơ mông lớn (Trật biên - Thừa phù).

Tái học hồi vận động⁽¹⁾

- Tác vụ 1: thăng bằng: thăng bằng ngồi và đứng.

- Tác vụ 2: đứng lên - ngồi xuống.

- Tác vụ 3: đi bộ.

- Tác vụ 4: vươn tay và thao tác bằng tay.

Tiêu chuẩn theo dõi và đánh giá

Theo dõi và đánh giá được ghi nhận sau 1 liệu trình, 2 liệu trình, 3 liệu trình.

- Sinh hiệu: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Sự phục hồi vận động chung: theo điểm và xếp loại Barthel.

- Sự phục hồi sức cơ: theo thang điểm MRC.

- Số lần bệnh nhân đứng lên ngồi xuống trong 30 giây.

- Khả năng đứng lên độc lập của bệnh nhân: theo điểm và xếp loại MAS.

KẾT QUẢ

Số liệu thống kê

Tổng số 60 bệnh nhân (30 bệnh nhân/nhóm).

Đặc điểm chung của đối tượng tại thời điểm trước nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng trước nghiên cứu

	Nhóm chứng (n= 30)		Nhóm nghiên cứu (n= 30)	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Tuổi	$P > 0,05$			
< 50 tuổi	6	20%	03	10%
≥ 50 tuổi	24	80%	27	90%
Giới	$P > 0,05$			
Nữ	15	50%	14	46,67%
Nam	15	50%	16	53,33%

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới tính giữa 2 nhóm ($P > 0,05$).

Bảng 2: Đặc điểm chung của đối tượng trước nghiên cứu (tiếp theo)

Thông tin về tiền sử bệnh Đột quy	Nhóm chứng (n= 30)		Nhóm nghiên cứu (n= 30)	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Thời gian đột quy đến điều trị	$P > 0,05$			
≤ 1 tháng	22	73,33%	21	70%
> 1 tháng	08	26,67%	09	30%
Hôn mê lúc khởi bệnh	$P > 0,05$			
Không	28	93,33%	27	90%
Có	02	6,67%	03	10%
Số lần bị đột quy	$P > 0,05$			
1 lần	27	90%	26	86,67%
≥ 2 lần	03	10%	04	6,67%

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian từ lúc đột quy đến điều trị, hôn mê lúc khởi bệnh hay số lần bị đột quy giữa 2 nhóm ($P > 0,05$).

Bảng 3: Đặc điểm chung của đối tượng trước nghiên cứu (tiếp theo)

Các bệnh lý kèm theo	Nhóm chứng (n= 30)		Nhóm nghiên cứu (n= 30)	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	$P > 0,05$			
Không	9	30%	10	33,33%
Có	21	70%	20	66,67%
Bệnh lý tại tim	$P > 0,05$			
Không	10	33,33%	11	33,33%
Có	20	66,67%	19	66,67%
Đái tháo đường	$P > 0,05$			
Không	26	86,67%	28	93,33%
Có	04	13,33%	02	06,67%
Béo phì	$P > 0,05$			
Không	26	86,67%	27	90%
Có	04	13,33%	03	10%
Rối loạn lipid máu	$P > 0,05$			
Không	8	26,67%	06	20%
Có	22	73,33%	24	80%

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ mắc bệnh tăng huyết áp, bệnh lý tại tim, đái tháo đường, béo phì và rối loạn lipid máu giữa 2 nhóm ($P > 0,05$).

Kết quả điều trị

Hiệu quả phục hồi khả năng đứng lên

Bảng 4: Số lần đứng lên ngồi xuống trong 30s

	Nhóm chứng (n= 30)		Nhóm nghiên cứu (n= 30)		P value
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
T0	0,93	1,22	0,93	1,22	1,00
T1	1,93	1,60	2,7	1,82	0,0883
T0-T1	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T2	3,33	1,87	4,5	2,61	0,0455
T1-T2	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T3	4,93	1,76	6,83	3,28	0,007
T2-T3	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		

Nhận xét: Số lần đứng lên ngồi xuống trong 30 giây ở mỗi nhóm thay đổi có ý nghĩa thống kê sau mỗi liệu trình điều trị với $P < 0,05$ (phép kiểm t bất cặp). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lần đứng lên ngồi xuống trong 30 giây giữa 2 nhóm ở thời điểm T2, T3 với $P < 0,05$ (phép kiểm t).

