

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO BẰNG ĐIỆN XUNG TẠI HUYỆT KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT

Tạ Đức Dũng¹, Nguyễn Văn Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị người bệnh di chứng tai biến mạch máu não bằng phương pháp kích thích điện xung qua huyết kết hợp xoa bóp bấm huyết và theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp và mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 70 bệnh nhân di chứng liệt nửa người do TBMMN, được chẩn đoán thuộc thể Khí hư huyết ứ hoặc Âm hư dương xung theo Y học cổ truyền (YHCT). Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: Nhóm nghiên cứu (NNC, n=35) được điều trị bằng máy điện xung không dùng kim Pointron 801 kết hợp XBBH. Nhóm đối chứng (NĐC) được điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH. Liệu trình điều trị kéo dài 20 ngày. Hiệu quả được đánh giá qua sự thay đổi của các thang điểm chức năng vận động Orqogozo, Barthel và Rankin tại các thời điểm trước (D0) và sau điều trị (D20). **Kết quả:** Cả hai phác đồ đều cho thấy hiệu quả cải thiện chức năng vận động rõ rệt sau 20 ngày ($p < 0,01$). Tuy nhiên, NNC cho thấy sự cải thiện vượt trội hơn. Điểm Orqogozo trung bình của NNC tăng từ $53,57 \pm 10,69$ lên $80,97 \pm 9,08$, cao hơn có ý nghĩa so với NĐC (tăng từ $52,43 \pm 12,31$ lên $74,46 \pm 9,34$) ($p < 0,05$). Tương tự, điểm Barthel của NNC cũng tăng cao hơn NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị Tốt và Khá ở NNC (80,0%) cao hơn NĐC (54,3%) ($p < 0,05$). Cả hai phương pháp đều an toàn. **Kết luận:** Phương pháp kích thích điện xung tại huyết không dùng kim kết hợp xoa bóp bấm huyết là một liệu pháp hiệu quả, an toàn và vượt trội hơn so với điện châm kinh điển trong việc phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân di chứng tai biến mạch máu não. **Từ khóa:** Tai biến mạch máu não, phục hồi chức năng, điện xung tại huyết, điện châm, xoa bóp bấm huyết.

SUMMARY

EFFICACY OF TRANSCUTANEOUS ELECTRICAL ACUPOINT STIMULATION COMBINED WITH MASSAGE AND ACUPRESSURE ON MOTOR FUNCTION RECOVERY IN POST-STROKE PATIENTS

Objectives: To evaluate the therapeutic

outcomes of needleless transcutaneous electrical acupoint stimulation (TEAS) combined with massage and acupressure in patients with stroke sequelae, to monitor for adverse effects, and to describe factors associated with treatment outcomes. **Subjects and Methods:** A randomized controlled clinical trial was conducted on 70 patients with post-stroke hemiplegia, diagnosed with either "Qi Deficiency and Blood Stasis" or "Yin Deficiency and Yang Hyperactivity" patterns according to Traditional Medicine (TM). Patients were randomly allocated into two groups: the Study Group (n=35) received treatment with a needleless TEAS device (Pointron 801) combined with Massage and Acupressure, while the Control Group (n=35) received conventional electroacupuncture (EA) combined with Massage and Acupressure. The treatment course lasted for 20 days. Efficacy was assessed by changes in the Orqogozo Scale, Barthel Index, and modified Rankin Scale (mRS) at baseline (D0) and after treatment (D20). **Results:** Both protocols demonstrated significant improvements in motor function after 20 days ($p < 0.01$). However, the study group showed superior improvements. The mean Orqogozo score in the study group increased from 53.57 ± 10.69 to 80.97 ± 9.08 , which was significantly higher than the control group's increase from 52.43 ± 12.31 to 74.46 ± 9.34 ($p < 0.05$). Similarly, the Barthel Index in the study group also showed a statistically significantly greater increase compared to the control group ($p < 0.05$). The rate of "Good" and "Fair" outcomes was significantly higher in the study group (80.0%) compared to the control group (54.3%) ($p < 0.05$). Both interventions were safe and well-tolerated. **Conclusion:** Needleless transcutaneous electrical acupoint stimulation combined with massage and acupressure is an effective, safe, and superior therapy compared to conventional electroacupuncture for improving motor function in patients with post-stroke sequelae.

