

THERAPEUTIC EFFECTS OF A STANDARD MEDICAL TREATMENT COMBINED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE ON LANGUAGE DISORDERS IN PATIENTS WITH POST-ACUTE ISCHEMIC STROKE, ASSESSED BY CLINICAL LANGUAGE DISORDER SCALES

Ngo Quynh Hoa¹, Dang Minh Tu², Tran Thi Thu Thuy^{1*}, Nguyen Thi Duong³

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²National Hospital of Acupuncture - 49 Thai Thinh, Dong Da Ward, Hanoi City, Vietnam

³Ha Dong General Hospital - 2 Be Van Dan, Ha Dong Ward, Hanoi City, Viet Nam

Received: 21/01/2026

Revised: 21/03/2026; Accepted: 26/07/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the therapeutic effects of standard medical treatment combined with electroacupuncture in the management of language disorders in patients with post-acute ischemic stroke, assessed by clinical language disorder scales at the National Hospital of Acupuncture.

Subjects and methods: This was a clinical interventional study with a pre- and post-treatment comparison, conducted on 41 patients aged 18 years and older who were definitively diagnosed with first-ever post-acute ischemic stroke accompanied by language disorders and treated at the National Hospital of Acupuncture between August 2023 and September 2024. Patients received standard modern medical therapy combined with continuous electroacupuncture for 30 days. Treatment outcomes were evaluated using the Goodglass and Kaplan (1984) clinical aphasia assessment scale.

Results: After 30 days of treatment, the proportion of patients with severe language disorders decreased from 53.66% to 31.71%, while the proportion of patients with mild language disorders increased from 4.48% to 58.54%. The mean severity score of language impairment improved significantly from 2.12 ± 1.12 to 3.34 ± 1.15 ($p < 0.01$). Regarding the degree of improvement, 31.71% of patients improved by two severity levels (type A), 58.54% improved by one level (type B), and 9.67% showed no improvement (type C), with the difference being statistically significant ($p < 0.01$). All patients with early disease onset (24 hours to 1 month) and those aged 18-49 years demonstrated improvement in aphasia severity.

Conclusion: Electroacupuncture combined with standard medical therapy is effective in improving language disorders in patients with post-acute ischemic stroke.

Keywords: Language disorder, post-acute ischemic stroke, traditional medicine.

*Corresponding author

Email: tranthithuthuy@hmu.edu.vn Phone: (+84) 348810205 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6091

TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NGÔN NGỮ BẰNG PHÁC ĐỒ NỀN KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP THEO THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN NGÔN NGỮ TRÊN LÂM SÀNG

Ngô Quỳnh Hoa¹, Đặng Minh Tư², Trần Thị Thu Thủy^{1*}, Nguyễn Thị Dương³

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Châm cứu Trung ương - 49 Thái Thịnh, P. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Hà Đông - 2 Bế Văn Đàn, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 21/01/2026

Ngày sửa: 21/03/2026; Ngày đăng: 26/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phác đồ nền kết hợp điện châm trong điều trị rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp theo thang điểm đánh giá rối loạn ngôn ngữ trên lâm sàng tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị trên 41 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định là nhồi máu não sau giai đoạn cấp lần đầu có rối loạn ngôn ngữ được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2024. Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ nền thuốc y học hiện đại và điện châm liên tục trong 30 ngày, đánh giá kết quả bằng thang điểm đánh giá rối loạn ngôn ngữ trên lâm sàng theo Goodglass và Kaplan (1984).

Kết quả: Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ mức độ nặng giảm từ 53,66% còn 31,71%, bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ nhẹ tăng từ 4,48% lên 58,54%, độ rối loạn ngôn ngữ trung bình tăng từ $2,12 \pm 1,12$ lên $3,34 \pm 1,15$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Về kết quả chuyển dịch độ rối loạn ngôn ngữ: 31,71% bệnh nhân tăng 2 độ (loại A), 58,54% bệnh nhân tăng 1 độ (loại B) và 9,67% bệnh nhân không tăng độ (loại C) ($p < 0,01$). 100% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh sớm (24 giờ đến 1 tháng) và thuộc nhóm 18-49 tuổi có cải thiện độ thất ngôn.

Kết luận: Điện châm kết hợp phác đồ nền có tác dụng tốt trong điều trị rối loạn ngôn ngữ do nhồi máu não sau giai đoạn cấp.

