

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4615

DIỆN MĂNG CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT, TẬP VẬN ĐỘNG VÀ THUỐC ĐÔNG DƯỢC TRONG PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

Nguyễn Thị Linh Hoa^{1*}, Lê Minh Hoàng², Nguyễn Duy Phúc¹

1. Bệnh viện Y Dược cổ truyền Kiên Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bslinhhhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/3/2026

Ngày phản biện: 10/8/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khiếm khuyết các chức năng sau đột quỵ, đặc biệt là rối loạn vận động gây ảnh hưởng nặng nề đến kinh tế - xã hội của cá nhân, gia đình và cộng đồng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động bằng điện măng châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, tập vận động, đông dược Bô khí thông mạch K-Yingin ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn hồi phục đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Kiên Giang. **Kết quả:** Sau 16 ngày điều trị, chức năng vận động của các bệnh nhân trong nghiên cứu cải thiện rõ rệt. Điểm trung bình cơ duỗi gối tăng từ $2,67 \pm 0,48$ lên $3,87 \pm 0,34$, gấp lưng bàn chân từ $2,62 \pm 0,49$ lên $3,79 \pm 0,41$, dang vai từ $2,21 \pm 0,86$ lên $3,38 \pm 0,82$, gấp khuỷu từ $2,23 \pm 0,87$ lên $3,41 \pm 0,79$ ($p < 0,001$). Điểm Barthel tăng từ $37,95 \pm 10,80$ lên $82,44 \pm 17,28$ ($p < 0,001$), tỷ lệ phụ thuộc nhẹ và vừa chiếm đến 82,1% sau điều trị, trong khi phụ thuộc hoàn toàn giảm từ 15,4% xuống 0%. Theo thang điểm Rankin sửa đổi, khuyết tật vừa chiếm 51,3% sau điều trị, khuyết tật vừa-nặng giảm từ 76,9% xuống 43,6% và di chứng nặng từ 23,1% xuống 5,1% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Điện măng châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, tập vận động và đông dược Bô khí thông mạch K-Yingin giúp cải thiện chức năng vận động, tăng mức độ độc lập và giảm mức độ khuyết tật ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục sau 16 ngày điều trị.

Từ khóa: Điện măng châm, nhồi máu não giai đoạn hồi phục, phục hồi vận động.

ABSTRACT

LONG ELECTRICAL ACUPUNCTURE COMBINED WITH ACUPRESSURE MASSAGE, THERAPEUTIC EXERCISE AND HERBAL MEDICINE FOR MOTOR RECOVERY IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE DURING THE RECOVERY PHASE

Nguyen Thi Linh Hoa^{1*}, Le Minh Hoang², Nguyen Duy Phuc¹

1. Kien Giang Traditional Medicine Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Post-stroke functional impairments, particularly motor deficits, impose substantial socioeconomic burdens on patients, families, and society. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of long electrical acupuncture combined with acupressure massage, therapeutic exercise, and the traditional herbal formula “Bo Khi Thong Mach K-Yingin” in motor rehabilitation for patients with cerebral infarction in the recovery stage. **Materials and methods:** A clinical trial was conducted on 39 inpatients diagnosed with cerebral infarction in the recovery stage at Kien Giang hospital of Traditional Medicine. **Results:** After 16 days of treatment, patients in the study demonstrated marked improvement in motor function. The mean muscle strength scores increased significantly for knee extensors (from 2.67 ± 0.48 to 3.87 ± 0.34), ankle dorsiflexors (from 2.62 ± 0.49

to 3.79 ± 0.41), shoulder abductors (from 2.21 ± 0.86 to 3.38 ± 0.82), and elbow flexors (from 2.23 ± 0.87 to 3.41 ± 0.79) ($p < 0.001$). The mean Barthel Index score improved from 37.95 ± 10.80 to 82.44 ± 17.28 ($p < 0.001$). Following treatment, 82.1% of patients were classified as having mild to moderate dependence, while the proportion of patients with total dependence decreased from 15.4% to 0%. According to the Modified Rankin Scale, moderate disability accounted for 51.3% of cases after treatment; the proportion of patients with moderate-to-severe disability declined from 76.9% to 43.6%, and severe disability decreased from 23.1% to 5.1% ($p < 0.001$). **Conclusions:** Long electrical acupuncture combined with acupressure massage, therapeutic exercise, and “Bo Khi Thong Mach K-Yingin” was associated with significant improvements in motor function, functional independence, and disability scores after 16 days of treatment.