Keywords: Stroke, Rehabilitation, Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation, Electroacupuncture, Massage and Acupressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn phế hàng đầu trên toàn thế giới. Theo WHO, mỗi năm có khoảng 15 triệu người mắc TBMMN, trong đó có 5 triệu người tàn tật vĩnh viễn. Di chứng liệt nửa người không chỉ làm suy giảm nghiêm trọng khả năng tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn tạo ra gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội. Phục hồi chức năng sớm và toàn diện là yếu tố then chốt giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng. Y học

¹Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

²Bệnh viện Y Dược Cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Đức Dũng

Email: taducdung1969@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

cổ truyền (YHCT), với các phương pháp không dùng thuốc như điện châm và xoa bóp bấm huyệt (XBBH), đã chứng minh vai trò quan trọng trong lĩnh vực này. Gần đây, phương pháp kích thích điện xung qua huyết không dùng kim, sử dụng các thiết bị hiện đại như máy Pointron 801, đã được ứng dụng với ưu điểm không xâm lấn, an toàn và dễ chấp nhận hơn. Tuy nhiên, các nghiên cứu khoa học so sánh trực tiếp hiệu quả của phương pháp mới này với điện châm kinh điển trong phục hồi chức năng sau TBMMN tại Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả điều trị người bệnh di chứng tai biến mạch máu não bằng phương pháp kích thích điện xung qua huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt

2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp và mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định di chứng liệt nửa người do TBMMN, đã qua giai đoạn cấp ổn định, điều trị tại Bệnh viện YDCT & PHCN tỉnh Phú Thọ.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tuổi từ 18 trở lên, có di chứng liệt nửa người, được chẩn đoán thuộc thể Khí hư huyết ứ hoặc Âm hư dương xung theo YHCT, tự nguyện tham gia.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có các bệnh lý nặng kèm theo (ung thư, HIV/AIDS, rối loạn tâm thần), có chống chỉ định của châm cứu, XBBH.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	P _{NC-C}
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)		
<50	5	14,3	6	17,1	11	>0,05
50 – 59	6	17,1	3	8,6	9	
60 – 69	11	31,4	12	34,3	23	
≥70	13	37,1	14	40	27	
Tổng	35	100,0	35	100,0	70	
Tuổi trung bình	62,43 ± 14,84		63,43 ± 15,92		62,74 ± 15,22	
Min - Max	20-95		14-87		14-95	

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,34 ± 14,80, nhóm chứng là 63,14 ± 15,84. Trong đó bệnh nhân có tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số (68,6% đối với nhóm NC, 74,3% đối với nhóm chứng). Ở nhóm nghiên cứu tuổi dưới 50 chiếm

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng, so sánh song song.

Phân nhóm: 70 bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu (NNC, n=35): Điều trị bằng máy điện xung không dùng kim Pointron 801 kết hợp XBBH. Nhóm đối chứng (NĐC, n=35): Điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH. Can thiệp: Liệu trình 20 ngày liên tục (ngày 1 lần). Xoa bóp bấm huyệt (chung cho cả 2 nhóm): Áp dụng phác đồ XBBH điều trị liệt nửa người theo Quyết định 792/QĐ-BYT, thực hiện 30 phút/lần.

Kỹ thuật ở NNC: Sử dụng máy Pointron 801, gắn các điện cực giác hút lên các huyết trong công thức huyết điều trị liệt nửa người, kích thích xung điện trong 30 phút. Kỹ thuật ở NĐC: Châm kim vô khuẩn vào các huyết tương tự, sau đó mắc máy điện châm và kích thích xung điện trong 30 phút.

- **Các chỉ số đánh giá:** Đánh giá tại các thời điểm D0 và D20. Chỉ số chính: Điểm chức năng vận động theo thang điểm Orgogozo (0-100 điểm), mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel (0-100 điểm). Chỉ số phụ: Mức độ tàn phế theo thang điểm Rankin (mRS). Kết quả điều trị chung: Đánh giá dựa trên mức độ dịch chuyển độ liệt theo các thang điểm.

