Nghiên cứu nguyên bản

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP TẬP NUỐT TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NUỐT TRÊN BỆNH NHÂN TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Preliminary evaluation of the effects of electroacupuncture combined with swallowing training in the treatment of dysphagia in patients with cerebrovascular accident

Nguyễn Thế Truyền[1,*], **Lê Thanh Hội**[1], **Huỳnh Thị Kiều Trinh**[1]

[1]*Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng,TP. Đà Nẵng, Việt Nam*

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: truyenthe74@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp tập nuốt trong điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng, so sánh trước và sau về hiệu quả điều trị, không có nhóm chứng. **Kết quả nghiên cứu:** Sau 20 ngày điều trị, có 17 bệnh nhân nuốt bình thường (56,67%); số bệnh nhân rối loạn nuốt mức độ trung bình giảm còn 1 bệnh nhân (3,33%); rối loạn nuốt mức độ nhẹ giảm còn 12 bệnh nhân (40,0%). Sự thay đổi về mức độ rối loạn nuốt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, điểm GUSS trung bình tăng từ 13,90 ± 1,75 lên 18,90 ± 1,54. Sự thay đổi điểm GUSS sau 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Điện châm kết hợp tập nuốt điều trị rối loạn nuốt có tác dụng tốt trên bệnh nhân tai biến mạch máu não và không thấy có bất kỳ tác dụng bất lợi nào xảy ra.

Từ khóa: Rối loạn nuốt, điện châm kết hợp tập nuốt.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effects of electroacupuncture combined with swallowing training in the treatment of dysphagia in patients with cerebrovascular accident. To monitor adverse effects of the treatment method. **Methods:** A clinical study using a before-and-after comparison design to evaluate treatment effectiveness, without a control group. **Results:** After 20 days of treatment, 17 patients had normal swallowing (56.67%); the number of patients with moderate dysphagia decreased to 1 (3.33%); and the number of patients with mild dysphagia decreased to 12 (40.00%). The change in dysphagia severity was statistically significant ($p < 0.05$). After 20 days of treatment, the mean GUSS score increased from 13.90 ± 1.75 to 18.90 ± 1.54. The change in the GUSS score after 20 days of treatment was statistically significant ($p<0.05$). **Conclusion:** Electroacupuncture combined with swallowing training had a beneficial effect on dysphagia in patients with cerebrovascular accident, and no adverse effects were observed.

Keywords: Dysphagia; electroacupuncture; swallowing training; stroke.

Received: 25/09//2026 |	Accepted: 02/10/2026 |	Online first 08/10/2026 |

©The authors. This **open-access** work is licensed under a CC BY 4.0 License

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh của hệ thần kinh trung ương ở mọi quốc gia trên thế giới. Gần 800.000 người bị đột quỵ mỗi năm tại Hoa Kỳ, trong đó 82% - 92% là đột quỵ thiếu máu não, một trong 5 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở người trưởng thành. Chi phí hàng năm là hơn 72 tỷ đô la.[1] Theo số liệu của Trinh Foundation Australia năm 2016, Việt Nam có 13 triệu người khuyết tật giao tiếp và nuốt trong cộng đồng, chiếm khoảng 42-67%, gây hít sặc dẫn đến viêm phổi với tỷ lệ lên đến 73,4% và cũng là lý do chính để sử dụng kháng sinh. Viêm phổi làm tăng nguy cơ tử vong lên gấp 5,4 lần. Trong đó, rối loạn nuốt làm tăng nguy cơ viêm phổi gấp 3,17 lần và hít sặc tăng nguy cơ viêm phổi gấp 6,95-11,57 lần, thậm chí gấp 18 lần.[2] Triệu chứng rối loạn nuốt sau đột quỵ rất thường gặp, chiếm 51–55%; có nghiên cứu cho thấy lên đến 76,5%. Phát hiện sớm và can thiệp rối loạn nuốt không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong.[3] Trong thực hành lâm sàng, việc can thiệp sớm bằng cách đặt sonde (ống thông) dạ dày đã làm giảm đáng kể tỷ lệ hít sặc và viêm phổi do hít cũng như tình trạng suy dinh dưỡng.[4] Nhưng chưa có biện pháp điều trị phục hồi rối loạn nuốt, cũng như chưa có nghiên cứu về điều trị rối loạn nuốt nhằm giảm thời gian bệnh nhân phải đặt sonde dạ dày và các biến chứng do rối loạn nuốt gây ra. Theo y học hiện đại, rối loạn phản xạ nuốt là cảm giác "mắc kẹt" hoặc làm tắc nghẽn đường đi của thức ăn qua miệng, họng hoặc thực quản, được xem là dấu hiệu của tổn thương não ở những vùng chi phối và điều khiển động tác nuốt. Động tác nuốt chủ yếu do lưỡi, các cơ vùng hầu họng và thực quản đảm nhiệm, lại được chi phối bởi các dây thần kinh sọ V, VII, IX, X và XII.[5, 6] Đó là cơ sở của việc sử dụng châm cứu các huyệt tại chỗ để kích thích hoạt động của lưỡi, cơ vùng hầu họng và thực quản. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Bước đầu đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp tập nuốt trong điều trị rối loạn nuốt trên bệnh nhân tai biến mạch máu não" với mục tiêu: Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp tập nuốt điều trị rối loạn nuốt trên bệnh nhân tai biến mạch máu não và theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tai biến mạch máu não theo YHHĐ, có độ tuổi ≥ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu và được điều trị nội trú tại khoa YHCT, Bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng từ 03/2023 – 09/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ

