

Nghiên cứu của chúng tôi các hạn chế như cỡ mẫu còn nhỏ, tại một trung tâm, chỉ tập trung vào các trường hợp nặng đã có chỉ định phẫu thuật, và chưa làm đầy đủ các xét nghiệm về dị ứng. Do vậy, chúng tôi không chứng minh được những khác biệt nhỏ giữa hai thể bệnh cũng như mẫu CCAD không mang tính đại diện cho toàn bộ thể bệnh CCAD với nhiều mức độ bệnh và có thể có khác biệt về biểu hiện bệnh giữa các dân tộc và vùng địa lý khác nhau.

V. KẾT LUẬN

CCAD là một bệnh lý trong nhóm các bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính với mối liên quan đến dị ứng dị nguyên đường thở với các đặc điểm khác biệt so với thể eCRS. Do đó, bệnh lý này cần được chẩn đoán như một thể bệnh riêng biệt nhằm định hướng cho kế hoạch điều trị mà trong đó, điều trị dị ứng là một yếu tố quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdullah B., Vengathajalam S., Md Daud M. K., et al.** (2020), "The Clinical and Radiological Characterizations of the Allergic Phenotype of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps", *J Asthma Allergy*, 13, pp. 523-531.
2. **Asher M. I., Rutter C. E., Bissell K., et al.** (2021), "Worldwide trends in the burden of asthma symptoms in school-aged children: Global Asthma Network Phase I cross-sectional study", *Lancet*, 398 (10311), pp. 1569-1580.
3. **DelGaudio J. M., Loftus P. A., Hamizan A. W., et al.** (2017), "Central compartment atopic disease", *Am J Rhinol Allergy*, 31 (4), pp. 228-234.
4. **Fokkens W. J., Lund V. J., Hopkins C., et al.** (2020), "European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020", *Rhinology*, 58 (Suppl S29), pp. 1-464.
5. **Grayson J. W., Cavada M., Harvey R. J.** (2019), "Clinically relevant phenotypes in chronic rhinosinusitis", *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 48 (1), pp. 23.
6. **Inthavong K., Shang Y., Del Gaudio J. M., et al.** (2021), "Inhalation and deposition of spherical and pollen particles after middle turbinate resection in a human nasal cavity", *Respir Physiol Neurobiol*, 294, pp. 103769.
7. **Kong W., Wu Q., Chen Y., et al.** (2022), "Chinese Central Compartment Atopic Disease: The Clinical Characteristics and Cellular Endotypes Based on Whole-Slide Imaging", *J Asthma Allergy*, 15, pp. 341-352.
8. **Li Y. T., Huang S. S., Ma J. H., et al.** (2023), "Bacteriology of Different Phenotypes of Chronic Rhinosinusitis", *Laryngoscope*.
9. **Marcus S., Schertzer J., Roland L. T., et al.** (2020), "Central compartment atopic disease: prevalence of allergy and asthma compared with other subtypes of chronic rhinosinusitis with nasal polyps", *Int Forum Allergy Rhinol*, 10 (2), pp. 183-189.
10. **Nie Z., Xu Z., Fan Y., et al.** (2023), "Clinical characteristics of central compartment atopic disease in Southern China", *Int Forum Allergy Rhinol*, 13 (3), pp. 205-215.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM, YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TĂNG HUYẾT ÁP KHÔNG TRỪNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Mai Văn Toàn¹, Vũ Phi Hùng¹,
Bùi Hồng Anh¹, Bùi Hồng Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát về đặc điểm, yếu tố liên quan của tăng huyết áp không trừng ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả thông qua điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ THA không trừng chung là 84,4%. Trong nghiên cứu thì nhóm tuổi THA không trừng chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi (35,7%). Tỷ lệ xuất hiện THA không trừng ở bệnh nhân chỉ sử dụng thuốc huyết áp vào buổi sáng là

85,8%, xuất hiện nhiều hơn ở những bệnh nhân chỉ sử dụng 1 loại thuốc huyết áp (50%). Tỷ lệ THA không trừng xuất hiện ở nữ nhiều hơn nam (62,5%). **Kết luận:** Tỷ lệ THA không trừng chung ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát chiếm tỷ lệ khá cao (84,4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ THA không trừng xuất hiện nhiều hơn ở nữ giới (62,5%), chỉ sử dụng 1 loại thuốc huyết áp (50%), BMI < 25, chỉ uống thuốc buổi sáng (85,8%).

