

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

-----\*\*\*-----



**ĐỖ HOÀNG LÂM**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ CHỨNG THẤT NGÔN  
BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP  
BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM  
CÁC HUYỆT VÙNG ĐẦU**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2020**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

-----\*\*\*-----



**ĐỖ HOÀNG LÂM**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ CHỨNG THẤT NGÔN  
BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP  
BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM  
CÁC HUYỆT VÙNG ĐẦU**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học:**

TS.BSCKII. Nguyễn Văn Như

**HÀ NỘI - 2020**

## LỜI CẢM ƠN

Với tất cả lòng kính trọng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

- **Đảng ủy, Ban giám hiệu Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, Phòng đào tạo sau đại học, các phòng ban của nhà trường** đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.
- **TS. BSCK II Nguyễn Văn Nhưông** – Trưởng khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Bạch Mai, người thầy trực tiếp hướng dẫn, tận tâm giảng dạy, giúp đỡ và chỉ bảo tôi những kinh nghiệm quý báu trong học tập và quá trình thực hiện nghiên cứu.
- Tôi xin được bày tỏ lòng tri ân sâu sắc tới **PGS.TS Đậu Xuân Cảnh** và các **Thầy Cô trong Hội đồng** thông qua đề cương, hội đồng chấm luận văn Thạc sỹ Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, những người thầy người cô đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành nghiên cứu.
- **Ban giám đốc, phòng kế hoạch tổng hợp, Lãnh đạo khoa cùng toàn thể nhân viên khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Bạch Mai** đã tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.
- **Các thầy, các cô trong Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam**, những người thầy luôn giúp đỡ và tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn.
- Cuối cùng tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới **Bố Mẹ, cùng hai con**, đã luôn động viên giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và là chỗ dựa vững chắc về cả vật chất lẫn tinh thần cho tôi.

Hà Nội, ngày 15 tháng 05 năm 2020

**Đỗ Hoàng Lâm**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả nghiên cứu trong luận văn là trung thực và chưa từng được công bố trong bất cứ tài liệu nào.

*Tác giả luận văn*

**Đỗ Hoàng Lâm**

## CHỮ VIẾT TẮT

ALT	: Alanin aminotransferase
AST	: Aspartat aminotransferase
Bar	: Barthel
BN	: Bệnh nhân
ĐC	: Đối chứng
HAtb	: Huyết áp trung bình
HAtt	: Huyết áp tâm thu
HAttr	: Huyết áp tâm trương
N0	: Ngày trước điều trị
N15	: Ngày thứ 15
N30	: Ngày thứ 30
NC	: Nghiên cứu
NMN	: Nhồi máu não
TBMMN	: Tai biến mạch máu não
THA	: Tăng huyết áp
TPKL	: Trúng phong kinh lạc
TPTP	: Trúng phong tạng phủ
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....</b>	<b>3</b>
1.1. Dịch tễ học TBMMN và rối loạn ngôn ngữ sau TBMMN.....	3
1.2. Nhồi máu não và thất ngôn theo y học hiện đại .....	4
1.3. TBMMN và thất ngôn theo y học cổ truyền.....	12
1.4. Điều trị thất ngôn theo YHCT .....	16
1.5. Sơ lược về phương pháp châm cứu các huyệt vùng đầu .....	17
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>26</b>
2.1. Chất liệu – phương tiện nghiên cứu.....	26
2.2. Đối tượng nghiên cứu .....	30
2.3. Phương pháp nghiên cứu .....	31
2.4. Phương pháp đánh giá kết quả điều trị .....	34
2.5. Phương pháp xử lý số liệu .....	35
2.6. Đạo đức nghiên cứu.....	35
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>37</b>
3.1. Các đặc điểm chung.....	37
3.2. Kết quả điều trị .....	43
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN .....</b>	<b>54</b>
4.1. Đặc điểm chung về mẫu nghiên cứu .....	55
4.2. Kết quả nghiên cứu lâm sàng.....	60
4.3. Bàn luận về kỹ thuật châm, phác đồ huyệt.....	64
4.4. Đánh giá tác dụng không mong muốn.....	69
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>71</b>
<b>KIẾN NGHỊ .....</b>	<b>72</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Phân loại các thể thất ngôn .....	10
Bảng 2.1. Tóm tắt đánh giá mức độ của thất ngôn .....	33
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi.....	37
Bảng 3.2. Phân bố theo giới .....	38
Bảng 3.3. Phân bố định khu tổn thương trên lâm sàng.....	38
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo bên liệt và tính thuận tay.....	39
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh đến điều trị .....	39
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số Orgogozo lúc vào của hai nhóm... 40	
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ thất ngôn lúc vào của hai nhóm... 41	
Bảng 3.8. Phân bố các dạng thất ngôn của hai nhóm .....	41
Bảng 3.9. Tỷ lệ các dạng thất ngôn theo giới .....	42
Bảng 3.10. Tỷ lệ các dạng thất ngôn theo tuổi.....	43
Bảng 3.11. So sánh tiến triển mức độ thất ngôn giữa hai nhóm theo thời gian .. 43	
Bảng 3.12. So sánh điểm trung bình độ thất ngôn giữa hai nhóm theo thời gian điều trị .....	44
Bảng 3.13. Đánh giá kết quả dịch chuyển độ thất ngôn ở hai nhóm .....	45
Bảng 3.14. Tiến triển độ thất ngôn theo tuổi .....	46
Bảng 3.15. Tiến triển độ thất ngôn theo thời gian mắc bệnh.....	47
Bảng 3.16. So sánh điểm trung bình Orgogozo giữa hai nhóm theo thời gian điều trị .....	49
Bảng 3.17. Đánh giá kết quả dịch chuyển độ Orgogozo ở hai nhóm .....	50
Bảng 3.18. Sự thay đổi các chỉ số huyết học trước và sau điều trị .....	51
Bảng 3.19. Sự thay đổi các chỉ số sinh hoá trước và sau điều trị .....	51
Bảng 3.20. Sự thay đổi chỉ số huyết áp trung bình hai nhóm bệnh nhân trước và sau điều trị.....	52
Bảng 3.21. Sự thay đổi chỉ số mạch trung bình hai nhóm bệnh nhân trước và sau điều trị.....	52

## **DANH MỤC HÌNH**

Hình 1.1. Các động mạch của não và màng não.....	5
Hình 1.2. Vùng Broca và vùng Wernicke hồi trán dưới sau.....	9
Hình 1.3. Các vùng của vỏ não.....	18
Hình 1.4. Sơ đồ dẫn truyền dây thần kinh thính giác.....	19
Hình 1.5. Cách xác định Đường 1 và Đường 2.....	20
Hình 1.6. Vùng ngôn ngữ.....	21
Hình 1.7. Sự phân chia các khu vực kích thích tại da đầu.....	22

## **DANH MỤC SƠ ĐỒ**

Sơ đồ 1.1. Phân loại các dạng thất ngôn theo K.M Yorkston và D.R Beukelman 1979.....	11
Sơ đồ 1.2. Đường hướng tâm tiếp nhận lời nói.....	18

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1: So sánh tiến triển của phân độ chỉ số Orgogozo giữa hai nhóm theo thời gian điều trị.....	48
---	----



## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một vấn đề thời sự trong y học, bệnh có tần suất 0,2% trong cộng đồng, phần lớn ở người trên 65 tuổi với tỷ lệ khoảng 1%. Trên thế giới, tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh này đứng thứ ba sau các bệnh tim mạch và ung thư, tỷ lệ tàn tật chiếm hàng đầu trong các bệnh thần kinh. Hằng năm, có khoảng 700.000 người Mỹ bị đột quỵ và gây tử vong cho khoảng 150.000 người Mỹ. Tại một thời điểm bất kỳ, có 5,8 triệu người dân tại Hoa Kỳ bị đột quỵ, gây tiêu tốn chi phí cho các chăm sóc sức khỏe liên quan tới đột quỵ lên đến gần 70 tỷ Dollar mỗi năm. Trong đó, đột quỵ thiếu máu não cục bộ chiếm khoảng 80-85% các trường hợp đột quỵ [1].

Cùng với sự phát triển của xã hội và y học, tỷ lệ sống sót sau TBMMN càng lớn cũng đồng nghĩa với tỷ lệ tàn tật do TBMMN càng tăng. Di chứng của bệnh nhân (BN) sau TBMMN bao gồm các di chứng về vận động, cảm giác, các rối loạn chức năng cao cấp của vỏ não... Một trong số đó là tình trạng thất ngôn, đây cũng chính là nguyên nhân âm thầm gây cản trở về mặt hòa nhập xã hội cũng như về chất lượng cuộc sống của BN sau tai biến. Thất ngôn là tình trạng rối loạn ngôn ngữ do tổn thương bán cầu não, là bệnh lý của “các quá trình ngôn ngữ trung tâm”, gồm các thức ngôn ngữ như: hiểu lời nói, hiểu chữ viết, diễn đạt bằng lời nói và chữ viết, nó cũng có thể do rối loạn chức năng cơ quan phát âm, trong đó 85% các trường hợp thất ngôn là do tổn thương bán cầu não trái [2].

Hậu quả của tai biến mạch máu não gây liệt nửa người, liệt các dây thần kinh sọ não, rối loạn cảm giác, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cơ tròn... Đa số các đề tài nghiên cứu đều quan tâm đến phục hồi chức năng vận động mà ít quan tâm đến phục hồi chức năng ngôn ngữ cho bệnh nhân. Ngôn ngữ là chức năng rất quan trọng của bộ não con người, là phương tiện và công cụ giao tiếp xã hội quan trọng. Thất ngôn dù nặng hay nhẹ đều ảnh hưởng đến chất lượng

cuộc sống của người bệnh, họ ngại giao tiếp với mọi người xung quanh, dần dần bó hẹp cuộc sống ngay cả với những người thân. Thất ngôn càng nặng nề thì càng ảnh hưởng đến tiến trình phục hồi chức năng [3].

Tại Trung Quốc đang áp dụng phương pháp chọn huyết trên đầu là một phương pháp mới kết hợp giữa lý luận tác dụng từng vùng não của YHHĐ với phương pháp châm của YHCT. Phương pháp này đã được áp dụng trong điều trị một số bệnh lý thần kinh, trong đó có bệnh nhân thất ngôn do nhồi máu não và mang lại hiệu quả nhất định trong thực tế lâm sàng. Như vậy, Y học cổ truyền (YHCT) đã quan tâm và có nhiều nghiên cứu phục hồi ngôn ngữ cho BN thất ngôn bằng châm cứu.

Ở Việt Nam, phương pháp châm cứu các huyết vùng đầu mới được áp dụng tại một số cơ sở y tế, nhưng chưa có nghiên cứu nào về châm cứu các huyết vùng đầu điều trị cho người bệnh di chứng thất ngôn do TBMMN nói chung và NMN nói riêng đạt kết quả tốt. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với các mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá kết quả của phương pháp điện châm các huyết vùng đầu trong điều trị chứng thất ngôn bệnh nhân nhồi máu sau giai đoạn cấp.*
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trên.*

# CHƯƠNG 1

## TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Dịch tễ học TBMMN và rối loạn ngôn ngữ sau TBMMN

#### 1.1.1. Tình hình TBMMN và rối loạn ngôn ngữ trên thế giới

TBMMN luôn là nguyên nhân quan trọng gây tử vong và tàn tật phổ biến ở mọi quốc gia trên thế giới, để lại gánh nặng lớn đối với gia đình và xã hội [6].

Trên thế giới, tỷ lệ mới phát hiện hằng năm của TBMMN là 200 trường hợp đối với 100.000 người. Ở Hoa Kỳ ước tính có khoảng 6,5 triệu người bị TBMMN (trung bình cứ 40s là có một người bị TBMMN và cứ 3-4 phút là có một người tử vong vì TBMMN) [9]. Tài liệu dịch tễ học của TBMMN tiến hành tại 35 bệnh viện ở châu Á cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân TBMMN điều trị nội trú ở Trung Quốc là 40%, Ấn Độ 11%, Indonesia 8%, Thái Lan 6%, Philippin 10%, Việt Nam 7%, Malaysia 2% [8].

Tác giả Held và cộng sự nghiên cứu 218 trường hợp liệt nửa người phải do tổn thương vùng bán cầu não trái có rối loạn ngôn ngữ trên 90%, bao gồm: 40% thất ngôn kiểu Broca, 36% thất ngôn kiểu Wernick, 24% thất ngôn toàn bộ [9]. Ở Trung Quốc, khoảng hơn 1/3 BN TBMMN có rối loạn ngôn ngữ ở các mức độ khác nhau [4].

#### 1.1.2. Tình hình TBMMN và rối loạn ngôn ngữ ở Việt Nam

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây TBMMN có chiều hướng gia tăng rất nhanh.

Theo Hoàng Khánh (2013) tỷ lệ tử vong do TBMMN hàng năm trung bình là 1.92/100.00 dân [11].

Lê Tự Phương Thảo, Tăng Ngọc Phương Lộc (2011) TBMMN chiếm  $\frac{1}{2}$  số bệnh nhân điều trị tại khoa thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Nhân Dân [13].

Hoàng Diệp (2005) tiến hành trắc nghiệm ngôn ngữ trên 120 bệnh nhân TBMMN và tìm ra được 35 BN có thất ngôn, chiếm tỷ lệ 29,2% [2].

Nguyễn Thanh Hồng và Nguyễn Thi Hùng (2007) nghiên cứu mất ngôn ngữ ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều cho thấy tỷ lệ mất ngôn ngữ là 36,7%. Có 6 loại mất ngôn ngữ được ghi nhận: thất ngôn Broca 41%, thất ngôn Wernick 8,2%, thất ngôn toàn bộ 3,8%, thất ngôn dẫn truyền 9,8%, cảm giác xuyên vỏ 4,9%, vận động xuyên vỏ 3,3% [12].

## **1.2. Nhồi máu não và thất ngôn theo y học hiện đại**

### ***1.2.1. Định nghĩa TBMMN và nhồi máu não***

TBMMN được định nghĩa “là dấu hiệu phát triển nhanh trên lâm sàng các rối loạn chức năng cục bộ của não kéo dài trên 24 giờ và thường do nguyên nhân mạch máu” [7].

TBMMN gồm hai thể chính: chảy máu não và thiếu máu cục bộ não hay còn gọi là nhồi máu não.

Thiếu máu não cục bộ là tình trạng mô não bị chết do hậu quả của gián đoạn dòng máu đến một khu vực của não, do tắc nghẽn một động mạch não hoặc động mạch cảnh hoặc ít gặp hơn là do tắc một tĩnh mạch não [6].



của não như apxe não, u não...NMN là những tổn thương giảm tỷ trọng. Có thể sau vài giờ đến vài ngày hình ảnh chụp CT mới cho kết quả dương tính.

\* *Chụp cộng hưởng từ (MRI)*: cho thấy các cấu trúc nội sọ của mặt phẳng không gian, phát hiện tổn thương giai đoạn sớm.

\* *Chụp động mạch não*: Có giá trị chẩn đoán các mạch máu ở cổ và não.

\* *Chọc dò dịch não-tủy*: dịch não tủy trong suốt không có hồng cầu [14].

### 1.2.3.3. Đặc điểm chức năng BN sau NMN

- Tính chất liệt: lúc đầu liệt mềm, thời gian có thể ngắn hoặc dài, định khu chưa rõ ràng, sau chuyển thành liệt cứng và định khu ngày càng rõ.

+ Liệt mặt xuất hiện sớm nhưng chóng phục hồi.

+ Nói khó xuất hiện sớm nhưng phục hồi chậm.

+ Rối loạn tinh thần thể hưng phấn hoặc bi quan ảnh hưởng đến đời sống và hòa nhập xã hội.

+ Có thể có rối loạn cơ tròn: Xuất hiện sớm nhưng khả năng phục hồi ít.

### 1.2.4. Giải phẫu sinh lý các cấu trúc bán cầu đại não có liên quan đến chức năng ngôn ngữ

#### 1.2.4.1. Bán cầu ưu thế và chức năng hai bán cầu não

Có ba vùng liên quan chặt chẽ nhất với hoạt động trí tuệ là vùng nhận thức tổng hợp Wernicke, vùng lời nói Broca và vùng nhận thức chữ viết ở hồi góc. Chúng có đặc điểm chung là phát triển ở một bên bán cầu rất rộng hơn hẳn bên bán cầu kia, đó là bán cầu ưu thế. Khoảng 95% số người là thuận tay phải và bán cầu trái là ưu thế, còn lại 5% số người thì hoặc là cả hai bán cầu ưu thế như nhau hay hiếm hơn là chỉ bán cầu phải ưu thế [13]. Hai bán cầu não được biệt hóa về chức năng: Bán cầu trái đặc trách về chuỗi chức năng theo trật tự; bán cầu phải có xu hướng về quá trình toàn thể. Chức năng ngôn ngữ và lời nói mang tính quy trình chặt chẽ nên bán cầu trái có vai trò ưu thế hơn trong chức năng giao tiếp [15].

#### 1.2.4.2. Giải phẫu sinh lý chức năng nhận thức ngôn ngữ của não [3].

Nhận thức ở não là quá trình xử lý và tích hợp thông tin, nâng cấp dần từ cảm giác giác quan lên mức nhận thức ngày càng cao hơn. Trước tiên, hệ thần kinh tiếp nhận những tín hiệu của môi trường tác động lên cơ thể, rồi tập hợp phân tích, xử lý các loại thông tin đó dẫn đến nhận thức về môi trường. Từ đó có ý thức về cái tôi đang sống, đang tồn tại. Tiếp đó hình thành tư duy đưa đến kế hoạch tạo hành vi có mục tiêu bảo tồn sự sống và được thể hiện - giao tiếp với môi trường xung quanh bằng ngôn ngữ [2].

##### \* **Nâng cấp thông tin từ vùng sơ cấp (cấp 1) lên vùng thứ cấp (cấp 2)**

Ba vùng cảm giác là cảm giác thân thể, cảm giác nhìn và cảm giác nghe. Mỗi vùng cảm giác này đều chia thành:

- Vùng cấp 1: Liên hệ với receptor cảm giác giác quan đặc hiệu.
- Vùng cấp 2: Nằm sát cạnh vùng sơ cấp, có chức năng rút ra ý nghĩa của tín hiệu cảm giác.

Với vùng vận động:

- Vùng cấp 1: có noron gây co từng sợi cơ, bắp cơ.
- Vùng cấp 2: tức vùng tiền vận động và vùng bổ sung vận động thì phối hợp nhau và sắp xếp cường độ từng cơ: cơ nào co yếu, cơ nào co mạnh; trình tự co duỗi cơ nào trước, cơ nào sau sao cho thực hiện đúng cử động đặc hiệu.

##### \* **Tiếp tục nâng cấp từ vùng thứ cấp (cấp 2) lên vùng liên hợp (cấp 3)**

Những vùng rộng trên vỏ não là các vùng liên hợp. Về vị trí không gian, một vùng liên hợp thường ở nơi giao tiếp giữa hai hoặc nhiều vùng cấp 2. Sau đây là một số vùng liên hợp và các phân vùng quan trọng:

- *Vùng liên hợp đỉnh - chẩm - thái dương*: Vùng này rất rộng, nằm trong khoảng giữa vùng vỏ não cảm giác thân thể, vùng vỏ não nhìn và vùng vỏ não nghe. Vùng này có mức độ nhận thức cao vì nhận các loại tín hiệu quan trọng từ ba vùng cảm giác xung quanh, được chia thành các phân vùng chức năng

nhỏ hơn từ trên xuống dưới là: vùng tọa độ thân thể, vùng Wernicke, vùng xử lý chữ viết, vùng gọi tên các vật.

- *Vùng nhận thức tổng hợp Wernicke*: Đây là vùng rất quan trọng, là vùng nhận cảm giác cuối cùng. Tại đây các loại cảm giác đặc hiệu sau nhiều lần nâng cấp đã trở thành nhận thức tổng hợp, tức là nhận biết toàn diện về một vật thể. Vùng Wernicke là nơi hợp lưu ít nhất ba dòng thông tin chủ yếu (nhìn, nghe, đụng chạm), mỗi dòng thông tin này trước khi đến đây đã được xử lý sơ bộ và trở thành nhận thức bước đầu qua các vùng cấp 2.

- *Vùng xử lý chữ viết*: Vùng này nằm chủ yếu ở hồi góc. Đây là vùng xử lý hình ảnh nhìn do thùy chẩm thu được từ trang sách đọc, rút ra ý nghĩa của chữ, rồi đưa thông tin đó sang vùng Wernicke. Tổn thương vùng này thì vẫn hiểu tiếng nói nhưng chữ viết thì không hiểu.

- *Vùng gọi tên các vật*: Vùng này nằm dưới cùng. Khi não đứa bé phát triển trong quá trình giao tiếp xã hội thì nghe nói tên các vật, đồng thời hiểu bản chất vật thông qua tín hiệu nhìn. Vì vậy vùng này nằm trên đoạn đường từ vùng nghe đến vùng nhìn và tiếp giáp dưới vùng Wernicke.

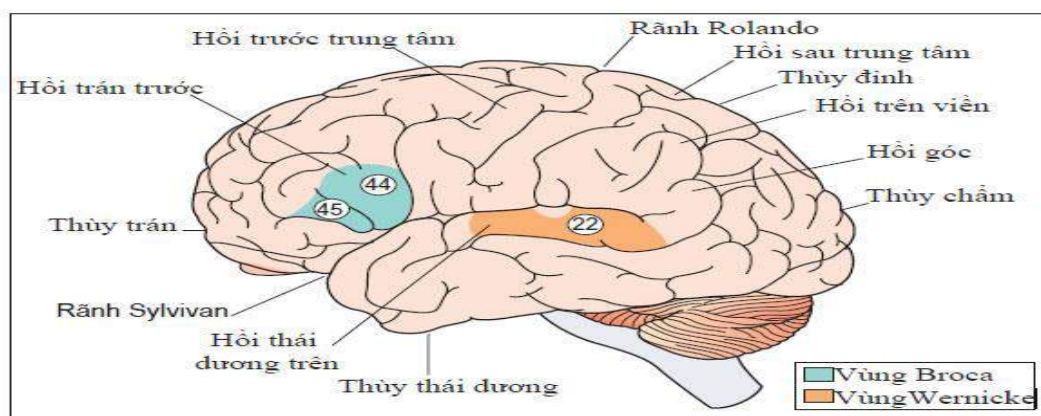
- *Vùng liên hợp trước trán*: Có vai trò quan trọng trong việc hình thành tư duy với khả năng theo dõi nhiều thông tin cùng lúc, lưu giữ các thông tin đó vào kho nhớ và có khả năng gọi ra khi cần.

- *Vùng lời nói Broca*: Đây là một vùng nhỏ có một mạng nơron có chức năng tạo lời nói và do đó có nhiều liên lạc thần kinh với các vùng tiếp giáp là vùng hiệp điều vận động, vùng kế hoạch (trước trán) và vùng Wernicke.

- *Vùng liên hiệp viền hoặc vỏ não viền*: Vùng này có chức năng hành vi, xúc cảm và động cơ, và là bộ phận của hệ viền.

- *Vùng nhận mặt*: Vùng này nằm ở mặt dưới của não. Bị hủy hoại vùng này thì không nhận diện được người đã quen biết nhưng các chức năng khác của não hầu như vẫn bình thường.





**Hình 1.2. Vùng Broca và vùng Wernicke hòitrán dưới sau, bán cầu ưu thế 22 = Brodmann's area 22; 44 = Brodmann's area 44; 45 = Brodmann's area 45. Reproduced, with permission, from Daroff RB, Bradley WG et al, Neurology in Clinical Practice, 5th edn. Philadelphia: Butterworth-Heinemann, 2008: Fig 12A-1**

### 1.2.5. Khái niệm thất ngôn và phân loại

#### 1.2.5.1. Khái niệm

Thất ngôn là tình trạng rối loạn ngôn ngữ do tổn thương bán cầu não, điển hình do TBMMN. Khái niệm này bao gồm một hoặc nhiều các rối loạn chức năng về hiểu lời nói, hiểu chữ viết, thể hiện bằng lời nói và bằng chữ viết. Có thể tất cả các lĩnh vực ngôn ngữ đều bị tổn thương: âm vị học, hình thái học, ngữ nghĩa và dụng học. Thông thường, tổn thương các hình thức và lĩnh vực ngôn ngữ đều có liên quan đến khu vực tổn thương của não [14].

Darley đưa ra định nghĩa: Thất ngôn là tình trạng do tổn thương não gây ra những khiếm khuyết về khả năng diễn giải và hình thành các ký hiệu ngôn ngữ, sự giảm hoặc mất nhiều kiểu trong việc giải mã một cách đầy đủ theo quy ước các thành phần của ngôn ngữ, mà không có liên quan đến các khiếm khuyết chức năng trí tuệ khác, không do suy giảm trí nhớ, mất cảm giác hoặc các rối loạn vận động; thể hiện rõ trong sự giảm đáng kể vốn từ vựng, sự sử dụng các quy tắc cú pháp và khoảng thời gian lưu trữ các thông tin nghe được, có khiếm khuyết rõ rệt trong việc chọn lọc kênh thông tin vào-ra [2].

### 1.2.5.2. Phân loại

\* Tùy theo mức độ và hình thái khiếm khuyết của ngôn ngữ mà người ta có thể phân loại thất ngôn thành các thể khác nhau.