- Bệnh nhân được chẩn đoán tai biến mạch máu não trên lâm sàng và cận lâm sàng (CT scanner hoặc MRI), có tình trạng rối loạn nuốt được chẩn đoán thông qua hỏi và khám trên lâm sàng.

- Nhận thức được, có phản xạ nuốt, có thể ho chủ động, có thể kiểm soát nuốt nghẹn.

- Mức độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS ≤ 19 điểm

- Bệnh nhân không có bệnh lý tâm thần, cũng không có bệnh lý vùng hầu họng trước khi mắc bệnh.

- Bệnh nhân và/hoặc người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân được chẩn đoán tai biến mạch máu não ≥ 7 ngày

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

Bệnh nhân được chẩn đoán tai biến mạch máu não theo tiêu chuẩn YHHĐ ở trên, được chẩn đoán bằng YHCT dựa vào tứ chẩn và bát cương thuộc 4 thể bệnh của chứng ế cách, để phân ra làm hai loại chứng hậu chính: chứng hư và chứng thực như sau:

+ Trạng thái hư: biểu hiện bán thân bất toại, ế cách, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, thích ăn đồ ấm, đại tiện lỏng, chân tay lạnh, mạch trầm huyền vô lực.

+ Trạng thái thực: biểu hiện bán thân bất toại, ế cách, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày, thích ăn đồ mát, đại tiện táo, tiểu tiện vàng, chân tay ấm, mạch phù huyền hữu lực.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân có rối loạn phản xạ nuốt không phải do tai biến mạch máu não: chấn thương sọ não, u não, bệnh lý tâm thần, bệnh lý tổn thương dây thần kinh ngoại biên…..

- Các bệnh lý cấp tính như: viêm phổi nặng, suy thận cấp, suy gan cấp, suy tim, rối loạn nhịp (rung nhĩ, nhịp nhanh kịch phác trên thất, block nhĩ thất,...), nhiễm khuẩn tiêu hoá, tiết niệu,...

- Bệnh nhân hôn mê Glasgow < 11 điểm.

- Liệt khu trú sau động kinh cục bộ hoặc động kinh cơn lớn kèm tiền sử động kinh,bệnh lý tim mạch chống chỉ định điện châm,...

- Bệnh nhân không hợp tác.

- Bệnh nhân mắc thêm các bệnh khác: lao, HIV/AIDS, các bệnh lý vùng hầu họng…

2.2.3. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ cải thiện

- Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào mức độ chuyển của thang điểm GUSS

- Đánh giá mức độ phục hồi độ liệt vận động của bệnh nhân theo thang điểm Orgogozo (dựa vào sự di chuyển độ liệt) trước và sau điều trị

2.2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn 30 bệnh nhân được chẩn đoán có rối loạn nuốt.

- Chúng tôi sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, chọn thu thập bệnh nhân điều trị Bệnh viện YHCT Thành phố Đà Nẵng từ tháng 03/2023–09/2023, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.5. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu trên lâm sàng, so sánh trước sau về hiệu quả điều trị, không có nhóm chứng sau khi được thăm khám YHHĐ và YHCT, đủ tiêu chuẩn.

Phương huyệt điều trị RLPXN trong nghiên cứu:

- Tại chỗ: Thượng liêm tuyền (ngoài kinh), Ngoại kim tân (ngoài kinh), Ngoại ngọc dịch (ngoài kinh), Thiên đột (XIV.22). Sử dụng các

huyệt tại chỗ có tác dụng kích thích tại chỗ các cơ vùng hầu họng và thực quản, giúp nhanh chóng hồi phục.