Hiệu quả phục hồi khả năng đứng lên độc lập

Ở nhóm chứng, số người tự đứng lên được tăng lên có ý nghĩa thống kê sau liệu trình thứ 2 và tiếp tục ở liệu trình thứ 3 với $P < 0,05$ (phép kiểm fisher's, phép kiểm chi bình phương). Ở nhóm can thiệp, số người tự đứng lên được tăng lên sau mỗi liệu trình điều trị với $P < 0,05$ (phép kiểm fisher's, phép kiểm chi bình phương).

Bảng 5: Khả năng đứng lên độc lập

Xếp loại MAS	Nhóm chứng (n= 30)		Nhóm nghiên cứu (n= 30)		P value
	Không đứng được	Đứng được	Không đứng được	Đứng được	
T0	30	0	30	0	
T1	26	4	24	6	0,488
T0-T1	$P = 0,056$		$P = 0,012$		
T2	20	10	13	17	0,069
T1-T2	$P = 0,001$		$P = 0,004$		
T3	10	20	3	27	0,028
T2-T3	$P = 0,01$		$P = 0,001$		

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số người tự đứng lên được giữa 2 nhóm ở thời điểm T3 với $P < 0,05$ (phép kiểm t).

Bảng 6: Điểm MAS

Số điểm MAS	Nhóm chứng (n= 30)		Nhóm nghiên cứu (n= 30)		P value
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
T0	0,77	0,73	0,76	0,73	1,00
T1	1,23	0,90	1,57	0,97	0,1728
T0-T1	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T2	2,23	1,13	2,97	1,33	0,025
T1-T2	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T3	3,17	1,15	4	1,39	0,014
T2-T3	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		

Nhận xét: Điểm MAS ở mỗi nhóm tăng lên sau mỗi liệu trình điều trị với $P < 0,05$ (phép kiểm t bất cặp). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm MAS giữa 2 nhóm ở thời điểm T2, T3 với $P < 0,05$ (phép kiểm t).

Hiệu quả phục hồi sức cơ chi dưới

Sức cơ gốc chi theo MRC ở mỗi nhóm tăng lên sau mỗi liệu trình điều trị với $P < 0,05$ (phép kiểm t bất cặp). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sức cơ gốc chi theo MRC

giữa 2 nhóm ở thời điểm T1, T2, T3 với $P < 0,05$ (phép kiểm t).

Bảng 7: Sức cơ gốc chi

Sức cơ gốc chi	Nhóm chứng (n=30)		Nhóm nghiên cứu (n=30)		P value
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
T0	1,37	0,81	1,33	0,96	0,8829
T1	1,8	0,61	2,17	0,79	0,0099
T0-T1	$P = 0,0001$		$P < 0,0001$		
T2	2,57	0,68	3,23	0,88	0,0003
T1-T2	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T3	3,17	0,65	3,8	0,61	0,0003
T2-T3	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		

Bảng 8: Sức cơ ngón chi

Sức cơ ngón chi	Nhóm chứng (n=30)		Nhóm nghiên cứu (n=30)		P value
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
T0	0,6	0,62	0,57	0,57	0,8291
T1	0,97	0,81	1,3	0,79	0,1127
T0-T1	$P = 0,0003$		$P < 0,0001$		
T2	1,8	0,76	2,23	0,77	0,0328
T1-T2	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T3	2,23	0,86	2,96	0,93	0,0024
T2-T3	$P = 0,0001$		$P < 0,0001$		

Sức cơ ngón chi theo MRC ở mỗi nhóm tăng lên sau mỗi liệu trình điều trị với $P < 0,05$ (phép kiểm t bất cặp). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sức cơ ngón chi theo MRC giữa 2 nhóm ở thời điểm T2, T3 với $P < 0,05$ (phép kiểm t).