Keywords: Long electrical acupuncture, cerebral infarction recovery stage, motor rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhóm các bệnh không lây nhiễm, đột quỵ hiện là bệnh lý gây tử vong đứng hàng thứ hai và xếp thứ ba về mức độ gây tàn tật trên toàn thế giới [1]. Ở những bệnh nhân đột quỵ, sau giai đoạn cấp tính, thường còn tồn tại các rối loạn chức năng, trong đó suy giảm vận động chiếm tỷ lệ trên 80% [1]. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhân mà còn tạo gánh nặng đáng kể cho gia đình và xã hội. Trong bối cảnh đó, phục hồi chức năng vận động ở giai đoạn hồi phục có ý nghĩa then chốt đối với việc nâng cao chất lượng cuộc sống.

Theo các khuyến cáo của y học hiện đại (YHHĐ), giai đoạn hồi phục sau nhồi máu não được tính từ khi người bệnh ổn định về huyết động (thường sau 24-48 giờ) đến khoảng 6 tháng, đây được xem là "cửa sổ vàng" của phục hồi chức năng. Trong giai đoạn này, quá trình tái tổ chức thần kinh, tân sinh thần kinh, hình thành các kết nối thần kinh mới và tái học tập chức năng diễn ra mạnh mẽ nhất. Việc can thiệp phục hồi chức năng sớm và liên tục trong giai đoạn này giúp cải thiện khả năng vận động, giảm mức độ khuyết tật, hạn chế biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh [2], [3]. Theo YHCT, thể khí hư huyết ứ thường gặp ở giai đoạn hồi phục và cần được điều trị theo nguyên tắc bổ khí, hoạt huyết, thông kinh lạc. Trong đó, măng châm có tác dụng điều khí, thông kinh hoạt lạc thông qua việc sử dụng kim dài châm xuyên qua nhiều huyết trên cùng một hoặc nhiều kinh mạch giúp điều khí, thông kinh hoạt lạc, điều hòa khí huyết và lập lại cân bằng âm dương. Nhờ phạm vi kích thích rộng và cường độ tác động mạnh cùng với điện châm (điện măng châm) giúp duy trì kích thích với tần số bổ - tả một cách liên tục và ổn định hơn so với thao tác vê kim bằng tay, qua đó nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng ở người bệnh [4]. Trên lâm sàng, các phương pháp không dùng thuốc như điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp tập vận động và sử dụng thuốc đông dược đã được ứng dụng và cho thấy hiệu quả nhất định trong cải thiện chức năng vận động ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục [5]. Việc làm rõ hiệu quả của phác đồ điều trị này không chỉ bổ sung bằng chứng khoa học về vai trò của điện măng châm trong phục hồi chức năng sau nhồi máu não mà còn góp phần định hướng xây dựng phác đồ điều trị kết hợp YHCT với phục hồi chức năng có cơ sở khoa học, giúp nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện khả năng vận động và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục bằng điện măng châm kết hợp xoa bóp bấm huyết, tập vận động, đông dược Bổ khí thông mạch K-Yingin.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não giai

đoạn hồi phục đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Kiên Giang.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Theo YHHĐ: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán xác định nhồi máu não có liệt vận động nửa người, có tinh thần tỉnh táo hợp tác với thầy thuốc, thời gian sau khởi phát từ 24 giờ (kể từ khi bệnh nhân ổn định huyết động) đến 6 tháng [6], hiện tại không ghi nhận các tình trạng lâm sàng cấp tính.

+ Theo YHCT: Bệnh nhân sau khi được chọn thông qua tiêu chuẩn của YHHĐ, thăm khám bất cương, tứ chẩn và được chẩn đoán bệnh danh “Trúng phong kinh lạc” hoặc “bán thân bất toại”, thể khí hư huyết ứ, bất cương: lý hư trung hiệp thực, nguyên nhân: nội nhân (nội thương) [7].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có dị tật về vận động bên liệt, thuộc nhóm chống chỉ định của: điện mãng châm, xoa bóp bấm huyệt, tập vận động, đông dược bổ khí thông mạch K-Yingin. Bệnh nhân nhồi máu não có kèm theo các bệnh: lao, động kinh, rối loạn tâm thần, HIV/AIDS hoặc đang điều trị có triệu chứng nặng dần lên, đe dọa tính mạng.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Y dược cổ truyền Kiên Giang, từ 05/2025 - 01/2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng.