Từ khóa: tăng huyết áp không trừng, tăng huyết áp nguyên phát

Từ viết tắt: tăng huyết áp (THA)

SUMMARY

SURVEY OF SOME CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF NON-DIPPER HYPERTENSION IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION AT THAI BINH

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Phi Hùng
Email: vuphihung23793@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024
Ngày duyệt bài: 23.7.2024

MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To survey on non-dipper hypertension in patients with primary hypertension. **Methods:** Descriptive study through cross-sectional survey. **Results:** The overall rate of non-dipper hypertension was 84.4%. In the study, the age group with non-dipper hypertension accounted for the highest proportion, which was the age group 60 - 69 years old (35.7%). The incidence of non-dipper hypertension in patients using only blood pressure medication in the morning is 85.8%, occurring more frequently in patients using only 1 type of blood pressure medication (50%). The rate of non-dipper hypertension appears in women more than men (62.5%). **Conclusions:** The overall rate of non-dipper hypertension in patients with primary hypertension is quite high (84.4%). In our study, the rate of non-dipper hypertension appeared more in women (62.5%), using only 1 type of blood pressure medication (50%), BMI < 25, only taking medication in the morning (85.8%). **Keywords:** non-dipper hypertension, primary hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA): là một bệnh phổ biến trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2000 trên Thế giới đã có khoảng 972 triệu người bị tăng huyết áp, và có tới 7,5 triệu người tử vong do nguyên nhân trực tiếp là tăng huyết áp. Ở đa số các bệnh nhân THA, huyết áp ban đêm thường giảm > 10% so với huyết áp ban ngày – hiện tượng này được gọi là có trũng huyết áp (dipper) và ngược lại được gọi tăng huyết áp không trũng (non-dipper). Tần suất THA không trũng ở bệnh nhân mắc THA nguyên phát khá cao, chiếm 54% trong một số nghiên cứu trên thế giới và 60 – 85% tại các nghiên cứu tại Việt Nam. Đánh giá mối liên quan giữa THA không trũng và tổn thương cơ quan đích như tim, thận, não còn chưa được chú trọng đến. Mặc dù vậy, THA không trũng vẫn được xem là yếu tố có ý nghĩa tiên lượng xấu về biến cố và tử vong do tim mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 66 bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Thời gian:** Cuộc khảo sát được thực hiện vào tháng 10 năm 2023.

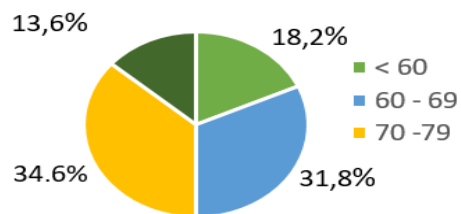
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, BMI, hút thuốc lá, thừa cân béo phì, đái tháo đường, biến số liên quan đến thuốc hạ áp, tổn thương phì đại thất trái trên điện tâm đồ, siêu âm tim

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

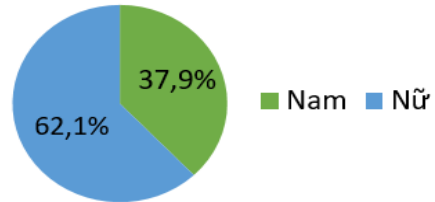
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân trắc



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi (n=66)

Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 62,3 ± 20, tuổi nhỏ nhất là 42 tuổi, tuổi lớn nhất là 92 tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 70 đến 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,6%, nhóm bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,6%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới (n = 66)

Trong 66 bệnh nhân có 25 bệnh nhân là nam giới chiếm 37,9%, 41 bệnh nhân là nữ giới chiếm 62,1%.