Hiệu quả phục hồi chức năng vận động chung

Bảng 9: Điểm Barthel

Điểm Barthel	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		P value
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
T0	28,17	13,42	28,5	12,47	0,921
T1	37,5	17,11	42,33	17,80	0,2880
T0-T1	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T2	53,17	16,90	58	16,85	0,2717
T1-T2	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		
T3	62,67	3,28	71,83	16,11	0,0417
T2-T3	$P < 0,0001$		$P < 0,0001$		

Điểm Barthel ở mỗi nhóm tăng lên sau mỗi liệu trình điều trị với $P < 0,05$ (phép kiểm t bất cặp). Có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm Barthel giữa 2 nhóm ở thời điểm T3 với $P < 0,05$ (phép kiểm t).

Bảng 10: Xếp loại Barthel

Xếp loại Barthel	Nhóm chứng (n=30)		Nhóm nghiên cứu (n=30)		P value
	Kém - Yếu - Trung bình	Khá - Tốt	Kém - Yếu - Trung bình	Khá - Tốt	
T0	30	0	30	0	
T1	28	2	25	5	0,212
T0-T1	$P = 0,246$		$P = 0,026$		
T2	21	9	18	12	0,417
T0-T2	$P = 0,021$		$P < 0,0001$		
T3	14	16	6	24	0,028
T2-T3	$P = 0,067$		$P = 0,002$		

Nhận xét: Ở nhóm chứng, số bệnh nhân xếp loại Barthel Khá - Tốt tăng lên có ý nghĩa thống kê sau liệu trình thứ 2 với $P < 0,05$ (phép kiểm fisher's, phép kiểm chi bình phương). Ở nhóm can thiệp, số bệnh nhân xếp loại Barthel Khá - Tốt tăng lên sau mỗi liệu trình điều trị với $P < 0,05$ (phép kiểm fisher's, phép kiểm chi bình phương). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về xếp loại Barthel giữa 2 nhóm nghiên cứu ở thời điểm T3 với $P < 0,05$ (phép kiểm chi bình phương).

BÀN LUẬN

Bàn luận về sự khác biệt của 2 phác đồ điều trị

Cả 2 phương pháp đều được điện châm như nhau trên cơ sở vận dụng được các yếu tố sau trong cách chọn huyệt⁽⁷⁾:

- Tuân thủ lý luận của YHCT: chọn huyệt trên đường kinh đi qua vùng bị bệnh.

Vận dụng tính chất trở da và trở kháng thấp tại các huyệt: như vậy chỉ cần đưa 1 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 thần kinh sinh học: các cảm giác truyền từ cơ, gân cơ, khớp đến vỏ não cảm giác góp phần kích hoạt vỏ não vận động và tiền vận động.

- Lý luận về sinh lý cơ cơ: để có được công thức huyệt, phải xác định chính xác nhóm cơ nào

đang yếu liệt nhiều nhất và tác động trên cơ yếu liệt đó thông qua kích thích ở hai đầu cơ, và công thức huyết được điều chỉnh, dựa vào sự đánh giá qua mỗi liệu trình điều trị.

Riêng phương pháp can thiệp, 3 cấp huyết Phục thổ - Độc tỵ, Yên môn - Ủy trung, Trật biên - Thừa phủ được chọn dựa trên bảng chọn huyết của thể châm cải tiến nhằm phục hồi sức cơ tốt nhất cho 3 cơ mông lớn, cơ tứ đầu đùi và cơ hamstring, là 3 cơ đóng vai trò quan trọng trong quá trình đứng lên - ngồi xuống.

Bàn luận về những bệnh nhân chưa tự đứng lên được ở nhóm nghiên cứu

Trong 30 BN ở nhóm nghiên cứu có 3 BN không tự đứng lên được sau 4 tuần điều trị, điều này có thể giải thích do:

- Tuổi: cả 3 BN đều ≥ 50 tuổi. Điều này phù hợp với kết luận tuổi càng cao, phục hồi vận động càng chậm: BN < 50 có khả năng phục hồi tốt hơn các BN ≥ 50 tuổi 1,14 lần ($p < 0,05$)⁽⁶⁾.