- Toàn thân: Hợp cốc (II.4), Túc tam lý (III.36), Tam âm giao (IV.6), Huyết hải (IV.10), Thần môn (V.7), Nội quan (IX.6), Phong trì (XI.20), Thái xung (XII.3) 2 bên, Bách hội (XIII.20), Đản trung (XIV.17).

Cách tập nuốt

- Môi trường luyện tập: yên tĩnh, ít tiếng ồn.

- Tư thế bệnh nhân tuỳ vào thể trạng người bệnh (nằm trên ghế ngồi hoặc ngồi trên xe lăn)

- Cầm bệnh nhân hơi gập xuống khoảng cách khoảng 4 ngón tay, cằm không ngửa quá cao (kê gối đối với bệnh nhân nằm trên ghế ngồi)

- Đưa muỗng theo chiều ngang, phù hợp với tầm mắt người bệnh

- Tập ăn từng thìa với lượng thức ăn vừa phải, đảm bảo người bệnh giữ tư thế an toàn trong quá trình tập ăn.

- Quan sát mỗi thìa người bệnh ăn để thấy cách thức ăn. Nếu người bệnh ăn an toàn thì sẽ cho ăn thìa tiếp theo, dừng cho ăn nếu phát hiện bất thường.

Chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân rối loạn nuốt vào viện được thăm khám lâm sàng toàn diện, thăm khám theo phương pháp YHCT để lựa chọn thể bệnh.

- Chọn các bệnh nhân đáp ứng yêu cầu của đối tượng nghiên cứu (30 bệnh nhân).

- Tất cả các đối tượng nghiên cứu được ghi chép nhất quán theo mẫu bệnh án.

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng trong quá trình điều trị.

- Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào mức độ chuyển của thang điểm GUSS.

- Đánh giá mức độ phục hồi độ liệt vận động của bệnh nhân theo thang điểm Orgogozo (dựa vào sự di chuyển độ liệt) trước và sau điều trị

2.2.6. Xử lý số liệu

- Các số liệu nghiên cứu lâm sàng được phân tích trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0, trong đó có sử dụng các thuật toán thống kê y học.

- Kiểm định χ^2: so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ %.

- T-test: so sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự thay đổi của triệu chứng lâm sàng ở RLPXN

Bảng 1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng của RLPXN

Triệu chứng thứ phát	N_0(n= 30)		N_{10}(n= 30)		N_{20}(n= 30)		p_{0-10}	p_{0-20}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Khàn giọng sau nuốt nước bọt	2	6,67	1	3,33	1	3,33	>0,05	>0,05
Ho sau ăn	26	86,67	20	66,67	6	20	>0,05	<0,05
Ho thường xuyên	2	6,67	1	3,33	1	3,33	>0,05	>0,05
Khàn giọng liên tục	20	66,67	15	50,00	6	20,00	>0,05	<0,05
Nghẹn	30	100	24	80,00	14	46,67	>0,05	<0,05
Chảy nước dãi	25	83,33	18	60,00	10	33,33	>0,05	<0,05
Nuốt khó	30	100	23	76,67	13	43,33	>0,05	<0,05

Kết quả tại **Bảng 1** cho thấy trước khi điều trị, bệnh nhân có biểu hiện nghẹn, nuốt khó chiếm tỷ lệ cao nhất, 30/30 bệnh nhân (100%). Các biểu hiện khàn giọng sau nuốt nước bọt, ho sau ăn, ho thường xuyên, khàn giọng liên tục, chảy nước dãi chiếm tỷ lệ lần lượt là 6,67%; 86,67%; 6,67%; 66,67%; 83,33%. Sau 20 ngày điều trị, các triệu chứng lâm sàng gồm khàn giọng sau nuốt nước bọt, ho sau ăn, ho thường xuyên, khàn giọng liên tục, chảy nước dãi, nuốt khó chiếm tỷ lệ lần lượt là 3,33%, 20%, 3,33%, 20%, 46,67%, 33,33%, 43,33%. Sau 20 ngày điều trị, sự thay đổi của các triệu chứng nghẹn, nuốt khó, ho sau ăn, khàn giọng liên tục và chảy nước dãi là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Tiến triển của RLPXN theo thang điểm GUSS