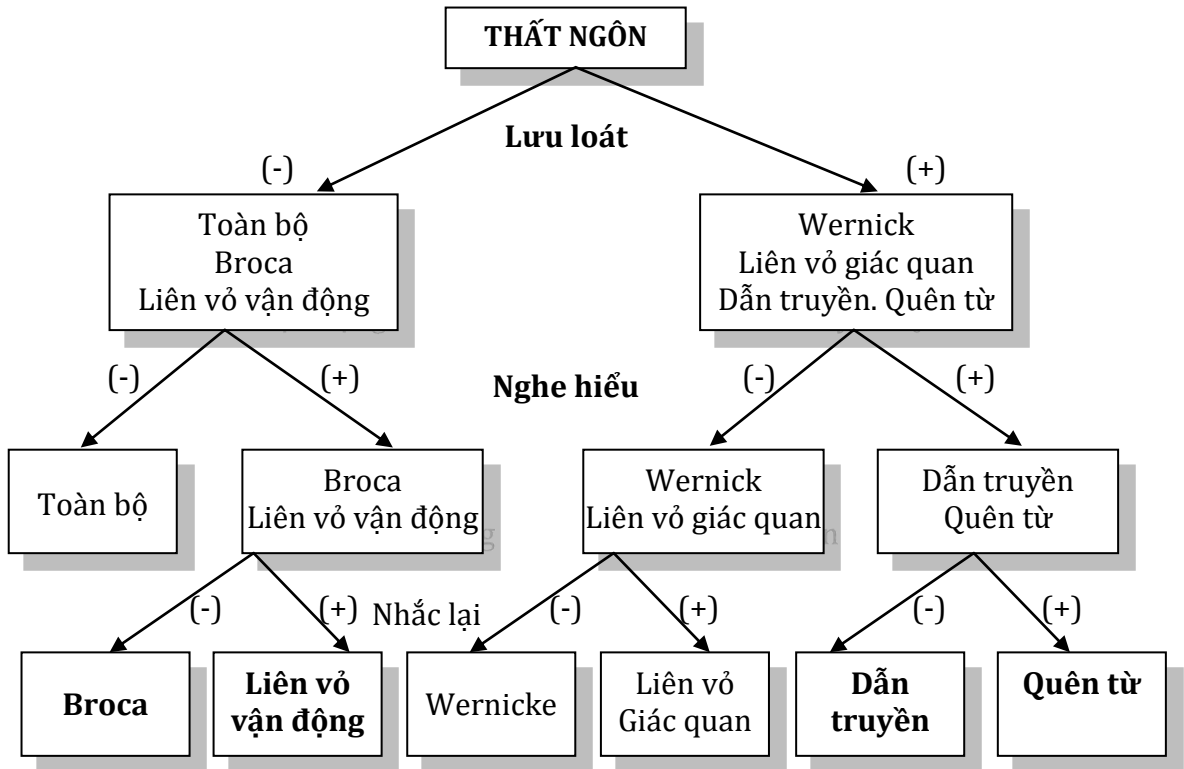
**Bảng 1.1. Phân loại các thể thất ngôn [14]**

<b>Thể thất ngôn</b>	<b>Vị trí tổn thương</b>	<b>Đặc điểm</b>
Broca	Vùng Broca ở sau dưới thùy trán bên trái	Nói cực kỳ khó khăn, phải cố gắng hết sức, khiếm khuyết về cấu âm, không còn ngữ pháp, rối loạn nhịp điệu. Khả năng hiểu tương đối bình thường..
Wernicke	Vùng Wernicke bên trái phía sau thái dương trên	Nghe hiểu kém, thể hiện bằng lời nói lưu loát kèm theo nói nhịu. Đọc và viết thường bị khiếm khuyết nặng.
Dẫn truyền	Hồi trên viền, sâu tới dải hình cung	Không nhắc lại được liên quan đến nghe hiểu và nói lưu loát. Định danh vòng vo, nhiều lỗi nói nhịu.
Quên từ	Đỉnh dưới thái dương dưới	Nói được cấu âm một cách rõ ràng, đúng ngữ pháp, lưu loát nhưng tìm từ rất khó khăn. Nghe hiểu tương đối bình thường
Liên vỏ giác quan	Đỉnh/Vùng Wernicke nguyên vẹn	Nghe hiểu bị khiếm khuyết nặng, đọc bị lặp lại quá nhiều. Định danh bị khiếm khuyết nặng, nói lưu loát nhưng bị nhịu và sáng tạo từ. Thể này hiếm gặp.
Liên vỏ vận động	Thùy trán trên, vùng Broca nguyên vẹn	Nói tự nhiên, viết khó khăn. Nghe hiểu, nhắc lại bình thường.
Toàn bộ	Vùng rộng, từ thùy trán tới thái dương	Tổn thương nặng nề tất cả các quá trình ngôn ngữ như đọc, hiểu, nói và viết.

\* Dựa trên tính lưu loát khi nói, các nhà ngôn ngữ học chia thất ngôn làm hai thể: Thất ngôn không lưu loát và thất ngôn lưu loát.

Thất ngôn không lưu loát gồm các thể: Thất ngôn toàn bộ, thất ngôn Broca, thất ngôn liên vỏ vận động.

Thất ngôn lưu loát gồm các thể: Thất ngôn Wernicke, thất ngôn dẫn truyền, thất ngôn liên vỏ giác quan, thất ngôn quên từ.



**Sơ đồ 1.1. Phân loại các dạng thất ngôn theo K.M Yorkston và D.R Beukelman 1979 [7]**

### 1.2.5.3. Lượng giá và điều trị thất ngôn

Việc lượng giá chức năng ngôn ngữ cho BN TBMMN thường được tiến hành một cách chính thức khi tình trạng tri giác của họ tương đối ổn định. Bên cạnh việc đánh giá ngôn ngữ, thầy thuốc còn cần đánh giá các chức năng liên quan đến chức năng thuộc thần kinh vận động và hoạt động tư duy, nhận thức, cảm xúc của người bệnh. Bởi vì những chức năng này có liên quan chặt chẽ đến hiệu quả của hoạt động ngôn ngữ [14].

#### **\* Nguyên tắc điều trị thất ngôn:**

Mục tiêu điều trị cho BN là tạo cho họ một phương pháp giao tiếp khả thi. Các biện pháp can thiệp phải dựa trên mức độ và khả năng giao tiếp hiện tại của họ. Chẳng hạn đối với một người bị thất ngôn toàn bộ, các hoạt động can thiệp phải giúp họ tạo nói được từ đơn kết hợp với dùng cử chỉ và dấu...

Như vậy, mục tiêu chính của ngôn ngữ trị liệu là phát hiện tối đa khả năng ngôn ngữ đồng thời sử dụng các phương pháp hỗ trợ.

Nguyên tắc ở đây là giao tiếp tối đa và có hiệu quả với người bệnh dựa trên các kỹ năng ngôn ngữ còn lại, cải thiện và tái hồi phục các hình thức ngôn ngữ bị tổn thương sau TBMMN.

### **1.3. TBMMN và thất ngôn theo y học cổ truyền**

Theo YHCT, TBMMN thuộc chứng trúng phong, bệnh phát ra gấp vội, triệu chứng xuất hiện nhiều cách biến hóa, phù hợp với tính thiên hành đa biến của phong, nên gọi là trúng phong [15].

#### **1.3.1. Chứng trúng phong**

- Nguyên nhân – cơ chế trúng phong [16]

❖ Nguyên nhân gây trúng phong có thể quy thành các nguyên nhân sau:

- + Nội thương tinh tổn
- + Lao dục quá độ
- + Âm thực bất tiết (ăn uống không điều độ)
- + Tổn thương về tình chí
- + Khí xung trúng tà

❖ Như vậy nguyên nhân của trúng phong theo YHCT là do ngoại phong và nội phong nhưng chủ yếu do nội phong là chính.

Ngoại phong: do ảnh hưởng của khí hậu, phong tà nhân chính khí cơ thể suy giảm, tấu lý sơ hở, mạch lạc trống rỗng mà xâm nhập vào.

Nội phong: phong do bên trong cơ thể sinh ra, do âm dương mất cân bằng, chính khí cơ thể suy kém làm hao tổn chân âm, ảnh hưởng đến can thận.

#### **1.3.2. Di chứng trúng phong**

Sau khi bị trúng phong, bệnh nhân còn lại các di chứng:

- Bán thân bất toại
- Miệng mắt méo xệch.
- Thất ngôn.

### 1.3.2.1. Bán thân bất toại

a/ Khí hư huyết trệ, lạc mạch ú trở

b/ Can dương thượng cương, lạc mạch ú trở

### 1.3.2.2. Thất ngôn

Tùy theo chứng trạng trên lâm sàng phân làm 3 thể:

a/ Phong đàm trở lạc:

- Triệu chứng: Phong đàm trở tắc ở trên, kinh lạc mất điều hòa, gây nên lưỡi cứng, nói ngọng, chân tay tê dại, lưỡi bệu rêu lưỡi trắng nhớt, mạch huyền hoạt.

- Pháp điều trị: Trừ phong đàm, tuyên khiếu, thông lạc.

b/ Thận hư tinh suy: Thận hư tinh khí không thừa tiếp lên trên được, gân mạch ở họng không được nuôi dưỡng.

- Triệu chứng: Thanh âm yếu, không nói được. Tâm quý, đoản khí, eo lưng đầu gối đau mỏi.

- Pháp điều trị: Tư âm bổ thận, lợi khiếu.

c/ Can dương thượng cương, đàm tà trở khiếu:

- Triệu chứng: Không nói được, chóng mặt hoa mắt, mắt đỏ mặt đỏ, mạch huyền hoạt.

- Pháp điều trị: Bình can tiềm dương, hóa đàm khai khiếu.

### 1.3.2.3. Miệng mất méo xéch

Phần nhiều vì phong đàm cản trở đường lạc mà gây ra.

- Pháp điều trị: Trừ phong, trừ đàm, thông lạc

### 1.3.3. Lý luận YHCT về sinh lý – bệnh lý của não

\* Não là một trong sáu phủ kỳ hăng. Phủ kỳ hăng là do tác dụng của những phủ ấy khác với những tạng phủ khác trong cơ thể con người. “Kỳ hăng” có nghĩa là khác thường. Sách Tố Vấn – Ngũ tạng biện luận nói: Sáu thứ não, tủy, xương, mạch, đờm, tử cung là do địa khí sinh ra, đều tàng ở

phần âm mà giống như đất, cho nên công năng giống như tạng, còn hình thái giống như phủ nên gọi là phủ kỳ hằng.

\* Não nằm trong hộp sọ, trên đỉnh đầu, dưới huyết phong phủ. Não do tủy hội tụ mà thành nên gọi là “tủy hải” [23].

Sách “Linh khu – Hải Luận” viết: “Não là bể của tủy”. Não có quan hệ mật thiết với cốt tủy, nên sách Tô Vấn viết: “Tất cả tủy đều thuộc về não”, cho nên tên gọi của não và tủy tuy khác nhau mà trên thực tế vẫn cùng một nguồn gốc. Sách “Linh Khu” nói: “Tinh dịch của ngũ cốc hòa hợp thành chất nhờn thấm vào trong ống xương để bồi bổ cho não, tủy”. Vì thế nguồn gốc sinh hóa của não và tủy chính là có quan hệ với tinh khí tạng Thận của tiên thiên, lại có quan hệ với tinh khí, thủy cốc của hậu thiên [24].

\* Não có mối quan hệ hoạt động sống.

Não là nơi hội tụ tinh túy, là nơi trú của nguyên thần. Sách “Tô Vấn – Mạch yếu tinh vi luận” viết: “Đầu là phủ của Tinh minh”. Sách “Bản thảo cương mục” nhấn mạnh: “Não là phủ của nguyên thần”. Nên não là cơ quan cực kỳ quan trọng của cơ thể và là chỗ hiểm yếu của cơ thể.

\* Nhìn, nghe, nghĩ cho đến tư duy, trí nhớ đều quy về não.

Sách Linh khu – Hải Luận viết: “Tủy hải không đầy đủ thì thấy ù tai, mờ mắt, hoa mắt, mắt mờ, uể oải, nằm yên”.

Sách Linh khu – Khâu vấn viết: “Thượng khí bất túc, dinh dưỡng cho não không đầy đủ nên tai ù, đầu váng, mắt hoa”. Thời nhà Thanh, Uông Ngang cũng ghi trong “Bản thảo bị yếu”: “Trí nhớ của người đều nằm trong não”.

#### ***1.3.4. Cơ sở lý luận theo YHCT về chứng thất ngôn***

Lời nói của con người liên quan mật thiết với lục phủ ngũ tạng. Nếu chức năng tạng phủ bình thường, khí huyết điều hòa, âm bình dương bí (âm khí bình hòa, dương khí kín đáo), thì ý thức rõ ràng, tư duy nhạy bén, phát âm lưu loát. Lời nói liên quan mật thiết với tâm, phế, thận.

Tâm chủ thần chí, khai khiếu ở lưỡi, của thủ thiếu âm tâm ở góc lưỡi (thiệt bản). Phế chủ khí, phế khí tốt thì tiếng nói sang sảng, phế khí yếu thì tiếng nói thều thào, yếu ớt. Thận tàng tinh, kinh của túc thiếu âm thận ở góc lưỡi. Thận sinh tủy, sinh não và sinh huyết hỗ trợ tâm dư thiệt, thận khí tốt thì não tủy phát triển đầy đủ, lời nói rõ ràng, minh mẫn.

Chức năng sinh lý của các tạng tâm, phế, thận bình thường thì các chức năng ngôn ngữ như phát âm, cấu trúc âm, ngữ điệu cũng bình thường. Tâm khai khiếu tại thiệt, nên khi tâm khí bị rối loạn, lưỡi của người bệnh bị rụt lại, kém linh hoạt gây nên chứng khó nói hoặc không nói được.

Nếu thận tinh suy nhược, tân dịch không thể đi lên được, hoặc đàm huyết kết với nhau, che mất tâm khiếu, thiệt khiếu không còn tác dụng; hoặc huyết ứ ở não, thần không chủ trì được, thì đều có thể dẫn đến rối loạn ngôn ngữ, nhẹ thì nói không lưu loát, nói ngọng, nặng thì mất ngôn ngữ, không nói được [20].

Thất ngôn hậu trúng phong thuộc phạm trù thiệt cương, thiệt ám, bất ngữ... Bệnh cơ của bệnh là do phong thấp trở ngại kinh lạc, kinh lạc bất thông, khí huyết trở ngại, kinh mạch không được nuôi dưỡng mà dẫn tới lưỡi cứng, không nói được [21].

Bệnh cơ của trúng phong có thể quy nạp lấy: Phong, hỏa, đàm, ứ trệ. Bốn thứ tà khí làm tổn thương bốn tạng: tâm, can, tỳ, thận. Tâm chủ thần minh, tâm khí thông với lưỡi, tâm thần thất dưỡng, nên xuất hiện thiệt cương, ngôn ngữ không lợi. Não là phủ của nguyên thần, phong trúng vào lạc của não, làm cho mạch não tắc trở, khí huyết không lưu thông hoặc thận suy tinh hao, phong - hỏa - đàm trong kinh lạc làm trở ngại các khiếu, thậm chí làm thần mê, thất ngôn [27].

Thất ngôn do trúng phong được chia làm 3 nguyên nhân, tùy theo nguyên nhân mà biện chứng luận trị. Các thể trên lâm sàng là:

- Phong đàm trở lạc.

- Thận hư tinh suy.
- Can dương thượng cang, đàm tà trở khiêu.

#### **1.4. Điều trị thất ngôn theo YHCT**

Trên nguyên lý cân bằng âm dương, YHCT có nhiều phương pháp điều trị di chứng TBMMN: Phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, khí công dưỡng sinh...; phương pháp dùng thuốc là sử dụng các bài thuốc cổ phương, nghiệm phương... hoặc kết hợp cả hai phương pháp.

##### **1.4.1. Điện châm**

Châm cứu là một bộ phận quan trọng trong cả hệ thống YHCT. Từ ngàn xưa, tổ tiên ta đã dùng châm cứu rộng rãi trong phòng bệnh và chữa bệnh. Đó là một trong những phương pháp chữa bệnh có nhiều kết quả [29], [30].

Sự mất thăng bằng về âm dương trong cơ thể dẫn tới sự phát sinh ra bệnh tật, cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều hòa mối cân bằng âm dương. Kinh khí vận hành để điều hòa khí huyết, làm cho cơ thể khỏe mạnh, chống lại được các ngoại tà gây bệnh. Khi tạng phủ có bệnh, thường có những biểu hiện thay đổi bệnh lý trên các đường kinh tương ứng với tạng phủ mang tên. Khi châm cứu người ta tác động vào các kinh huyết để điều hòa các rối loạn chức năng của kinh mạch, đưa lại sự thăng bằng âm dương của cơ thể [29]

Điện châm là kích thích xung điện sau khi châm kim trên huyệt vị thay bằng kích thích vê tay. Điện châm trên huyệt đạo là điều khí điều hòa chức năng toàn thân thông qua việc phục hồi, nâng cao sức chống đỡ bệnh tật của cơ thể, điện châm có ưu điểm là điều khí nhanh và mạnh [24].

Điện châm là sự kết hợp giữa YHCT và YHHĐ, phát huy được cả tác dụng kích thích lên huyệt vị, huyệt đạo, và tác dụng của xung điện lên cơ thể.

Châm cứu là kích thích gây ra một cung phản xạ mới, có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, có thể xuất hiện ngay tức thì sau khi châm và tác động vào huyệt nhưng nhiều khi cũng phải để lưu kim và điều trị nhắc lại nhiều lần, nhiều liệu trình mới thu được kết quả.



#### **1.4.2. Cơ chế tác dụng của châm cứu.**

- \* Phản ứng tại chỗ
- \* Phản ứng tiết đoạn
- \* Phản ứng toàn thân

**Phác đồ huyết:** (Phụ lục 5 Bảng huyết vị 1.2)

- **Tại chỗ:** Thương liên tuyền, Ngoại kim tâm, Ngoại ngọc dịch, Nhân nghinh, Thủy đột, Khí xá.

- **Toàn thân:** Bách hội, Phong trì, Hợp cốc, Nội quan, Thái khê, Tam âm giao.

### **1.5. Sơ lược về phương pháp châm cứu các huyết vùng đầu**

#### **1.5.1. Khái niệm**

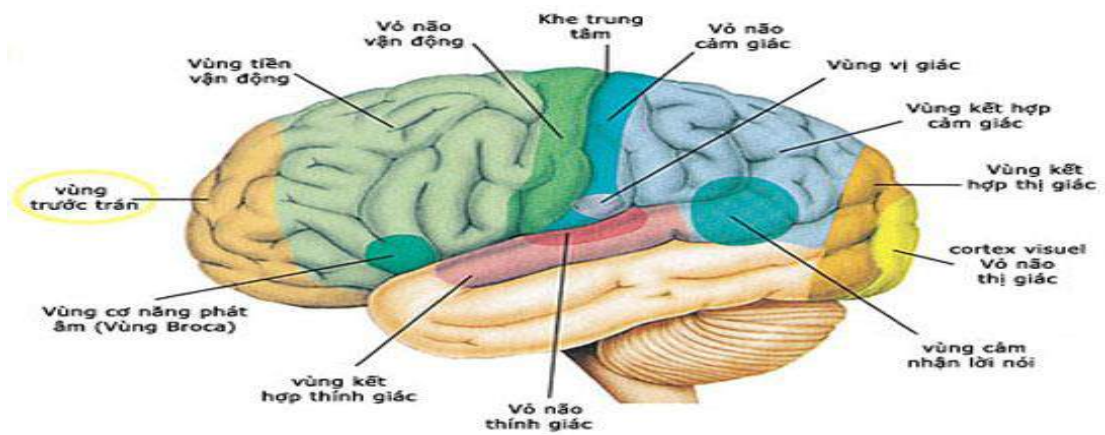
Châm cứu các huyết vùng đầu là một phương pháp kết hợp YHHĐ và YHCT, nhưng dựa vào lý luận thần kinh của YHHĐ, trên cơ sở sự tương ứng giữa các bộ phận da đầu và các vùng chức năng ở vỏ não. Châm các bộ phận da đầu tương ứng với các vùng chức năng ở vỏ não làm cho tế bào vỏ não bị kích thích phát sinh tác dụng phóng ra các xung động dẫn truyền tới cơ thể hoặc cơ quan nội tạng do vỏ não chi phối. Từ đó các bộ phận bị ức chế hoặc tổn hại khôi phục được công năng sinh lý bình thường [26].

#### **1.5.2. Cơ sở sinh lý – giải phẫu để phân khu**

Theo Atlas giải phẫu người vỏ não được chia thành các trung khu có khả năng điều khiển chi phối hoạt động của các vùng khác.

Trên sơ đồ ta thấy phần vỏ não chi phối vận động tay và chân chủ yếu là vùng đỉnh.

Từ góc độ điện sinh lý, đầu là một thể điện dung tích lớn châm vùng đầu có thể tạo ra các dòng điện sinh học lan truyền đến não, từ đó cải biến tính hưng phấn của các tế bào vỏ não làm cho các tế bào thần kinh bị ức chế trong quá trình NMN, phù não được giải phóng, phục hồi tính hưng phấn và khả năng trao đổi chất của tế bào thần kinh



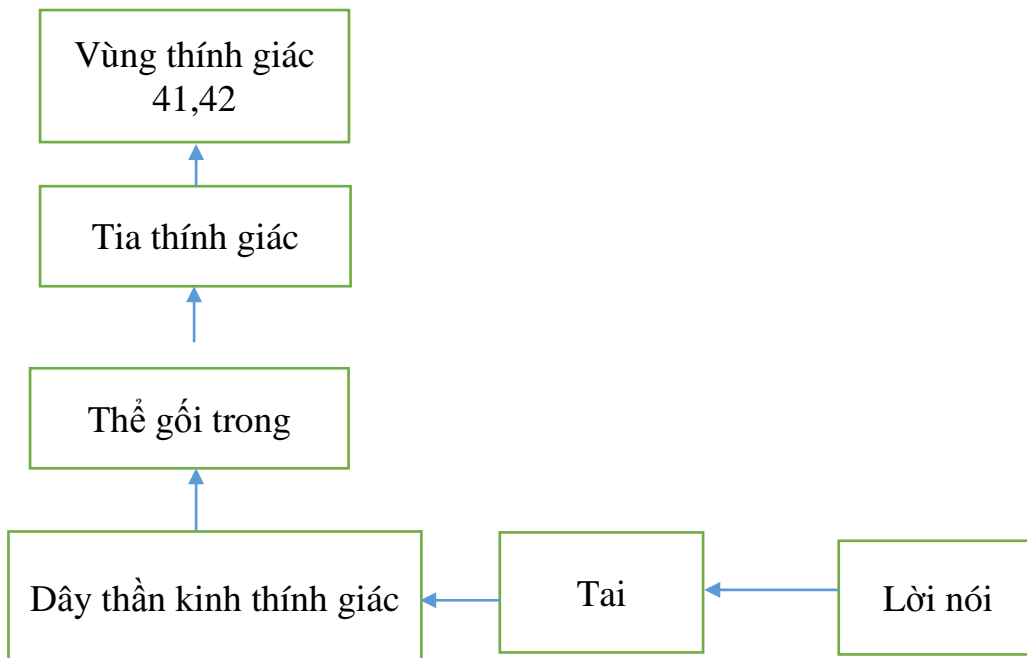
**Hình 1.3. Các vùng của vỏ não**

### 1.5.3. Cơ sở giải phẫu – sinh lý của ngôn ngữ

Cơ sở giải phẫu của mỗi loại ngôn ngữ đều có hướng tâm và ly tâm

- Đường hướng tâm (tiếp nhận lời nói)

Lời nói vào tai rồi theo dây thần kinh thính giác (hay dây ốc tai) lên thể gối trong, tia thính giác rồi lên vùng thính giác của vỏ não (diện 41, 42) (sơ đồ 1.3 và hình 1.4).

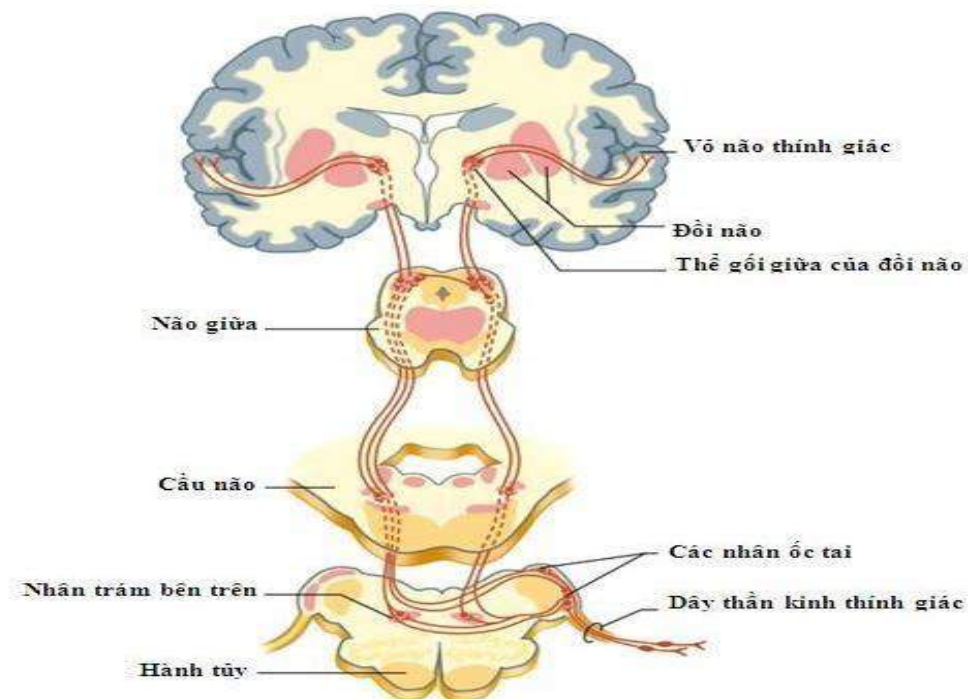


**Sơ đồ 1.2. Đường hướng tâm tiếp nhận lời nói [27]**

- Đường ly tâm (phát ra lời nói)

Xuất phát từ vùng nắp Rolando (Opercule rolandique) hay phần thấp của hồi trán lên, theo đường vỏ não – cầu não (bó gối) tới miệng, hầu, thanh quản.