- Có 2/3 BN thì thời gian từ lúc đột quỵ đến khi điều trị > 1 tháng. Điều này phù hợp với kết luận BN sau đột quỵ được điều trị sớm ≤ 1 tháng thì hiệu quả phục hồi vận động tốt gấp 3,1 lần so với > 1 tháng, trong nghiên cứu của Hoàng Thanh Hiền, Phan Quan Chí Hiếu⁽⁶⁾.

- Các bệnh lý đi kèm: cả 3 BN đều có bệnh tim mạch, THA và RLLM. 2/3 BN có bệnh ĐTĐ. Điều này, một lần nữa, cho thấy các bệnh lý liên quan kèm theo như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh lý tim mạch, ĐTĐ làm chậm sự phục hồi vận động sau đột quỵ của BN^(6,10).

- Về điểm số và xếp loại Barthel lúc bắt đầu điều trị: 2/3 BN có điểm Barthel lúc bắt đầu điều trị xếp loại kém (< 20) và 2 BN còn lại có điểm Barthel xếp loại yếu (< 40) khi bắt đầu điều trị. Điều này phù hợp với điều đã được chứng minh ở các công trình nghiên cứu của Hà Thị Hồng Linh, Phan Quan Chí Hiếu (2005): BN có tình

trạng suy giảm vận động càng nặng thì khả năng phục hồi vận động càng giảm⁽⁶⁾.

KẾT LUẬN

Thế châm cải tiến vào 3 nhóm cơ chi dưới là cơ tứ đầu đùi, cơ hamstring và cơ mông lớn kết hợp với tái học hồi vận động cho kết quả cải thiện khả năng đứng lên trên bệnh nhân chưa tự đứng lên được sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Carr JH, Shepherd RB (1987), *A motor relearning programme for stroke*, 2nd ed, Heinemann Physiotherapy, London, pp. 188.
- 2 Feigin VL, et al (2014), Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet*. 383(9913), pp. 245-54.
- 3 Ferrante S, et al (2006), FES cycling treatment on hemiplegic patients: preliminary results, *Proceedings of the 11th Annual International FES Society Conference*, pp. 12-15.
- 4 Hà Thị Hồng Linh, Phan Quan Chí Hiếu (2005), Hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp thế châm cải tiến trên bệnh nhân tai biến mạch máu não, Luận văn tốt nghiệp cao học Y học cổ truyền, Đại học Y Dược TP. HCM.
- 5 Hekot R, Azevedo C, Espiau B (2007), Functional rehabilitation. coordination of artificial and natural controllers, *INTECH Open Access Publisher*, pp. 163.
- 6 Hoàng Thanh Hiền, 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 cầu tiến phối hợp vật lý trị liệu tại TP. HCM, *Y học TP. HCM. Số đặc biệt chuyên ngành Y học cổ truyền*, Phụ bản tập 16, số 01, trang 61.
- 7 Phan Quan Chí Hiếu (2013), Phục hồi vận động sau đột quỵ - Phương pháp châm cứu cải tiến, *Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược TP. HCM*.
- 8 Seyed A and Erfanian A (2010), Decentralized Robust Control of Standing Up in Paraplegics Using Functional Electrical Stimulation. A Simulation Study, First Annual Conference of the United Kingdom and Republic of Ireland Chapter of the International Functional Electrical Stimulation Society, Editor Editors, *University of Salford, UK*.
- 9 The Stroke Association (2012), Accommodation after stroke: Stroke Association Factsheet 20, www.stroke.org.uk.
- 10 Trịnh Thị Diệu Thuý, Bùi Phạm Minh Mẫn (2015), Hiệu quả thế châm cải tiến kết hợp tái học hồi vận động trong phục hồi vận động trên bệnh nhân sau đột quỵ tại tỉnh Sóc Trăng, *Y học TP. HCM tập 19, số 5, Chuyên đề: Hội Nghị Khoa Học Công Nghệ BV Trưng Vương năm 2015*, tr. 129.

Ngày nhận bài báo:

01/07/2017

Ngày phản biện nhận xét bài báo:

10/07/2016

Ngày bài báo được đăng:

20/07/2017