Bảng 2. Tiến triển mức độ RLPXN

Độ RLPXN	N_0		N_{10}		N_{20}	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
RLPXN nặng	0	0	0	0	0	0
RLPXN trung bình	7	23,33	3	10,00	1	3,33
RLPXN nhẹ	23	76,67	23	76,67	12	40,00
Nuốt bình thường	0	0	4	13,33	17	56,67
Tổng số	30	100	30	100	30	100
p	p_{0-10} >0,05; p_{0-20}<0,05					

Kết quả tại **Bảng 2** cho thấy trước khi điều trị, không có bệnh nhân nào được phân độ RLPXN ở mức độ nặng hoặc mức độ bình thường. RLPXN mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,67%; có 7 bệnh nhân phân độ RLPXN mức độ trung bình, chiếm 23,33%. Sau 20 ngày điều trị, có 17 bệnh nhân nuốt bình thường (56,67%); số bệnh nhân RLPXN mức độ trung bình giảm còn 1 bệnh nhân (chiếm 3,33%); RLPXN mức độ nhẹ giảm còn 12 bệnh nhân (chiếm 40,00%). Sự thay đổi về mức độ RLPXN có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Trung bình điểm GUSS

Giai đoạn / Điểm GUSS	N_0	N_{10}	N_{20}	Mức chênh (N20- N0)	p
$\bar{X} \pm SD$	13,90 ± 1,75	15,07 ± 2,27	18,90 ± 1,54	4,79 ± 3,67	$p_{0-10} > 0,05$ $p_{0-20} < 0,05$

Kết quả tại **Bảng 3** cho thấy , sau 10 ngày điều trị, điểm GUSS trung bình tăng từ 13,90 ± 1,75 lên 15,07 ± 2,27; tuy nhiên, sự thay đổi điểm GUSS sau 10 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Sau 20 ngày điều trị, điểm GUSS trung bình tăng từ 13,90 ± 1,75 lên 18,90 ± 1,54. Sự thay đổi điểm GUSS sau 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Thời gian rút sonde dạ dày

Bảng 4. Thời gian rút sonde dạ dày sau 20 ngày điều trị

Giai đoạn đánh giá	≤ 10 ngày		11 - 20 ngày		> 20 ngày		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Bệnh nhân đặt sonde	1	33,3	1	33,3	1	33,33	>0,05

Kết quả tại **Bảng 4** cho thấy trên 30 bệnh nhân nghiên cứu có 3 bệnh nhân ăn qua sonde, chiếm 10%. Sau 20 ngày điều trị, có thêm 1 bệnh nhân rút sonde thành công, chiếm 33,33%, và đến khi kết thúc quá trình nghiên cứu vẫn còn 1 bệnh nhân phải ăn qua sonde. Sự khác biệt về phân bố thời gian rút sonde dạ dày giữa các BN đặt sonde không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4. Tiến triển chỉ số Orgogozo trước –sau điều trị

Bảng 5. Tiến triển chỉ số Orgogozo trước –sau điều trị

Orgogozo	N0(n= 30)		N10(n= 30)		N20(n= 30)		p
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
I	1	3,33	3	10,00	8	26,67	
II	6	20,00	8	26,67	11	36,67	$p_{0\text{-}10}$ >0,05
III	19	63,33	16	53,33	10	33,33	$p_{0\text{-}20}$ <0,05
IV	4	13,33	3	10,00	1	3,33	

Kết quả tại **Bảng 5** cho thấy sau 20 ngày điều trị, số BN chuyển lên độ I - II là 63,33% so với trước điều trị là 23,33%; độ III - IV giảm từ 76,67% xuống 36,67%. Sự thay đổi của chỉ số Orgogozo sau 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Điểm trung bình Orgogozo theo thời gian điều trị

Giai đoạn / Orgogozo	N_0	N_{10}	N_{20}	Mức chênh (N20- N0)	p
$\overline{X}$ ± SD	59,30 ± 9,13	68,37 ± 9,86	79,47 ± 11,77	20,47 ± 12,56	$p_{0\text{-}10}$ >0,05 $p_{0\text{-}20}$ <0,05

Kết quả tại **Bảng 6** cho thấy sau 20 ngày điều trị, điểm trung bình Orgogozo tăng từ 59,30 ± 9,13 lên 79,47 ± 11,77. Sự thay đổi điểm trung bình Orgogozo sau 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Kết quả điều trị các thể bệnh YHCT sau điều trị