Từ khóa: Rối loạn ngôn ngữ, nhồi máu não sau giai đoạn cấp, y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là 1 trong 3 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở người trưởng thành. Theo thống kê của Tổ chức Đột quy Thế giới, tính đến năm 2019, đột quy não vẫn là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai và là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng thứ ba trên thế giới [1]. Tại Việt Nam, đột quy não là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong giai đoạn 2009-2019 với mức tăng 9,1%. Đa số các trường hợp đột quy não là nhồi máu não, ở Việt Nam tỉ lệ này là 76,2% [2].

Rối loạn ngôn ngữ (RLNN) là một trong những triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân đột quy não, chiếm khoảng 21-38% những bệnh nhân sống sót sau đột quy, liên quan đến giảm hoặc mất khả năng hiểu hoặc biểu đạt lời nói, chữ viết [3]. Tình trạng này khiến bệnh nhân giao tiếp khó khăn, từ đó ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý người bệnh, gây trầm cảm và cản trở quá trình tái hòa nhập cộng đồng [4].

Mặc dù chưa có điều trị đặc hiệu cho những bệnh nhân đột quy não có RLNN, bên cạnh việc điều trị nguyên nhân, liệu pháp ngôn ngữ có thể thúc đẩy quá trình hồi phục của người bệnh. Tuy nhiên, ngôn ngữ trị liệu tại Việt Nam chỉ được thực hiện tại các cơ sở chuyên sâu, có các chuyên gia được đào tạo về ngôn ngữ trị liệu, chưa được áp dụng rộng rãi [5]. Theo y học cổ truyền, RLNN trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp có bệnh danh là thất ngôn, thuộc phạm vi chứng bán thân bất toại [6]. Y học cổ truyền đã có kinh nghiệm điều trị thất ngôn bằng các

phương pháp dùng thuốc cũng như không dùng thuốc thu được kết quả khả quan. Một số phương pháp điều trị thất ngôn đang được sử dụng phổ biến hiện nay là dùng thang thuốc hoặc chế phẩm thuốc y học cổ truyền, điện châm, điện mãng châm, xoa bóp bấm huyệt... Điện châm là kỹ thuật dùng kim châm cứu châm vào vị trí huyệt trên cơ thể phối hợp với tác dụng kích thích bằng dòng điện của máy điện châm để đạt được hiệu quả điều trị. Đây là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, có thể triển khai được ở cả các đơn vị y tế tuyến cơ sở. Hiện nay đã có khá nhiều tác giả nghiên cứu về đột quy não, nhưng các nghiên cứu về RLNN, đặc biệt là các công trình nghiên cứu về phương pháp điện châm để điều trị RLNN trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp chưa nhiều.

Nhằm cung cấp thêm những cơ sở khoa học cho phương pháp điều trị này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị RLNN trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng phác đồ nền kết hợp điện châm tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương với 2 mục tiêu: (1) Đánh giá tác dụng của phác đồ nền kết hợp điện châm trong điều trị RLNN trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp theo thang điểm đánh giá RLNN trên lâm sàng tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương; (2) Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp trên lâm sàng.

*Tác giả liên hệ

Email: tranthithuthuy@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 348810205 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6091

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, không có nhóm chứng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi được chẩn đoán xác định là nhồi máu não sau giai đoạn cấp lần đầu có RLNN được điều trị nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có thời gian bị bệnh từ 24 giờ đến ≤ 6 tháng kèm theo liệt nửa người, RLNN loại Broca hoặc liên vỏ vận động từ độ 0 đến độ 4 theo bảng đánh giá RLNN trên lâm sàng [7]. Bệnh nhân không có các rối loạn tâm thần, các bệnh lý về giọng nói và ngôn ngữ trước đó.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân sa sút trí tuệ, bị RLNN trước đó hoặc RLNN do những nguyên nhân khác (rối loạn vận ngôn, chấn thương sọ não, u não, viêm não), bệnh nhân có hội chứng dạ dày-tá tràng cấp, bệnh nhân suy gan, suy thận nặng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích 41 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.5. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu được thăm khám lâm sàng toàn diện theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng phác đồ nền các thuốc: Piracetam 800 mg (Nootropyl 800 mg) × 3 viên/ngày × 30 ngày, Atorvastatin 10 mg (Lipitor 10 mg) × 1 viên/ngày × 30 ngày, Acetylsalicylic acid 100 mg (Aspirin 100 mg) × 1 viên/ngày × 30 ngày; bệnh nhân được kết hợp với điện châm ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút trong 30 ngày liên tục. Phác đồ huyết dựa theo quy trình 122: điện châm điều trị thất vận ngôn của Bộ Y tế (2013) và hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp với y học hiện đại (2020) [6], [8].