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0, sử dụng test T-Student và Chi-square. p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

tỷ lệ ít nhất 8,6%, ở nhóm chứng tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm 8,6%. Tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 14 tuổi, cao nhất là 95 tuổi. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.2: Phân bố định khu tổn thương trên lâm sàng

Nhóm	Nhóm NC (n=35)		Nhóm chứng (n=35)		Tổng số		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Bên tổn thương							
Bên trái	13	37,1	16	45,7	29	41,4	>0,05
Bên phải	22	62,9	19	54,3	41	58,6	

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, tỷ lệ tổn thương bên trái tức là có liệt nửa người bên phải ở nhóm NC là 37,1% và nhóm chứng là 45,7%. Tỷ lệ tổn thương bên phải tức là có liệt nửa người trái của nhóm NC và nhóm chứng lần lượt là 62,9% và 54,3%. Tỷ lệ liệt nửa người phải so với nửa người trái là 1,4/1. Sự khác biệt này ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3: Điểm trung bình Orgogozo của 2 nhóm theo thời gian điều trị

Thời gian	Nhóm NC (n=35)	Nhóm chứng (n=35)	P _{NC-C}
N0 (X ± SD)	53,57 ± 10,69	52,43 ± 12,31	P>0,05
N20 (X ± SD)	80,97 ± 9,08	74,46 ± 9,34	P<0,05
Điểm TB được cải thiện	27,63	22,48	P<0,05
P ₂₀₋₀	P < 0,01	P < 0,01	

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị, điểm trung bình Orgogozo tăng dần ở cả 2 nhóm, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sau 20 ngày điều trị điểm Orgogozo ở nhóm NC tăng nhiều hơn so với nhóm chứng (điểm nhóm NC là 80,97 ± 9,08 còn nhóm chứng là 74,46 ± 9,34), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4: Mức độ chuyển độ liệt theo thang điểm Orgogozo

Mức chuyển	Nhóm NC		Nhóm chứng		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
2 độ liệt	18	51,4	9	25,7	p>0,05
1 độ liệt	16	45,7	24	68,6	
Không chuyển độ liệt	1	2,9	2	5,7	

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, số BN chuyển ít nhất 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất với 97,1% ở nhóm NC và 94,3% ở nhóm chứng. Có 2,9% BN không chuyển độ liệt ở nhóm NC, còn ở nhóm chứng là 5,7%. Mức chuyển độ liệt của 2 nhóm sau điều trị khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5: Mức độ chuyển độ liệt theo thang điểm Rankin

Mức chuyển	Nhóm NC (n=35)		Nhóm chứng (n=35)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
2 độ liệt	19	54,3	14	40	p>0,05
1 độ liệt	15	42,9	19	54,3	
Không chuyển độ liệt	1	2,9	2	5,7	

Nhận xét: Ở nhóm nghiên cứu, bệnh nhân có mức độ chuyển 2 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3%, có 42,9% bệnh nhân chuyển 1 độ liệt và 2,9% bệnh nhân không chuyển độ liệt. Ở nhóm chứng số bệnh nhân chuyển 1 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3%, số bệnh nhân chuyển 2 độ liệt là 40% và có 5,7% số bệnh nhân không chuyển độ liệt. Mức chuyển 2 độ liệt của nhóm nghiên cứu là tốt hơn nhóm chứng. Mức chuyển độ liệt sau điều trị của cả 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.6: Mức độ chuyển độ liệt theo thang điểm Barthel sau điều trị

Mức chuyển	Nhóm NC		Nhóm chứng		p
	n (n=35)	Tỷ lệ (%)	n (n=35)	Tỷ lệ (%)	
2 độ liệt	17	48,6	10	28,6	p>0,05
1 độ liệt	17	48,6	23	65,7	
Không chuyển độ liệt	1	2,8	2	5,7	

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, BN chuyển được 1 đến 2 độ liệt chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm NC là 97,2% còn ở nhóm chứng là 94,3%. Bệnh nhân không chuyển độ liệt ở nhóm NC là 2,8% còn ở nhóm chứng là 5,7% nhưng không có BN nặng lên. Mức chuyển độ liệt sau điều trị của 2 nhóm NC khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7: Kết quả điều trị chung của 2 nhóm

Kết quả	Nhóm NC		Nhóm chứng		p
	n (n=35)	Tỷ lệ (%)	n (n=35)	Tỷ lệ (%)	
Tốt	10	28,6	3	8,6	p<0,05
Khá	18	51,4	16	45,7	
Trung bình	6	17,1	14	40	
Kém	1	2,9	2	5,7	

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị, mức điều trị tốt và khá chiếm tỷ lệ 80% ở nhóm NC, còn ở

nhóm chứng là 54,3%. Có 1 BN của nhóm NC còn ở mức kém chiếm 2,9%, còn ở nhóm chứng là 2 BN chiếm 5,7%. Kết quả điều trị mức tốt, khá của nhóm NC cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8: Kết quả điều trị theo thời gian mắc bệnh