3.2. Tỷ lệ tăng huyết áp không trũng

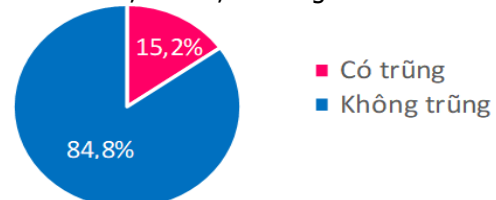
3.2.1. Đặc điểm huyết áp

Giá trị huyết áp lưu động 24 giờ

Bảng 3.1. Giá trị huyết áp đo bằng huyết áp lưu động 24 giờ (n = 66)

Huyết áp	HATTh (mmHg)	HATTr (mmHg)
Trung bình 24 giờ	129,0 ± 18,5	75,8 ± 10,4
Trung bình ban ngày	130,4 ± 18,3	77,1 ± 10,6
Trung bình ban đêm	125,8 ± 19,9	73,8 ± 10,6

Kết quả huyết áp lưu động 24 giờ của nhóm nghiên cứu: HATTh trung bình ban ngày là 130,4 ± 18,3 mmHg,, HATTh trung bình ban đêm là 125,,8 ± 19,9 mmHg. HATTr trung bình ban ngày là 77,1 ± 10,6 mmHg, HATTr trung bình ban đêm là 73,8 ± 10,6 mmHg.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ tăng huyết áp không trũng

Trong 66 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ tăng huyết áp không trũng chiếm tỉ lệ 84,8% với 56

bệnh nhân, chỉ có 10 bệnh nhân chiếm 15,2% duy trì được trứng huyết áp ban đêm.

3.2.2. Tỷ lệ THA không trứng theo giới

Bảng 3.2. Phân bố THA không trứng theo giới (n = 56)

Giới	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Nam	21	37,5
Nữ	35	62,5
Tổng	56	100,0

Khi khảo sát bệnh nhân THA không trứng chúng tôi nhận thấy có 21 bệnh nhân nam giới chiếm 37,5% nữ chiếm 62,5% với 35 bệnh nhân.

3.3.3. Tỷ lệ THA không trứng theo nhóm tuổi

Bảng 3.3. Phân bố THA không trứng theo nhóm tuổi (n = 56)

Nhóm tuổi	Tần suất	Tỷ lệ (%)
< 60	9	16,1
60 – 69	20	35,7
70 – 79	18	32,1
≥ 80	9	16,1
Tổng	56	100,0

Khi phân bố bệnh nhân THA không trứng theo nhóm tuổi thì nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 35,7%, nhóm tuổi dưới 60 tuổi và trên 80 tuổi đồng thời chiếm 16,1%.

3.2.4. Tỷ lệ THA không trứng theo BMI

Bảng 3.4. Phân bố THA không trứng theo BMI (n = 56)

BMI	Tần suất	Tỷ lệ (%)
< 25	52	92,9
≥ 25	4	7,1
Tổng	56	100,0

Nhóm bệnh nhân THA không trứng có BMI < 25 chiếm 92,9% với 52 bệnh nhân.

3.2.5. Tỷ lệ tăng huyết áp không trứng theo số lượng thuốc huyết áp

Bảng 3.5. Phân bố tăng huyết áp không trứng theo số lượng thuốc huyết áp (n=56)

Số loại thuốc huyết áp	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1 loại	28	50,0
2 loại	23	41,1
3 loại	5	8,9
Tổng	56	100,0

Có 28 bệnh nhân chiếm 50% sử dụng một loại thuốc huyết áp mắc tình trạng không trứng huyết áp. Trong khi đó ở bệnh nhân sử dụng 3 loại thuốc huyết áp là 8,9%.