- **Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức:

$$n_1 = n_2 \geq \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

+ Với: n_1, n_2 : cỡ mẫu cần nghiên cứu ở mỗi nhóm; α : xác suất sai lầm loại I. Chọn $\alpha=5\% \rightarrow Z=1,96$; β : xác suất sai lầm loại II. Chọn $\beta=10\%$, lực mẫu là 90% ($Z=1,28$); $p = (p_1 + p_2)/2$ là tỷ lệ trung bình của hai nhóm; $p_1 = 0,326$ [8]; $p_2 = 0,71$ là mức độ phục hồi tốt, khá theo Barthel mong muốn ở nhóm nghiên cứu.

Thay vào công thức trên, dự phòng 10% hao hụt, như vậy $n_1 = n_2 = 39$ cho mỗi nhóm, tổng số mẫu nghiên cứu là 78 mẫu. Trong công bố hiện tại, chúng tôi báo cáo kết quả của mục tiêu Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục bằng điện mãng châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, tập vận động và đông dược Bổ khí thông mạch K-Yingin trước và sau điều trị” (tức nhóm nghiên cứu), do đó cỡ mẫu trong bài báo này là 39 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:** Các bệnh nhân trong nghiên cứu sẽ được điều trị bằng các phương pháp sau trong thời gian 16 ngày:

+ Điện mãng châm các huyết: Kiên ngưng xuyên Tý nhu, Khúc tri xuyên Thủ tam lý, Hợp cốc xuyên Lao cung, Phong thị xuyên Lương khâu, Túc tam lý xuyên Phong long, Phong long xuyên Giải Khê, tần số từ 5 - 10Hz, cường độ tùy theo ngưỡng chịu đựng của từng bệnh nhân, 20 phút/lần x 01 lần/ngày, châm liên tục các ngày trong tuần [4]. Kim châm sử dụng là các loại kim vô khuẩn dùng một lần, bằng thép không gỉ do Trung Quốc sản xuất, có độ dài 7-20 cm, đường kính 0,5mm.

+ Xoa bóp bấm huyệt: thủ thuật xoa, xát, miết, phân, hợp, véo, phát, day, đấm, lăn, chát, bóp, vòn, vê, rung và vận động nửa người bên liệt. Day, ấn, bấm huyệt: Bát phong, Bát tà, Kiên ngưng, Khúc tri, Hợp cốc, Phong thị, Lương khâu, Huyết hải, Giải Khê, 30 phút/lần x 1 lần/ngày, liên tục các ngày trong tuần [7].

+ Tập vận động: tập thụ động và trợ giúp tại giường bệnh khi bệnh nhân có sức cơ

0/5-2/5, bệnh nhân có sức cơ từ 3/5 trở lên sẽ tập với dụng cụ tại phòng tập khoa phục hồi chức năng dưới sự hướng dẫn và giám sát của kỹ thuật viên, 20 phút/lần x 01 lần/ngày [7].

+ Thuốc thành phẩm đông được bổ khí thông mạch K-Yingin (thành phần trong 1 gói 10 mL cao lỏng dược liệu gồm có: Địa long 0,4g; Hoàng kỳ 4g; Đương quy 0,8g; Xích thược 0,6g; Xuyên khung 0,4g; Đào nhân 0,4g; Hồng hoa 0,4g): uống 01 gói x 3 lần/ngày vào thời điểm sáng, chiều, tối, uống sau bữa ăn.

Sau khi kết thúc liệu trình 16 ngày sẽ đánh giá lại bệnh nhân theo các chỉ số: bậc cơ⁵, mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel [9], mức độ cải thiện vận động của bệnh nhân theo thang điểm Rankin sửa đổi [10].