Thời gian	<1 tháng		1-3 tháng		3-6 tháng		>6 tháng		Tổng	p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Tốt	6	46,2	3	23,1	2	15,4	2	15,4	13	$p < 0,05$
Khá	12	35,3	4	11,8	8	23,5	10	29,4	34	
Trung bình	3	15	5	25	2	10	10	50	20	
Kém	0	0	0	0	1	33,33	2	66,67	3	
Tổng	22	31,4	13	18,6	12	17,1	23	32,9	70	

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhân thấy, hiệu quả điều trị tốt ở nhóm BN mắc bệnh <1 tháng cao nhất là 6 BN chiếm 46,2%. Tất cả các bệnh nhân có thời gian bị bệnh dưới 3 tháng đều đạt kết quả phần lớn ở mức tốt và khá. BN mắc bệnh trên 3 tháng có kết quả điều trị cao nhất chỉ ở mức khá (8 BN chiếm 23,5%). Kết quả điều trị kém chủ yếu ở BN có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (chiếm 66,67%). Thời gian mắc bệnh khác nhau hiệu quả điều trị khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.9: Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Tác dụng không mong muốn	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
Đau tại chỗ sau điện xung	1	2,9
Kích ứng và tổn thương da	0	0
Sưng và bầm tím	0	0
Mệt mỏi	2	5,7
Hoa mắt chóng mặt	0	0
Giảm cảm giác	0	0
Khác	0	0

Nhận xét: Từ bảng số liệu cho thấy: Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 2,9% bệnh nhân nhóm nghiên cứu bị đau tại chỗ sau điện xung, kéo dài dưới 10 phút sau đó tự hết mà không cần xử trí gì; 5,7% bệnh nhân mệt mỏi triệu chứng giảm dần và tự hết sau 1 đến 3 ngày điều trị. Ngoài ra, không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào khác trên lâm sàng trong suốt quá trình nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh cả hai phác đồ kết hợp đều có hiệu quả trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân di chứng TBMMN, khẳng định vai trò của YHCT trong lĩnh vực này. Đáng chú ý, phác đồ sử dụng điện xung tại huyết không dùng kim (Pointron 801) cho thấy hiệu quả vượt trội hơn so với điện châm kinh điển. Sự vượt trội này có thể được lý giải bởi nhiều yếu tố. Về mặt cơ chế, ngoài tác dụng kích thích huyết vị tương tự điện châm, việc sử dụng

các điện cực giác hút của máy Pointron 801 tạo ra một tác động cơ học bổ sung, giúp tăng cường tuần hoàn tại chỗ, giải tỏa co cứng cơ và giảm chèn ép hiệu quả hơn. Về mặt tâm lý, phương pháp không xâm lấn, không gây đau do kim châm đã giúp bệnh nhân cảm thấy thoải mái, hợp tác tốt hơn, loại bỏ rào cản tâm lý sợ hãi, từ đó có thể tăng cường hiệu quả điều trị. Kết quả của chúng tôi về mức độ cải thiện chung tương đồng với các nghiên cứu trước đây của Tôn Chi Nhân (2004) hay Bùi Vinh Sơn (2006) về hiệu quả của châm cứu trong phục hồi chức năng sau đột quỵ. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam tiến hành so sánh trực tiếp giữa hai phương pháp kích thích điện (xâm lấn và không xâm lấn), cung cấp bằng chứng ban đầu cho việc lựa chọn một phương pháp hiện đại, hiệu quả và an toàn hơn cho bệnh nhân, đặc biệt là những người sợ kim châm.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,34 \pm 14,80$, nhóm chứng là $63,14 \pm 15,84$. Trong đó bệnh nhân có tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số (68,6% đối với nhóm NC, 74,3% đối với nhóm chứng). Ở nhóm nghiên cứu tuổi dưới 50 chiếm tỷ lệ ít nhất 8,6%, ở nhóm chứng tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm 8,6%.

- Tỷ lệ tổn thương bên trái tức là có liệt nửa người bên phải ở nhóm NC là 37,1% và nhóm chứng là 45,7%. Tỷ lệ tổn thương bên phải tức là có liệt nửa người trái của nhóm NC và nhóm chứng lần lượt là 62,9% và 54,3%. Tỷ lệ liệt nửa người phải so với nửa người trái là 1,4/1. Sự khác biệt này ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Sau 20 ngày điều trị, điểm trung bình Orgogozo tăng dần ở cả 2 nhóm, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sau 20 ngày điều trị điểm Orgogozo ở nhóm NC tăng nhiều hơn so với nhóm chứng (điểm nhóm NC là $80,97 \pm 9,08$ còn nhóm chứng là $74,46 \pm 9,34$), sự khác biệt