- Công thức huyết: châm tả Bách hội (GV.20), Á môn (GV.15), Phong phủ (GV.16), Thương liêm tuyền (ngoài kinh), Ngoại kim tân (ngoài kinh), Ngoại ngọc dịch (ngoài kinh), Nhân nhinh (ST.9), Thủy đột (ST.10), Khí xá (ST.11). Nếu liệt mặt: Địa thương (ST.4), Giáp xa (ST.6), Quyền liêu (SI.18), Thừa tương (CV.24) bên liệt. Nếu liệt nửa người: Kiên tỉnh (GB.21), Kiên ngưng (LI.15), Khúc trí (LI.11), Ngoại quan (TE.5), Hợp cốc (LI.4), Phong thị (GB.31), Phục thỏ (ST.32), Lương khâu (ST.34), Túc tam lý (ST.36), Giải khê (ST.41), Huyền chung (GB.39), Dương lăng tuyền (GB.34), Bát tà (ngoài kinh), Bát phong (ngoài kinh). Thể can thận âm hư: châm bổ hai bên: Thái khê (KI.3), Tam âm giao (SP.6), Can du (BL.18) Thận du (BL.23), Huyết hải (SP.10). Thể phong đàm: châm tả hai bên: Phong long (ST.40), Âm lăng tuyền (SP.9), Túc tam lý (ST.36). Thể khí hư huyết ứ: châm bổ các huyết: Quan nguyên (CV.4), Khí hải (CV.6), Túc tam lý (ST.36). Châm tả: Huyết hải (SP.10) hai bên.

2.6. Chất liệu nghiên cứu

- Kim châm cứu: kim China 0,25 × 25 mm và kim China 0,25 × 40 mm làm bằng thép không gỉ do Trung Quốc sản xuất (Công ty cổ phần Thương mại và Dược phẩm Trúc Tâm phân phối).

- Bông vô trùng, cồn 70°, panh, khay quả đậu.

- Máy điện châm M8 do Bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất.

- Thang điểm đánh giá RLNN trên lâm sàng theo Good-glass và Kaplan [7].

2.7. Chỉ tiêu nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- Theo dõi kết quả điều trị bằng thang điểm đánh giá RLNN trên lâm sàng [7]: thay đổi mức độ RLNN theo thời gian, thay đổi độ RLNN trung bình, chuyển dịch độ RLNN theo thời gian, mối liên hệ giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh, mối liên hệ giữa kết quả điều trị và nhóm tuổi, mối liên hệ giữa kết quả điều trị và phân loại RLNN (Broca/liên vỏ vận động).

- Đánh giá kết quả dịch chuyển độ RLNN trên lâm sàng từ độ 0 đến độ 5 sau điều trị chia thành 3 mức độ:

+ Loại A (tốt): tăng từ 2 độ trở lên so với trước điều trị.

+ Loại B (khá): tăng lên 1 độ so với trước điều trị.

+ Loại C (kém): giữ nguyên hoặc giảm độ so với trước điều trị.

- Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp: mạch, huyết áp, các triệu chứng vùng châm, chảy máu tại chỗ châm, gãy kim, nhiễm trùng, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa, đau đầu, chóng mặt, mất ngủ.

Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm D0 (trước điều trị), D15 (15 ngày sau điều trị), D30 (30 ngày sau điều trị) và đưa ra kết luận.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm STATA 17.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm (%), tính số trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), so sánh hai giá trị trung bình dùng thuật toán trắc nghiệm t-Student. So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 , Fisher's exact có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được sự đồng ý của Hội đồng thông qua đề cương luận văn thạc sỹ ứng dụng của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Châm cứu Trung ương. Đề tài nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích khoa học, không vì mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

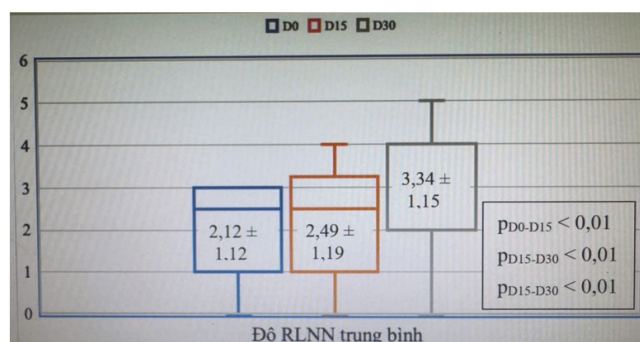
41 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là $70,29 \pm 11,91$ tuổi, trong đó bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 93 tuổi, ít tuổi nhất là 36 tuổi; nam giới nhiều hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,73/1; thời gian mắc bệnh trung bình là $2,60 \pm 1,85$ tháng.