- **Phương pháp thu thập và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 25.0 để phân tích. Mô tả đặc điểm chung của bệnh nhồi máu não bằng phương pháp mô tả tần số, tỷ lệ %. Đánh giá kết quả phục hồi vận động sau điều trị của bệnh nhồi máu não bằng phép kiểm Wilcoxon (so sánh trung bình của cùng một nhóm tại hai thời điểm). Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 25.137.HV/PCT-HĐĐĐ và Bệnh viện Y dược cổ truyền Kiên Giang cho phép thực hiện lấy mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

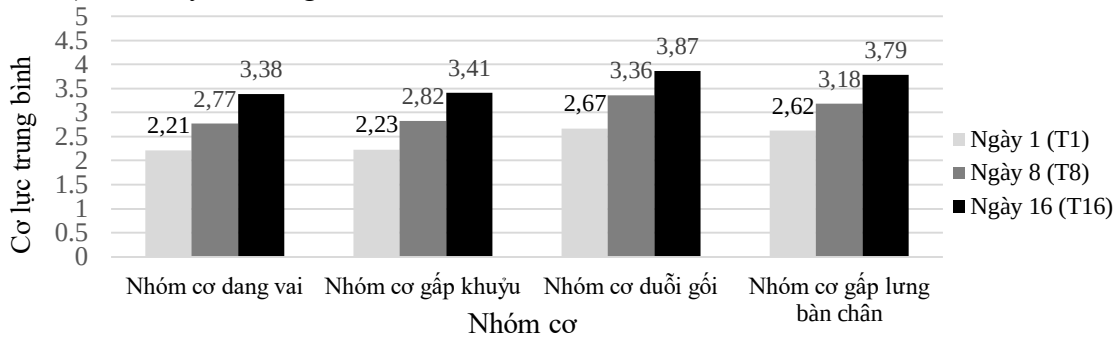
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 50	8	20,5
	51-70	27	69,2
	≥ 70	4	10,3
	Tuổi trung bình $\pm$ SD	58,46 $\pm$ 9,478	
Giới tính	Nam	23	59,0
	Nữ	16	41,0
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	32	82,1
	Lao động trí óc	2	5,1
	Hết tuổi lao động	5	12,8
Chỉ số khối cơ thể BMI	$< 18,5$ (thiếu cân)	2	5,1
	18,5 - 22,9 (bình thường)	16	41,0
	23 - 24,9 (thừa cân)	9	23,1
	≥ 25 (Béo phì)	12	30,8
Bệnh lý đi kèm	Tăng huyết áp	34	87,2
	Đái tháo đường típ 2	13	33,3
	Rối loạn lipid máu	15	38,5
	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	3	7,7
Lối sống	Uống rượu bia	19	48,7
	Hút thuốc lá	20	51,3
	Ít hoạt động thể lực	12	30,8
	Ăn mặn	23	59,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là $58,46 \pm 9,48$, trong đó nhóm 51-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (69,2%), nam giới chiếm ưu thế (59,0%). Đa số đối tượng là lao động chân tay (82,1%) và có BMI ở mức bình thường chiếm 41%. Tăng

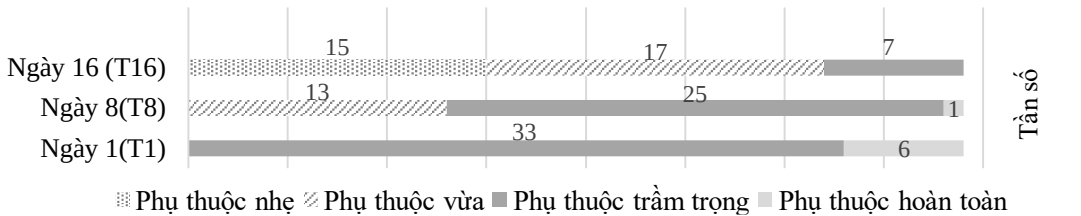
huyết áp là bệnh lý đi kèm thường gặp nhất (87,2%), tiếp đến là rối loạn lipid máu (38,5%). Các yếu tố lối sống nguy cơ như hút thuốc lá (51,3%), ăn mặn (59,0%) và uống rượu bia (48,7%) chiếm tỷ lệ tương đối cao.



Biểu đồ 1. Đánh giá cơ lực của các nhóm cơ trước và sau điều trị

Nhận xét: Cơ lực ở cả bốn nhóm cơ (duỗi gối, gấp lưng bàn chân, đang vai và gấp khuỷu) đều cải thiện dần theo thời gian. Sự khác biệt khi đánh giá T8, T16 so với T1 là có ý nghĩa thống kê ($p_{1-16} < 0,001$).