Bảng 7. Kết quả điều trị các thể bệnh YHCT sau điều trị

Chứng / Kết quả	Chứng thực		Chứng hư	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tốt	5	29,42	3	23,08
Khá	10	58,82	7	53,85
Kém	2	11,76	3	23,07
Tổng	17	100	13	100
$p_{(thực\text{-}hư)}$	>0,05			

Kết quả tại **Bảng 7** cho thấy tỷ lệ tiến triển tốt ở nhóm chứng thực là 5/17 BN (chiếm 29,42%) và ở nhóm chứng hư tỷ lệ tiến triển tốt là 3/13 BN (chiếm 23,08%). Sự khác biệt về tiến triển độ RLPXN giữa nhóm chứng thực và nhóm chứng hư của nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Như vậy, điều này cho thấy các thể bệnh YHCT trong NC của chúng tôi không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, đồng thời cho thấy các phương pháp điều trị trong nghiên cứu đều mang lại hiệu quả tích cực.

3.6. Một số tác dụng không mong muốn

Bảng 8. Một số tác dụng không mong muốn

Triệu chứng	n	%
Chảy máu	0	0
Vựng châm	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Hít sặc	0	0
Tức ngực	0	0
Rối loạn nhịp	0	0
Viêm phổi	0	0
Triệu chứng khác	0	0

Kết quả tại **Bảng 8** cho thấy trên lâm sàng, phương pháp nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn nào như chảy máu, vựng châm, nhiễm trùng, hít sặc, tức ngực, rối loạn nhịp, viêm phổi, các triệu chứng khác…

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá về việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng của RLPXN: Khi động tác nuốt được kiểm soát, các triệu chứng lâm sàng của RLPXN cũng được cải thiện. Trong NC này, với mong muốn cải thiện tình trạng RLPXN ở tất cả các mặt, quan trọng nhất là giảm thiểu các biến chứng do tình trạng này gây ra. Ở nhóm NC, khi điều trị châm cứu các nhóm huyệt tại chỗ và toàn thân theo công thức huyệt kết hợp với tập nuốt, làm cải thiện hoạt động của các cơ vùng hầu họng; vì thế, BN có thể chủ động làm sạch khoang miệng và tránh ứ đọng đờm dãi, dịch. Vì vậy, các triệu chứng ho và chảy nước dãi của BN cũng được cải thiện. Khi vận động các cơ vùng hầu họng, cải thiện kết hợp nhịp nhàng với sóng nhu động thực quản sẽ giúp đảm bảo động tác nuốt được thực hiện mà không gặp trở ngại.

Kết quả hồi phục RLPXN theo GUSS bằng điện châm kết hợp tập nuốt:Chúng tôi sử dụng bảng điểm đánh giá rối loạn nuốt tại giường

(GUSS) là bảng điểm được sử dụng rộng rãi tại khoa cấp cứu thần kinh Bệnh viện Bạch Mai để đánh giá nhanh tình trạng rối loạn nuốt của những bệnh nhân TBMMN, đây là một công cụ đánh giá nhanh, tin cậy tình trạng rối loạn nuốt ở BN TBMMN. Từ kết quả trên, có thể thấy rằng phương pháp điện châm theo phác đồ huyệt kết hợp tập nuốt trong nghiên cứu cho kết quả tốt trong việc phục hồi RLPXN ở BN TBMMN. Do tổn thương RLPXN ở BN TBMMN chủ yếu ở pha miệng – hầu và động tác nuốt do các cơ vùng hầu họng điều khiển, khi châm cứu các huyệt vùng hầu họng làm kích thích các cơ vùng này nhanh hồi phục hơn và vì thế làm cải thiện tình trạng RLPXN tốt hơn. Mặt khác, các dây thần kinh sọ não tham gia điều khiển quá trình nuốt và điều hòa nhu động thực quản, đặc biệt có dây số X có đường đi dọc theo cổ họng, nên khi châm các huyệt dọc vùng này cũng làm kích thích dây X trong việc điều hòa nhu động thực quản. Và bước đầu có thể nói rằng tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu phục hồi chức năng phản xạ nuốt cao hơn. Một số kết quả nghiên cứu khác cho thấy: Xie Y, Wang L và cộng sự (2008) tiến hành châm cứu thì có 12/34 BN phục hồi ăn uống bình thường; 32 BN còn lại ở nhóm chứng thì có 7 BN cải thiện ăn uống bình thường.[7] Huang YL, Liang FR, Chang HS (2008) hiệu quả điều trị ở nhóm điện châm là 69,6%, ở nhóm phục hồi chức năng là 50%, ở nhóm thủy châm là 64%.[8] Xue WX, Wu QY, Tang WD (2012) kết quả cho thấy ở nhóm NC có 34/40 BN chiếm 88% đạt kết quả tốt khi thủy châm Mecobalamin vào huyệt Phong trì, ở nhóm chứng có 11/40 BN chiếm 27,5% đạt kết quả tốt.[9] Zhou XM, Li XZ, Gu BL (2013) tỷ lệ đạt hiệu quả là 85% (34/40 BN); cao hơn 65% (26/40 BN) so với nhóm chứng. Như vậy, châm cứu vùng gáy kết hợp với phục hồi chức năng giúp cải thiện đáng kể chức năng nuốt của bệnh nhân sau đột quỵ.[10] Ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về vấn đề RLPXN và cũng chỉ dừng lại ở mức độ khảo sát, đánh giá mức độ RLPXN mà chưa có nhiều NC về việc can thiệp hồi phục RLPXN. Hoàng Thị Vân Anh, Phạm Hồng Bằng và cộng sự (2013) nghiên cứu 279 BN đột quỵ não có RLPXN cho thấy mức độ hồi phục tình trạng RLPXN ở mức tốt và khá sau khi đặt sonde dạ dày là 98/279 BN (chiếm 35,14%)[11].Các kết quả của các nghiên cứu khác có sự khác nhau, theo chúng tôi cho rằng do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau và số lượng đối tượng nghiên cứu khác nhau. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi mới dừng lại ở bước đầu khám phá về RLPXN ở BN TBMMN theo phương diện YHCT kết hợp với YHHĐ tại Việt Nam.