3.1. Kết quả điều trị theo thang điểm đánh giá RLNN trên lâm sàng [7]

Bảng 1. Sự thay đổi mức độ RLNN theo thời gian (n = 41)

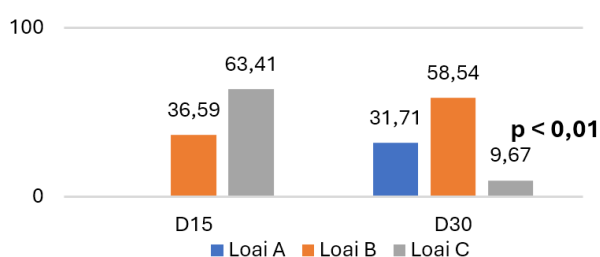
Độ nặng	Thời gian		
	D0	D15	D30
Nặng	22 (53,66%)	21 (51,22%)	13 (31,71%)
Trung bình	17 (41,46%)	9 (21,95%)	4 (9,76%)
Nhẹ	2 (4,48%)	11 (26,83%)	24 (58,54%)
pD0-D15	< 0,05		
pD15-D30	< 0,05		
pD0-D30	< 0,05		

Sau 30 ngày điều trị, mức độ RLNN của bệnh nhân được cải thiện với tỷ lệ RLNN nặng giảm và tỷ lệ RLNN mức độ nhẹ tăng lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



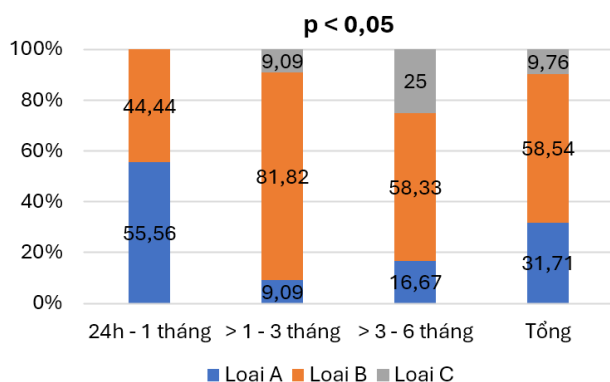
Biểu đồ 1. Sự thay đổi độ RLNN trung bình

Trước điều trị, độ RLNN trên lâm sàng trung bình là $2,12 \pm 1,12$, sau 30 ngày điều trị kết quả tăng lên $3,34 \pm 1,15$ với $p < 0,01$.



Biểu đồ 2. Kết quả dịch chuyển độ RLNN theo thời gian

Sau 30 ngày điều trị có 13 bệnh nhân (31,71%) tăng 2 độ, 24 bệnh nhân (58,54%) tăng 1 độ và 4 bệnh nhân (9,76%) không tăng độ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.



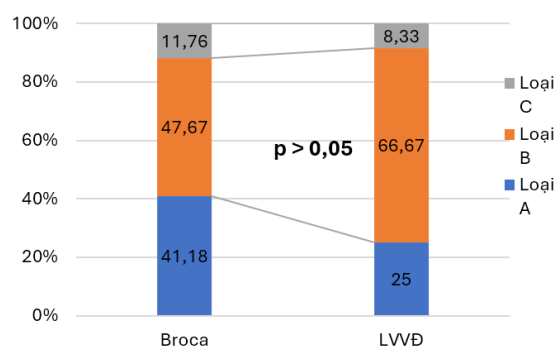
Biểu đồ 3. Mối liên hệ giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh

Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 24 giờ đến 1 tháng có kết quả điều trị đạt loại A chiếm tỷ lệ cao nhất (55,56%), 100% bệnh nhân có cải thiện độ RLNN. Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ > 3 tháng đến 6 tháng có tỷ lệ cải thiện thấp nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Mối liên hệ giữa kết quả điều trị và nhóm tuổi

Kết quả	18-49 tuổi (n = 2)		50-69 tuổi (n = 13)		≥ 70 tuổi (n = 26)		Tổng (n = 41)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Loại A	2	100	7	53,85	4	15,38	13	31,71
Loại B	0		6	46,15	18	69,23	24	58,54
Loại C	0		0		4	15,38	4	9,76

Nhóm 18-49 tuổi có số bệnh nhân phục hồi tốt nhất với 100% đạt loại A.