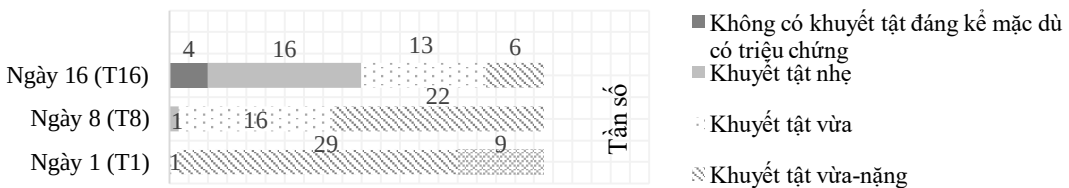
3.2. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục bằng điện mãng châm kết hợp xoa bóp bấm huyết, tập vận động, đông dược trước và sau điều trị



■ Phụ thuộc nhẹ ■ Phụ thuộc vừa ■ Phụ thuộc trầm trọng ■ Phụ thuộc hoàn toàn

Biểu đồ 2. Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel

Nhận xét: Khả năng thực hiện hoạt động sinh hoạt hằng ngày cải thiện rõ qua các thời điểm. Sự khác biệt khi đánh giá T8, T16 so với T1 là có ý nghĩa thống kê ($p_{1-16} < 0,001$).



Biểu đồ 3. Đánh giá mức độ giảm khả năng, khuyết tật theo thang điểm Rankin sửa đổi

Nhận xét: Mức độ khuyết tật theo mRS giảm rõ rệt sau điều trị. Tỷ lệ khuyết tật vừa - nặng và di chứng nặng giảm, trong khi khuyết tật nhẹ và vừa tăng lên. Sự khác biệt so với thời điểm ban đầu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Khi đánh giá kết quả hồi phục cơ lực, bốn nhóm cơ được khảo sát trong nghiên cứu là các nhóm cơ chủ lực tham gia trực tiếp vào các vận động nền tảng của chi trên và chi dưới. Ở chi dưới, cơ duỗi gối (nhóm cơ tứ đầu đùi) là cơ chống trọng lực quan trọng nhất trong hình thành bước đi, giữ vai trò ổn định khớp gối và kiểm soát tư thế đứng. Cơ gấp lưng bàn chân

(chủ yếu cơ chày trước) quyết định khả năng nhấc bàn chân trong thì vùng, kiểm soát tiếp đất trong thì chống giúp phòng ngừa hiện tượng “bàn chân rơi” và giảm nguy cơ té ngã. Còn ở chi trên, cơ đang vai (cơ delta) và cơ gấp khuỷu (cơ nhị đầu cánh tay và cơ cánh tay trước) là hai nhóm cơ khởi phát và điều phối vận động nâng - đưa tay ra trước và đưa tay về phía miệng. Đây là các động tác thiết yếu trong sinh hoạt hằng ngày như ăn uống, mặc áo, vệ sinh cá nhân nhằm giúp cải thiện tính độc lập trong vận động của bệnh nhân [11]. Sự cải thiện cơ lực có thể được lý giải trên nền tảng của lý thuyết Hebbian về tính dẻo synap, khi các neuron cùng phát xung sẽ tăng cường kết nối với nhau, tức là khi neuron tiền synap và hậu synap được hoạt hóa đồng thời và lặp lại, sức mạnh synap giữa chúng sẽ được củng cố. Trong phục hồi vận động, khi bệnh nhân thực hiện vận động chủ động lặp lại kết hợp với kích thích điện hoặc châm cứu, các đường dẫn truyền vỏ não - tủy và neuron vận động ngoại biên được hoạt hóa đồng thời. Sự kích hoạt đồng bộ và lặp lại này tạo điều kiện thuận lợi cho củng cố synap, từ đó tăng hiệu quả dẫn truyền thần kinh - cơ và cải thiện sức cơ [12]. Trong nghiên cứu, điện mãng châm kết hợp tập vận động và xoa bóp bấm huyệt có thể được xem như một hình thức kích thích “bàn vòng kín chức năng”: kích thích ngoại vi tạo xung hướng tâm lên hệ thần kinh trung ương, trong khi vận động chủ động tạo kích hoạt ly tâm từ vỏ não xuống cơ. Sự hội tụ hai chiều này làm tăng khả năng đồng hoạt hóa neuron tiền - hậu synap, qua đó thúc đẩy củng cố synap theo cơ chế Hebbian [12]. Điều này góp phần lý giải vì sao cơ lực tăng đồng đều ở cả chi trên và chi dưới, với mức cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) ở phần lớn bệnh nhân sau 16 ngày.