Đánh giá theo thời gian rút sonde dạ dày: Như vậy, phương pháp điện châm theo phác đồ của chúng tôi đã giảm thời gian ăn qua sonde, giảm số BN phải ăn qua sonde, cũng như giảm các biến chứng do đặt sonde dạ dày gây ra. Do số lượng BN ăn qua sonde chưa đủ lớn để đánh giá toàn diện, nhưng đây cũng là một hướng đi mới mang nhiều hứa hẹn cho BN RLPXN sau TBMMN, nhằm giảm thiểu những biến chứng nặng do RLPXN gây ra. Theo Hoàng Thị Vân Anh, Phạm Hồng Bằng và cộng sự (2013), trong số 118 BN đặt sonde dạ dày có 17/118 BN trước 10 ngày (14,41%), 17/118 BN từ 11-20 ngày (14,41%), từ 21-30 ngày có 40 BN (33,9%), trên 30 ngày có 44/118 BN (37,28%).[11] Kết quả của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Hoàng Thị Vân Anh và cộng sự.

Kết quả hồi phục chức năng theo thang điểm Orgogozo (1986): Thang điểm Orgogozo (1986) được sử dụng để đánh giá trạng thái chức năng thần kinh của BN sau TBMMN dựa trên quan sát và thăm khám chức năng cơ bản về ý thức, giao tiếp và vận động tứ chi. So sánh kết quả với một số nghiên cứu: Theo Nguyễn Minh Trang (2012), điểm Orgogozo trung bình trước điều trị của nhóm chứng là 46,33 ± 3,68 và của nhóm NC là 43,33 ± 3,33; sau điều trị, ở nhóm chứng là 70,67 ± 3,11 và ở nhóm NC là 72,67 ± 3,70. Nhóm NC và nhóm chứng có 25 BN chuyển độ liệt (loại tốt và khá), chiếm 83,33%. Trong đó loại tốt là 40%,và khá là 43,33% ở nhóm NC, 36,67% loại tốt và 46,67% ở nhóm chứng.[12] Qua kết quả này, nhận thấy điểm Orgogozo tại thời điểm N0 của chúng tôi cao hơn, nhưng sau 20 ngày điều trị, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn. Điều này, ngoài việc điểm Orgogozo ban đầu cao hơn, còn có thể do nhóm NC được châm các huyệt vùng hầu họng cũng gián tiếp cải thiện tình trạng thất ngôn của BN trên thang điểm Orgogozo, nên sự thay đổi là có ý nghĩa thống kê. Tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp, các chức năng về vận động, ngôn ngữ, RLPXN sẽ hồi phục dần; mức độ phục hồi ít hay nhiều tùy thuộc vào mức độ tổn thương, thể trạng bệnh nhân, các thuốc điều trị và các phương pháp phục hồi chức năng. Ngay cả khi không được điều trị gì, một số bệnh nhân vẫn có sự phục hồi tự nhiên trong vòng 6 tháng đến 1 năm sau tai biến.