3.2.6. Tỷ lệ tăng huyết áp không trứng theo thời gian dùng thuốc

Bảng 3.6. Phân bố tăng huyết áp không trứng theo thời gian dùng thuốc

Thời gian dùng thuốc	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Chỉ uống sáng	48	85,8

Sáng và chiều hoặc tối	8	14,2
Tổng	56	100,0

Tỷ lệ xuất hiện tăng huyết áp không trứng ở bệnh nhân chỉ sử dụng thuốc huyết áp vào buổi sáng là 85,8%, bệnh nhân uống thuốc vào sáng và chiều hoặc tối là 14,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Để đánh giá các yếu tố liên quan của tăng huyết áp không trứng chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 66 bệnh nhân THA đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Các đối tượng được lựa chọn theo tiêu chí tình nguyện tham gia nghiên cứu và đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy đối tượng nghiên cứu có một số đặc điểm sau:

4.1.1. Đặc điểm về tuổi. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 62,3 ± 20 tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 42 tuổi, lớn nhất là 92 tuổi. Trong 4 nhóm tuổi thì nhóm từ 70 – 79 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 34,6%, chiếm tỉ lệ thấp nhất là nhóm từ trên 80 tuổi. Như vậy, so với các nghiên cứu khác về người cao tuổi mắc THA trong nước và trên thế giới, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thiên Toàn là 72,47 ± 6,5 [1], của tác giả Phạm Thị Tây Thi là 70,54. Về tỉ lệ các nhóm tuổi, hầu hết các nghiên cứu về THA trong nước thì nhóm từ 60 đến 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất [2], [3].

4.1.2. Đặc điểm về giới. Trong 66 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thì nam giới chiếm 37,9% và nữ giới chiếm 62,1%.

Bảng 4.1. Tỷ lệ nam, nữ trong một số nghiên cứu khác

Tác giả	Tỷ lệ nam;nữ
Nguyễn Thành Sang [5]	1:1,47
Phạm Thị Tây Thi [6]	1,02:1
Trần Thị Ai Xuân [1]	1,26:1
Pierdomenico [7]	1:1,38

Có sự khác biệt này là do: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, việc đeo Holter huyết áp lưu động 24 giờ thường gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày nên hầu hết các bệnh nhân nữ đều từ chối tham gia.

4.2. Tỷ lệ tăng huyết áp không trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng huyết áp không trứng chiếm tỉ lệ 84,8%, và chỉ có 15,2% duy trì được trứng huyết áp ban đêm. Tỉ lệ tăng huyết áp không trứng trên 66 bệnh nhân THA của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Bích Liên tại Khoa Tim mạch – Lão

học và Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ là 85%, của Phạm Thị Tây Thi trên đối tượng bệnh nhân nội và ngoại trú tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai là 84,1% [3]. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Ái Xuân trên bệnh nhân nội trú tại Viện Lão khoa Trung Ương là 60 [1]. Các nghiên cứu trên thế giới thực hiện trên bệnh nhân THA thì tỉ lệ tăng huyết áp không trúng cũng dao động trong khoảng 40% đến gần 80% tùy theo địa điểm, dân số nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp không trúng. Nghiên cứu của Kario tại cộng đồng ở Nhật Bản thì có 43,13% bệnh nhân tăng huyết áp không trúng, của Pierdomenico trên bệnh nhân phòng khám tại Italy là 54% [6], [8]. Sự khác biệt này có thể được giải thích là các nguyên nhân sau. Thứ nhất, tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ của dân số nghiên cứu khác nhau; đặc điểm dân số nghiên cứu khác nhau, bao gồm: Đối tượng THA có và không điều trị thuốc hạ áp. Thứ hai, do tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp không trúng khác nhau: Hoặc dựa vào chỉ huyết áp tâm thu hoặc huyết áp tâm thu và tâm trương hoặc huyết áp trung bình hoặc tỉ số huyết áp đêm và ngày. Thứ ba, do địa điểm tiến hành đo huyết áp lưu động 24 giờ khác nhau hoặc ở phòng khám hoặc trong bệnh viện hoặc ở cộng đồng. Và có thể do cách thức tiến hành đo huyết áp lưu động 24 giờ khác nhau, bao gồm: thời gian cài đặt huyết áp lưu động và việc vẫn duy trì hay ngưng thuốc hạ áp trong khi đeo huyết áp lưu động 24 giờ. Từ kết quả trên chúng tôi thấy rằng: Ở người cao tuổi đang điều trị THA tại Khoa Nội – Bệnh viện Đại học Y Thái Bình thì tỉ lệ tăng huyết áp không trúng rất cao mặc dù những bệnh nhân này vẫn đang duy trì thuốc hạ áp thường xuyên. Do đó, nên đánh giá tình trạng tăng huyết áp không trúng bằng phương pháp đo huyết áp lưu động 24 giờ trên các đối tượng này.