Thương tổn các cấu trúc trên không dẫn đến mất ngôn ngữ. Người ta xác định được thương tổn gây mất ngôn ngữ Broca ở bán cầu não ưu thế ở trước của nắp Rolando (diện 44)

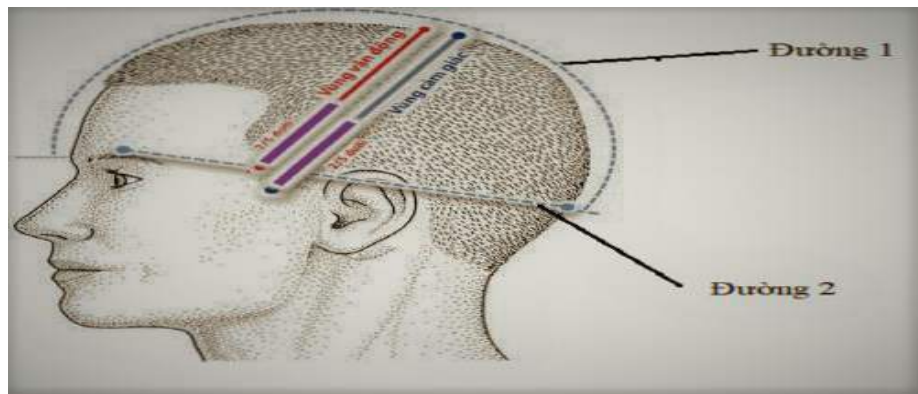


**Hình 1.4. Sơ đồ dẫn truyền dây thần kinh thính giác**

Trong phương pháp châm cứu các huyết vùng đầu có 2 đường quan trọng nhất trên cơ sở của 2 đường này mà người thầy thuốc xác định được những vùng châm cứu vùng ở đầu [28].

- Đường 1: chính giữa trước sau: đường dọc giữa đầu nối từ điểm giữa 2 cung lông mày đến đáy hộp sọ.

- Đường 2: tuyến mi chằm: đường nối từ giữa cung lông mày đến đáy hộp sọ (đi qua mí tóc trán và loa tai)



**Hình 1.5. Cách xác định Đường 1 và Đường 2 [29]**

#### **1.5.4. Sự phân chia các vùng kích thích trên da đầu và tác dụng điều trị**

- Vùng vận động: là đường chạy theo mặt bên của đầu, đường này được xác định bởi:

- + Điểm cách điểm giữa tuyến 0,5 cm về phía sau.
- + Điểm dưới là giao điểm của chân tóc trán với đường 2.

Vùng vận động chia làm 5 phần:

- 1/5 trên: vùng chi dưới.
- 2/5 giữa: vùng chi trên.
- 2/5 dưới: vùng mặt.

Tác dụng: điều trị liệt những vùng tương ứng ở bên đối diện. Đoạn 2/5 dưới điều trị được thất ngôn kiểu vận động, phát âm khó, chảy nước dãi.

- Vùng cảm giác: đường chạy song song với vùng vận động và cách phía sau 1,5cm. Đường này cũng chia 3 đoạn:

- 1/5 trên: vùng chi dưới.
- 2/5 giữa: vùng chi trên.
- 2/5 dưới: vùng mặt.

Tác dụng điều trị những trường hợp đau tê nhức, dị cảm ở những vùng tương ứng bên đối diện.

- Vùng thất điều và run: đường song song với đường vận động cách 1,5cm về phía trước. Điều trị thất điều ở trẻ em, Parkinson.

- Vùng vận mạch: đường song song với đường vận động và cách 3cm về phía trước.

Điều trị các trường hợp phù chi trong liệt trung ương.

- Vùng tiền đình ốc tai: một đoạn nằm ngang dài 4cm từ đỉnh loa tai lên 1,5cm là điểm giữa, từ đây kéo ra trước 2 cm, ra sau 2 cm.

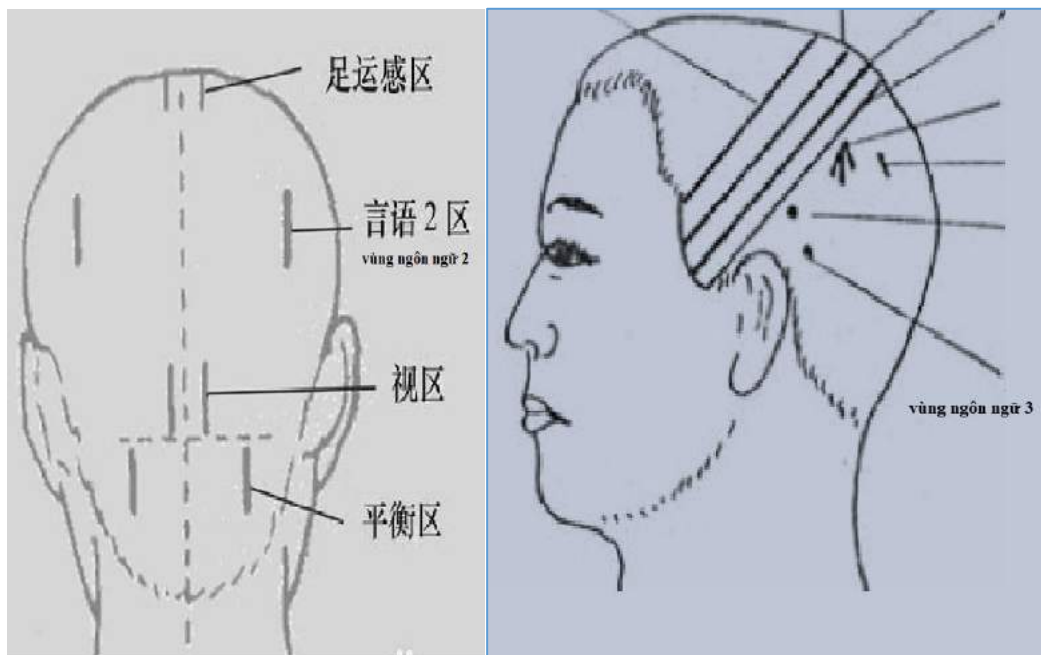
Tác dụng: điều trị chóng mặt, giảm thính lực.

- Vùng ngôn ngữ 2: vị trí là đường song song với đường dọc giữa đầu và dài 3cm. Điểm bắt đầu của đường này nằm dưới khớp xương đỉnh thái dương 2cm (Hình 1.6).

Tác dụng: điều trị thất ngôn kiểu vận động.

- Vùng ngôn ngữ 3: Từ điểm giữa của vùng tiền đình ốc tai, kéo ra sau 4cm, có thể xem đây là đoạn kéo dài của vùng tiền đình ốc tai (Hình 1.6).

Tác dụng điều trị thất ngôn kiểu cảm giác.



**Hình 1.6. Vùng ngôn ngữ [29]**

- Vùng tâm thể vận động: vị trí từ rãnh đỉnh thái dương, kẻ một đường thẳng đứng và 2 đường nghiêng, tạo thành góc  $40^{\circ}$ , có 2 đường mới mỗi đường dài 3 cm.

Tác dụng: điều trị chứng ý thức và vận động không phù hợp.

- Vùng vận cảm ở chân: là đường song song với đường giữa và cách đường giữa 1cm. Điểm bắt đầu của vùng này tương ứng với điểm trên của khu cảm giác kéo ra sau 1cm.

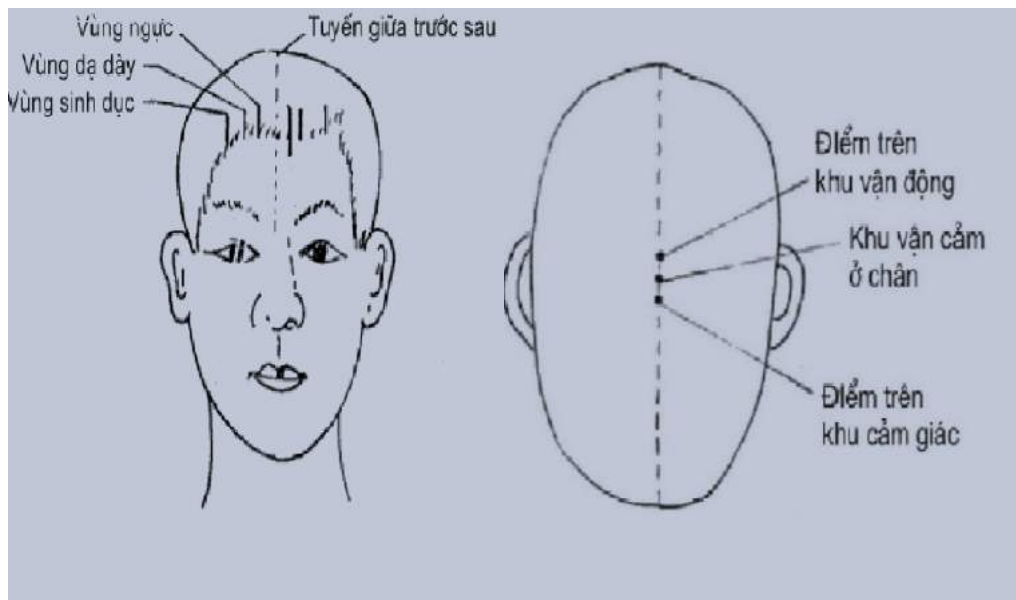
Tác dụng: đau, liệt nặng chi dưới bên đối diện, đau vùng thắt lưng, sa tử cung, tiểu nhiều do nguồn gốc từ tổn thương thân kinh trung ương.

- Vùng thị giác: Xuất phát từ 2 điểm nằm trên đường ngang qua ụ chẩm 1cm và cách đường giữa 1 cm kéo dài lên trên 4cm.

Tác dụng: điều trị rối loạn thị giác có nguyên nhân vỏ não.

- Vùng thăng bằng: Lấy 2 điểm nằm trên đường ngang, qua ụ chẩm, cách đường giữa 3.5cm, kéo xuống dưới 4cm thành 1 đường thẳng.

Tác dụng: điều trị rối loạn thăng bằng.



**Hình 1.7. Sự phân chia các khu vực kích thích tại da đầu [29]**

### ***1.5.5. Châm cứu các huyết vùng đầu theo Y học cổ truyền***

Châm cứu các huyết vùng đầu được phát triển dựa trên học thuyết kinh lạc của YHCT, có rất nhiều kinh lạc và mạch lạc đi qua vùng đầu. Đường đi của các kinh mạch sau có quan hệ mật thiết với vùng đầu [30]:

- Kinh Túc Dương minh vị
- Kinh Túc Thái dương Bàng quang
- Kinh Thủ Thái dương Tam tiêu
- Kinh Túc Thiếu dương Đờm
- Kinh Túc Quyết âm Can
- Các mạch: mạch Đốc, mạch Dương kiều, mạch Dương duy.

Kinh khí trong cơ thể thông qua kinh lạc liên hệ với đầu. YHCT cho rằng “đầu là phủ của thần minh”. Kinh khí của ngũ tạng lục phủ đều tụ ở đầu.

Tổ Ván viết “đầu người ta là nơi tụ họp của các kinh dương; mạch đốc thống quản các kinh dương và mạch nhâm chịu trách nhiệm về các kinh âm. Cả hai đều đi qua bộ phận đầu và mặt. Từ góc độ tuần hoàn kinh lạc 6 kinh dương và kinh túc quyết âm đều lên đầu, 5 kinh âm khác đều thông qua lạc mạch liên hệ với đầu. Mạch Đốc trong kỳ kinh bát mạch đốc thúc dương khí toàn thân cũng chạy vòng quanh đầu. Do đó, đầu và toàn thân có quan hệ hữu cơ chặt chẽ”.

Thiên “ mạch yếu tinh vi luận” sách Tổ Ván viết: “đầu giả tinh minh chi phủ” có nghĩa là “ tinh khí ngũ tạng của lục phủ đều đi lên đầu” nói rõ mối quan hệ mật thiết giữa đầu và toàn thân.

### ***1.5.6. Tình hình nghiên cứu về phương pháp châm cứu các huyết vùng đầu trong nước và trên thế giới***

\* Một số công trình nghiên cứu về châm cứu các huyết vùng đầu trên thế giới và trong nước

- Trương Hồng Tinh (2006) với đề tài “ Nghiên cứu tác dụng đầu châm điều trị trúng phong trên lâm sàng” tại bệnh viện Vũ Hán [28].

- Wang DH, Bao F, Zhang YX, Wang FQ, SunH (2008), ở bệnh viện Đại học Y Bắc Kinh nghiên cứu “So sánh kết quả đầu châm và đầu châm kết hợp thể châm trên bệnh nhân nhồi máu não do xơ vữa mạch giai đoạn cấp”.

Kết quả: Hiệu quả điều trị đầu châm kết hợp thể châm tốt hơn thể châm đơn thuần [33]

- Zhou L, Zhang HX và cộng sự (2008) tại Bệnh viện Trung Tây Y kết hợp Vũ Hán Trung Quốc với đề tài “Hiệu quả đầu châm trên hàm lượng TNF alpha và IL-Beta não và huyết tương ở chuột gây thiếu máu cấp.

Kết quả Giảm hàm lượng TNF alpha, IL-Beta ở não và huyết tương chuột làm giảm đáng kể hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm. [34]

- Chen Li, Chun Chong Ren (2014) “ nghiên cứu phương pháp đầu châm điều trị tai biến mạch não” Đại học Trung Y Dược, học viện châm cứu, xoa bóp Hắc Long Giang, Harbin Trung Quốc

Hiệu quả điều trị đầu châm kết hợp thể châm đạt 87,18% so với nhóm chứng chỉ dùng phương pháp thể châm là 75,36% [35].

- Liang Yan (2014) “Nghiên cứu Đầu châm kết hợp thể châm điều trị liệt nửa người do tai biến mạch não” tại Bệnh viện trung tâm Đông Cảnh Liêu Ninh Trung Quốc.

Hiệu quả điều trị với nhóm nghiên cứu là 92,5% (kết quả phục hồi tốt 10, khá 16, trung bình 11 và kém là 3) so với nhóm chứng là 62,5% ( $p < 0,05$ ) [36].

- Jiang Yujuan, Yang Yuxia, Xiang Rong, Chang E, Zhang Yanchun, Zuo Bingfang, Zhang Qianwei (2015) “Nghiên cứu lâm sàng về giải phẫu của điện châm dưới da đầu kết hợp với phục hồi chức năng để điều trị thất ngôn sau đột quy. [37]



Sau 4 tuần điều trị, nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đọc được bảng chữ cái ngữ âm, đơn âm tiết và hai âm tiết đều được cải thiện so với trước khi điều trị ( $p < 0,001$ ) và nhóm nghiên cứu đều vượt trội so với nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ). Tổng tỷ lệ hiệu quả của nhóm nghiên cứu là 100% (30/30), tốt hơn đáng kể so với 53,3% của nhóm đối chứng (16/30,  $p < 0,001$ ).

- Kỳ Lê Lê và cộng sự nghiên cứu “Hiệu quả của châm cứu da đầu tương tác kết hợp với kỹ thuật PNF trên chức năng chi trên của liệt nửa người co cứng trong đột quỵ thiếu máu cục bộ” (2018) [38].

- Tang Xi và cộng sự (2018) nghiên cứu “Hiệu quả nhanh chóng của châm cứu dưới da đầu đối với dáng đi của bệnh nhân bị đột quỵ bán cấp được phân tích bằng chuyên động ba chiều: phân tích thứ cấp của một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát” [39].

- Ning Zhao và cộng sự (2017) “Châm cứu dưới da đầu kết hợp với rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation) kích thích từ xuyên sọ tần số thấp điều trị thoái hóa chất trắng trong não ở bệnh nhân đột quỵ” [40].

- Wang Jun; và cộng sự (2017) “Tiến bộ trong nghiên cứu lâm sàng về châm cứu dưới da đầu trong điều trị rối loạn chức năng vận động sau đột quỵ” [41].

- Vũ Thị Hải Yến (2010) với đề tài “ Tác dụng phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não bằng thể châm, thuốc YHCT kết hợp đầu châm”. Kết quả tốt 43,3% khá 53,4%, kém 3,3% [42].

- Dương Trọng Nghĩa và các cộng sự (2014) đã đưa ra ứng dụng đầu châm trong điều trị tai biến mạch máu não và đã thu được kết quả 83,3% khá, 16,7% trung bình, không có kết quả tốt và kém [26].

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Chất liệu – phương tiện nghiên cứu

##### 2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

- Khu ngôn ngữ 1: Tại điểm 2/5 dưới của Khu Vận Động Mắt (2/3).
- Khu ngôn ngữ 2: Từ mồm (ụ) xương đỉnh, gạch một đường song song với đường chính giữa. Từ mồm này lui về phía sau 2cm, gạch một đường dài 3cm (hướng xuống phía sau) là Khu Ngôn Ngữ 2.
- Khu ngôn ngữ 3: Từ trung điểm Khu Chóng Mặt - Nghe, kẻ một đường ngang lui về phía sau dài 4cm, nằm ngang phía trên tai, (chung với Khu Chóng Mặt - Nghe khoảng 2cm).
- Phác đồ huyết thể châm (đã nêu phần tổng quan) như sau: Bách hội, phong trì, thượng liên tuyền, ngoại kim tâm, ngoại ngọc dịch, nhân nghinh, thủy đột, khí xá, hợp cốc, nội quan, thái khê.
- Thuốc YHHD trong phác đồ nghiên cứu theo tiêu chuẩn xử trí đột quy não của Bộ Y Tế (Quyết định số 86/QĐ-KCB ngày 15/07/2014): Thuốc điều trị bệnh kèm theo nếu có như tăng huyết áp, đái tháo đường, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc chống đông, thuốc điều trị giảm lipid máu...
- Thuốc YHCT trong phác đồ: dùng bài “*Bổ dương hoàn ngũ thang*”, sắc đóng túi cho bệnh nhân uống, ngày 2 túi chia 2 lần sáng – chiều.
- Bài “*Bổ dương hoàn ngũ thang*” (Y lâm cải thác)

Sinh Hoàng kỳ ( <i>Astragalus embranaceus</i> )	30g	Đương quy (vĩ) ( <i>Angelica acutiloba</i> )	12g
Xích thược ( <i>Paeonia lactiflora</i> Pall.)	9g	Địa long ( <i>Pheratima aspergillum</i> )	6g
Xuyên khung ( <i>Ligusticum wallichii</i> Franch.)	6g	Đào nhân ( <i>Prunus persica</i> L.)	6g
Hồng hoa ( <i>Carthamus tinctorius</i> L.)	6g		

Tiêu chuẩn: các vị thuốc đạt tiêu chuẩn dược liệu và bào chế theo Dược điển Việt Nam IV.

### 2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Thang điểm Orgogozo (1986) (xem phụ lục 2)
- Bộ trắc nghiệm BDEA cải biên rút gọn (phụ lục 3 )
- Kim châm cứu: loại kim hào châm làm bằng thép không gỉ, độ dài từ 5 - 12 cm do công ty cổ phần thiết bị y tế Đông Á phân phối.
- Bông vô trùng, côn 70°, panh vô khuẩn, khay quả đậu.
- Máy điện châm: Sử dụng máy điện châm Model: SDZ - II do công ty cổ phần thiết bị y tế Đông Á – Việt Nam sản xuất.



**Kênh bổ (sóng ngắt quãng):** Dải tần số xung: 0.5Hz - 40 Hz (30 xung/p - 2400 xung/p). Biên độ xung:  $V_{pp} = 0 - 120V + 10\%$

**Kênh tả (sóng liên tục):** Dải tần số xung: 2Hz - 60 Hz (120 xung/p - 3600 xung/p). Biên độ xung:  $V_{pp} = 0 - 140V + 10\%$

- Bộ đo huyết áp cơ ALPK2 của Nhật Bản.

### 2.1.3. Kỹ thuật châm cứu

- Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nằm nghiêng.
- Sau khi xác định huyết chính xác, châm kim nhanh qua da rồi từ từ đẩy kim vào cho tới khi thấy có cảm giác “đắc khí”: Thầy thuốc cầm vào đốc kim rồi rút nhẹ thì thấy kim như nút chặt xuống; người bệnh thì có cảm giác tức nặng ở huyết châm.

- Châm tả: Hướng kim ngược chiều đường kinh.

- Châm bổ: Hướng kim xuôi chiều đường kinh.

**\* Kỹ thuật châm cứu các huyết vùng đầu**

Nguyên tắc chọn huyết:

- Bệnh ở bên nào thì chọn khu kích thích ở bên đối diện, bệnh bị cả 2 bên thì chọn khu kích thích ở cả 2 bên.

- Các bệnh khác nhau, khi châm đầu chọn huyết ở những khu kích thích tại điểm đó làm chủ, cũng có thể căn cứ vào chúng mà lấy thêm những khu kích thích khác để phối hợp điều trị.

Châm vào khu ngôn ngữ

+ Khu ngôn ngữ 1: Tại điểm 2/5 dưới của Khu Vận Động Mặt (2/3).

Điều trị không đọc được chữ (mù chữ), khó nói.

+ Khu ngôn ngữ 2: Từ mỏm (ụ) xương đỉnh, gạch một đường song song với đường chính giữa. Từ mỏm này lui về phía sau 2cm, gạch một đường dài 3cm (hướng xuống phía sau) là Khu Ngôn Ngữ 2. Điều trị không hiểu được lời nói.

+ Khu ngôn ngữ 3: Từ trung điểm Khu Chóng Mặt - Nghe, kẻ một đường ngang lui về phía sau dài 4cm, nằm ngang phía trên tai, (chung với Khu Chóng Mặt - Nghe khoảng 2cm). Điều trị câm.

- Sau khi đã xác định đúng vị trí huyết và châm kim vào huyết, người thầy thuốc có cảm giác đặc khí, bệnh nhân không đau mới tiến hành mắc dây dẫn từ máy điện châm vào các kim ở huyết trên nguyên tắc cần châm bổ mắc dây tần số bổ, huyết cần châm tả mắc các dây bên tần số tả.

- Tần số kích thích huyết:

Bổ: 60 -180 xung/phút (1-3Hz).

- Thời gian kích thích: 20-30 phút một lần trong ngày.

- Liệu trình điều trị 30 ngày.

\* Phương pháp thao tác:

- Xác định các khu vực kích thích trên da đầu: khu vận động, khu ngôn ngữ...

- Sát trùng da đầu.

- Châm kim giữa da đầu và xương đầu, châm chệch  $15^0$ , sâu đến khi bệnh nhân có cảm giác đặc khí.

**\* Kỹ thuật châm một số huyết cơ bản**

- Huyết phong trì (XI-20): Kinh túc thiếu dương Đờm, hội của kinh Thiếu dương ở tay, chân và mạch Dương duy.

- Kỹ thuật châm: Xác định huyết, sát trùng tại chỗ. Dùng kim 6cm châm nhanh thẳng góc với mặt da đẩy kim từ từ đến khi đặc khí, sâu 3-4cm hướng kim về hóc mắt đối diện.

- Bách hội (XIII-20): Đốc mạch (Hội của mạch đốc với 6 kinh dương). Xác định chính xác huyết, khử trùng tại chỗ, dùng kim 3-4cm làm thành góc 30 độ với da đầu, tiến hành châm nhanh qua da theo hướng tả.

- Hợp cốc (II-4) : Kinh thủ dương minh đại trường (huyết nguyên).

Kỹ thuật châm: Dùng kim 6 – 8cm xác định đúng huyết, khử trùng tại chỗ, châm nhanh qua da, thẳng hướng mũi kim về huyết Lao cung.

- Thái khê (VIII-3): Kinh túc Thiếu âm Thận (huyết nguyên, huyết du thuộc mộc). Kỹ thuật: Dùng kim 4-6cm châm xiên góc với mặt da, châm bỗ.

- Nội quan (IX-6): Kinh thủ quyết âm tâm bào (huyết lạc với kinh thủ thiếu dương tam tiêu; huyết giao hội của kinh Quyết âm Tâm bào ở tay với mạch Âm duy). Kỹ thuật: Dùng kim 3- 4cm làm thành góc 30 độ với mặt da, tiến hành châm nhanh qua da đến khi đặc khí.

- Thượng liên tuyền: Ngoài kinh. Có tác dụng điều trị các trường hợp cảm, nói khó.

Kỹ thuật châm: Dùng kim 6 – 12cm châm xiên, hướng mũi kim về phía góc lưỡi. Sau khi mắc điện thấy lưỡi bệnh nhân rung theo xung điện là đạt.

- Ngoại kim tân (trái), ngoại ngọc dịch (phải): Ngoài kinh. Có tác dụng điều trị tắc họng, lưỡi cứng.

Kỹ thuật: Dùng kim 6 – 12cm châm thẳng qua da rồi hướng mũi kim về góc lưỡi cho tới khi đặc khí.

- Nhân nhính: Kinh túc dương minh vị. Xác định huyết, sát trùng tại chỗ. Dùng kim 3cm châm nhanh qua da xuôi theo đường kinh đến khi đắc khí. (Cần tránh động mạch).

- Thủy đột: Kinh túc dương minh vị. Xác định huyết, sát trùng tại chỗ, dùng kim 3-5 cm châm nhanh qua da dọc theo đường kinh đến khi đắc khí.

- Khí xá: Kinh túc dương minh vị. Xác định huyết, sát trùng tại chỗ, dùng kim 3 –5cm châm nhanh qua da hướng vào đường giữa dọc dưới bờ xương ức đến khi đắc khí.

## **2.2. Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân được chẩn đoán NMN có tình trạng thất ngôn điều trị nội trú tại khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian: Từ tháng 06 năm 2019 đến tháng 12 năm 2019.

### **2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

#### **\* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại**

- BN bị NMN vùng bán cầu đã được chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng (CT Scanner hoặc MRI), có tình trạng thất ngôn từ mức độ 2 trở lên.