3.2. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục bằng điện mãng châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, tập vận động, đông được trước và sau điều trị

Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel, tại thời điểm ban đầu (T1), đa số bệnh nhân thuộc nhóm phụ thuộc trầm trọng và phụ thuộc hoàn toàn (84,6%, 15,4%), với điểm Barthel trung bình $37,95 \pm 10,804$. Sau 16 ngày điều trị (T16), không còn bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, tỷ lệ phụ thuộc trầm trọng giảm còn 17,9%, trong khi phụ thuộc vừa và phụ thuộc nhẹ chiếm ưu thế (43,6% và 38,5%). Điểm Barthel trung bình đạt $82,44 \pm 17,278$, tăng khoảng 44 điểm so với ban đầu ($p < 0,001$). So sánh với nghiên cứu của Lê Minh Hoàng và cộng sự (2023), dù điểm Barthel sau điều trị của hai nghiên cứu tương đương nhau (82,44 so với 81,53 điểm), nhưng mức tăng trung bình trong nghiên cứu này cao hơn (≈ 44 điểm so với $30,33 \pm 3,91$ điểm sau 20 ngày) [8]. Điều đó cho thấy tốc độ cải thiện chức năng trong 16 ngày điều trị ở nghiên cứu chúng tôi có xu hướng nhanh hơn. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi việc kết hợp nhiều phương thức điều trị có tính hiệp đồng, đặc biệt nghiên cứu chúng tôi sử dụng điện mãng châm thay vì điện châm thông thường. Mãng châm là phương pháp dùng kim dài và to với kỹ thuật châm thông kinh - liên kinh - thấu kinh để điều hoà khí huyết nhanh và mạnh hơn [13]. Nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Huyền và các cộng sự năm 2025 cho thấy điện mãng châm có thể làm cải thiện vận động và chất lượng cuộc sống trên nhóm bệnh nhân bị giới hạn vận động do đau thắt lưng [14]. Khi các nhóm cơ chính như cơ duỗi gối, gấp lưng bàn chân, đang vai và gấp khuỷu được cải thiện, người bệnh có thể tự đứng lên, di chuyển, mặc quần áo và tự chăm sóc bản thân, từ đó làm tăng nhanh điểm số Barthel. Điều này cho thấy phục hồi cơ lực không phải mục tiêu cuối cùng, mà là nền tảng để đạt được độc lập chức năng.

Đánh giá mức độ giảm khả năng và khuyết tật theo mRS sửa đổi, nghiên cứu nhận thấy sự dịch chuyển có ý nghĩa lâm sàng từ nhóm khuyết tật nặng (mRS 4-5) sang nhóm độc lập tương đối (mRS ≤ 3) chỉ trong 16 ngày, phản ánh thay đổi thực sự về mức độ phụ

thuộc và khả năng tái hòa nhập xã hội. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Bârsan và các cộng sự khi chứng minh được rằng mRS là công cụ đánh giá khuyết tật toàn thể có giá trị tiên lượng, trong đó việc giảm từ mRS ≥ 4 xuống ≤ 3 đồng nghĩa với chuyển từ phụ thuộc nặng sang có thể tự đi lại và tự chăm sóc phần lớn hoạt động hằng ngày [15]. Do đó, sự biến mất hoàn toàn nhóm mRS 5 và tăng nhanh nhóm mRS 1-3 trong nghiên cứu hiện tại không chỉ thể hiện cải thiện điểm số mà còn cho thấy tác động điều trị đã làm thay đổi phân tầng tiên lượng chức năng của người bệnh sau đột quy.

Do nghiên cứu sử dụng phác đồ điều trị phối hợp gồm điện mãng châm, xoa bóp bấm huyệt, tập vận động và đông dược Bổ khí thông mạch K-Yingjin, nên chưa thể phân định chính xác mức độ đóng góp riêng của từng thành phần can thiệp đối với hiệu quả điều trị. Các nghiên cứu đối chứng trong tương lai cần thiết kế nhóm chứng hoặc nhóm so sánh phù hợp để làm rõ vai trò độc lập của điện mãng châm. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu, người cho y lệnh điều trị, theo dõi và trực tiếp đánh giá kết cục lâm sàng trên người bệnh là cùng một người, do đó không loại trừ hoàn toàn nguy cơ thiên kiến đánh giá. Mặc dù các tiêu chí đánh giá và quy trình thực hiện đã được chuẩn hóa, việc bố trí người đánh giá độc lập hoặc làm mù người đánh giá trong các nghiên cứu tiếp theo sẽ giúp tăng tính khách quan và độ tin cậy của kết quả.