Bảng 4.2. Tỉ lệ tăng huyết áp không trúng trong các nghiên cứu trong nước

Tác giả	Cỡ mẫu, đối tượng	Chẩn đoán	Tăng huyết áp không trúng (%)
Trương Quang Hoàn (2000) [1]	40 người cao tuổi THA tại phòng khám, không điều trị hoặc ngưng thuốc	HATTh và HATTr trung bình ban đêm giảm < 10% ban ngày	52,5%
Trần Thị Bích	80 người cao tuổi THA, điều trị nội	HATTh và HATTr trung	85%

Liên (2011) [3]	trú, ngưng thuốc hạ áp trước khi đeo ABPM	bình ban đêm giảm < 10% ban ngày	
Trần Thị Ái Xuân (2011) [1]	80 người cao tuổi THA, điều trị nội trú, ngưng thuốc hạ áp trước khi đeo ABPM	HATTh và HATTr trung bình ban đêm giảm < 10% ban ngày	60%

Bảng 4.3. Tỉ lệ tăng huyết áp không trúng trong các nghiên cứu trên thế giới

Tác giả	Đối tượng	Chẩn đoán	Tăng huyết áp không trúng (%)
Benzala (CH, Czech, 2015) [7]	170 người cao tuổi ≥ 75 THA, không ngưng thuốc hạ áp trước khi đeo ABPM	HA trung bình ban đêm giảm < 10% ban ngày	76,5
Pierdomenico (Italy, 2016) [6]	1.191 người cao tuổi ≥ 60 THA ở phòng khám, không ngưng thuốc hạ áp trước khi đeo ABPM	HATTh trung bình ban đêm giảm < 10% ban ngày	54

V. KẾT LUẬN

Từ việc khảo sát về đặc điểm, yếu tố liên quan của tăng huyết áp không trúng ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát trên 66 bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

Tỷ lệ THA không trúng chung ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát chiếm tỷ lệ khá cao (84,4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ THA không trúng xuất hiện nhiều hơn ở nữ giới (62,5%), chỉ sử dụng 1 loại thuốc huyết áp (50%), BMI < 25, chỉ uống thuốc buổi sáng (85,8%). Dù bệnh nhân sử dụng thuốc huyết áp thường xuyên nhưng tỷ lệ THA không trúng vẫn khá cao, do đó chúng tôi khuyến nghị nên đánh giá tình trạng tăng huyết áp không trúng bằng phương pháp đo huyết áp lưu động 24 giờ trên các đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Ái Xuân** (2011), Khảo sát sự biến đổi huyết áp 24 giờ ở người cao tuổi bình thường và tăng huyết áp, Luận văn Thạc sỹ, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Thần Hồng Anh** (2016), Đánh giá tình trạng kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi có tăng huyết áp tại Bệnh viện 175, Luận án Chuyên khoa 2, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Trần Thị Bích Liên, Hoàng Khánh** (2011), "Biến thiên huyết áp ở bệnh nhân cao tuổi tăng