- Thời gian bị bệnh trên 15 ngày, ý thức tỉnh táo, được điều trị ổn định các rối loạn tim mạch, hô hấp, thần kinh ở giai đoạn cấp.

- Tuổi từ 20 đến 80.

- BN không có các rối loạn tâm thần, các bệnh lý về giọng nói, lời nói và ngôn ngữ trước khi bị bệnh.

- Nói tiếng Việt phổ thông.

#### **\* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền**

- Bệnh nhân NMN được tuyển chọn theo tiêu chuẩn của YHHĐ ở trên, sau tiếp tục được phân loại bằng YHCT thông qua tứ chẩn chọn những bệnh nhân có tình trạng thất ngôn thuộc thể Phong đàm trở lạc; thận hư tinh suy và Can dương thượng cang, đàm tà trở khiếu.

### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân

- Trong quá trình điều trị, BN bị TBMMN tái phát.
- BN không hợp tác hoặc phá vỡ cam kết nghiên cứu.
- BN NMN có kèm thêm các bệnh khác (Lao, HIV/AIDS...)

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng mở có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu chủ đích: n = 60 bệnh nhân được chẩn đoán NMN sau giai đoạn cấp chia làm 2 nhóm

- Nhóm nghiên cứu (NC): 30 BN điều trị phác đồ nền và phương pháp thể châm kết hợp châm cứu các huyết vùng đầu.

- Nhóm chứng: 30 BN điều trị phác đồ nền kết hợp thể châm

### 2.3.2. Quy trình nghiên cứu

60 BN nghiên cứu được làm bệnh án, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn BN. BN được chia vào 2 nhóm, mỗi nhóm 30 BN theo phương pháp ghép cặp đảm bảo sự tương đồng về tuổi, thời gian mắc bệnh và mức độ bệnh.

Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng
<p>- Điều trị theo phác đồ nền trong 30 ngày:</p> <p>+ Thuốc điều trị bệnh theo tiêu chuẩn xử trí đột quy não của Bộ Y Tế.</p> <p>+ Thuốc YHCT: ngày 2 túi, chia uống 2 lần sáng – chiều.</p> <p>+ Tập PHCN theo phương pháp Bobath. Liệu trình 30 phút/lần/ngày x 5 ngày/ tuần, trong 30 ngày.</p> <p>- <i>Thể châm phối hợp châm cứu các huyết vùng đầu theo cách chọn huyết đã nêu ở mục 2.1.1</i></p>	<p>- Điều trị theo phác đồ nền trong 30 ngày:</p> <p>+ Thuốc điều trị bệnh theo tiêu chuẩn xử trí đột quy não của Bộ Y Tế.</p> <p>+ Thuốc YHCT: ngày 2 túi, chia uống 2 lần sáng – chiều.</p> <p>+ Tập PHCN theo phương pháp Bobath. Liệu trình 30 phút/lần/ngày x 5 ngày/ tuần, trong 30 ngày.</p> <p>+ <i>Thể châm</i></p>

### 2.3.3. Các chỉ tiêu theo dõi

#### 2.3.3.1. Các chỉ tiêu lâm sàng

\* *Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:* Tuổi, giới, trình độ học vấn, vị trí tổn thương trên lâm sàng, tiền sử cá nhân, bệnh kèm theo.

\* *Đánh giá và chẩn đoán thất ngôn:*

- *Các triệu chứng lâm sàng theo thang điểm trắc nghiệm ngôn ngữ BDAE (phụ lục 3).*

+ Chúng tôi đã sử dụng trắc nghiệm BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) được cải biên sang tiếng Việt của phòng ngôn ngữ trị liệu – TT Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai (phụ lục 3) để khám và phát hiện thất ngôn cho các BN XHN ở bán cầu đại não sau giai đoạn cấp

+ Phân loại thất ngôn thành 3 loại chính: Broca, liên vỏ vận động, quên từ.

- *Thang điểm đánh giá mức độ nặng của tình trạng thất ngôn (Goodglass & Kaplan, 1984)*

+ Sau khi chẩn đoán thất ngôn, chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá mức độ giao tiếp của Goodglass và Kaplan (1984) để đánh giá mức độ thất ngôn dựa vào khả năng thể hiện các vấn đề hàng ngày và các vấn đề mở rộng.

**Độ 0:** Nặng nhất, BN không thể nói hoặc không thể nghe hiểu

**Độ 1:** Toàn bộ cuộc giao tiếp bị ngắt đoạn; người nghe cần nhiều sự gợi ý, hỏi và đoán ý. Các thông tin trao đổi được rất hạn chế. BN giao tiếp bằng những mẫu phát ngôn, người đối thoại liên tục phải hỏi lại.

**Độ 2:** Có thể trò chuyện quanh những chủ đề quen thuộc với sự giúp đỡ của người đối thoại. BN thường mắc lỗi khi diễn đạt ý nhưng họ đã chia sẻ được một phần trong cuộc giao tiếp với người khám.

**Độ 3:** BN có thể thảo luận hầu hết các vấn đề hàng ngày với một ít trợ giúp hoặc không cần. Tuy nhiên, do sự giảm khả năng diễn đạt nói và/hoặc



hiểu lời nói khiến việc đối thoại về một chủ đề mở rộng khó khăn hoặc không thực hiện được.

**Độ 4:** Giảm độ lưu loát trong khi nói hoặc giảm tính linh hoạt trong cách hiểu, đoán ý; khi trình bày ý kiến hoặc diễn đạt bị hạn chế nhẹ, không gặp khó khăn khi diễn đạt ý tưởng hoặc tìm ý tưởng.

**Độ 5:** Khó khăn về ngôn ngữ rất ít; BN có thể có một chút rắc rối khi chưa phù hợp với người nghe trong giao tiếp. Khiếm khuyết tối thiểu về nói, chỉ BN mới cảm thấy những khó khăn của bản thân nhưng người đối thoại không thấy.

**Bảng 2.1. Tóm tắt đánh giá mức độ của thất ngôn [7]**

		Khả năng hiểu		Khả năng thể hiện	
		Vấn đề hằng ngày	Vấn đề mở rộng	Vấn đề hằng ngày	Vấn đề mở rộng
<b>Mức độ nặng</b>	Độ 0	Không hiểu	Không hiểu	Không nói được	Không nói được
	Độ 1	Câu ngắn Phải giải thích	Không hiểu	Khó khăn, hay quên, ít từ, ngắt quãng. Phải nhắc gợi ý	Không nói được
	Độ 2	Được với sự trợ giúp	Không hiểu	Được nhưng có mắc lỗi	Không nói được
<b>Mức độ vừa</b>	Độ 3	Tốt	Khó khăn	Khá. Có thể cần ít trợ giúp	Khó khăn
	Độ 4	Tốt	Khó hiểu từ Phải giải thích	Tốt	Giảm độ lưu loát
	Độ 5	Tốt	Khá, gần bình thường	Tốt	Khá, gần bình thường

\* *Đánh giá mức độ di chứng theo chỉ số Orgogozo*: Đánh giá trạng thái chức năng thần kinh của bệnh nhân sau TBMMN. Thang điểm này gồm 10 mục kiểm tra dựa trên quan sát và thăm khám chức năng cơ bản về ý thức, giao tiếp và vận động tứ chi với thang điểm là 100 (phụ lục2).

- Cách đánh giá và phân độ:

+ Độ I: Tốt: 90-100 điểm.

+ Độ II: Khá: 70-89 điểm.

+ Độ III: Trung bình: 50-69 điểm.

+ Độ IV: Kém: <50 điểm.

#### 2.3.3.2. Các chỉ số cận lâm sàng

- **Huyết học**: Số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu.

- **Hóa sinh máu**: Ure, creatinin, glucose, ALT, AST.

\* Cách theo dõi: Các chỉ tiêu trên được đo lường vào ngày D0 và D30 của quá trình điều trị.

## 2.4. Phương pháp đánh giá kết quả điều trị

### 2.4.1. Trên lâm sàng

\* Đánh giá mức độ phục hồi tình trạng nói khó tính theo độ dịch chuyển của thang điểm đánh giá mức độ nặng của thất ngôn:

- Tốt: dịch chuyển 2 độ trở lên.

- Khá: dịch chuyển 1 độ.

- Kém: không dịch chuyển.

\* Đánh giá mức độ phục hồi độ liệt vận động theo chỉ số Orgogozo trước và sau điều trị:

- Tốt: Chuyển được 2 độ liệt trở lên

- Khá: Chuyển được 1 độ liệt

- Kém: không chuyển độ liệt

### **2.4.2. Trên cận lâm sàng**

- Đánh giá sự thay đổi trước sau của các chỉ số cận lâm sàng tại 2 thời điểm D0 và D30.

### **2.4.3. Cách đánh giá kết quả**

So sánh trước sau điều trị của từng nhóm và so sánh giữa hai nhóm dựa trên tỷ lệ % và giá trị trung bình.

## **2.5. Phương pháp xử lý số liệu**

- Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học trên máy tính với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng các thuật toán:

+ Tính tỷ lệ phần trăm (%)

+ Tính trung bình ( $\bar{X}$ )

+ Độ lệch chuẩn (SD)

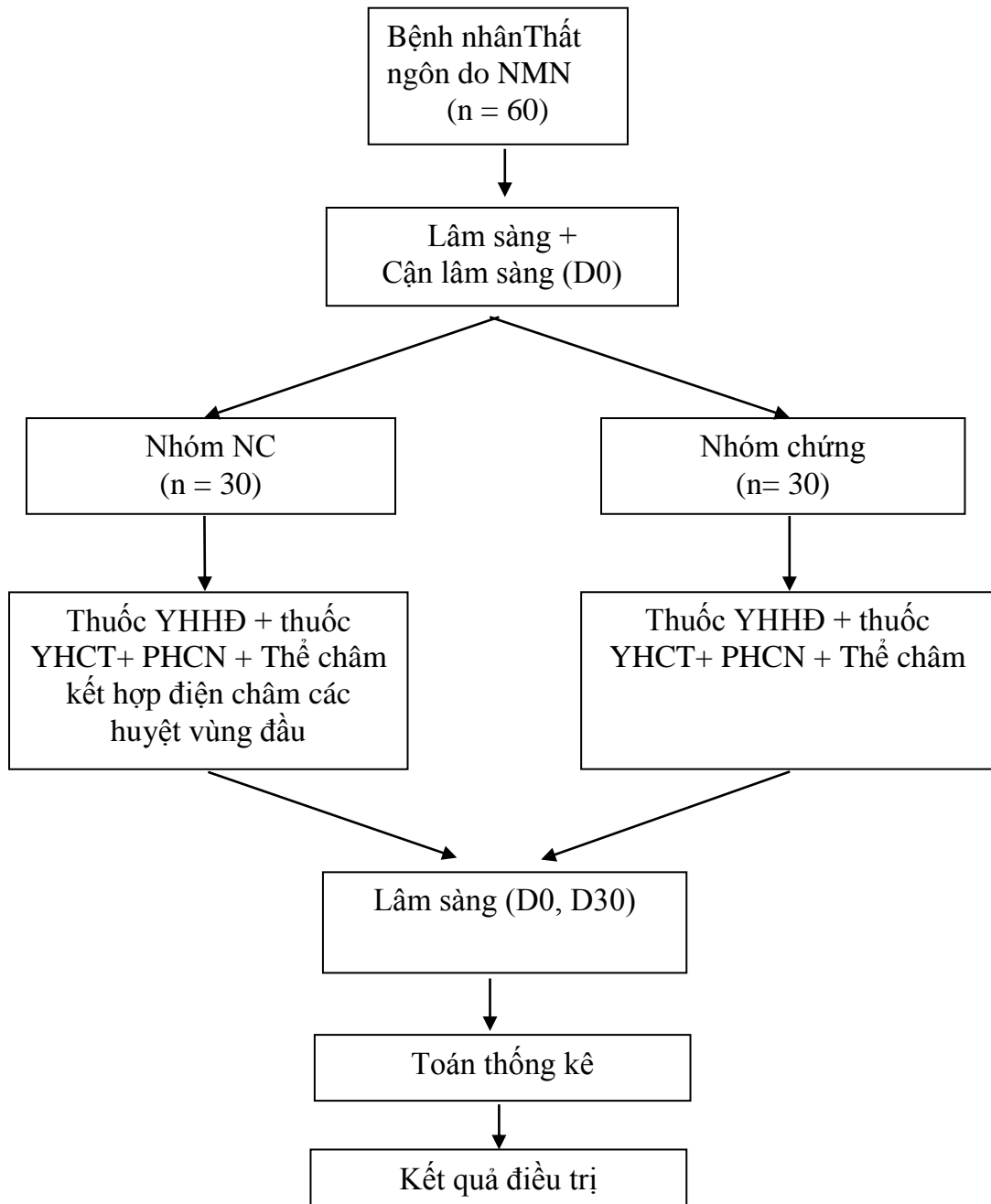
+ So sánh hai giá trị trung bình dùng test t-student

+ So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định  $\chi^2$

## **2.6. Đạo đức nghiên cứu**

- Đề tài được nghiên cứu với mục đích nâng cao khả năng phục hồi ngôn ngữ cho bệnh nhân thất ngôn sau nhồi máu não được hội đồng khoa học Bệnh viện Bạch Mai cho phép. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

- Với BN tham gia nghiên cứu: Thái độ tôn trọng, đặt phẩm giá và sức khỏe của đối tượng lên trên mục đích nghiên cứu; đảm bảo các thông tin do đối tượng nghiên cứu cung cấp được giữ bí mật. Bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu và người bệnh toàn quyền quyết định tự nguyện tham gia nghiên cứu, và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

**SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU**

## Chương 3

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Các đặc điểm chung

##### 3.1.1. Phân loại theo tuổi và giới

*Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi*

Nhóm Tuổi (năm)	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Cả hai nhóm (n=60)		p <sub>1-2</sub>
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
18-29	1	3,33	0	0	1	1,67	0,106
30-39	2	6,67	1	3,33	3	5,00	
40-49	3	10,00	4	13,33	7	11,67	
50-59	5	16,67	2	6,67	7	11,67	
60-69	8	26,67	8	26,67	16	26,67	
≥70	11	36,67	15	50,00	26	43,33	
Tuổi TB	61,9 ± 14,8		67,8 ± 12,9		64,8 ± 14,1		

*Nhận xét:*

- Tuổi trung bình ở cả hai nhóm là: 64,8 ± 14,1 (tuổi).
- Tuổi trung bình ở nhóm NC là: 61,9 ± 14,8 (tuổi).
- Tuổi trung bình ở nhóm ĐC là: 67,8 ± 12,9 (tuổi).
- Tỷ lệ bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,33%.
- Không có sự khác biệt về tuổi trung bình ở 2 nhóm với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.2. Phân bố theo giới**

Nhóm Giới	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Cả hai nhóm		P <sub>1-2</sub>
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nam	17	56,67	15	50,00	32	53,33	0,605
Nữ	13	43,33	15	50,00	28	46,67	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

*Nhận xét:*

- Tỷ lệ bệnh nhân theo giới: Nam chiếm 53,33%, nữ chiếm 46,67%
- Tỷ lệ nam/nữ: 1,14/1.
- Không có sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm với  $p > 0,05$ .

### 3.1.2. Phân bố tổn thương trên lâm sàng

**Bảng 3.3. Phân bố định khu tổn thương trên lâm sàng**

Nhóm Bên liệt	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Cả hai nhóm (n=60)		P <sub>1-2</sub>
	N	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Bên trái	6	20	4	13,3	10	16,7	0,506
Bên phải	23	76,7	26	86,7	49	81,2	
Hai bên	1	3,3	0	0	1	1,7	
Không liệt vận động	0	0	0	0	0	0	
Tổng số	30	100	30	100	60	100	

*Nhận xét:*

- Tỷ lệ bệnh nhân liệt vận động bên trái chiếm 16,7%.
- Tỷ lệ bệnh nhân liệt vận động bên phải chiếm 81,2%.
- Tỷ lệ bệnh nhân liệt cả hai bên chiếm 1,7%.
- Không có bệnh nhân nào không liệt vận động.
- Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ bên liệt giữa hai nhóm với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo bên liệt và tính thuận tay**

Thuận Bên liệt	Tay phải (1)		Tay trái (2)		Cả hai nhóm		p <sub>1-2</sub>
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Bên phải	45	75,0	4	6,7	30	81,7	0,193
Bên trái	7	11,7	3	5,0	29	16,7	
Hai bên	1	1,7	0	0	1	1,7	
Không liệt vận động	0	0	0	0	0	0	
Tổng	53	88,3	7	11,7	60	100	

*Nhận xét:*

- Tỷ lệ bệnh nhân thuận tay phải chiếm 88,3%.
- Tỷ lệ bệnh nhân thuận tay trái chiếm 11,7%.
- Tỷ lệ bệnh nhân thuận tay phải liệt bên phải chiếm tỷ lệ cao nhất với 75,0%.
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ phân bố bên liệt và tay thuận với  $p > 0,05$ .

### 3.1.3. Phân loại BN theo thời gian bị bệnh trước điều trị.

**Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh đến điều trị**

Nhóm Thời gian	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Cả hai nhóm (n=60)		p <sub>1-2</sub>
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
< 1 tháng	26	86,7	21	70	47	78,3	0,117
1-3 tháng	4	13,3	9	30	13	21,7	
Tổng số	30	100	30	100	60	100	

*Nhận xét:*

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh < 1 tháng chiếm 78,3%.
- Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh 1-3 tháng chiếm 21,7%.
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh ở hai nhóm với  $p > 0,05$ .

### 3.1.4. Phân loại mức độ di chứng lúc vào của hai nhóm.

**Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số Orgogozo lúc vào của hai nhóm**

Nhóm Độ	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Cả hai nhóm (n=60)		P <sub>1-2</sub>
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Độ I	0	0	0	0	0	0	0,620
Độ II	5	16,7	3	10,0	8	13,3	
Độ III	10	33,3	8	26,7	18	30,0	
Độ IV	15	50,0	19	63,3	34	56,7	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

*Nhận xét:*

- Chỉ số Orgogozo cả hai nhóm lúc vào của bệnh nhân ở độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,7%.
- Không có bệnh nhân nào có chỉ số Orgogozo ở độ I
- Chỉ số Orgogozo lúc vào của bệnh nhân độ II, độ III lần lượt là: 13,3% và 30,0%.
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân theo chỉ số Orgogozo ở hai nhóm với  $p > 0,05$ .



**Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ thất ngôn lúc vào của hai nhóm**

Nhóm Độ	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Cả hai nhóm (n=60)		p <sub>1-2</sub>
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Độ 2	22	73,3	25	83,3	45	78,3	0,347
Độ 3	8	26,7	5	16,7	15	21,7	
Độ 4	0	0	0	0	0	0	
Độ 5	0	0	0	0	0	0	

*Nhận xét:*

- Bệnh nhân thất ngôn ở độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,3%.
- Bệnh nhân thất ngôn ở độ 3 chiếm tỷ lệ 21,7%.
- Không có bệnh nhân thất ngôn độ 1,4,5.
- Không có sự khác biệt về phân bố tỷ lệ bệnh nhân thất ngôn lúc vào ở hai nhóm với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.8. Phân bố các dạng thất ngôn của hai nhóm**

Nhóm Dạng thất ngôn	Nhóm NC (n=30) (1)		Nhóm ĐC (n=30) (2)		Cả hai nhóm (n=60)		p <sub>1-2</sub>
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Toàn bộ	5	16,7	6	20	11	18,3	0,472
Broca	10	33,3	13	33,3	23	38,3	
Liên vỏ vận động	5	16,7	2	6,7	7	11,7	
Wernicke	4	13,3	3	10,0	7	6,7	
Liên vỏ giác quan	3	10,0	1	3,3	4	6,7	
Dẫn truyền	3	10,0	2	6,7	5	8,3	
Quên từ	0	0	3	10,0	3	5,0	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

*Nhận xét:*

- Dạng thất ngôn dạng Broca chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,3%.
- Dạng thất ngôn quên từ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5%.
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ các dạng thất ngôn ở hai nhóm bệnh nhân với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.9. Tỷ lệ các dạng thất ngôn theo giới**

Dạng thất ngôn		Nhóm		Nam (n=32) (1)		Nữ (n=28) (2)		Cả hai nhóm (n=60)		P <sub>1-2</sub>
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)			
<b>Thất ngôn không lưu loát</b>	Toàn bộ	7	21,9	4	14,3	11	18,3	0,738		
	Broca	13	40,6	10	35,7	23	38,3			
	Liên vỏ vận động	3	9,4	4	14,3	7	11,7			
<b>Thất ngôn lưu loát</b>	Wernicke	5	15,6	2	7,1	7	11,7			
	Liên vỏ giác quan	1	3,1	3	10,7	4	6,7			
	Dẫn truyền	2	6,2	3	10,7	5	8,3			
	Quên từ	1	3,1	2	7,1	3	5,0			
<b>Tổng</b>		32	100	28	100	60	100			

*Nhận xét:* Không có sự khác biệt về tỷ lệ các dạng thất ngôn giữa hai giới với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.10. Tỷ lệ các dạng thất ngôn theo tuổi**

Dạng thất ngôn		Tuổi		20 – 49		50 - 59		60 - 69		≥70		P
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)			
Thất ngôn không lưu loát	Toàn bộ	4	36,4	0	0	4	20,5	3	11,5	0,788		
	Broca	5	45,4	3	42,9	6	37,5	9	34,6			
	Liên võ vận động	0	0	2	28,6	1	6,2	4	15,4			
Thất ngôn lưu loát	Wernicke	2	18,2	0	0	3	18,8	2	7,7			
	Liên võ giác quan	0	0	1	14,3	0	0	3	11,5			
	Dẫn truyền	0	0	1	14,3	1	6,2	3	11,5			
	Quên từ	0	0	0	0	1	6,2	2	7,7			
Tổng		11	100	7	100	16	100	26	100			

*Nhận xét:* Không có sự khác biệt về tỷ lệ dạng thất ngôn theo nhóm tuổi với  $p > 0,05$ .

### 3.2. Kết quả điều trị

#### 3.2.1. Kết quả trên lâm sàng

##### 3.2.1.1. Tiến triển của mức độ thất ngôn

**Bảng 3.11. So sánh tiến triển mức độ thất ngôn giữa hai nhóm theo thời gian**

Thời điểm NC	Độ thất ngôn	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		P
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
N <sub>0</sub>	0	0	0	0	0	0,347
	1	0	0	0	0	
	2	22	73,3	25	83,3	
	3	8	26,7	5	16,7	
	4	0	0	0	0	
	5	0	0	0	0	
N <sub>30</sub>	0	0	0	0	0	< 0,01
	1	0	0	0	0	
	2	3	10,0	18	60	
	3	14	46,7	10	33,3	
	4	13	43,3	2	6,7	
	5	0	0	0	0	

*Nhận xét:*

- Nhóm NC:
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ 2 giảm từ 73,3% tại N0 xuống 10% tại N30.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ 3 tăng từ 26,7% tại N0 lên 46,7% tại N30.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ 4 tăng từ 0% tại N0 lên 43,3% tại N30.
  - Không có bệnh nhân ở độ 0 và 5.
- Nhóm ĐC:
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ 2 giảm từ 83,3% tại N0 xuống 60% tại N30, mức giảm thấp hơn nhóm NC.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ 3 tăng từ 16,7% tại N0 lên 33,3% tại N30, mức tăng thấp hơn nhóm NC.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ 4 tăng từ 0% tại N0 lên 6,7% tại N30, mức tăng thấp hơn nhóm NC.
  - Không có bệnh nhân ở độ 0 và 5.
- Sự khác biệt về tiến triển độ liệt theo thời gian ở hai nhóm tại N30 có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.12. So sánh điểm trung bình độ thất ngôn giữa hai nhóm theo thời gian điều trị**

Nhóm	Điểm trung bình độ thất ngôn			P <sub>0-30</sub>
	( $\bar{X} \pm SD$ )		Mức chênh (N30 – N0)	
	N0	N30		
<b>ĐC (n=30)</b> (1)	2,17 ± 0,38	2,77 ± 0,57	0,60 ± 0,56	< 0,01
<b>NC (n=30)</b> (2)	2,27 ± 0,45	3,33 ± 0,66	1,07 ± 0,58	< 0,01
<b>P<sub>1-2</sub></b>	0,356	< 0,01	< 0,01	

*Nhận xét:*

- Điểm trung bình độ thất ngôn tại N0: ở nhóm ĐC là  $2,17 \pm 0,38$ ; ở nhóm NC là  $2,27 \pm 0,45$ ; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Điểm trung bình độ thất ngôn tại N30: ở nhóm ĐC là  $2,77 \pm 0,57$ ; ở nhóm NC là  $3,33 \pm 0,66$ ; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .
- Mức chênh lệch điểm trung bình thất ngôn tại hai thời điểm N30 và N0: ở nhóm ĐC là  $0,60 \pm 0,56$  thấp hơn ở nhóm NC là  $1,07 \pm 0,58$ ; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .
- Sự khác biệt về điểm trung bình tại thời điểm N30 ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.13. Đánh giá kết quả dịch chuyển độ thất ngôn ở hai nhóm**

Kết quả	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Cả hai nhóm (n=60)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	6	20,0	1	3,3	7	11,7	0,013
Khá	20	66,7	16	53,3	36	60,0	
Kém	4	13,3	13	43,3	17	28,3	
Tổng số	30	100	30	100	60	100	

*Nhận xét:*

- Nhóm NC: tỷ lệ bệnh nhân cải thiện độ thất ngôn chiếm 86,7%, trong đó tỷ lệ cải thiện tốt chiếm 20%, cải thiện khá chiếm 66,7%.
- Nhóm ĐC: tỷ lệ bệnh nhân cải thiện độ thất ngôn chiếm 56,6% thấp hơn nhóm NC, trong đó cải thiện tốt chiếm 3,3%, cải thiện khá chiếm 53,3% đều thấp hơn ở nhóm NC.
- Sự cải thiện độ thất ngôn ở hai nhóm là khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.14. Tiến triển độ thất ngôn theo tuổi**