V. KẾT LUẬN

Sau 16 ngày điều trị bằng phác đồ phối hợp điện mãng châm, xoa bóp bấm huyệt, tập vận động và đông dược Bổ khí thông mạch K-Yingjin, bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về cơ lực, mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày và mức độ khuyết tật. Tuy nhiên, do nghiên cứu không có nhóm đối chứng và cỡ mẫu còn hạn chế, chưa thể xác định hiệu quả riêng của từng thành phần trong phác đồ; cần các nghiên cứu có nhóm so sánh và cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quy não. Ban hành theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 05 tháng 11 năm 2024. 2024.
2. Filipiska-Blejder, K., Jaracz, K., & Ślusarz, R. Efficacy and Safety of Early Mobilization and Factors Associated with Rehabilitation After Stroke. *Journal of Clinical Medicine*. 2025. 14(5), 1585, doi: 10.3390/jcm14051585.
3. Karakılıç, G. D., Bakırcı, E. Ş., & Büyüç, F. The effect of the begining time of the rehabilitation program in stroke patients on functional ambulation and stroke related complications. *African Health Sciences*. 2024. 24(4), 269-275, doi: 10.4314/ahs.v24i4.35.
4. Nguyễn Tài Thu. Mãng châm chữa bệnh. Nhà xuất bản Từ Điển Bách Khoa. 2012, 11-79.
5. Chavez LM, Huang SS, MacDonald I, et al. Mechanisms of acupuncture therapy in ischemic stroke rehabilitation. *Neural Regen Res*. 2017.12(7), 1152-1159, doi: 10.3390/ijms18112270.
6. Mariana de Aquino Miranda, J., Mendes Borges, V., Bazan, et al. Early mobilization in acute stroke phase: a systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2023. 30(2), 157-168, doi: 10.1080/10749357.2021.2008595.
7. Bộ Y tế. Quyết định 5013/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2020 về việc “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại”. 2023.
8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965. 14, 61-65.
9. Isaksson E, Wester P, Laska AC, Näsman P, Lundström E. Validation of the simplified modified Rankin Scale questionnaire. *Eur Neurol*. 2020. 83(5), 493-499, doi: 10.1159/000510721.
10. Trịnh Thị Diệu Thường. Châm cứu phục hồi vận động sau đột quy (sách chuyên khảo). Nhà xuất bản Y học. 2023.

11. Yan W, Lin Y, Chen YF, Wang Y, Wang J, Zhang M. Enhancing neuroplasticity for post-stroke motor recovery: mechanisms, models, and neurotechnology. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*. 2025. 33, 1156-1168, doi:10.1109/TNSRE.2025.3551753.
 12. Lê Minh Hoàng, Vũ Đình Quỳnh, Phạm Thanh Tuấn. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động bằng thang điểm Barthel trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn ổn định bằng xoa bóp bấm huyệt, điện châm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 529(1), 370-374, DOI: 10.51298/vmj.v529i1.6317.
 13. Nguyễn Văn Hưng, Phạm Thị Xuân Mai. Hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc độc hoạt tang ký sinh. *Tạp chí Y - Dược học*. 2018. 5(8), 52-57, doi:10.34071/jmp.2018.5.7.
 14. Đặng Thị Thanh Huyền, Nguyễn Văn Hưng, Ngô Thị Ngọc Gấm và cộng sự. Hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp điện mãng châm kết hợp hoàn “độc hoạt tang ký sinh” tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Thành phố Huế. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*. 2025. 17(1), 18-24, DOI:10.38103/jcmhch.17.1.3.
 15. Bârsan IC, Ilut S, Tohănean N, *et al*. Predicting 6-month modified Rankin Scale score in stroke patients. *Balneo PRM Res J*. 2024. 15(3), 731, doi: 10.3389/fneur.2020.539509.
-