Kết quả điều trị các thể bệnh YHCT sau điều trị: Sự khác biệt về tiến triển độ RLPXN giữa nhóm chứng thực và nhóm chứng hư của nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, điều này cho thấy các thể bệnh YHCT trong NC của chúng tôi không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, đồng thời cho thấy các phương pháp điều trị trong nghiên cứu đều mang lại hiệu quả tích cực. Kết quả này có thể giải thích rằng BN thực chứng có khả năng chống đỡ với tác nhân gây bệnh cao hơn, khả năng hồi phục tốt hơn, nhất là trong giai đoạn điều trị chỉ 20 ngày. Hư chứng thể hiện khí huyết suy yếu, sức đề kháng của cơ thể kém, do vậy, tác nhân gây bệnh tác dụng sâu vào tạng phủ, bệnh nặng hơn và hồi phục chậm hơn. Vì thế, để làm rõ vấn đề này, chúng tôi kiến nghị cần mở rộng nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn để đánh giá cụ thể hơn về vấn đề này.

Tác dụng điều trị của phác đồ huyệt điện châm điều trị chứng ế cách sau trúng phong theo quan điểm theo YHHĐ và YHCT: Động tác nuốt chủ yếu do lưỡi, các cơ vùng hầu họng và thực quản đảm nhiệm, lại được chi phối bởi các dây thần kinh sọ V, VII, IX, X, và XII.13,14 Đó là cơ sở của việc sử dụng các huyệt tại chỗ để kích thích hoạt động của lưỡi, cơ vùng hầu họng và thực quản. Các huyệt tại chỗ trong công thức: Thượng liêm tuyền, Ngoại kim tân, Ngoại ngọc dịch. Điện châm là phương pháp chữa bệnh kết hợp YHHĐ và YHCT, phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng của dòng điện từ máy điện châm, giúp tăng hiệu quả chữa bệnh. Dựa vào cơ chế thay đổi điện sinh học của Delafuje (Pháp), Nguyễn Tài Thu và các cộng sự cho rằng: “Điện châm là phương pháp kích thích vật lý bằng xung điện với mục đích: đưa dòng điện có cường độ nhỏ gần giống điện sinh vật của cơ thể tiếp xúc với kim châm vào huyệt, sau khi đã đắc khí để điều trị bệnh”.15 Như vậy, cách chữa bệnh này lấy huyệt làm vị trí cơ bản để tác động điều trị, dòng điện được

đưa vào cơ thể qua huyệt và bằng cách truyền điện qua kim châm. Dòng điện tác động lên huyệt qua kim châm, ngoài tác dụng tại chỗ đối với huyệt, còn có những tác dụng sinh lý, bệnh lý đối với cơ thể, như khi dùng dòng điện trong điều trị vật lý của YHHĐ.

Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị: Trong 20 ngày điều trị chúng tôi chưa thấy trường hợp nào xuất hiện các tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng và lâm sàng như: chảy máu, nhiễm trùng, vựng châm, hít sặc, tức ngực, rối loạn nhịp, viêm phổi,... Điều này chứng tỏ việc sử dụng kết hợp điện châm với tập nuốt an toàn trong điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não trong thời gian nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

1. Tác dụng của điện châm kết hợp tập nuốt trong điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não

Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng của rối loạn phản xạ nuốt: sau 20 ngày điều trị, các triệu chứng lâm sàng nghẹn, nuốt khó, khàn giọng sau nuốt nước bọt, ho sau ăn, ho thường xuyên, khàn giọng liên tục, chảy nước dãi chiếm tỷ lệ lần lượt là 3,33%, 20%, 3,33%, 20%, 46,67%, 33,33%, 43,33%. Sự thay đổi các triệu chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tiến triển của rối loạn phản xạ nuốt theo thang điểm GUSS: Sau 20 ngày điều trị, có 17 bệnh nhân nuốt bình thường (56,67%); số bệnh nhân rối loạn nuốt mức độ trung bình giảm còn 1 bệnh nhân (3,33%); rối loạn nuốt mức độ nhẹ giảm còn 12 bệnh nhân (40,00%). Sự thay đổi về mức độ rối loạn nuốt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, điểm GUSS trung bình tăng từ 13,90 ± 1,75 lên 18,90 ± 1,54. Sự thay đổi điểm GUSS sau 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian rút sonde dạ dày: sau 10 ngày điều trị, có 1 bệnh nhân rút sonde thành công, chiếm 33,33%; sau 20 ngày điều trị, có thêm 1 bệnh nhân rút sonde thành công, chiếm 33,33%; và sau khi kết thúc quá trình nghiên cứu, vẫn còn 1 bệnh nhân phải ăn qua sonde. Sự khác biệt về phân bố thời gian rút sonde dạ dày giữa các BN đặt sonde không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Trong 20 ngày điều trị, chúng tôi chưa thấy trường hợp nào xuất hiện các tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng và lâm sàng như chảy máu, nhiễm trùng, vựng châm, hít sặc, tức ngực, rối loạn nhịp, viêm phổi… Điều này chứng tỏ việc sử dụng kết hợp điện châm với tập nuốt an toàn trong điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não trong thời gian nghiên cứu.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Cần phổ biến rộng rãi kiến thức về mức độ nguy hiểm và các triệu chứng của rối loạn nuốt trong cộng đồng và tại cơ sở y tế để phòng ngừa và điều trị sớm.