Nhóm tuổi		20 – 59		60 - 69		>70		p
		Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
<b>Nhóm NC</b> (n=30)	<b>Tốt</b>	3	27,3	2	25,0	1	9,1	< 0,05
	<b>Khá</b>	8	72,7	5	62,5	7	63,6	
	<b>Kém</b>	0	0	1	12,5	3	27,3	
	<b>Tổng</b>	11	100	8	100	11	100	
<b>Nhóm ĐC</b> (n=30)	<b>Tốt</b>	0	0	0	0	1	6,7	< 0,05
	<b>Khá</b>	5	71,4	5	62,5	6	40,0	
	<b>Kém</b>	2	28,6	3	37,5	8	53,3	
	<b>Tổng</b>	7	100	8	100	15	100	

*Nhận xét:*

- Nhóm NC: tỷ lệ BN thất ngôn 20-59 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 100 %, tỷ lệ BN thất ngôn 60-69 tuổi là 87,5%, tỷ lệ BN thất ngôn trên 70 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 69,7%. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .
- Nhóm ĐC: tỷ lệ BN thất ngôn 20-59 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 71,4%, tỷ lệ BN thất ngôn 60-69 tuổi là 62,5%, tỷ lệ BN thất ngôn trên 70 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 40,0%. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

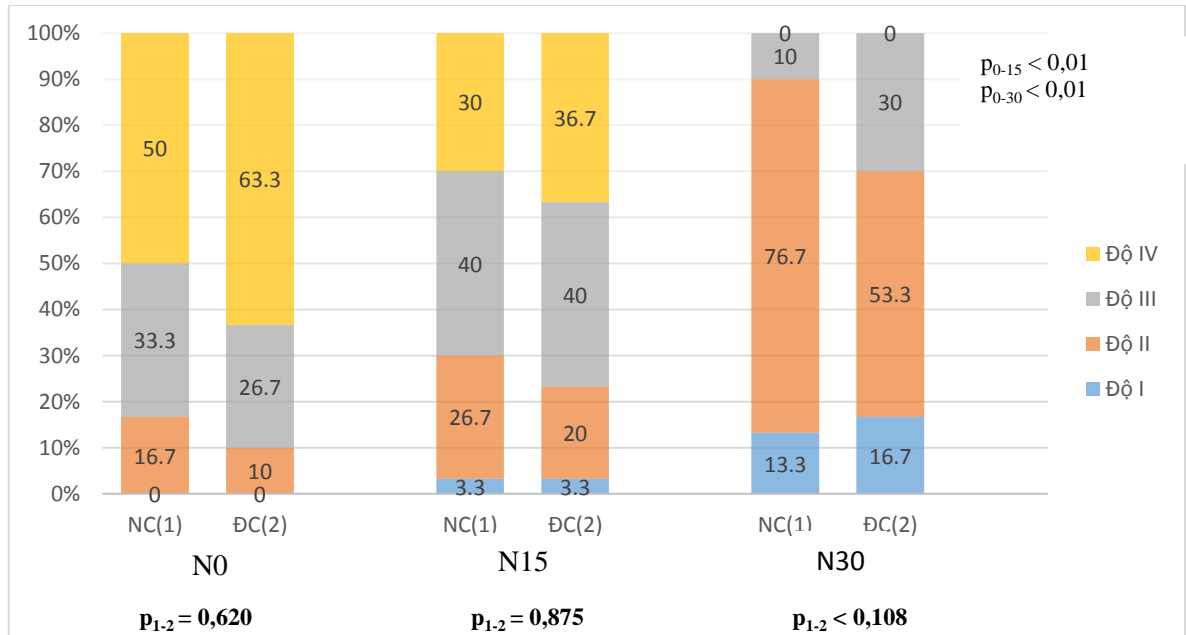
**Bảng 3.15. Tiến triển độ thất ngôn theo thời gian mắc bệnh**

Thời gian		< 1 tháng		1- 3 tháng		p
		Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
<b>Nhóm NC (n=30)</b>	<b>Tốt</b>	4	15,4	2	50,0	0,241
	<b>Khá</b>	19	73,1	1	25,0	
	<b>Kém</b>	3	11,5	1	25,0	
	<b>Tổng</b>	26	100	4	100	
<b>Nhóm ĐC (n=30)</b>	<b>Tốt</b>	1	4,8	0	0	0,618
	<b>Khá</b>	11	52,4	5	55,6	
	<b>Kém</b>	9	42,8	4	44,4	
	<b>Tổng</b>	21	100	9	100	

*Nhận xét:*

- Nhóm NC: BN mắc bệnh dưới 1 tháng cải thiện là 88,5% cao hơn nhóm BN mắc bệnh 1 – 3 tháng (75,0%); sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Nhóm ĐC: BN mắc bệnh dưới 1 tháng cải thiện là 57,2% cao hơn nhóm BN mắc bệnh 1 – 3 tháng (55,6%); sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.2.1.2. Tiến triển của chỉ số Orgogozo



**Biểu đồ 3.1: So sánh tiến triển của phân độ chỉ số Orgogozo giữa hai nhóm theo thời gian điều trị**

**Nhận xét:**

- Bệnh nhân nhóm ĐC:
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ IV giảm dần từ 63,3% tại N0, xuống 36,7% tại N15 và xuống 0% tại N30.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ III tăng từ 26,7% tại N0 lên 40% tại thời điểm N15 và giảm 30% tại N30.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ II tăng từ 10% tại N0 lên 20% tại N15 và lên 53,3% tại N30.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ I tăng từ 0% tại N0 lên 3,3% tại N15 và lên 16,7% tại N30.
- Bệnh nhân nhóm NC:
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ IV giảm dần từ 50% tại N0, xuống 30% tại N15 và xuống 0% tại N30.
  - Tỷ lệ bệnh nhân độ III tăng từ 33,3% tại N0 lên 40% tại thời điểm N15 và giảm còn 10% tại N30.



- Tỷ lệ bệnh nhân độ II tăng từ 16,7% tại N0 lên 26,7% tại N15 và lên tới 76,7% tại N30.
- Tỷ lệ bệnh nhân độ I tăng từ 0% tại N0 lên 3,3% tại N15 và lên 13,3% tại N30.
- Sự khác biệt giữa tỷ lệ bệnh nhân ở hai nhóm tại thời điểm N0, N15 không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Sự khác biệt giữa tỷ lệ bệnh nhân ở hai nhóm tại thời điểm N30 không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Sự khác biệt giữa tỷ lệ bệnh nhân tại các thời điểm N0 và N15, N0 và N30 ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.16. So sánh điểm trung bình Orgogozo giữa hai nhóm theo thời gian điều trị**

Nhóm		NC (n=30) (1)	ĐC (n=30) (2)	P <sub>1-2</sub>
<b>Điểm Orgogozo trung bình</b> ( $\bar{X} \pm SD$ )	<b>N0</b>	46,83 ± 14,29	44,00 ± 15,89	0,471
	<b>N15</b>	58,50 ± 14,92	55,17 ± 15,95	0,407
	<b>N30</b>	75,00 ± 9,10	72,50 ± 11,58	0,356
<b>Mức chênh (N15-N0)</b> ( $\bar{X} \pm SD$ )		11,67 ± 5,47	11,17 ± 6,91	0,757
<b>Mức chênh (N30-N0)</b> ( $\bar{X} \pm SD$ )		28,17 ± 9,33	28,50 ± 12,12	0,905
<b>Mức chênh (N30-N15)</b> ( $\bar{X} \pm SD$ )		16,50 ± 8,52	17,33 ± 9,26	0,781
<b>P<sub>0-15</sub></b>		< 0,01	< 0,01	
<b>P<sub>0-30</sub></b>		< 0,01	< 0,01	
<b>P<sub>15-30</sub></b>		<0,01	< 0,01	

*Nhận xét:*

- Điểm Orgogozo trung bình tại thời điểm N0 của nhóm NC là: 46,83 ± 14,29; của nhóm ĐC là: 44,00 ± 15,89, Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Điểm Orgogozo trung bình tại thời điểm N30 của nhóm NC là: 75,00 ± 9,10; của nhóm ĐC là: 72,50 ± 11,56. Sự khác biệt giữa không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

- Mức chênh trung bình điểm Orgogozo tại thời điểm N30 và N0 ở nhóm NC là:  $28,17 \pm 9,33$ , ở nhóm ĐC là:  $28,50 \pm 12,12$ , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Mức chênh trung bình điểm Orgogozo tại thời điểm N15 và N0 ở nhóm NC là:  $11,67 \pm 5,47$ , ở nhóm ĐC là:  $11,17 \pm 6,91$ , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Sự khác biệt về điểm Orgogozo trung bình giữa các thời điểm N0, N15, N30 ở cả hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.17. Đánh giá kết quả dịch chuyển độ Orgogozo ở hai nhóm**

Kết quả	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Cả hai nhóm (n=60)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	13	43,3	14	46,7	27	45%	0,965
Khá	15	50,0	14	46,7	29	48,3%	
Kém	2	6,7	2	6,7	4	6,7	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

*Nhận xét:*

- Nhóm NC: tỷ lệ bệnh nhân cải thiện độ Orgogozo chiếm 93,3%, trong đó cải thiện tốt chiếm 43,3%, cải thiện khá chiếm 50%.
- Nhóm ĐC: tỷ lệ cải thiện độ Orgogozo chiếm 93,3%, trong đó cải thiện tốt chiếm 46,7%, cải thiện khá chiếm 46,7%.
- Sự khác biệt về cải thiện độ theo chỉ số Orgogozo ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

3.2.1.3. Sự thay đổi mạch, huyết áp và các chỉ số cận lâm sàng trước sau điều trị

**Bảng 3.18. Sự thay đổi các chỉ số huyết học trước và sau điều trị**

Nhóm Chỉ số	Nhóm NC (n=30)			Nhóm ĐC (n=30)		
	( $\bar{X} \pm SD$ )		p	( $\bar{X} \pm SD$ )		p
	N <sub>1</sub>	N <sub>30</sub>		N <sub>1</sub>	N <sub>30</sub>	
Hồng cầu (T/l)	4,39 ± 0,66	4,18 ± 0,51	> 0,05	4,56 ± 0,61	4,49 ± 0,71	> 0,05
Hemoglobin (g/l)	131,09 ± 14,69	132,66 ± 15,87	> 0,05	135,56 ± 13,87	133,77 ± 15,45	> 0,05
Bạch cầu (G/l)	7,75 ± 3,07	8,13 ± 2,78	> 0,05	8,08 ± 2,61	7,78 ± 2,34	> 0,05
Tiểu cầu (G/l)	342,45 ± 60,69	351,71 ± 57,89	> 0,05	347,91 ± 55,28	350,76 ± 57,78	> 0,05

*Nhận xét:* Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và hàm lượng hemoglobin trước và sau điều trị của hai nhóm bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.19. Sự thay đổi các chỉ số sinh hoá trước và sau điều trị**

Nhóm Chỉ số	Nhóm NC (n=30)			Nhóm ĐC (n=30)		
	( $\bar{X} \pm SD$ )		p	( $\bar{X} \pm SD$ )		P
	N <sub>1</sub>	N <sub>30</sub>		N <sub>1</sub>	N <sub>30</sub>	
Ure (mmol/l)	6,11 ± 1,44	6,71 ± 1,65	> 0,05	5,36 ± 1,34	5,51 ± 1,45	> 0,05
Creatinin ( $\mu$ mol/l)	60,83 ± 15,21	59,00 ± 17,30	> 0,05	61,32 ± 18,36	58,56 ± 16,95	> 0,05
AST (U/l-37 <sup>0</sup> C)	35,09 ± 11,26	36,14 ± 11,69	> 0,05	32,34 ± 13,32	33,16 ± 12,56	> 0,05
ALT (U/l-37 <sup>0</sup> C)	31,09 ± 8,44	32,41 ± 8,91	> 0,05	33,86 ± 7,96	34,11 ± 8,21	> 0,05

*Nhận xét:* Chỉ số ure, creatinin và AST, ALT trước và sau điều trị của cả hai nhóm bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.20. Sự thay đổi chỉ số huyết áp trung bình hai nhóm bệnh nhân trước và sau điều trị**

Nhóm Thời gian	Nhóm NC (1)		p	Nhóm chứng (2)		p
	$\bar{X} \pm SD$ (mmHg)			$\bar{X} \pm SD$ (mmHg)		
	Trước can thiệp	Sau can thiệp		Trước can thiệp	Sau can thiệp	
<b>N0</b>	87,1 ± 6,7	86,7 ± 5,9	> 0,05	87,4 ± 6,3	87,2 ± 6,4	> 0,05
<b>N15</b>	86,6 ± 5,3	86,6 ± 5,8	> 0,05	86,2 ± 6,4	87,9 ± 6,8	> 0,05
<b>N30</b>	86,7 ± 5,6	85,7 ± 5,8	> 0,05	86,3 ± 4,8	85,5 ± 5,3	> 0,05

*Nhận xét:* Chỉ số huyết áp trung bình trước và sau điều trị của hai nhóm bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.21. Sự thay đổi chỉ số mạch trung bình hai nhóm bệnh nhân trước và sau điều trị.**

Nhóm Thời gian	Nhóm NC (1)		p	Nhóm chứng (2)		p
	$\bar{X} \pm SD$ (l/p)			$\bar{X} \pm SD$ (l/p)		
	Trước can thiệp	Sau can thiệp		Trước can thiệp	Sau can thiệp	
<b>N0</b>	75,5 ± 6,2	76,2 ± 7,2	> 0,05	75,6 ± 7,2	76,1 ± 6,3	> 0,05
<b>N15</b>	74,7 ± 6,4	75,3 ± 7,3	> 0,05	76,3 ± 6,2	75,8 ± 6,6	> 0,05
<b>N30</b>	75,3 ± 6,7	75,7 ± 6,6	> 0,05	75,8 ± 6,1	76,4 ± 5,3	> 0,05

*Nhận xét:* Chỉ số mạch trung bình trước và sau điều trị của hai nhóm bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**3.2.2. Tác dụng không mong muốn của điện châm.**

Dị ứng, mẫn ngứa	0
Chảy máu	0
Gãy kim	0
Nhiễm trùng	0
Buồn nôn, nôn	0
Vụng châm	0

Trên lâm sàng, phương pháp nghiên cứu của chúng tôi không thấy các tác dụng không mong muốn nào như: dị ứng mẫn ngứa, vụng châm, chảy máu, gãy kim, dị ứng mẫn ngứa, nhiễm trùng vết châm, buồn nôn, nôn.

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

TBMMN là bệnh lý phổ biến của hệ thần kinh trung ương, và là nguyên nhân quan trọng chiếm vị trí hàng đầu gây tử vong và tàn tật phổ biến ở mọi quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam.

Theo Neil F.Gordon (2004), chỉ có khoảng 14% BN TBMMN sống sót có khả năng phục hồi hoàn toàn, 25 – 50% cần một số hỗ trợ trong sinh hoạt hàng ngày và gần 50% để lại di chứng nặng nề như tàn tật suốt đời [43]. Trong TBMMN, NMN chiếm đa số với tỷ lệ 80-85%. Ngày nay, nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật vượt bậc trong chẩn đoán sớm và phương tiện hồi sức cấp cứu, cùng các biện pháp can thiệp sớm trong những giờ đầu đột quy, tỷ lệ tử vong do NMN giảm, đồng nghĩa với tỷ lệ sống sót và tàn tật tăng cao, để lại gánh nặng rất lớn cho gia đình và xã hội.

Phục hồi chức năng cho BN TBMMN ngày càng được chú trọng nhằm giảm thiểu tối đa di chứng và giúp BN tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày, quan trọng hơn là tái hòa nhập xã hội, nâng cao chất lượng cuộc sống. Nếu như trước đây các nhà khoa học chỉ tập trung PHCN vận động thì ngày nay phục hồi chức năng nhận thức cao cấp ngày càng được quan tâm hơn. Trong đó, tình trạng thất ngôn là một “rối loạn về quá trình ngôn ngữ trung ương” thường gặp nhất sau tai biến NMN, đồng thời là nguyên nhân âm thầm gây cản trở về mặt hội nhập xã hội cũng như về chất lượng cuộc sống của BN sau tai biến [2], [43], [44].

BN trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán NMN sau giai đoạn cấp theo các tiêu chuẩn của YHHĐ và YHCT và phát hiện có tình trạng thất ngôn khi thực hiện bộ trắc nghiệm BDEA (phụ lục 3). Qua nghiên cứu 60 BN thất ngôn do tai biến NMN sử dụng phác đồ điện châm các huyệt vùng đầu

kết hợp phác đồ nền YHHĐ, và YHCT chúng tôi xin phép trình bày một số ý kiến bàn luận sau:

#### **4.1. Đặc điểm chung về mẫu nghiên cứu**

##### **4.1.1. Tuổi, giới**

- **Tuổi:**

Tuổi của BN thất ngôn do NMN trong nghiên cứu được lấy từ 20 tuổi đến 80 tuổi – đó là độ tuổi được đánh giá tương đối ổn định về ngôn ngữ và trí tuệ. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy thất ngôn do NMN gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, tuổi thấp nhất là 39, tuổi cao nhất là 88 tuổi.

Bảng 3.1 cho thấy lứa tuổi trung bình của BN là:  $64,8 \pm 14,1$  (tuổi); không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình mắc bệnh giữa hai nhóm. Bệnh có xu hướng tăng dần theo lứa tuổi, nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là nhóm tuổi trên 70 tuổi chiếm 43,33%.

Một số kết quả của các tác giả trong và ngoài nước:

Theo Hall MJ, Levant S, DeFrances CJ (2012), 34% BN TBMMN điều trị tại bệnh viện dưới 65 tuổi, và tỷ lệ BN trên 65 tuổi là 66% [45].

Như vậy, tình trạng thất ngôn có thể gặp ở mọi độ tuổi sau tai biến. Tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi trên 70 tuổi. Theo số liệu của Hiệp hội thần kinh Mỹ, ước tính trên 50% xảy ra ở tuổi trên 70 [2] – tương tự so với tỷ lệ 43,33% trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này giải thích nguyên nhân là do tuổi thọ của người Việt Nam đang có xu hướng tăng lên, năm 2016 tuổi thọ trung bình người Việt Nam đạt 76,25 tuổi tương đương với các quốc gia phát triển khác như Mỹ 78,69 tuổi, Trung Quốc 76,25 tuổi [46]. Tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng, lại mắc nhiều bệnh, có nhiều yếu tố nguy cơ, do đó tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi bị TBMMN ngày càng cao.

- **Giới:**

Theo bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân theo giới: Nam chiếm 53,33%, nữ chiếm 46,67, tỷ lệ nam/nữ: 1,14/1. không có sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm với  $p > 0,05$ .

Theo Hoàng Diệp (2005), tỷ lệ nam/nữ bị thất ngôn do NMN là 1/1 [2].

Lương Thúy Hiền (2008) nghiên cứu 4804 BN TBMMN, tỷ lệ nam/nữ là 1,84 [47].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Cho thấy tỷ lệ TBMMN và thất ngôn trên bệnh nhân sau TBMMN giữa nam và nữ là tương đương.

#### **4.1.2. Bên liệt và tính thuận tay**

Theo bảng 3.3 và 3.4 cho thấy:

Tỷ lệ bệnh nhân thuận tay phải chiếm 88,3%, bệnh nhân thuận tay trái chiếm 11,7%. Tỷ lệ bệnh nhân liệt vận động bên trái chiếm 50%.

Tỷ lệ bệnh nhân liệt vận động bên phải chiếm 48,3%, tỷ lệ bệnh nhân liệt cả hai bên chiếm 1,7%, tỷ lệ bệnh nhân có tay thuận và bên liệt trùng nhau chiếm 80%.

Theo Leticia (2002), 96% BN thuận tay phải, trong đó 89% có tổn thương vùng bán cầu đại não trái và biểu hiện liệt nửa người phải [48].

Theo Hoàng Diệp (2005), 82,9% BN thuận tay phải, 17,1% BN thuận tay trái, 100% BN có bên liệt và bên thuận tay trùng nhau [2].

Theo Nguyễn Thanh Hồng và Nguyễn Thi Hùng (2009), 93,4% thuận tay phải, 6% thuận tay trái [12].

Theo Nguyễn Minh Trang (2012), 85% BN thuận tay phải, 15% BN thuận tay trái, 100% BN có bên liệt và bên thuận tay trùng nhau [44].

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả với tỷ lệ người thuận tay phải chiếm đa số và bệnh nhân liệt bên phải chiếm tỷ lệ cao nhất.



Hai bán cầu đại não nằm đối xứng nhau nhưng mỗi bên lại có cấu trúc giải phẫu, hóa học và sinh lý riêng biệt. Từ 1865, P. Broca đã xác định vị trí của ngôn ngữ cấu âm nằm ở bán cầu não trái. Bán cầu này gọi là bán cầu “trội” – tổn thương ở đây sẽ gây rối loạn ngôn ngữ, còn tổn thương bán cầu phải “phụ thuộc” không gây rối loạn ngôn ngữ hoặc rối loạn ngôn ngữ không đáng kể. Ngoài ra, bán cầu trái có liên quan nhiều đến chức năng cảm nhận thân thể và vận động của nửa người bên phải và ngược lại [2], [44]. Đối lập với quan điểm trước đây, tác giả Knecht S. và cộng sự (2000) cho rằng bán cầu não trái chiếm ưu thế trong ngôn ngữ và bán cầu ưu thế ngôn ngữ ở bên phải xuất hiện ở 4% những người thuận tay phải, 15% những người thuận hai tay và 27% những người thuận tay trái [49]. Theo Szaflarski JP và cộng sự (2012), ở những người thuận tay trái, 85% có vùng chức năng ngôn ngữ ở bên trái, 11% có vùng chức năng ngôn ngữ ở hai bên và 4% có vùng chức năng ngôn ngữ ở bên phải [50]. Điều này giải thích trong nghiên cứu của chúng tôi 80% BN có bên liệt và bên tay thuận trùng nhau.

#### **4.1.3. Thời gian bị bệnh**

Qua bảng 3.5, kết quả cho thấy:

100% BN được điều trị sớm dưới 3 tháng, trong đó nhóm BN được điều trị sớm dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao (78,3%).

Thời điểm từ 2 tuần đến 4 tuần sau khi xảy ra tai biến là thời điểm đầu tiên tốt nhất để chẩn đoán thất ngôn [47] và đóng vai trò quan trọng trong việc PHCN ngôn ngữ sớm, giúp BN có cơ hội được phục hồi tối đa khả năng ngôn ngữ - giao tiếp.

Thời điểm dưới 3 tháng được cho là thời gian tốt nhất để điều trị PHCN vận động và ngôn ngữ. Theo Pederson PM và cộng sự (2004), 50% BN tiếp tục thất ngôn sau 6 tháng mắc bệnh [51].

Mặt khác, theo Oider (1998) thất ngôn mức độ nặng thường dễ phát hiện trên lâm sàng, có thể tự hồi phục hoặc hồi phục chậm ngay cả khi điều trị ngôn ngữ sớm. Ngược lại, thất ngôn mức độ nhẹ thường khó phát hiện, khó tự phục hồi và có thể chuyển sang dạng nặng, song nếu được điều trị sớm thì khả năng phục hồi lại rất cao [44].

Như vậy, tất cả BN nghiên cứu của chúng tôi đều được phát hiện sớm thất ngôn là yếu tố tiên lượng rất tốt cho hiệu quả điều trị.

#### ***4.1.4. Mức độ bệnh theo thang điểm Orgogozo và mức độ thất ngôn.***

Theo bảng 3.6 và 3,7 cho thấy:

Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Orgogozo ở độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,7%. Thất ngôn độ 2 (thất ngôn nặng) chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,3%.

Hoàng Diệp (2005) nghiên cứu BN thất ngôn do NMN cho thấy tỷ lệ thất ngôn nặng là 48,6%; thất ngôn độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất [2].

Nguyễn Minh Trang (2012) nghiên cứu BN thất ngôn do NMN cho thấy tỷ lệ thất ngôn nặng chiếm 26,7%, thất ngôn độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất [44].

Trần Thị Tiến (2012) nghiên cứu BN thất ngôn Broca và thất ngôn liên vỏ vận động do NMN thấy tỷ lệ thất ngôn nặng 68,9%; thất ngôn độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất [52].

Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của tác giả Trần Thị Tiến (2012), tỷ lệ bệnh nhân thất ngôn nặng độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này có thể giải thích là do địa điểm nghiên cứu chúng tôi tại khoa YHCT Bệnh viện Bạch Mai – là Bệnh viện tuyến cuối, do đó tỷ lệ bệnh nhân nặng cao hơn so với các bệnh viện khác trong các nghiên cứu.

#### ***4.1.5. Các thể thất ngôn.***

Theo bảng 3.8 cho thấy thất ngôn dạng Broca chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,3%, dạng thất ngôn quên từ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5%, dạng thất ngôn

không lưu loát chiếm 68,3%, dạng thất ngôn lưu loát chiếm 32,7%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ các dạng thất ngôn ở hai nhóm bệnh nhân với  $p > 0,05$ .

Pederson PM và cộng sự (2004) nghiên cứu 270 BN phát hiện thất ngôn không lưu loát chiếm 55% cao hơn thất ngôn lưu loát là 45% [51].

Hoàng Diệp (2005) nghiên cứu 35 BN cho thấy thất ngôn không lưu loát chiếm 54,3%, cao hơn thất ngôn lưu loát là 45,71% [2].

Nguyễn Thanh Hồng và Nguyễn Thi Hùng (2009) đánh giá 61 BN, trong đó, thất ngôn không lưu loát chiếm 77,1% cao hơn thất ngôn không lưu loát là 22,9% [12].

Nguyễn Minh Trang (2012) nghiên cứu 60 BN cho thấy thất ngôn không lưu loát chiếm 75% cao hơn thất ngôn lưu loát là 25% [44].