Biểu đồ 4. Mối liên hệ giữa kết quả điều trị và phân loại RLNN

Ghi chú: LVVD: liên vỏ vận động.

Số bệnh nhân cải thiện độ RLNN loại B chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm RLNN Broca và liên vỏ vận động với kết quả lần lượt là 47,67% và 66,67%. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị của 2 nhóm RLNN với $p > 0,05$.

3.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp trên lâm sàng

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chỉ ghi nhận 3 lượt bệnh nhân điện châm có chảy máu tại vùng đầu, mặt khi rút kim, được xử trí tại chỗ cầm máu bằng bông khô; ngoài ra không ghi nhận thêm bất kỳ tác dụng không mong muốn nào khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân RLNN do nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Đối tượng nghiên cứu được chọn từ 18 tuổi trở lên. Kết quả cho thấy tuổi trung bình là $70,29 \pm 11,91$ tuổi, trong đó bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 93 tuổi, ít tuổi nhất là 36 tuổi. Nam giới nhiều hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,73/1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình giữa nam và nữ. Tuy nhiên, bệnh có xu hướng gia tăng theo lứa tuổi, đạt đỉnh ở nhóm nhóm ≥ 70 tuổi, chiếm 63,41% tổng số bệnh nhân.

Thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,60 \pm 1,85$ tháng với 100% bệnh nhân được điều trị sớm dưới 6 tháng. Lý giải cho việc lựa chọn thời điểm can thiệp phục hồi ngôn ngữ sau nhồi máu não được chúng tôi cân nhắc kỹ lưỡng để đạt hiệu quả tối ưu và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Trong tháng đầu tiên sau đột quỵ, đặc biệt là 1-2 tuần đầu, bệnh nhân thường ở giai đoạn cấp tính với tình trạng phù não, viêm và tổn thương thần kinh chưa ổn định. Do đó, việc can thiệp bằng điện châm với tác dụng của dòng điện có thể làm tăng nguy cơ biến chứng và gián đoạn quá trình tự phục hồi của não bộ cần ưu tiên cho đảm bảo an toàn người bệnh. Giai đoạn từ tuần thứ 2 đến tháng thứ 3 được xem là thời điểm vàng để can thiệp, khi tính dẻo của não bộ đạt mức cao nhất, tạo điều kiện thuận lợi cho việc tái tổ chức thần kinh và phục hồi chức năng. Ngược lại, nếu điều trị quá muộn, sau 6 tháng, hiệu quả phục hồi thường giảm đáng kể do cơ chế bù trừ và khả năng tự sửa chữa của hệ thần kinh đã suy giảm. Ở giai đoạn này, não bộ đã xuất hiện các tổn thương thứ phát, như thoái hóa và xơ hóa, làm hạn chế khả năng tái tổ chức và phục hồi chức năng. Do đó, việc lựa chọn điều trị phục hồi ngôn ngữ trong khoảng 1-3 tháng là tối ưu, đảm bảo tận dụng được thời điểm phục hồi tốt nhất mà không gây thêm rủi ro cho bệnh nhân, đồng thời tránh để quá muộn khi khả năng điều trị đã giảm đi đáng kể [9].

4.2. Kết quả cải thiện RLNN theo thang điểm đánh giá RLNN trên lâm sàng

Thang điểm đánh giá RLNN trên lâm sàng là một thang đo ngắn gọn và trực quan, dễ sử dụng, được tích hợp trong trắc nghiệm Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAAE) do Goodglass và Kaplan hoàn thiện từ năm 1984 [7] nhằm đánh giá mức độ nghiêm trọng của chứng RLNN dựa trên khả năng giao tiếp, hiểu ngôn ngữ tổng thể, thể hiện các vấn đề hàng ngày và các vấn đề mở rộng.

Kết quả bảng 1 cho thấy, trước điều trị, bệnh nhân RLNN mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (53,66%), bệnh nhân RLNN mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,48%). Sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân RLNN mức độ nhẹ tăng lên 58,54%, tỷ lệ bệnh nhân RLNN nặng giảm xuống còn 31,71%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Pedersen P.M và cộng sự (1995) đã chỉ ra rằng RLNN mức độ nặng thường dễ nhận biết trên lâm sàng nhưng khả năng hồi phục chậm hơn ngay cả khi được điều trị sớm. Ngược lại, RLNN mức độ nhẹ tuy khó phát hiện hơn nhưng lại có tiên lượng phục hồi tốt hơn nếu được can thiệp kịp thời. Những phát hiện này một lần nữa nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc phát hiện và chẩn đoán sớm các dạng RLNN. Việc can thiệp sớm, đặc biệt ở nhóm RLNN mức độ nhẹ, không chỉ giúp tăng tỉ lệ hồi phục mà còn giảm thiểu nguy cơ chuyển sang mức độ nặng hơn [10].