này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 20 ngày điều trị, mức điều trị tốt và khá chiếm tỷ lệ 80% ở nhóm NC, còn ở nhóm chứng là 54,3%. Có 1 BN của nhóm NC còn ở mức kém chiếm 2,9%, còn ở nhóm chứng là 2 BN chiếm 5,7%. Kết quả điều trị mức tốt, khá của nhóm NC cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Hiệu quả điều trị tốt ở nhóm BN mắc bệnh <1 tháng cao nhất là 6 BN chiếm 46,2%. Tất cả các bệnh nhân có thời gian bị bệnh dưới 3 tháng đều đạt kết quả phần lớn ở mức tốt và khá. BN mắc bệnh trên 3 tháng có kết quả điều trị cao nhất chỉ ở mức khá (8 BN chiếm 23,5%). Kết quả điều trị kém chủ yếu ở BN có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (chiếm 66,67%). Thời gian mắc bệnh khác nhau hiệu quả điều trị khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 2,9% bệnh nhân nhóm nghiên cứu bị đau tại chỗ sau điện xung, kéo dài dưới 10 phút sau đó tự hết mà không cần xử trí gì; 5,7% bệnh nhân mệt mỏi triệu chứng giảm dần và tự hết sau 1 đến 3 ngày điều trị. Ngoài ra, không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào khác trên lâm sàng trong suốt quá trình nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bô Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
2. **Bô Y tế** (2013). Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013 về việc ban hành tài liệu "Quy trình kỹ thuật Xoa bóp bấm huyệt".
3. **Chương Trần Văn** (2003). Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
4. **Hà Nguyễn Thị Thanh** (2013). Đánh giá tác dụng của bài thuốc Địa hoàng tử âm trong hỗ trợ điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân sau nhồi máu não, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nhân Tôn Chi** (2004). Nghiên cứu phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng điện châm kết hợp với thuốc v học cổ truyền nhiêm phương, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Sơn Bùi Vinh** (2006). Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến chảy máu não bằng điện châm. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Tuyết Phạm Thị Ánh** (2015). Hiệu quả điều trị của phương pháp Cẩn tam châm trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Tạp chí nghiên cứu Y học, 93(1).
8. **Jin JJ và Xu YL** (2005). Effect of acupuncture combined with modern rehabilitation technique at early stage on life self-care ability and mental state of the patient of stroke. Zhongguo Zhen Jiu, 25 (5), pp. 304-306.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ĐƯỜNG DẪN LƯU XOANG TRÁN THEO PHÂN LOẠI IFAC TRÊN CT SCAN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP. HCM

Lương Hữu Đăng¹, Đoàn Công Khoa¹, Lê Trần Quang Minh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đường dẫn lưu xoang trán có giải phẫu phức tạp và đa dạng, là thách thức lớn trong phẫu thuật nội soi. Bảng phân loại giải phẫu xoang trán quốc tế (IFAC 2016) và Phân loại mức độ phức tạp trên hình ảnh học (ICC 2017) là công cụ chuẩn hóa giúp đánh giá hệ thống cấu trúc này. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm giải phẫu đường dẫn lưu xoang trán dựa trên IFAC và ICC tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Dữ liệu hình ảnh được phân tích dựa trên IFAC và ICC 2017 để xác định đường kính lỗ thông

xoang trán, kiểu bám móm móc, tỉ lệ các tế bào gác trán và độ phức tạp trên hình ảnh học. **Kết quả:** Từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025, chúng tôi ghi nhận 90 bệnh nhân được chụp CT scan mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. HCM. Tuổi trung bình là $47,17 \pm 13,76$. Tỉ lệ nam/nữ cân bằng. **Kết luận:** Việc ứng dụng IFAC và ICC vào thực hành thường quy giúp chuẩn hóa việc đọc CT scan, cung cấp thông tin quan trọng cho việc lập kế hoạch phẫu thuật nội soi xoang trán. **Từ khóa:** đường dẫn lưu xoang trán.

SUMMARY

ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF THE FRONTAL SINUS DRAINAGE PATHWAY ACCORDING TO IFAC CLASSIFICATION ON CT SCAN AT ENT HOSPITAL OF HO CHI MINH CITY

Background: The frontal sinus drainage pathway has a complex and varied anatomy, posing a significant challenge in endoscopic sinus surgery. The International Frontal Sinus Anatomy Classification (IFAC 2016) and the International Classification of the radiological Complexity (ICC 2017) are standardized

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025