Tỷ lệ của hai dạng thất ngôn chính này đã được nhiều tác giả đề cập trong nghiên cứu, kết quả cũng dao động khác nhau song tỷ lệ thất ngôn không lưu loát vẫn luôn cao hơn tỷ lệ thất ngôn lưu loát. Giải thích điều này các nhà khoa học đều cho rằng do chưa có sự thống nhất trong chẩn đoán; các trắc nghiệm ngôn ngữ để chẩn đoán và phân biệt các dạng thể thất ngôn ở các nước nói tiếng Anh cũng có tới hàng chục trắc nghiệm với ưu nhược điểm khác nhau. Điều này dẫn tới sự khác biệt trong cách sử dụng thuật ngữ, kết quả chẩn đoán và mức độ thất ngôn.

Mặt khác, tác giả Pederson cho rằng tỷ lệ phân dạng thất ngôn sẽ thay đổi tùy thuộc thời điểm đánh giá, dạng thất ngôn không lưu loát nặng sẽ có khuynh hướng hồi phục chuyển sang dạng thất ngôn lưu loát nhẹ (như thất ngôn toàn bộ chuyển thành thất ngôn Wernicke, thất ngôn Broca chuyển thành thất ngôn quên từ) [51]. Vì vậy, nhiều tác giả đã ủng hộ quan niệm loại thất ngôn không lưu loát có khả năng phục hồi và hội nhập xã hội tốt hơn loại thất ngôn lưu loát.

## 4.2. Kết quả nghiên cứu lâm sàng

### 4.2.1. Kết quả phục hồi chức năng ngôn ngữ theo thang điểm Goodglass và Kaplan (1984).

Chúng tôi đã sử dụng trắc nghiệm BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) được cải biên sang tiếng Việt của phòng NNTL - TT Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai để khám và phát hiện thất ngôn cho các BN NMN vùng bán cầu sau giai đoạn cấp. Sau khi chẩn đoán thất ngôn, chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá mức độ giao tiếp của Goodglass & Kaplan (1984) để đánh giá mức độ thất ngôn. Đây là thang điểm còn đơn giản và chưa chuyên sâu dưới sự nhìn nhận của các nhà ngôn ngữ học nhưng NC này mới chỉ là bước đầu của chuyên ngành YHCT Việt Nam nghiên cứu điều trị thất ngôn do TBMMN.

Bảng 3.13, 3.14 và 3.15 cho thấy:

Trước điều trị, nhóm BN nghiên cứu đều có độ thất ngôn nặng, 73,3% BN ở độ 2, 26,7% ở độ 3 với điểm trung bình độ thất ngôn là  $2,27 \pm 0,45$ . Nhóm bệnh nhân đối chứng có 83,3% BN độ 2, 16,7% độ 3 với điểm trung bình độ thất ngôn là  $2,17 \pm 0,38$ , sự khác biệt ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 30 ngày, ở nhóm NC 86,7% BN có cải thiện độ thất ngôn (20% loại tốt; 66,7% loại khá); điểm trung bình độ thất ngôn là  $3,33 \pm 0,66$ ; mức chênh lệch điểm độ thất ngôn là  $1,07 \pm 0,58$ . Ở nhóm ĐC, tỷ lệ BN cải thiện độ thất ngôn thấp hơn nhóm NC với 56,6% (3,3% loại tốt, 53,3% loại khá), điểm trung bình độ thất ngôn là  $2,77 \pm 0,57$ ; mức chênh lệch thấp hơn so với nhóm NC với chỉ  $0,60 \pm 0,56$  điểm. Sự khác biệt ở hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Dương Trọng Nghĩa và các cộng sự (2014) đã đưa ra ứng dụng đầu châm trong điều trị tai biến mạch máu não và đã thu được kết quả 83,33% khá, 16,67% trung bình, không có kết quả tốt và kém [26].

Trần Lệ, Tôn Trung Nhân (2014) “Nghiên cứu phương pháp đầu châm điều trị tai biến mạch não” Đại học Trung Y Dược, học viện châm cứu, xoa bóp Hắc Long Giang, Harbin Trung Quốc. Hiệu quả điều trị đầu châm kết hợp thể châm đạt 87,18% so với nhóm chứng chỉ dùng phương pháp thể châm là 75,36% [35].

Kết quả của nghiên cứu và các tác giả khác cho ta thấy nhóm bệnh nhân được can thiệp châm cứu các huyết vùng đầu kết hợp thể châm có mức độ phục hồi ngôn ngữ tốt hơn so với nhóm bệnh nhân chỉ can thiệp thể châm. Có thể giải thích có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân này là ở nhóm bệnh nhân NC được can thiệp châm cứu các huyết vùng đầu vào các vùng ngôn ngữ trên da đầu, dựa vào lý luận thần kinh của YHHĐ, trên cơ sở sự tương ứng giữa các bộ phận da đầu và các vùng chức năng ở vỏ não. Châm các bộ phận da đầu tương ứng với các vùng chức năng ở vỏ não làm cho tế bào vỏ não bị kích thích phát sinh tác dụng phóng ra các xung động dẫn truyền tới cơ thể hoặc cơ quan nội tạng do vỏ não chi phối. Từ đó các bộ phận bị ức chế hoặc tổn hại khôi phục được công năng sinh lý bình thường [26].

#### ***4.2.2 Các yếu tố liên quan tới tiến triển độ thất ngôn.***

- ***Tuổi.***

Bảng 3.16 cho thấy:

Nhóm NC: tỷ lệ BN thất ngôn 20-59 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 100%, tỷ lệ BN thất ngôn 60-69 tuổi là 87,5%, tỷ lệ BN thất ngôn trên 70 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 69,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

Nhóm ĐC: tỷ lệ BN thất ngôn 20-59 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 71,4%, tỷ lệ BN thất ngôn 60-69 tuổi là 62,5%, tỷ lệ BN thất ngôn trên 70 tuổi cải thiện độ thất ngôn là 40,0%. Sự khác biệt giữa có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

Ở cả hai nhóm bệnh nhân tỉ lệ bệnh nhân cải thiện cao nhất ở nhóm 20 - 59, cao thứ 2 ở nhóm 60-69, thấp nhất ở nhóm trên 70 tuổi. Như vậy có thể thấy nhóm tuổi càng cao thì khả năng cải thiện độ thất ngôn càng giảm và ngược lại.

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của tác giả Trần Thị Tiến nghiên cứu thất ngôn do NMN [52], Lê Văn Hải [4], Đào Hữu Minh [5].

Tác giả Dickey L, Kagan A, Lindsay LP (2010) nghiên cứu 3000 BN thất ngôn do đột quỵ cũng cho thấy kết quả nhóm BN lớn tuổi có khiếm khuyết thần kinh nghiêm trọng hơn, cần phục hồi chức năng lâu hơn [53].

Đa số các tác giả cho rằng tuổi càng cao khả năng phục hồi sẽ càng chậm, do đặc điểm sinh lý cơ thể tuổi già, khả năng bù trừ chức năng thần kinh giảm sút so với tuổi trẻ [60].

- **Thời gian mắc bệnh.**

Bảng 3.17 cho thấy:

Nhóm NC: BN mắc bệnh dưới 1 tháng cải thiện là 88,5% cao hơn nhóm BN mắc bệnh 1 – 3 tháng (75,0%); sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Nhóm ĐC: BN mắc bệnh dưới 1 tháng cải thiện là 57,2% cao hơn nhóm BN mắc bệnh 1 – 3 tháng (55,6%); sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở cả hai nhóm bệnh nhân tỷ lệ cải thiện độ thất ngôn ở nhóm mắc bệnh dưới 1 tháng đều cao hơn so với nhóm mắc bệnh từ 1 đến 3 tháng. Kết quả trên cho thấy rằng điều trị trên nhóm bệnh nhân mắc bệnh thời gian ngắn hơn cho kết quả cải thiện độ thất ngôn tốt hơn và ngược lại.

Kết quả chúng tôi thu được cũng phù hợp với kết quả của tác giả Trần Thị Tiến [52] và Đặng Viết Thu [55] đều cho rằng thời gian mắc bệnh càng lâu thì quá trình hồi phục càng chậm và ngược lại thời gian mắc bệnh đến điều trị càng sớm thì sự hồi phục càng nhanh.

Nghiên cứu của các tác giả Saur và cộng sự (2006 và 2010), Hillis AE (2007), Lazar và Antonello (2008) cho rằng sự thay đổi của não thích nghi thúc đẩy phục hồi ngôn ngữ sau tai biến xảy ra không hoàn toàn trong giai đoạn cấp tính và bán cấp mà còn có thể ở giai đoạn mạn tính [56], [57], [58], [59].

Tác giả Stark JA. (2010) và Berthier M.L. (2011) cho rằng sự phục hồi ngôn ngữ có thể xảy ra sau một năm TBMMN [60], [61].

#### **4.2.3. Phục hồi chức năng theo thang điểm Orgogozo (1986)**

Qua biểu đồ 3.1, bảng 3.11 và 3.12 cho ta thấy:

Trước điều trị, nhóm cả hai nhóm đều có khiếm khuyết thần kinh nặng, nhóm nghiên cứu có 50% BN ở độ IV, 33% ở độ III và 16,7% ở độ II với điểm trung bình Orgogozo là  $46,83 \pm 14,29$ . Nhóm bệnh nhân đối chứng có 63% BN độ IV, 26,7% độ III và 10% độ II với điểm trung bình Orgogozo là  $44,00 \pm 15,89$ , không có sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm trước điều trị với  $p > 0,05$

Sau 30 ngày, ở nhóm NC có 93,3% BN có cải thiện độ Orgogozo (43,3% loại tốt; 50,0% loại khá); điểm trung bình Orgogozo là  $75,00 \pm 9,10$ ; mức chênh lệch điểm Orgogozo là  $28,17 \pm 9,33$ . Ở nhóm ĐC, tỷ lệ BN cải thiện độ Orgogozo cũng là 93,3% (46,7% loại tốt, 46,7% loại khá), điểm trung bình Orgogozo là  $72,50 \pm 11,56$ ; mức chênh lệch điểm Orgogozo là  $28,50 \pm 12,12$ . Sự khác biệt ở hai nhóm đều không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

So sánh với kết quả điều trị của các nghiên cứu khác:

Vũ Thị Hải Yến (2010) với đề tài “Tác dụng phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não bằng thể châm, thuốc YHCT kết hợp đầu châm”. Kết quả tốt 43,3%, khá 53,4%, kém 3,3% [42].

Nguyễn Bá Anh (2008) nghiên cứu BN NMN, nhóm điện châm sau 30 ngày điều trị có 85,7% cải thiện độ Orgogozo (tốt: 48,6%, khá: 37,1%); điểm

Orgogoro trung bình sau điều trị là  $74,29 \pm 10,99$ ; mức chênh lệch điểm Orgogoro trước và sau điều trị là  $30,00 \pm 10,07$ ; với  $p < 0,01$  [62].

Nguyễn Minh Trang (2012) nghiên cứu BN thất ngôn do NMN, nhóm điện châm sau 30 ngày điều trị, 83,3% BN có cải thiện độ Orgogozo (36,7% loại A, 46,6% loại B), điểm trung bình Orgogozo tăng từ  $46,33 \pm 3,68$  lên  $72,67 \pm 3,70$ ; chênh lệch điểm Orgogozo là  $26,33 \pm 2,89$  với  $p < 0,05$  [44].

Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của các tác giả Vũ Thị Hải Yến (2010).

Như vậy ở cả hai nhóm tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện khiếm khuyết thần kinh đều ở mức cao trên 90%, điều này có thể được giải thích là do ở cả hai nhóm bệnh nhân đều được điều trị một cách toàn diện bao gồm thể châm công thức huyết tai biến mạch não, sử dụng thuốc theo phác đồ điều trị bệnh nhân tai biến mạch máu não của khoa YHTC bệnh viện Bạch Mai kết hợp đông tây y mang lại hiệu quả cải thiện tốt chức năng thần kinh cho bệnh nhân nhồi máu não ngay sau giai đoạn cấp, không những thế thời điểm chọn bệnh nhân trong giai đoạn ngay sau giai đoạn cấp, là thời gian phục hồi nhanh nhất của bệnh nhân tai biến mạch máu não.

#### **4.2.4. Đánh giá kết quả biến đổi mạch và huyết áp**

Bảng 3.20, 3.21 cho thấy: Chỉ số mạch, huyết áp trung bình trước và sau điều trị của cả hai nhóm bệnh nhân ở giá trị bình thường., sự khác biệt không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ .

Tăng huyết áp là nguy cơ cao dẫn tới TBMMN nói chung và xuất huyết não nói riêng. Kết quả đánh giá mạch, huyết áp trước và sau điều trị cho thấy phương pháp điều trị không làm thay đổi mạch, huyết áp của bệnh nhân.

### **4.3. Bàn luận về kỹ thuật châm, phác đồ huyết.**

Tại Trung Quốc, điện châm đã được sử dụng từ rất sớm và phổ biến trong điều trị các di chứng về rối loạn ngôn ngữ do TBMMN. Ba phương pháp



thường dùng là: Thê châm (sử dụng kim châm kích thích các huyết toàn thân); Đầu châm (kích thích định khu đặc biệt của da đầu để kích thích lên chức năng hoạt động của vỏ não; thiết châm (kích thích hệ thống kinh lạc của lưỡi) [35].

Lý Trí dùng phương pháp kết hợp thê châm và đầu châm để điều trị cho 30 trường hợp, thấy hiệu quả 93,33%. Điền Nghinh Xuân lấy đầu châm là chủ yếu điều trị trong 30 ngày, tỷ lệ có hiệu quả 88%. Hán Bảo kích thích khu ngôn ngữ ở đầu và điện châm 52 trường hợp, thấy hiệu quả 96,15%. Mã Kiến Bình Đăng lấy huyết ở lưỡi làm chủ (thiết châm) điều trị cho 46 BN, có hiệu quả 80,4%.

Đào Văn Minh và Triệu Kim Sinh (2004) sử dụng đầu châm và thiết châm điều trị cho 45 BN thất ngôn do TBMMN cho kết quả 76,93% [5].

Các kết quả của các nghiên cứu trên đây có sự khác nhau khá lớn, theo chúng tôi cho rằng do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau và sử dụng các thang điểm khác nhau để đánh giá mức độ thất ngôn.

Để so sánh được các kết quả này chúng ta cần 1 tiêu chuẩn và 1 thang điểm thống nhất để chẩn đoán và đánh giá. Tuy nhiên, ở thời điểm hiện tại, chưa có 1 quy ước chung cho chuyên ngành ngôn ngữ trị liệu ở tất cả các quốc gia. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi mới dừng lại ở bước đầu khám phá về thất ngôn theo phương diện YHCT Việt Nam.

Đi sâu hơn nữa về vấn đề này, chúng ta cần các nghiên cứu mở rộng và sâu hơn nữa về chuyên ngành phục hồi chức năng nói chung và ngôn ngữ trị liệu nói riêng.

Phác đồ huyết sử dụng trong nghiên cứu được xây dựng dựa trên cơ sở khoa học của cơ chế tác dụng chữa bệnh bằng phương pháp châm cứu theo học thuyết thần kinh của YHHĐ và các học thuyết YHCT [15]. Ở Việt Nam, Hoàng Bảo Châu, Phạm Duy Nhạc và các cộng sự của mình (2000) đã giải thích cơ chế tác dụng chữa bệnh bằng phương pháp châm cứu dựa vào hai

quan niệm: Học thuyết thần kinh của Vogralic và Kassin và học thuyết kinh lạc của Y học cổ truyền [15], [63]. Học thuyết thần kinh được xây dựng trên cơ sở hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski. Theo nguyên lý của hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Trong cùng một thời gian ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương, có hai luồng xung động của hai kích thích đưa tới, kích thích nào có luồng xung động mạnh hơn và liên tục hơn sẽ kéo các xung động của kích thích kia về nó và tiến tới dập tắt kích thích kia [15], [63].

• **Phương pháp châm cứu các huyết vùng đầu:**

- Phương pháp châm cứu các huyết vùng đầu là một phương pháp mới kết hợp giữa lý luận của từng vùng não của YHHĐ với phương pháp châm của YHCT. Do bác sĩ Tiêu Thuận Phát giới thiệu lần đầu tiên trong ‘Chinesse Med. J 1977, 3, 5, 325 – 328) với tựa đề: ‘Đầu Châm Trị Não Bệnh’. Công trình nghiên cứu về Đầu Châm được khởi bắt đầu từ năm 1971 tại bệnh viện Tây An, Trung Quốc. Dựa theo nguyên tắc: Bệnh ở trong phát ra bên ngoài. Các bệnh phát ra từ não thường biểu hiện ra các loại rối loạn chức năng của tế bào vỏ não hoặc do đường dẫn truyền chi phối vận động cảm giác và các chức năng khác của cơ thể hoặc các cơ quan nội tạng khác bị tổn thương gây nên. Châm cứu các huyết vùng đầu (Đầu châm) tương ứng với các vùng chức năng ở vỏ não sẽ tạo ra kích thích phóng ra các xung động dẫn truyền đến cơ thể hoặc cơ quan nội tạng có liên hệ với vỏ não, giúp điều chỉnh được các rối loạn.

○ **Huyết châm cứu vùng đầu:**

Trong YHCT, theo lý thuyết của hệ kinh mạch thì "Đầu là nơi hội của các (12) kinh Dương". Mạch Đốc thống suất các đường kinh dương. mạch Nhâm quản lý các đường kinh âm. hai mạch này đều đi qua vùng đầu mặt, vì thế đầu và toàn thân có quan hệ với nhau. Thiên "Mạch Yếu Tinh Vi Luận (Tổ Vấn 18) ghi: "Đầu giả, tinh minh chi phủ", được Trương Trọng Cảnh chú giải là " Tinh khí tạng phủ đi lên đầu". Theo YHCT thì "Não là phủ (nơi ở)

của nguyên thần", ám chỉ rằng hoạt động tinh thần của con người có cơ sở vật chất là não. Sách "Thiên Kim Phương" viết: "Người ta có trí nhớ là nhờ vào não", điều này cho thấy tầm quan trọng của não đối với hoạt động tinh thần, đối với thất tình (Hỷ, nộ, ưu, tư, bi, kinh, khủng). Theo YHCT, thất tình là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây nên bệnh nội thương: Mừng quá làm hại Tâm, giận quá hại Can...Đối với học thuyết "Phủ kỳ hằng: não là bể của tủy, thận là gốc của tiên thiên, có chức năng làm chủ xương, sản sinh ra tủy (Thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy nuôi xương). Sự liên hệ giữa não và tủy là mối quan hệ giữa não và thận. Về mặt điều trị, điều chỉnh não có tác dụng trực tiếp hoặc gián tiếp điều chỉnh thận và ngược lại, điều chỉnh thận cũng có tác dụng đối với não. Thận có Thận thủy và Thận hỏa. Thận hỏa là nguồn gốc của mọi hoạt động dương tính của các nội tạng trong cơ thể. Thận thủy là nguồn gốc mọi thể chất âm tính của các cơ quan nội tạng trong cơ thể. Như vậy từ tầm quan trọng của quan hệ giữa Thận và não có thể thấy sự quan trọng của quan hệ giữa Thận và đầu, do đó, tầm quan trọng về sinh lý, bệnh lý và điều trị của thận về cơ bản cũng là tầm quan trọng của đầu.

- Để điều trị tốt châm cứu các huyết vùng đầu, cần nắm vững các vùng (khu) kích thích ở đầu tương ứng với các vùng của cơ thể.

- Để xác định các khu kích thích của châm cứu các huyết vùng đầu, có thể dựa vào các tuyến tiêu chuẩn:

+ Tuyến Chính Giữa: Vạch một đường nối khoảng giữa hai đầu lông mày (huyết Ấn đường) qua đỉnh đầu đến chính giữa đỉnh lồi ngoài cằm.

+ Tuyến Lông Mày - Cằm: Vạch một đường nối trung điểm bờ trên lông mày, qua tóc mai, qua sau vành tai đến đỉnh lồi ngoài cằm.

- Khu huyết vùng ngôn ngữ:

+ Khu ngôn ngữ 1: Tại điểm 2/5 dưới của Khu Vận Động Mặt (2/3).

Điều trị không đọc được chữ (mù chữ), khó nói.

+ Khu ngôn ngữ 2: Từ mỏm (ụ) xương đỉnh, gạch một đường song song với đường chính giữa. Từ mỏm này lui về phía sau 2cm, gạch một đường dài 3cm (hướng xuống phía sau) là Khu Ngôn Ngữ 2. Điều trị không hiệu được lời nói.

+ Khu ngôn ngữ 3: Từ trung điểm Khu Chóng Mặt - Nghe, kẻ một đường ngang lui về phía sau dài 4cm, nằm ngang phía trên tai, (chung với Khu Chóng Mặt - Nghe khoảng 2cm). Điều trị câm.

Vận dụng lý luận của YHCT trong điều trị bệnh nhằm mục đích điều hòa cân bằng âm dương, thông kinh lạc tại vùng bị bệnh theo nguyên tắc: “kinh lạc sở quá, chủ trị sở cập” tức là kinh lạc đi qua vùng nào bị bệnh thì chọn huyết vùng đó. Ngoài ra còn sử dụng các huyết bổ tả toàn thân nhằm cân bằng âm dương tạng phủ. Từ đó chọn các huyết tại chỗ vùng bị bệnh và các huyết trên các kinh: Can, Đờm, Tỳ, Vị, Tâm, Thận, 2 mạch Nhâm, Đốc. Dựa vào những nguyên tắc trên, chúng tôi đưa ra phác đồ huyết như sau:

- **Thể âm:**

- **Nhóm huyết tại chỗ:**

Nhóm huyết liên quan tới lưỡi gồm Thượng liên tuyền, Ngoại kim tâm, Ngoại ngọc dịch, có tác động vào gốc lưỡi nhằm thông kinh hoạt lạc vùng này, làm lưỡi mềm, không bị rụt và cử động linh hoạt nói năng dễ dàng hơn. Nhóm huyết này đã được nhiều tác giả nghiên cứu và áp dụng trong điều trị lâm sàng [52], [64].

Nhóm huyết tác động đến những cơ vùng hầu họng gồm Nhân nghinh, Thủy đột, Khí xá nhằm thông kinh hoạt lạc kích thích các cơ và thần kinh vùng hầu họng, kích thích phát âm. Hơn nữa những huyết này lại nằm trên kinh Túc Dương minh Vị là kinh biểu lý với kinh Túc Thái âm Tỳ là căn bản của hậu thiên, là nguồn gốc sinh huyết dịch để nuôi dưỡng Tâm kinh, Tâm khai khiếu tại thiệt giúp cho lưỡi được linh hoạt [52], [63].

○ **Nhóm huyết toàn thân:**

Huyết Bách hội có tác dụng khai khiếu tinh thần, làm cho thần chí tỉnh táo, nói năng lưu loát. Huyết Phong trì có tác dụng trừ phong, thuộc kinh túc thiếu dương đờm có quan hệ biểu lý với kinh can, can chủ huyết hỗ trợ Tâm. Huyết Hợp cốc vừa có tác dụng trừ phong, vừa có tác dụng chữa bệnh vùng đầu, mặt, cổ, lại nằm trên kinh Thủ dương minh Đại trường có tác dụng biểu lý với Phế kinh, Phế chủ khí, Phế khí tốt thì tiếng nói sang sảng, Phế khí yếu thì tiếng nói thều thào, yếu ớt. Huyết Nội quan là huyết nằm trên kinh Thủ quyết âm Tâm bào, mà Tâm bào là khung thành bảo vệ cho Tâm, huyết Âm kích, Thần môn là huyết nằm trên kinh thủ thiếu âm tâm. Khi Tâm bị bệnh thì trước đó Tâm bào cũng bị bệnh, Tâm khai khiếu tại thiệt, nên khi Tâm khí bị rối loạn, lưỡi của người bệnh rụt lại không đẩy ra được hoặc kém linh hoạt. Huyết Thái khê là huyết nằm trên đường kinh Túc Thiếu âm Thận, mà Thận có chức năng tàng tinh, kinh Túc thiếu âm Thận lên gốc lưỡi, thận sinh tủy, sinh não, thận khí tốt thì não tủy phát triển đầy đủ, lời nói rõ ràng minh mẫn. Huyết Tam âm giao nằm trên kinh Túc thái âm Tỳ, là huyết hội của ba đường kinh Âm ở chân. Can, Tỳ, Thận đều liên quan đến huyết dịch để nuôi dưỡng Tâm, khai khiếu ra lưỡi, để giúp cho việc điều chỉnh khí huyết được đầy đủ, tinh thần mới minh mẫn, nói năng rõ ràng. Huyết Huyết hải nằm trên kinh túc thái âm tỳ, có tác dụng hoạt huyết giúp thúc đẩy khí huyết lưu thông, nói năng rõ ràng [52], [63], [65], [66].

**4.4. Đánh giá tác dụng không mong muốn.**

**4.4.1. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.**

Trên lâm sàng, phương pháp điều trị điện châm không phát hiện tác dụng không mong muốn nào. Như vậy, kết quả lâm sàng cho thấy phương pháp điều trị của chúng tôi là an toàn.

#### **4.4.2. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng**

Dựa vào “Bảng tổng quát các hằng số sinh lý của người bình thường” [67]:

Bảng 3.18 cho thấy: Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và hàm lượng hemoglobin trước và sau điều trị ở cả hai nhóm đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 3.19 cho thấy: Chỉ số ure, creatinin và AST, ALT trước và sau điều trị ở cả hai nhóm đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Như vậy phương pháp điều trị của chúng tôi không làm biến đổi số lượng các tế bào máu nên không ảnh hưởng đến chức năng tạo máu; không biến đổi các chỉ số ure, creatinin, AST và ALT nên không ảnh hưởng đến chức năng gan, thận. Kết quả các chỉ số cận lâm sàng cho thấy phương pháp điều trị của chúng tôi là an toàn.

## KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu điều trị thất ngôn trên 60 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu điều trị bằng châm cứu các huyệt vùng đầu kết hợp thể châm. Nhóm đối chứng điều trị bằng thể châm đơn thuần bước đầu chúng tôi có một số kết luận sau:

### **1. Điện châm các huyệt vùng đầu kết hợp thể châm cho hiệu quả điều trị chứng thất ngôn trong nhồi máu não sau giai đoạn cấp tốt hơn so với so với thể châm đơn thuần.**

#### **•BN cải thiện tốt về độ thất ngôn theo Goodglass & Kaplan**

- Nhóm NC 86,7% BN có cải thiện độ thất ngôn (20% loại tốt; 66,7% loại khá); điểm trung bình độ thất ngôn là  $3,33 \pm 0,66$ ; mức chênh lệch điểm độ thất ngôn là  $1,07 \pm 0,58$ .

- Nhóm ĐC tỷ lệ BN cải thiện độ thất ngôn thấp hơn nhóm NC với 56,6% (3,3% loại tốt, 53,3% loại khá), điểm trung bình độ thất ngôn là  $2,77 \pm 0,57$ ; mức chênh lệch thấp hơn so với nhóm NC với chỉ  $0,60 \pm 0,56$  điểm. Sự khác biệt ở hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

#### **•BN cải thiện tốt về khiếm khuyết thần kinh theo điểm Orgogozo**

- Nhóm NC 93,3% BN có cải thiện độ Orgogozo (43,3% loại tốt; 50,0% loại khá); điểm trung bình Orgogozo là  $75,00 \pm 9,10$ ; mức chênh lệch điểm Orgogozo là  $28,17 \pm 9,33$ .

- Nhóm ĐC tỷ lệ BN cải thiện độ Orgogozo tương đương nhóm NC với 93,3% (46,7% loại tốt, 46,7% loại khá), điểm trung bình Orgogozo là  $72,50 \pm 11,56$ ; mức chênh lệch điểm Orgogozo  $28,50 \pm 12,12$  điểm. Sự khác biệt ở hai nhóm đều không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### **2. Tác dụng không mong muốn của điện châm**

- Nghiên cứu này chưa thấy xuất hiện tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

## **KIẾN NGHỊ**

1. Bệnh nhân thất ngôn do nhồi máu não sau giai đoạn cấp cần được điều trị sớm để tăng mức độ cải thiện về ngôn ngữ, vận động và cải thiện trí nhớ.
2. Phương pháp điều trị thể châm kết hợp châm cứu các huyệt vùng đầu mang lại kết quả tốt nên được sử dụng trên bệnh nhân thất ngôn do nhồi máu não sau giai đoạn cấp.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adrial J Goldszmidt, MD; Louis R. Caplan, MD *stroke essentials* (biên dịch: Nguyễn Đạt Anh- 2011) *Cẩm nang xử trí tai biến mạch não*. Nhà xuất bản Y học, 2-11,12-15.
2. Hoàng Diệp (2005), *Bước đầu đánh giá tình trạng thất ngôn do tai biến nhồi máu não vùng bán cầu bằng trắc nghiệm BDAE*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Trịnh Bình Dy *Chuyên đề sinh lý học trí tuệ, tập 2*. Nhà xuất bản Y học, 51–75.
4. Lê Văn Hải (2001), *Nhận xét kết quả điều trị bằng điện châm lên các rối loạn phát âm ở BN bị TBMMN*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Đào Hữu Minh, Triệu Kinh Sinh (2005). Nghiên cứu lâm sàng điều trị chứng thất ngôn sau TBMMN bằng phương pháp kết hợp đầu châm và thiết châm. *Tạp Chí Nghiên Cứu Dược Học Cổ Truyền Việt Nam*, **15**, 9–24.
6. Ken Uchino; Jennifer Pary; James Grotta *A Manual from the University of Texas – Houston Stroke Team* (Biên dịch: Nguyễn Đạt Anh, Mai Duy Tôn -2013) *Xử trí cấp cứu Đột Quy não*. NXB thế giới, 14–15.
7. Lê Đức Hình (2009). *Thần kinh học trong thực hành đa khoa*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 112–134.
8. Lê Đức Hình (2001), “*Tình hình TBMMN hiện nay ở các nước Châu Á*”, *Hội thảo chuyên đề liên khoa – khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai*, Hà Nội.
9. Winbeck K. (2009): "Prognostic Relevance of Early Serial CReactive Protein Measurements After First Ischemic Stroke". *Stroke* 2459-2464

10. Lương Chí Thành (2002), *Nghiên cứu đánh giá suy giảm trí nhớ ở người có tuổi bằng bộ trắc nghiệm đánh giá nhận thức BEC 96*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
11. Đinh Văn Thắng (2003), “Nghiên cứu đặc điểm TBMMN tại bệnh viện Thanh Nhàn trong 5 năm 1999-2003”, Hội nghị khoa học lần thứ 6 Hội thần kinh học Việt Nam tháng 12/2006.
12. Hoàng Khánh (2013), *Giáo trình sau đại học Thần kinh học*, NXB Đại học Huế tr 11-17, 21-68 và 119-141
13. Lê Tự Phương Thảo, Tăng Ngọc Phương Lộc (2011): “ Vai trò tiên lượng của C-Reactive Protein trong nhồi máu não”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 15 (Phụ bản số 2), tr.143-149
14. Nguyễn Văn Đăng (2003). *Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 569–610.
15. Trần Thị Liên Minh (2002). *Một số chuyên đề sinh lý học*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 112–134..
16. Nguyễn Thanh Hồng, Nguyễn Thi Hùng (2009). Nghiên cứu mất ngôn ngữ và hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều. *Kỷ Ủy Các Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học 2009 – Hội Thần Kinh Việt Nam*, 186–194.
17. Nguyễn Công Doanh (2011), *Nghiên cứu phục hồi chức năng bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa sau giai đoạn cấp bằng bài Thông mạch dưỡng não ấm và điện châm*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
18. Nguyễn Bá Anh (2008), *Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị của Nattopes trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
19. Vũ Thị Bích Hạnh, Đặng Thái Thu Hương (2004). *Hướng dẫn thực hành âm ngữ trị liệu*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 223–232.

20. Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu, Trần Thúy (2005). *Bài giảng Y học cổ truyền, tập II*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 151–153, 345 – 369, 373 – 386.
21. Khoa YHCT, Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Chuyên đề nội khoa YHCT*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 430–440.
22. 李应昆, 等 (2006) “头电针治疗中风及其对缺血性中风血液流变血影响的研究”成都中医药大学附院针灸科(610075) 66-69. Li Ying Gun và các đồng sự (2006),  *nghiên cứu tác dụng điều trị và ảnh hưởng đến huyết động học đối với bệnh nhân nhồi máu não của điện châm đầu*, Khoa châm cứu bệnh viện Đại học trung y dược Thành Đô (610075) 66-69.
23. Trần Thúy và cộng sự (2001), *Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
24. Trần Thúy, Vũ Nam (2001), *Kim quĩ yếu lược*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
25. Lưu Lập An, Mâu San, Hạ Hâm, Lý Thục Chi, ),(Người dịch: Phạm Đình Sửu – Thư viện Y học Trung ương) (2000). Theo dõi lâm sàng điều trị mất ngôn ngữ do TBMMN bằng điện châm huyết ở đầu kết hợp với luyện nói.  *Tạp Chí Châm Cứu Trung Quốc*, **3**, 145–148.
26. 王宏涛, 黄志良(2008). 神仙解语丹治疗中风后失语症临床观察, 河南中医学院学报 23(138), p57. Wang Hong Tao, Hwang Zhi Liang (2008). Quan sát Thần tiên giải ngữ đan điều trị thất ngôn sau trúng phong trên lâm sàng.  *Tạp Chí Học Viện Trung Hà Nam*, **23(138)**, 57.
27. Zhou L, Zhang HX, Liu LG, Huang H, Li X, Yang M (2008). Effect of scalp- acupuncture on plasma and cerebral TNF-alpha and IL-1beta contents in acute cerebral ischemia/reperfusion injury rats. *Zhen Ci Yan Jiu*, **22(3)**, 173–8.
28. 朱建军(2004). 中药冰片在中药治疗中风失语症中的增效作用探讨, 南京中医药大学学报, 20(6), p34. Zhou Jian Jun (2004). Thảo luận nghiên cứu tác dụng Trung dược băng phiến điều trị thất ngôn do trúng phong.  *Tạp Chí Đại Học Trung Dược Nam Kinh*, **20(4)**, 34.

29. Nguyễn Tài Thu (2012). *Tân châm*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 21–28, 167–174.
30. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1998). *Châm cứu sau đại học*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 64–65, 207, 249–250.
31. Nguyễn Tài Thu (2003). *Châm cứu chữa bệnh*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 21–28, 126-128,167-174.
32. Han Jisheng (1987). on the mechanisms of acupuncture Analge Department of physiology. *Beijing Med Coll*, 77–85.
33. HeD., Host mark A.T., Veierstet K.B.et al (2005). Effect of intensive acupuncture on pain- related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain – an RCT with six month and three year followw up. *Acupunct Med*, **23(2)**, 52–61.
34. Debreceni L (1991). the effect of electrical stimulation of the ear point on the plasma ACTH and Gh Level in humans. *Acupunct Electrother Ré*, **16(1–2)**, 45–51.
35. Dương Trọng Nghĩa, Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thanh Vân (2014). tác dụng lâm sàng của đầu châm kết hợp cao thông u trong điều trị chứng Huyền Vững (Thiếu năng tuần hoàn mạn tính). *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*, **3(88)**, 12–16.
36. Hồ Hữu Lương (2004). *Chẩn đoán định khu thương tổn thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, 36–37.
37. 张红星, 等 (2006) “头针治疗中风病临床研究” 武汉市中西医结合医院针灸科, 湖北中医杂志. Zhang Hong Xing và cộng sự (2006). Nghiên cứu tác dụng đầu châm điều trị trúng phong trên lâm sàng - Khoa châm cứu bệnh viện Trung Tây Y kết hợp thành phố Vũ Hán. *Tạp Chí Trung Hồ Bắc*, 100–104.

38. 王富春 (2008) “头针疗法”。人民卫生出版社, 24-34 页。Wang Fu Chun (2008). *Đầu châm liệu pháp*. Nhà xuất bản y tế nhân dân, 24–34.
39. Dương Trọng Nghĩa (2010). ứng dụng đầu châm trong điều trị tai biến mạch máu não. *Tạp Chí Dược Học Cổ Truyền*, **27**, 2–4.
40. 王素霞,杨传彪 (2001) 头针为主治疗中风后失语症 50 例疗效观察, 广东省粤北人民医院 康复科, 广东 韶关,第一军医大学 中医系,广东 广州.Wang Su Lu, Yang Zhuan Biao (2001). đánh giá 50 trường hợp điều trị thất ngôn do tai biến mạch máu não bằng đầu châm. *Bệnh Viện Nhân Dân Việt Bắc Khoa Phục Hồi Chức Năng Và Bệnh Viện Đại Học Quân Số 1 Khoa Trung Quảng Đông Quảng Châu*.
41. BAO Fei,WANG Dao-hai,ZHANG Yun-xiang,WANG Feng-qin,SUN Hua (2008). Comparison of therapeutic effects between body acupuncture and scalp acupuncture combined with body acupuncture on atherosclerotic cerebral infarction at acute stage. *Peking Union Med Coll Hosp Acad Med Sci China*.
42. 郑国庆 方振聪 王明杰 (2003) “头针治疗中风病实验研究的思路和方法” 广州中医药大学, 广州,泸州医学院附属第二医院.Deng Guo Qing, Fang Chen Tong, Wang Ming Jie (2003). phương pháp nghiên cứu thực nghiệm về điều trị đột quỵ bằng phương pháp đầu châm. *Đại Học Trung Dược Quảng Châu Bệnh Viện Lô Châu Số 2*.
43. 陈丽, 孙忠人 (2014) “头针疗法治疗脑中风的的研究” 黑龙江中医药大学研究院, 黑龙江中医药大学针灸推拿学院,黑龙江, 哈尔滨 Chen Li, Sun Chong Ren (2014). nghiên cứu phương pháp đầu châm điều trị tai biến mạch não. *Đại Học Trung Dược Học Viện Châm Cứu Xoa Bóp Hắc Long Giang Harbin Trung Quốc*.

44. 梁燕 (2014) “头针结合体针治疗中风偏瘫临床疗效观察” 辽宁省东港市中心医院, 辽宁东港. Liang Yan (2014). Nghiên cứu Đầu châm kết hợp thể châm điều trị liệt nửa người do tai biến mạch não. *Bệnh Viện Trung Tâm Đông Cảng Liêu Ninh Trung Quốc*.
45. 解剖定位下头电针结合康复训练治疗脑卒中言语失用症临床研究”. 沧州市中心医院脑科医院康复科,河北沧州,Jiang Yujuan, Yang Yuxia, Xiang Rong, Chang E, Zhang Yanchun, Zuo Bingfang, Zhang Qianwei (2015). Nghiên cứu tác dụng lâm sàng giải phẫu điện châm dưới da đầu kết hợp phục hồi chức năng điều trị thất ngôn sau đột quy. *Khoa Phục Hồi Chức Năng Bệnh Viện Trung Tâm Thành Phố Thương Châu*.
46. 祁丽丽, 韩振翔, 周一心, 陈文华, 褚立希, 陆静珏, 许文杰, 王宏林, 王智博, 凌隼 “互动式头针结合 PNF 技术对缺血性卒中痉挛性偏瘫上肢功能的影响” (2018). 中医药大学附属岳阳中西医结合医院急诊科, 上海中医药大学附属第七人民医院神经康复科,上海交通大学附属第一人民医院康复科; 上海中医药大学康复医学院. Qi Li Li, Han Chen Xiang, Zhou Yi Xin... (2018). Hiệu quả của châm cứu dưới da đầu tương tác kết hợp với kỹ thuật PNF trên chức năng chi trên của liệt nửa người co cứng trong đột quy thiếu máu cục bộ. *Bệnh Viện Trung Tâm Kết Hợp Đại Học Trung Dược Nhạc Dương Khoa Cấp Cứu Bệnh Viện Phụ Cận Số 7 Đại Học Trung Dược Thượng Hải Khoa Thần Kinh Bệnh Viện Nhân Dân Phụ Cận Số 1 Khoa Phục Hồi Chức Năng Đại Học Giao Thông Thượng Hải*.
47. Hai Qiao Wang, Gui-Rong Dong, Chun-Ling Bao, Zhi-Hua Jiao (2018). Immediate effect of scalp acupuncture on the gait of patients with subacute intracerebral haemorrhage analysed by three-dimensional motion: secondary analysis of a randomised controlled trial. *Dep Tradit Chin Med South Campus RenJi Hosp Med Jiaotong Univ Dep Acupunt Yueyang Hosp Integr Tradit Chin West Med Shang Hai Univ Tradit Chin Med Shanghai China*.

48. Ning Zhao, Jingna Zhang, Ming Guo Qiu, Chunrong Wang, Yun Xiang Hui Wang, Jingwen Xie, Shu Liu and Jing Wu (2017). Scalp acupuncture plus low-frequency rTMS promotes repair of brain white matter tracts in stroke patients: A diffusion tensor imaging study. *Dep Rehabil Med Nanshan Hosp Affil Shenzhen Univ Guangdong China Dep Rehabil Med Nanshan Dist People's Hosp Shenzhen Guangdong China Coll Biomed Eng Third Mil Med Univ Chongqing China Dep Radiol Nanshan Dist People's Hosp Shenzhen Guangdong China Shenzhen Inst Adv Technol Chin Acad Sci Shenzhen GuangdongChina Hunan Univ Chin Med Chang Hunan China*.
49. Wang Jun; Fu Qin Hui; Pei Jian (2017). Progress in clinical research on scalp acupuncture in treatment for motor dysfunction after stroke. *Dep Acupunct Moxibustion Longhua Hosp Affil Shanghai Univ Tradit Chin*.
50. Vũ Thị Hải Yến (2010), *Tác dụng phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não bằng thể châm, thuốc YHCT kết hợp đầu châm*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
51. Neil F.Gordon, Meg Gulanick, Fernando Costa, et al. (2004). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Stroke*, **35**, 1230 –1240.
52. Nguyễn Minh Trang (2012), *Đánh giá tác dụng của viên nén thần tiên giải ngữ điều trị chứng thất ngôn ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
53. Hall MJ, Levant S, DeFrances CJ (2012). Hospitalization for stroke in U.S. hospitals, 1989 – 2009. *NCHS Data Brief*, **16**, 95.
54. Chỉ báo Phát triển Thế giới - Trình thăm dò Google Public Data. <[http://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9\\_&met\\_y=sp\\_dyn\\_le00\\_in&idim=country:VNM:USA:CHN&hl=vi&dl=vi](http://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country:VNM:USA:CHN&hl=vi&dl=vi)>, accessed: 18/12/2019.

55. Lương Thúy Hiền (2008). Một số đặc điểm lâm sàng của 4804 bệnh nhân tai biến mạch máu não. *Học Việt Nam*, **1**, 43–46.
56. Leticia LM, Marica R., Danielle G (2002). Descriptive study of adults with speech and languages disturbances. *Sao Paulo Med J. Sao Paulo Med J*, **120(6)**, 170–174.
57. Knecht S, Dräger B, Deppe M, et al (2000). Handedness and hemispheric language dominance in healthy humans. *Brain*, **123**, 2512–2518.
58. Szaflarski JP, Rajagopal A, Altaye M, et al (2012). Left – handedness and language lateralization in children. *Brain Res*, **1433**, 85–97.
59. Pederson PM, Vinter K, Olsen TS (2004). Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovasc Dis*, **17(1)**, 35–43.
60. Trần Thị Tiến (2012), *Đánh giá tác dụng của điện châm trong điều trị thất vận ngôn trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
61. Dickey L, Kagan A, Limdsay MP, et al (2010). Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Arch Phys Med Rehabil*, **91(2)**, 196–202.
62. Đặng Việt Thu (2011), *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não từ 60 tuổi trở lên tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
63. Saur D, Lange R, Baumgaertner A, et al (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. *Brain*, **129(6)**, 1371–1384.
64. Saur D, Ronneberger O, Kümmerer D, et al (2010). Early functional magnetic resonance imaging activations predict language outcome after stroke. *Brain*, **133(4)**, 1252–1264.
65. Hillis AE (2007). Aphasia: progress in the last quarter of a century. *Neurology*, **68(2)**, 200–213.



66. Lazar R M. Antonello D (2008). Variability in recovery from aphasia. *Curr Neurol Neurosci*, **8(6)**, 497–502.
67. Stark JA (2010). Long-term analysis of chronic Broca’s aphasia: an illustrative single case. *Semin Speech Lang*, **31(1)**, 5–20.
68. Berthier M.L (2011). Recovery from Post-stroke Aphasia: Lessons from Brain Imaging and Implications for Rehabilitation and Biological Treatments. *Discov Med*, **12(65)**, 275–289.
69. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2008). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 15, 220, 4, 336, 8.
70. Bộ Y Tế (2008). Quy trình số 10: Điện châm điều trị mất tiếng. *Quyết Định Về Ban Hành Quy Trình Kỹ Thuật Học Cổ Truyền Số 262008QĐ – BYT*.
71. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2003). *Nội khoa Y học cổ truyền (dùng cho đối tượng sau đại học)*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 64–356.
72. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2012). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 164–167.
73. Nguyễn Thế Khánh, Phạm Tử Dương (2005). *Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 916–9.

## PHỤ LỤC

M. BN:.....  
Số giường:.....  
Nhóm:.....

### Phụ lục 1

Bệnh Viện Bạch Mai  
Khoa YHCT

## BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BIẾN MẠCH NÃO

### A. Phân hành chính

Họ và tên BN:..... Tuổi:..... Giới: Nam  Nữ   
Nghề nghiệp: .....  
Địa chỉ: .....  
Ngày vào viện:..... Ngày ra viện .....  
Trình độ học vấn :.....

\*Chẩn đoán tại khoa:.....

### B. Phân Y học hiện đại:

#### I-Bệnh sử

1. Lí do vào viện:.....

Khởi phát: Đột ngột  Từ từ

2. Thời gian bị bệnh: < 1 tháng  1-3 tháng  3-6 tháng  >6 tháng

#### II-Tiền sử:

##### A. Bản thân:

1. Tăng huyết áp: Có  Không   
2. Đái tháo đ- ờng: Có  Không   
3. Rối loạn mỡ máu: Có  Không   
4. Bệnh tim mạch: Có  Không   
5. Các thói quen sinh hoạt:  
Hút thuốc: Có  Không   
Uống r- ợu: Có  Không   
Hoạt động nặng: Có  Không   
6. Tiền sử các bệnh khác: .....

B. Gia đình:.....

### II-Khám trên lâm sàng:

#### A. Toàn thân:

Mạch:.....lần/phút. Nhiệt độ.....Huyết áp.....mmhg

Chiều cao:.....m. Cân nặng:.....kg. BMI.....kg/m<sup>2</sup>.

## B. Bộ phận

### 1. Thần kinh:

1.1 Khám ý thức: Glasgow:.....điểm.

Tỉnh táo  Lú lẫn  U ám  Hôn mê

1.2 Khám vận động:

1.2.1 Vận động chủ động:

- Dáng đi: .....

- Cơ lực: Bình th-ờng  Giảm

- Chi trên: Phải  Trái

- Chi d-ới: Phải  Trái

Mô tả: .....

- Các nghiệm pháp đặc biệt:

+ Gọng kìm:.....

+ Mingazini : .....

+ Barré : .....

1.2.2 Vận động tự động:

- Run: Có  Không

- Múa vờn: Có  Không

- Giật cơ hoặc sợi cơ: Có  Không

1.3 Tr- ọng lực cơ:

\*Độ rắn chắc: Bình th-ờng  Tăng  Giảm

\*Độ gấp roãi: Bình th-ờng  Tăng  Giảm

\*Độ ve vẩy: Bình th-ờng  Tăng  Giảm

1.4 Khám phản xạ:

\*Phản xạ gân cơ: Bình th-ờng  Tăng  Giảm/Mất:

- Chi trên: Phải  Trái

- Chi d-ới: Phải  Trái

- Phản xạ da niêm mạc: Bình th-ờng  Tăng  Giảm/Mất:

Vị trí: .....

- Phản xạ bệnh lý bó tháp: Có  Không

1.4 Khám cảm giác:

\*Cảm giác nông: Bình th-ờng  Giảm  Mất

Mô tả: .....

\*Cảm giác sâu: Bình th-ờng  Giảm  Mất

Mô tả: .....

\*Cảm giác phối hợp:

- Khả năng nhận biết đồ vật: Bình th-ờng  Mất

- Cảm giác đau khi có kích thích: Có  Không

1.5 Tổn thương dây thần kinh sọ não: Có  Không

Dây số: .....

1.6 Khám ngôn ngữ:

- Thất ngôn: Có  Không

- Rối loạn ngôn ngữ độ: N1  N15  N30

2. Các loại thăm khám khác:

**III. Các xét nghiệm cận lâm sàng:**

1-Huyết học

Chỉ số xét nghiệm	Chỉ số bình thường	D <sub>0</sub>	D <sub>30</sub>
Số lượng hồng cầu (T/l)	4.0-5.8		
Hematorcit (l/l)	0.38-0.5		
Hemoglobin (g/l)	140-160		
Số lượng bạch cầu (G/l)	4-10		
Số lượng tiểu cầu (G/l)	150-400		

2-Sinh hoá máu:

Chỉ số xét nghiệm	Chỉ số bình thường	D <sub>0</sub>	D <sub>30</sub>
Glucose (mmol/l)	3.9-6.4		
Urê (mmol/l)	2.5-7.5		
Creatinin (mmol/l)	62-120		
AST (GOT) (U/L)	<50		
ALT (GPT) (U/L)	<50		
Natri (mmol/L)	133-147		
Kali (mmol/L)	3.4-4.5		
Clo (mmol/L)	94-111		

3 -CT-scanner hoặc MRI sọ não:

Kết luận: .....

4. Các xét nghiệm khác: .....

IV-Chẩn đoán xác định:

**C. Phần Y học cổ truyền**

***1. Tứ chẩn***

*1. Vọng chẩn:*

- Thể trạng: Trung bình  Gầy  Béo

- Thân: Tỉnh táo, tiếp xúc tốt  Lơ mơ  Chậm
- Sắc: Nhuận  Xanh  Nhợt  Đỏ

Mô tả: .....

- Trạng thái: Nhanh nhẹn  Chậm chạp
- Rêu l-ôi: Trắng  Vàng  Mỏng  Dày
- Chất l-ôi: Hồng  Nhợt  Bệu  Sần

Mô tả : .....

## 2. Vấn chẩn

- Hơi thở: Bình th-ờng  Hôi
- Tiếng nói: To  Nhỏ  Ngọng  Mát
- Ho: Có  Không

Mô tả: .....

## 3. Vấn chẩn:

- Hàn nhiệt: Sợ lạnh, thích ấm  Sợ nóng thích mát
- Mô hôi: Bình th-ờng  Tự hãn  Đạo hãn
- Ăn: Bình th-ờng  Kém
- Uống: Bình th-ờng  Thích mát  Thích ấm
- Khát n-ớc: Không  Có
- Ngủ: Bình th-ờng  Kém

Mô tả: .....

- Đau đầu : Không  Th-ờng xuyên  Từng cơn

Mô tả: .....

- Đau mình: Bình th-ờng  Đau nhức

Mô tả: .....

- Tứ chi: Không  Có

Mô tả: .....

- Đau bụng: Không  Có

Mô tả: .....

- Đại tiện: Bình th-ờng  Táo  Nát

Mô tả: .....

- Tiểu tiện: Bình th-ờng  Vàng  Trong

Mô tả: .....