Biểu đồ 1 cho thấy, trước điều trị điểm trung bình của RLNN trên lâm sàng là $2,12 \pm 1,12$, sau 30 ngày điều trị tăng lên $3,34 \pm 1,15$ ($p < 0,01$). Về kết quả độ dịch chuyển RLNN theo thời gian, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 30 ngày điều trị có 13 bệnh nhân (31,71%) tăng 2 độ, 24 bệnh nhân (58,54%) tăng 1 độ và 4 bệnh nhân (9,76%) không tăng độ với $p < 0,01$. Nghiên cứu của Trần Thị Tiến (2012) cho kết quả tương tự với điểm trung bình trước điều trị là $2,02 \pm 0,91$, sau điều trị là $3,58 \pm 0,94$, có 55,5% bệnh nhân tăng 2 độ, 42,2% bệnh nhân tăng 1 độ và 2,2% không tăng độ sau 30 ngày điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [11]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh được hiệu quả của các tác dụng trong điều trị RLNN sau đột quỵ não thông qua việc kích thích và tái tổ chức mạng lưới thần kinh ngôn ngữ ở nhiều cấp độ. Các nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ chức năng (fMRI) cho thấy tác dụng của điện châm có ảnh hưởng đến sự kích hoạt và kết nối chức năng của các vùng não liên quan đến ngôn ngữ ở bên bán cầu bị tổn thương, đặc biệt điện châm các huyết vùng đầu có thể kích thích các tế bào vỏ não, tăng đáng kể hoạt động của các nơ-ron ở thùy góc trái, hồi thái dương giữa, hồi thái dương trên và hồi hình thoi, những vùng không thể thiếu trong mạng lưới chức năng ngôn ngữ [12]. Kích thích vào vùng gốc lưỡi giúp cải thiện tính linh hoạt của cơ lưỡi và kích hoạt lại các đường dẫn truyền ngôn ngữ chính. Liang P và cộng sự (2022) đã chứng minh kết hợp kích thích các huyết vùng đầu và lưỡi song song với liệu pháp ngôn ngữ trị liệu cho kết quả vượt trội trong điều trị RLNN [12]. Điện châm còn giúp cải thiện lưu lượng máu và chuyển hóa, tăng cường lưu thông máu lên não, tăng cường hoạt động chức năng vùng vỏ não thông qua việc kích thích các huyết đạo bằng dòng điện một chiều. Không những thế, điện châm còn ảnh hưởng đến sự tiết các chất dẫn truyền thần kinh, qua đó thúc đẩy sửa chữa thần kinh và giảm tổn thương thần kinh thứ cấp [13]. Theo y học cổ truyền, điện châm có tác dụng thông kinh hoạt lạc và điều hòa khí huyết, giúp cân bằng âm dương và phục hồi khí huyết trong cơ thể. Châm cứu tác động trực tiếp vào các huyết đạo sẽ giúp “khai thông kinh khí”, cải thiện lưu thông khí huyết, từ đó điều trị bệnh hiệu quả [14]. Phác đồ huyết điện châm trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các huyết chính và các huyết bổ trợ cho huyết chính giúp cải thiện RLNN trên lâm sàng theo đa cơ chế, các huyết còn lại sẽ được châm linh hoạt trên dựa trên triệu chứng cụ thể của từng bệnh nhân. Các

huyết chính như Bách hội, Á môn, Phong phủ là các huyết vùng đầu, kích thích vào vùng não bộ kiểm soát ngôn ngữ, đồng thời cải thiện tuần hoàn máu não. Wu P và cộng sự (2010) đã chứng minh châm các huyết vùng đầu làm tăng lưu lượng máu não lên đến 20-30%, giúp kích thích tái tổ chức thần kinh và cải thiện đáng kể khả năng giao tiếp [15]. Các huyết bổ trợ như Nhân nhĩ, Thủy đột, Khí xá kích thích các cơ vùng cổ giúp tăng cường chức năng vùng hầu họng, hỗ trợ phát âm. Các huyết Thượng liên tuyền, Ngoại kim tán, Ngoại ngọc dịch tác động trực tiếp vào vùng gốc lưỡi và hệ thống thần kinh phong phủ ở lưỡi giúp vận động của lưỡi linh hoạt hơn, đồng thời kích hoạt lại các đường dẫn truyền ngôn ngữ chính, giúp bệnh nhân cải thiện RLNN [12].