2. Cần nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, nghiên cứu sâu hơn về cơ chế để đánh giá một cách toàn diện phương pháp điện châm và tập nuốt trên lâm sàng.

3. Nên áp dụng các phương pháp điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc khác để nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý rối loạn nuốt.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu:

Đề tài được nghiên cứu với mục đích nâng cao khả năng phục hồi chức năng nuốt sau tai

biến mạch máu não, được Hội đồng thông qua đề cương cho phép. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác. Bệnh nhân được giải thích rõ về tác dụng của châm cứu trong quá trình điều trị. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nếu có dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị hoặc bệnh nặng thêm, bệnh nhân được theo dõi, xử trí phù hợp tùy theo tình trạng bệnh, có thể đổi phác đồ khác.

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng. Số quyết định: 54/YHCT-KHTH-CNTT ngày 09/03/2023 - Bệnh viện Y học cổ truyền.

Nguồn tài trợ: Không có nguồn tài trợ

Xung đột lợi ích: Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

Công bố trước đó (nếu có): Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 5331/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não. Ban hành ngày 23 tháng 12 năm 2020. tr. 1-25.

2. Armstrong E, McAlister L, Coop B, Thủy CB, và cs. Báo cáo khảo sát nhu cầu đào tạo ngôn ngữ trị liệu tại Việt Nam. 2018. tr. 16-41.

3. Phan Nhựt Trí, Phạm Thắng. Sàng lọc rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện Cà Mau năm 2010. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2016;74(3):167-170.

4. Lê Văn Thành. Cơ sở giải phẫu chức năng sinh lý tuần hoàn não. In: Lê Đức Hinh và nhóm chuyên gia. *Tai biến mạch máu não - Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2007. tr. 29-47.

5. Bộ môn Sinh lý, Trường Đại học Y Hà Nội. *Sinh lý học*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015. tr. 184-185, 365-366.

6. Bộ môn Giải phẫu, Trường Đại học Y Hà Nội. *Giải phẫu người*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015. tr. 176-177, 224-230, 345-349.

7. Xie Y, Wang L, He J, Wu T. Acupuncture for dysphagia in acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2008(3):CD006076. DOI:10.1002/14651858.CD006076.pub2

8. Huang YL, Liang FR, Chang HS, et al. Effect of acupuncture on quality of life in post ischemic stroke patient with dysphagia. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*. 2008;28(6):505-508.

9. Xue WX, Wu QY, Tang WD. Therapeutic observation on acupoint injection for post-stroke deglutition disorder. *J Acupunct Tuina Sci.* 2012;10(3):162-164. DOI:10.1007/s11726-012-0595-8

10. Zhou XM, Li XZ, Gu BL. Clinical research on post-stroke dysphagia treated with nape acupuncture and rehabilitation training. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2013;33(7):587-590.

11. Hoàng Thị Vân Anh, Phạm Hồng Bằng, Trần Văn Vinh, và cs. Sự cần thiết của việc nuôi dưỡng qua sonde dạ dày ở bệnh nhân đột quỵ não. *Tạp chí Y Dược học cổ truyền quân sự*. 2013;3(3):24-28.

12. Nguyễn Minh Trang. 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]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

13. Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội. *Bài giảng thần kinh (dành cho cao học, chuyên khoa cấp I, nội trú)*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015. tr. 15-36.

14. Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội. *Bài giảng thần kinh*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2009. tr. 1-5, 19-21.

15. Nguyễn Tài Thu. *Châm cứu chữa bệnh*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2003. tr. 21-28, 126-128, 167-174.