- tai: Không  Có

## 4. Thiết chẩn

- Da: Bình th-ờng  Khô   m

- Cơ nhục: Bình th- ờng  Nhẽo  Co cứng
- Bụng: Bình th- ờng  Ch- ớng  U cục
- Mạch: Sác  Trì  Trầm  Nh- ọc
- Phù  Huyền  Tế  Hoạt

2. Các triệu chứng khác: .....

3. Chẩn đoán YHCT:

- Chẩn đoán bát c- ờng: .....
- Chẩn đoán tạng phủ: .....
- Chẩn đoán nguyên nhân: .....
- Chẩn đoán bệnh danh: thất ngôn/bán thân bất toại
- Chẩn đoán thể bệnh: .....

**D. Phân điều trị:**

1- Thuốc YHHĐ: .....

2- Thuốc YHCT: Bổ d- ờng hoàn ngũ thang

3- Công thức huyết

.....  
 .....

**Phụ lục 2:****PHIẾU THEO DÕI ĐỊNH KỲ TRẠNG THÁI CHỨC NĂNG THÂN  
KINH THEO THANG ĐIỂM ORGOGOZO (1986)**

Ngày bắt đầu đánh giá:

TT	Mục	L- ợng giá	Điểm	D <sub>0</sub>	D <sub>15</sub>	D <sub>30</sub>
1	<input type="checkbox"/> thức	- Bình th- ờng - Lú lẫn - U ám - Hôn mê	15 10 5 0			
2	Giao tiếp ngôn ngữ	- Bình th- ờng - Khó khăn - Mất ngôn ngữ	10 5 0			
3	Quay mắt đầu	- Không có triệu chứng bệnh lý - Khi quay đầu đ- a mắt về một bên - Không thể quay mắt đầu	10 5 0			
4	Vận động mặt	- Mất cân đối nhẹ hoặc bình th- ờng - Liệt mặt rõ	5 0			
5	Nâng chi trên	- Bình th- ờng - Không nâng quá mức ngang vai - Không nâng đ- ợc tay lên hoặc rất hạn chế	10 5 0			
6	Vận động bàn tay	- Bình th- ờng - Hạn chế nhẹ - Còn có thể cầm nắm đ- ợc - Không thể cầm nắm, vận động đ- ợc	15 10 5 0			
7	Tr- ợng lực chi trên	- Bình th- ờng - Mất tr- ợng cơ lực hoặc co cứng	5 0			
8	Nâng chi d- ới	- Bình th- ờng - Chống lại sức cản - Có thể chống lại trọng lực chi - Không nâng đ- ợc chi lên hoặc rất hạn chế	15 10 5 0			
9	Gấp bàn chân	- Có thể chống lại sức cản - Có thể chống lại trọng lực chi - Không thực hiện đ- ợc	10 5 0			
10	Tr- ợng lực chi d- ới	- Bình th- ờng - Mất tr- ợng lực cơ hoặc co cứng	5 0			
<b>Tổng số điểm</b>			<b>100</b>			

Tổng kết sau 30 ngày điều trị:

**Phụ lục 3:**

**BẢNG KHÁM CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN PHÁT ÂM BOSTON ĐÃ ĐƯỢC CẢI BIÊN  
SANG TIẾNG VIỆT CỦA PHÒNG NNTL – TT PHCN, BỆNH VIỆN BẠCH MAI.**

**PHẦN 1. HỘI THOẠI VÀ THỂ HIỆN BẰNG LỜI NÓI.**

Bảng điểm về lời nói:

**Ngữ điệu:**

	1	2	3	4	5	6	7
	-----		-----			-----	
	Không có		Phát ngôn ngắn định hình			Trên toàn bộ câu	

**Độ dài câu**

Câu dài nhất (1/10)

-----
-------

Từ không ngắt

1 từ	4 từ	7 từ
------	------	------

**Cấu âm lưu loát**

Dễ dàng ở mức  
âm vị và âm tiết

-----
-------

Không thể	Chỉ một số từ, phát ngôn quen thuộc bình thường	Không mắc lỗi
-----------	---	------------------

**Ngữ pháp**

Cấu trúc đa dạng  
(kể cả không hoàn thiện)

-----
-------

Không có	Chỉ dạng trần thuật hoặc định hình	Bình thường
----------	---------------------------------------	----------------

**Loạn ngôn**

(Paraphasie)

-----
-------

Có trong mọi phát ngôn	Một lần/phút hội thoại	Không có
---------------------------	---------------------------	-------------

**Tìm từ**

Tương quan thông  
Tin/độ lưu loát

-----
-------

Lưu loát/ không TT	TT tương ứng độ lưu loát	Lời nói chỉ gồm các từ
-----------------------	-----------------------------	---------------------------



## PHẦN 2. TRẮC NGHIỆM HIỂU LỜI NÓI

\* Mục đích: Đánh giá khả năng hiểu và giải mã tín hiệu ngôn ngữ.

### 2.1. Hiểu từ đơn

Số điểm:...../72

Đồ vật	Nhận dạng		Thẻ loại 1/2đ	Ra hiệu 1/2đ	Không biết 0đ	Hành động	Nhận dạng		Thẻ loại 1/2đ	Kh.Biết 0đ
	< 5'' 2đ	> 5'' 1đ					< 5'' 2đ	> 5'' 1đ		
Ghế						Uống				
Chìa khóa						Rửa tay				
Lông						Chạy				
Võng						Ngủ				
Xương rồng						Đóng đinh				
Găng tay						Xé gỗ				
<b>Chữ cái</b>										
L						Xanh lơ				
H						Nâu				
R						Đỏ				
T						Hồng				
S						Xám				
G						Tím				
<b>Hình dạng</b>										
Tròn						7				
Xoắn						42				
Vuông						700				
T/giác						1936				
Chóp						15				
Sao						7000				

**2.2. Hiểu tên các bộ phận cơ thể**

**Số điểm:...../20**

	Đúng		Sai		Đúng		Sai		Đúng	Sai
	< 5"	> 5"			< 5"	> 5"				
	1đ	1/2đ			1đ	1/2đ				
Tai				Cổ tay				Tai phải		
Mũi				Ngón cái				Vai trái		
Vai				Đùi				Gối trái		
Mắt cá chân				Cằm				Mắt cá chân phải		
Lông mi				Khuỷu tay				Cổ tay phải		
Đầu gối				Môi				Ngón cái trái		
Ngực				Lông mày				Khuỷu phải		
Cổ				Má				Má trái		
Ngón giữa				Ngón trỏ				8 đúng 6-7 đúng	2 điểm 1 điểm	

**2.3. Hiểu và làm theo mệnh lệnh**

**Số điểm:...../15**

(Có thể nhắc lại 1 lần, không ngắt quãng câu hỏi)

1. Nắm tay thành nắm đấm

2. Chỉ lên trần nhà, sau đó chỉ xuống sàn.

Đặt thứ tự các vật sau trên bàn tay ngay trước mặt BN: bút chì, đồng hồ đeo tay, quân bài.

3. Đặt bút chì lên quân bài, sau đó đặt lại như cũ

4. Đặt đồng hồ sang phía bên kia của bút chì, và lật úp quân bài

5. Vỗ mỗi vai hai lần bằng hai ngón tay, trong khi nhắm mắt.

Mỗi động tác làm đúng cho 1 điểm.

### PHẦN 3: TRẮC NGHIỆM THỂ HIỆN BẰNG LỜI NÓI

Mục đích: Đánh giá khả năng lập trình cử động nói.

#### 3.1. Cử động miệng.

Số điểm:...../24điểm

Cử động	Số lần /5”		Từ thử	Số lần /5”	
	2điểm	1điểm		2điểm	1điểm
Mím môi rời thả	8	4-7	Mama, mama	8	4-7
Há – ngậm miệng	10	6-9	Tí-tách, tí tách	10	6-9
Quắp 2 môi lại thả ra	8	4-7	Ba tư, ba tư...	8	4-7
Lưỡi sang 2 bên mép	8	4-7	Thênh thang	8	4-7
Thè lưỡi ra – thụt lại	8	4-7	Đồng không mông quạnh	6	4-7
Lưỡi chạm răng trên – dưới	7	3-6	Cái cò cái vạc	6	3-6
Số điểm			Bắt bà xâu kim	6	2-4
			<b>Số điểm</b>		

#### 3.2. Nói chuỗi tự động.

Số điểm:...../8 điểm

	1đ	2đ
<b>Đếm tới 21:</b>	<b>8 liên tiếp</b>	<b>Tất cả</b>
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21		
<b>Đếm chuỗi số chẵn:</b>	<b>5 liên tiếp</b>	<b>Tất cả</b>
2 4 6 8 10 12 14 16 18 20		
<b>Đếm chuỗi số lẻ:</b>	<b>5 liên tiếp</b>	<b>Tất cả</b>
1 3 5 7 9 11 13 15 17 19		
<b>Đếm chuỗi số cộng 5:</b>	<b>5 liên tiếp</b>	<b>Tất cả</b>
5 10 15 20 25 30 35 40 45 50		

**3.3. Nhại lại từ/ phát ngôn**

Số điểm:...../18

<b>Từ/phát ngôn</b> <i>(mỗi từ/câu đúng 1 điểm)</i>	<b>Bình thường</b>	<b>Âm vị</b>	<b>Trường nghĩa</b>	<b>Đồng âm</b>	<b>Khác</b>
Yên					
Chào					
Hoa					
Bảng					
Tím					
I					
Phố phường					
1776					
Đẹp đẽ					
Khăng quàng					
Tôi đi làm về					
Lọ hoa trong phòng khách					
Chúng tôi nghe cô ấy hát					
Năm nay được mùa					
Cánh đồng tốt tươi					
Thành phố sắp vào xuân					
Tàu sắp vào ga					
Ô tô qua phà					





## PHẦN 5: TRẮC NGHIỆM HIỂU ĐỌC

### 5.1. Đọc từ đơn

Số điểm:...../30

Cấu âm				Ngôn ngữ								
Bình thường	Thay thế	Biến dạng	Không	Từ đọc	<3" -3đ	3-10" -2đ	10-30" - 1đ	Không biết -0đ	Kiểu mới	Thay âm vị	Trùng nghĩa	Khác
				Ghế tựa								
				Vòng tròn								
				Võng								
				Tam giác								
				Mười lăm								
				Màu tím								
				Bốn mươi hai								
				Xẻ gỗ								
				Màu nâu								
				Rửa tay								

### 5.2. Nhớ mặt chữ: (So cặp chữ /từ)

Số điểm:...../10

TRÊN	B	Trên	Ai
B	AI	T	G
H	T	Đang	Chó
ĐANG	CHÓ	T	h
XANH	K	Xanh	k

### 5.3. Chọn từ khi nghe nói.

Số điểm:...../8

- |          |                          |      |                          |          |                          |            |                          |
|----------|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Tàu thủy | <input type="checkbox"/> | Sách | <input type="checkbox"/> | Cún con  | <input type="checkbox"/> | Trống rỗng | <input type="checkbox"/> |
| Cầu      | <input type="checkbox"/> | Với  | <input type="checkbox"/> | Mưa phùn | <input type="checkbox"/> | Bóc lột    | <input type="checkbox"/> |

**5.4. Hiểu đánh vần (chọn vần khi được nghe)****Số điểm:...../8**

M-U'-A\_\_\_\_\_

KH-Ô-NG\_\_\_\_\_

H-O\_\_\_\_\_

KH-U-Ỡ-U\_\_\_\_\_

C-Ô-G-Á-I\_\_\_\_\_

N-Ă-M M-U'-O-I\_\_\_\_\_

C-O-L-A\_\_\_\_\_

C-O-N C-H-Ó\_\_\_\_\_

**5.5. So cặp tranh - chữ (đọc hiểu chữ)****Số điểm:..... /10**Ghế tựa Màu tím Vòng tròn Bày nghìn Cái võng Xe gỗ Tam giác Màu nâu Mười lăm Rửa ray **5.6. Đọc hiểu thành tiếng một đoạn văn.****Số điểm:...../15****CƯỜNG BẠO ĐẠI VƯƠNG ĐÁNH THẦN SÉT**

Quả nhiên, đêm hôm ấy, mưa to gió lớn. Thần Sét từ trên trời nhảy xuống. Vừa đặt chân lên nóc lều, vô tình dẫm phải thứ nước nhờn ấy, thần Sét trượt chân ngã đánh oạch xuống đất.

**PHẦN 6: TRẮC NGHIỆM VIẾT****6.1. Viết tự do về bản thân: ..... /15điểm**

(Tên, nghề nghiệp, gia đình, tình trạng bệnh tật, mong muốn hiện tại).

**6.2. Nghe viết chính tả:..... /24 điểm.**

Bài để bệnh nhân nghe và viết chính tả.

Cường bạo nhảy xổ ra, cầm gậy vụt lấy vụt để. Thần lồm cồm bò dậy, bay vút lên trời, bỏ quên cả búa. Cường bạo nhặt lấy búa làm vũ khí hộ thân. Từ đó, người ta tôn ông làm Cường bạo đại vương.

Phần viết chính tả của BN:



**Phụ lục 4:****THANG ĐIỂM TỔNG CỦA CÁC TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ  
THẬT NGÔN**

<b>Độ nặng:</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Hiểu lời nói</b>	Hiểu từ đơn	0-19	20-39	40-45	56-70	71-72	
	Hiểu tên các bộ phận cơ thể	0-2	3-7	7-13	14-16	17-20	
	Hiểu và làm theo mệnh lệnh	0	1-5	5-9	10-15		
<b>Thể hiện bằng lời nói</b>	Cử động miệng	0-1	2-6	7-14	15-21	22-24	
	Nói chuỗi tự động	0	1-2	2-4	5-6	7-8	
	Nhắc lại từ/ phát ngôn	0-1	2-4	5-10	11-15	16-18	
<b>Định danh</b>	Trả lời câu hỏi		0-5	6-15	16-25	26-30	
	Gọi tên tranh	0-1	2-25	26-54	57-94	95-105	
<b>Hiểu đọc</b>	Đọc từ đơn		0-5	6-15	16-25	26-30	
	Nhớ mặt chữ	0-1	2-3	4-8	9-10		
	Chọn từ khi nghe nói	0-1	2-3	4-5	6-8		
	Hiểu đánh vần		0	1-2	3-5	6-8	
	Đọc hiểu chữ	0-1	2-3	4-6	7-9	10	
	Đọc hiểu thành tiếng đoạn văn	0	1-3	4-6	7-12	13-15	
<b>Viết</b>	Viết tự do	0	1-2	3-9	10-12	13-15	
	Nghe viết		0-1	2-8	9-15	16-24	

## **Phụ lục 5:**

***Bảng 1.2 Bảng huyệt vị***

<b>TT</b>	<b>Tên huyệt</b>	<b>Kinh, mạch</b>	<b>Vị trí</b>	<b>Tác dụng điều trị</b>	<b>Liên quan giải phẫu</b>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Bách hội (XIII-20)	Đốc mạch	Giao điểm của đường nối qua 2 đỉnh tai và mạch đốc	Chữa bệnh tại chỗ, thăng dương, khai khiếu	Dưới da là cân và xương sọ
2	Thượng liên tuyền	Kỳ kinh	Ngửa đầu, ở đường thăng giữa cổ, trên yết hầu 1 thốn	Điều trị những trường hợp cảm, nói khó, đau họng.	Dưới da là tổ chức dưới da và cơ vùng hầu họng
3	Ngoại kim tân	Ngoài kinh	Từ huyệt thượng liên tuyền đo sang trái 0,5 thốn	Điều trị đau họng, lưỡi cứng.	Dưới da là tổ chức dưới da và cơ vùng hầu họng
4	Ngoại ngọc dịch	Ngoài kinh	Từ huyệt thượng liên tuyền đo sang phải 0,5 thốn	Điều trị tắc họng, lưỡi cứng.	Dưới da là tổ chức dưới da và cơ vùng hầu họng
5	Nội quan (IX-6)	Thủ Quyết âm tâm bào	Mặt trong cẳng tay, từ giữa nếp lằn cổ tay đo lên 2 thốn	Điều trị các bệnh của Tâm và Tâm bào, chứng lưỡi rụt, kém linh hoạt.	Dưới da là khe giữa gân cơ gan tay lớn và gân cơ gan tay bé
6	Thái Khê (VIII-3)	Túc Thiếu âm thận	Ở sau mắt cá trong chân 0,5 thốn. Điểm giữa đường nối đỉnh mắt cá trong và bờ sau gân Achill	Chữa bệnh tại chỗ, bệnh về thận, đau họng, hen, mất ngủ.	Dưới da là khe giữa gân gót chân ở sau
7	Hợp cốc (II-4)	Thủ Dương minh đại trường	Ở góc xương đốt bàn tay cái và trở, hơi chệch về phía ngón trở	Chữa bệnh tại chỗ, ho, hen, chữa bệnh thuộc đầu, mặt, cổ.	Dưới da là cơ gian cốt mu tay, bờ trên cơ khép ngón tay cái, bờ trong gân cơ duỗi dài ngón tay cái

<b>TT</b>	<b>Tên huyết</b>	<b>Kinh, mạch</b>	<b>Vị trí</b>	<b>Tác dụng điều trị</b>	<b>Liên quan giải phẫu</b>
8	Phong trì (XI-20)	Túc Thiếu dương đờm	Ở phía dưới xương chẩm, chỗ trũng 2 bên gáy; từ Á môn đo sang 2 thốn	Chữa bệnh tại chỗ, trừ phong, sốt cao, hạ áp.	Dưới da là góc tạo bởi cơ thang và cơ ức đòn chũm
9	Nhân nghinh (III-9)	Túc Dương minh vị	Ngang với 2 bên yết hầu, sau động mạch cảnh gốc, bờ trước cơ ức đòn chũm	Chữa bệnh tại chỗ, đau họng, mất tiếng	Dưới da là cơ ức đòn chũm và động mạch cảnh gốc
10	Thủy đột (III-10)	Túc Dương minh vị	Ở giữa huyết nhân nghinh và khí xá, bờ trước cơ ức đòn chũm	Chữa bệnh tại chỗ, đau họng, mất tiếng.	Dưới da là cơ ức đòn chũm
11	Khí xá (III-11)	Túc Dương minh vị	Thẳng dưới huyết nhân nghinh, bờ trên phía trong xương đòn, ở giữa đầu của xương đòn và xương ức	Chữa bệnh tại chỗ, đau họng, mất tiếng.	Dưới da là khớp ức đòn, gân cơ ức đòn chũm

**Phụ lục 6:**

**BẢN CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

**Tên tôi là:**.....

**Giới:** ..... **Tuổi:**.....

Hiện đang điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. Sau khi được bác sỹ giải thích về nghiên cứu, tôi tự nguyện tham gia nghiên cứu này.

Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này. Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì. Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập. Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này.

*Hà Nội, ngày tháng năm 2019*

**Người cam kết**

*(kí và ghi rõ họ tên)*

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU ĐIỆN CHÂM CÁC  
HUYỆT VÙNG ĐẦU ĐIỀU TRỊ THẤT NGÔN DO NMN TẠI KHOA  
YHCT – BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

STT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Ngày V.V	ID
		Nam	Nữ			
1	Nguyễn Kim M	67		Cam Ranh – Khánh Hòa	26/06/2019	I63/121
2	Nghiêm Văn H	53		Từ Sơn – Bắc Ninh	27/06/2019	I63/140
3	Đặng Anh C	58		Đông Hưng – Thái Bình	04/07/2019	I63/129
4	Nguyễn Thị B		63	Đông Anh – Hà Nội	04/07/2019	I63/143
5	Lê Văn C	48		Đan Phượng – Hà Nội	07/07/2019	I60/605
6	Nguyễn Thị H		79	Kim Động – Hưng Yên	07/07/2019	I63/125
7	Đinh Thị T		63	Kim Bảng – Hà Nam	12/07/2019	I63/124
8	Nguyễn Văn H	79		Ứng Hòa – Hà Nội	25/07/2019	I63/144
9	Nguyễn Xuân Q	83		Đống Đa – Hà Nội	30/07/2019	I63/158
10	Nguyễn Đình B	54		Cẩm Giàng – Hải Dương	30/07/2019	I63/162
11	Trịnh Xuân K	72		Xuân Trường -Nam Định	01/08/2019	I63/173
12	Lê Thị Phương H		48	Thạch Thủy – Phú Thọ	05/08/2019	I63/146
13	Lê Văn T	67		Gia Lâm – Hà Nội	07/08/2019	I63/163
14	Đỗ Văn Đ	69		Đan Phượng – Hà Nội	07/08/2019	I63/172
15	Phạm Thị Đ		75	Đông Kinh – Thái Bình	09/08/2019	I63/154
16	Lê Quang V	49		Krong Năng – Đắk Lắk	19/08/2019	I63/171
17	Trần Tuyết S		74	Hoàng Mai – Hà Nội	22/08/2019	I63/152
18	Vũ Thị T		77	Đống Đa – Hà Nội	23/08/2019	I63/170
19	Nguyễn Thanh H	70		Hải Hậu – Nam Định	30/08/2019	I63/175
20	Bùi Thế K	68		Ba Đình – Hà Nội	18/09/2019	I63/176
21	Vũ Văn C	36		Quỳnh Phụ - Thái Bình	01/10/2019	I63/181
22	Bùi Tuấn V	19		Kim Bôi – Hòa Bình	02/10/2019	I63/187
23	Nguyễn Thị T		62	Bình Giang – Hải Dương	15/10/2019	I63/192
24	Trần Thị T		75	Hưng Hà – Thái Bình	17/10/2019	I63/190
25	Nguyễn Thị C		37	Thường Tín – Hà Nội	23/10/2019	I63/183
26	Phạm Ngọc T	54		Xuân Trường -Nam Định	26/10/2019	I63/210
27	Dương Thị L		71	Đô Lương – Nghệ An	31/10/2019	I63/209
28	Nguyễn Trung M	33		Thạch Thất – Hà Nội	04/11/2019	I63/196
29	Đỗ Thị H		64	Xuân Trường -Nam Định	7/11/2019	I63/219
30	Lưu Thị Nguyệt M		72	TP. Yên Bái- Yên Bái	11/11/2019	I63/216
31	Lê Ngọc T	63		Kỳ Anh – Hà Tĩnh	06/06/2019	I63/111
32	Tổng Đức H	47		Xuân Trường -Nam Định	14/06/2019	I63/110
33	Lê Tiến T	48		Hoàng Mai – Hà Nội	18/06/2019	I63/113
34	Doãn Bá T	83		Hai Bà Trưng – Hà Nội	20/06/2019	I63/114
35	Hà Mậu B	57		TP Thái Nguyên	21/06/2019	I63/131
36	Đặng Tuấn T	70		TP Hòa Bình- Hòa Bình	14/06/2019	I63/122
37	Hà Thị B		62	Thường Tín – Hà Nội	27/06/2019	I63/133

STT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Ngày V.V	ID
		Nam	Nữ			
38	Vũ Thị T		79	Xuân Trường -Nam Định	03/07/2019	<b>I63/136</b>
39	Phạm Thị D		74	TP Hải Dương	08/07/2019	<b>I63/145</b>
40	Trịnh Thị T		77	Thọ Xuân – Thanh Hóa	09/07/2019	<b>I63/792</b>
41	Vũ Thị P		88	Bình Lục – Hà Nam	24/07/2019	<b>I63/141</b>
42	Trần Thị B		82	Phú Xuyên – Hà Nội	30/07/2019	<b>I63/142</b>
43	Nguyễn Tuấn A	39		Hai Bà Trưng – Hà Nội	16/08/2019	<b>I63/148</b>
44	Kiều Thị P		49	Thạch Thất – Hà Nội	21/08/2019	<b>I63/149</b>
45	Nguyễn Đăng Q	48		Thường Tín – Hà Nội	26/08/2019	<b>I63/150</b>
46	Lâm Thị D		67	Nghi Xuân – Hà Tĩnh	02/09/2019	<b>I63/153</b>
47	Nguyễn Vinh K	78		Nam Từ Liêm – Hà Nội	12/09/2019	<b>J17/1127</b>
48	Nguyễn Thị N		64	Thường Tín – Hà Nội	13/09/2019	<b>I63/166</b>
49	Đoàn Thị M		79	Bình Giang – Hải Dương	26/09/2019	<b>I63/179</b>
50	Vũ Hữu M	69		Kiến An – Hải Phòng	27/09/2019	<b>I63/188</b>
51	Nguyễn Văn G	65		Mê Linh – Hà Nội	04/10/2019	<b>G81/578</b>
52	Trần Thị L		81	Nghĩa Hưng – Nam Định	08/10/2019	<b>I63/189</b>
53	Dương Thị H		60	Đông Sơn –Thanh Hóa	16/10/2019	<b>I63/193</b>
54	Mai Thị N		79	Xuân Trường -Nam Định	29/10/2019	<b>I63/208</b>
55	Nguyễn Văn P	76		Đống Đa – Hà Nội	29/10/2019	<b>I63/195</b>
56	Nguyễn Văn T	54		Thanh Miện – Hải Dương	31/10/2019	<b>I63/215</b>
57	Hoàng Thị B		66	Thanh Xuân – Hà Nội	01/11/2019	<b>I63/201</b>
58	Tạ Tấn T	71		Tam Đảo – Vĩnh Phúc	01/11/2019	<b>I63/206</b>
59	Bùi Thị Đ		81	Lương Tài – Bắc Ninh	04/11/2019	<b>I63/217</b>
60	Nguyễn Gia L	79		Đống Đa – Hà Nội	04/11/2019	<b>I63/204</b>

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

**XÁC NHẬN CỦA  
TỔ LƯU TRỮ HỒ SƠ**

*Học viên: Đỗ Hoàng Lâm đã nghiên cứu 60 bệnh án có tên và mã lưu trữ như trên.*

**Người xác nhận**

**PHÒNG KHTH BỆNH VIỆN BẠCH MAI**