Biểu đồ 3 cho thấy có sự khác biệt trong kết quả phục hồi ngôn ngữ giữa các nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh khác nhau. Nhóm bệnh nhân được điều trị sớm, từ 24 giờ đến 1 tháng có kết quả tốt nhất với 55,56% bệnh nhân đạt loại A và 100% bệnh nhân có sự tiến triển sau điều trị. Nhóm bệnh nhân được điều trị sau 3 tháng mắc bệnh có kết quả phục hồi thấp nhất với 25% bệnh nhân không ghi nhận sự cải thiện nào. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ cho thấy bệnh nhân được điều trị càng sớm thì hiệu quả phục hồi RLNN càng cao. Wilson S.M và cộng sự (2022) chỉ ra rằng sự phục hồi ngôn ngữ diễn ra theo một tiến trình giảm tốc, hiệu quả phục hồi cao nhất trong giai đoạn từ 1-5 ngày đầu cho đến 1 tháng đầu tiên, tốc độ phục hồi sẽ chậm lại trong khoảng thời gian từ 1-3 tháng và giảm rõ rệt trong giai đoạn từ 3 tháng đến 1 năm [16]. Điều này được lý giải bởi khả năng tái tổ chức thần kinh và tái lập chức năng vùng ngôn ngữ sẽ suy giảm theo thời gian do các tổn thương trở nên cố định hơn. Ngoài ra, nguyên tắc của phục hồi chức năng cũng nhấn mạnh rằng thời gian vàng để can thiệp điều trị thường rơi vào giai đoạn sớm. Ở giai đoạn này, các nơ-ron thần kinh có khả năng thích nghi cao hơn và sự hình thành các kết nối thần kinh mới có thể bù đắp cho vùng não bị tổn thương tốt hơn. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức cộng đồng và hệ thống y tế về điều trị phục hồi sớm cho bệnh nhân bị RLNN sau nhồi máu não.

Về mối liên hệ giữa hiệu quả điều trị và nhóm tuổi, bảng 2 cho thấy, nhóm bệnh nhân từ 18-49 tuổi đạt hiệu quả điều trị tốt nhất với 100% bệnh nhân loại A, nhóm 50-69 tuổi có 53,85% đạt loại A và 46,15% bệnh nhân đạt loại B. Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi không có trường hợp nào đạt loại A. Wu P và cộng sự (2010) chỉ ra rằng khả năng tái tổ chức thần kinh và phục hồi chức năng ngôn ngữ phụ thuộc rất nhiều vào tính linh hoạt của não bộ vốn đã suy giảm ở người lớn tuổi do quá trình lão hóa và giảm tuần hoàn máu não [15]. Không những thế, sự thoái hóa của các tế bào thần kinh làm hạn chế khả năng hình thành các mối liên kết thần kinh mới trong mạng lưới ngôn ngữ. Xơ vữa và giảm đàn hồi thành mạch gây giảm lưu lượng máu nuôi não và ảnh hưởng đến khả năng tự sửa chữa của thần kinh trung ương. Tuổi tác, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid... là những vấn đề thường gặp ở người cao tuổi, làm tăng nguy cơ xơ vữa mạch, hệ quả làm giảm khả năng cung cấp oxy và dưỡng chất cần thiết cho quá trình phục hồi não bộ sau đột quỵ. Theo y học cổ truyền, tuổi càng cao, chức năng tạng phủ càng suy giảm khiến việc điều trị trở nên phức tạp và chậm có kết quả hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào hai thể RLNN là Broca và liên vỏ vận động. Cả hai thể này đều thuộc nhóm RLNN không lưu loét, có khả năng nghe hiểu tốt, do đó tạo điều kiện thuận lợi để phối hợp điều trị. Theo biểu đồ 4, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm RLNN Broca đạt loại A là 41,18%, loại B là 47,67% và loại C là 11,76%. Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm RLNN liên vỏ vận động có tỷ lệ loại A

là 25%, loại B là 66,67% và loại C là 8,33%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cho thấy rằng khả năng cải thiện ngôn ngữ giữa hai thể RLNN là tương đồng, phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Wu P và cộng sự (2010) theo dõi 56 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên bao gồm 5650 bệnh nhân, 3156 trong nhóm điều trị và 2494 trong nhóm đối chứng, kết luận rằng sự cải thiện ngôn ngữ giữa các thể RLNN diễn ra một cách đồng đều qua thời gian điều trị [15]. Điều này củng cố nhận định rằng hiệu quả điều trị không phụ thuộc quá nhiều vào loại RLNN mà vào các yếu tố khác như thời điểm can thiệp, phác đồ điều trị và mức độ nặng nhẹ của bệnh.