- huyết áp bằng đo huyết áp lưu động 24 giờ tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ", Tạp chí Y dược học, 1, tr. 58.
- Nguyễn Thành Sang** (2018), Khảo sát thực trạng tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu trên bệnh nhân cao tuổi đang điều trị tăng huyết áp tại phòng khám Lão - Bệnh viện nhân dân Gia Định, Luận văn Tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 - Phạm Thị Tây Thi** (2017), Khảo sát biến thiên huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp > 60 tuổi đang điều trị tại BV Bạch Mai, Luận văn Chuyên khoa 2, Đại Học Y Hà Nội.
 - Pierdomenico SD, et al** (2014), "Morning blood pressure surge, dipping, and risk of ischemic stroke in elderly patients treated for hypertension", *Am J Hypertens*, 27 (4), pp. 564-70.
 - Bendzala M., Kruzliak P., et al** (2015), "Prognostic significance of dipping in older hypertensive patients", *Blood Press*, 24, pp. 103-10.
 - Kario K., et al** (2001), "Stroke prognosis and abnormal nocturnal blood pressure falls in older hypertensives", *Hypertension*, 38 (4), pp. 852-7.
 - Pierdomenico SD, et al** (2016), "Morning blood pressure surge, dipping, and risk of coronary events in elderly treated hypertensive patients", *Am J Hypertens*, 29 (1), pp. 39-45.
 - O'Brien E., et al** (1998), "Dippers and Nondippers", *Lancet*, pp. 397.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP GƯƠNG TRỊ LIỆU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHI TRÊN Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Tiến Hưng¹, Phạm Hồng Vân¹, Phạm Thái Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng chi trên ở người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, có đối chứng, so sánh trước-sau điều trị. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 35 người bệnh nhóm điều trị (Điện châm kết hợp kỹ thuật gương trị liệu) và 35 người bệnh nhóm chứng (Điều trị điện châm đơn thuần) cho thấy hiệu quả điều trị chung đạt tốt 68,6% ở nhóm điều trị, cao hơn 14,3% so với ở nhóm chứng (54,3%); cụ thể ở nhóm điều trị: Sự thay đổi chức năng vận động chi trên theo thang FMAT thay đổi $\Delta D0-D28$: $9,0 \pm 0,7$ điểm so với $3,7 \pm 0,6$ ở nhóm chứng ($p < 0,001$); Mức độ phục hồi vận động chi trên theo thang ARAT thay đổi $\Delta D0-D28$: $30,1 \pm 6,2$ điểm so với $13,4 \pm 9,1$ điểm ở nhóm chứng ($p < 0,01$); Chức năng vận động bàn tay theo thang HMS cải thiện ở nhóm điều trị nhiều hơn so với nhóm chứng: $\Delta D0-D28$ $1,3 \pm 0,4$ so với nhóm chứng $0,6 \pm 0,3$ điểm ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp điện châm kết hợp gương trị liệu có tác dụng tốt trong phục hồi chức năng chi trên ở người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp. **Từ khóa:** phục hồi chức năng chi trên, điện châm, gương trị liệu.

SUMMARY

RESULTS OF COMBINED MEDICINE TREATMENT ELECTRO-ACUPUNCTURE AND

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Hưng

Email: hungnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

MIRROR THERAPY IN PATIENTS WITH POST-ACUTE STROKE AT THE CENTRAL ACUPUNCTURE HOSPITAL IN 2023

Objectives: Evaluate the results of combined medicine treatment mirror therapy and electro-acupuncture in patients with post-acute stroke. **Methods:** An open, controlled clinical intervention study, comparing before and after treatment. **Results:** Research on 35 patients in the treatment group (Electro-acupuncture combined with mirror therapy technique) and 30 patients in the control group (Electro-acupuncture treatment alone), the overall treatment effect was good at 68.6% in the treatment group, higher than 54.3% in the control group; specifically in the treatment group: The change in upper limb motor function according to the FMAT scale changed $\Delta D0-D28$: 0.9 ± 0.2 points compared to 0.2 ± 0.1 in the control group ($p < 0.05$). The level of recovery of upper limb movement according to the ARAT scale changed $\Delta D0-D28$: 30.1 ± 6.2 points compared to 13.4 ± 9.1 points in the control group ($p < 0.05$). Hand motor function according to HMS improved more in the treatment group than the control group: $\Delta D0-D28$ 1.3 ± 0.4 compared to the control group 0.6 ± 0.3 points ($p < 0.05$). **Conclusion:** Combining mirror therapy with electro-acupuncture has a positive impact on treating patients with post-acute stroke from motor complications, especially for the upper limbs, compared to conventional therapy. **Keywords:** upper limb rehabilitation, electroacupuncture, mirror therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trong nhóm bệnh lý không lây nhiễm, làm gia tăng gánh nặng cho người bệnh cũng như gia đình và