4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp trên lâm sàng

Chúng tôi không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào phải dừng điều trị vì các tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị nền và điện châm, chỉ ghi nhận 3 lượt bệnh nhân có chảy máu vùng đầu, mặt khi rút kim. Điều đó cho thấy rằng phương pháp điện châm kết hợp phác đồ nền là an toàn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 41 bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp có RLNN được điều trị bằng điện châm kết hợp phác đồ nền trong 30 ngày cho kết quả:

- Điện châm kết hợp phác đồ nền có tác dụng tốt trong điều trị RLNN do nhồi máu não sau giai đoạn cấp, cụ thể: sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân có RLNN mức độ nặng giảm từ 53,66% còn 31,71%, bệnh nhân RLNN nhẹ tăng từ 4,48% lên 58,54%; điểm trung bình đánh giá trên lâm sàng theo Goodglass và Kaplan (1984) từ $2,12 \pm 1,12$ tăng lên $3,34 \pm 1,15$; bệnh nhân chuyển 2 độ (loại A) chiếm tỷ lệ 31,71%, chuyển 1 độ (loại B) chiếm tỷ lệ 58,54%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Chỉ có 3 lượt bệnh nhân có chảy máu vùng đầu, mặt khi rút kim; ngoài ra, không ghi nhận tác dụng mong muốn nào khác của phương pháp can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Feigin V.L, Brainin M, Norrving B et al. World Stroke Organization: Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 2022, 17 (1): 18-29.
- [2] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não (ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT, ngày 05/11/2024).
- [3] Gerstenecker A, Lazar R.M. Language recovery following stroke. *The Clinical Neuropsychologist*, 2019, 33 (5): 928-947. doi: 10.1080/13854046.2018.1562093.
- [4] Kauhanen M.L et al. Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovasc Dis*, 2000, 10: 455-461. doi: 10.1159/000016107.
- [5] Dương Thị Kiều, Nguyễn Thị Phương Chi, Bùi Thị Hồng Thúy. Kết quả bước đầu phục hồi chức năng ngôn ngữ cho người bệnh sau đột quỵ não. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 2022, 17 (8): 144-150. doi: 10.52389/ydls.v17iDB8.1313.
- [6] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại, 2020, tr. 79-86.
- [7] Goodglass H, Kaplan E. The assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 85 p.
- [8] Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, 2013, tr. 79-85.
- [9] Phipps M.S, Cronin C.A. Management of acute ischemic stroke. *BMJ*, 2020: l6983. doi: 10.1136/bmj.l6983
- [10] Pedersen P.M, Stig Jørgensen H, Nakayama H et al. Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 1995, 38 (4): 659-666. doi: 10.1002/ana.410380416.
- [11] Trần Thị Tiến. Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm trong điều trị thất vận ngôn trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [12] Liang P, Li Y et al. Effects of acupuncture - related therapies in the rehabilitation of patients with post-stroke aphasia - a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Brain Sci*, 2022, 12 (10): 1282. doi: 10.3390/brainsci12101282
- [13] Li J, Jiang Y et al. Meta-analysis of clinical efficacy of acupuncture and moxibustion in rehabilitation treatment for post-stroke aphasia. *Am J Transl Res*, 2024, 16 (10): 5182-5190. doi: 10.62347/VYKU6210.
- [14] Nguyễn Tử Siêu (biên dịch). Hoàng đế nội kinh tố vấn. Nhà xuất bản Văn hóa Thông tin, 2001, tr. 280-287.
- [15] Wu P, Mills E, Moher D, Seely D. Acupuncture in poststroke rehabilitation. *Stroke*, 2010, 41 (4): e171-e179. doi:10.1161/STROKEAHA.109.573576
- [16] Wilson S.M, Entrup J.L et al. Recovery from aphasia in the first year after stroke. *Brain*, 2022, 146 (3): 1021-1039. doi: 10.1093/brain/awac129.