Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 197-202

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF UPPER LIMB MOTOR FUNCTION REHABILITATION IN PATIENTS AFTER STROKE USING THERAPEUTIC EXERCISE AT THE DEPARTMENT OF TRADITIONAL MEDICINE AND REHABILITATION, TRA VINH UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Tan Nhat Minh*

Tra Vinh University - 126 Nguyen Thien Thanh Street, Hoa Thuan Ward, Vinh Long Province, Vietnam

Received: 08/06/2026
Revised: 22/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the effectiveness of upper limb movement rehabilitation by exercise therapy in post-stroke patients at the Department of Traditional Medicine - Rehabilitation, Tra Vinh University Hospital.

Subject and methods: An interventional clinical study with a before-after comparison on 60 post-stroke patients with hemiplegia treated from January to December 2025. Patients underwent a standardized exercise therapy program combined with electroacupuncture and acupressure, 60 minutes/day × 5 days/week for 30 days. Outcomes were evaluated using the MRC scale, the ARAT and the Barthel Index.

Result: The mean MRC score increased from 1.85 ± 1.20 to 2.68 ± 1.25; the mean ARAT score rose from 24.15 ± 17.50 to 35.82 ± 18.24; the Barthel Index increased from 42.80 ± 15.60 to 65.40 ± 17.80 ($p < 0.001$). The proportion with poor hand function decreased from 41.67% to 25%; good function increased from 18.33% to 33.33%.

Conclusion: Exercise therapy combined with traditional medicine clearly improves upper-limb motor rehabilitation, especially for gross movements and grasping large objects; fine motor functions recover more slowly and require a longer treatment period.

Keywords: Exercise therapy, rehabilitation, upper limb, stroke, ARAT scale.

*Corresponding author
Email: ntnminh@tvu.edu.vn; **Phone**: (+84) 944493123 **DOI**: 10.52163/yhc.v67i9.6650

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHI TRÊN Ở BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUỴ NÃO BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẬP VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH

Nguyễn Tấn Nhật Minh*

Đại học Trà Vinh - 126 Nguyễn Thiện Thành, P. Hòa Thuận, tỉnh Vĩnh Long, Việt Nam

Ngày nhận: 08/06/2026
Ngày sửa: 22/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân sau đột quỵ não bằng phương pháp tập vận động trị liệu tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị trên 60 bệnh nhân đột quỵ não có liệt nửa người, điều trị nội trú từ tháng 1-12 năm 2025. Bệnh nhân được tập vận động trị liệu chuẩn hóa phối hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt, 60 phút/ngày × 5 ngày/tuần × 30 ngày. Hiệu quả được đánh giá bằng thang điểm MRC, ARAT và chỉ số Barthel.

Kết quả: Điểm MRC trung bình tăng từ 1,85 ± 1,20 lên 2,68 ± 1,25 bậc; điểm ARAT tăng từ 24,15 ± 17,50 lên 35,82 ± 18,24 điểm; chỉ số Barthel tăng từ 42,80 ± 15,60 lên 65,40 ± 17,80 điểm (p < 0,001). Tỷ lệ chức năng bàn tay kém giảm từ 41,67% xuống 25%; tỷ lệ tốt tăng từ 18,33% lên 33,33%.

Kết luận: Phương pháp có hiệu quả rõ rệt phục hồi chức năng vận động chi trên, đặc biệt với cầm vật lớn và vận động thô; vận động tinh phục hồi chậm hơn, cần thời gian điều trị kéo dài.

Từ khóa: Vận động trị liệu, phục hồi chức năng, chi trên, đột quỵ não, thang điểm ARAT.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba trên thế giới và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở người trưởng thành. Tại Việt Nam, số ca đột quỵ mới mỗi năm không ngừng tăng, tạo gánh nặng lớn cho hệ thống y tế và gia đình. Phần lớn người bệnh sau giai đoạn cấp phải đối mặt với các di chứng kéo dài, trong đó suy giảm chức năng vận động chi trên là khiếm khuyết xuất hiện sớm, dai dẳng, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống.

Chức năng bàn tay giữ vai trò trung tâm trong hầu hết các hoạt động sống. Theo Trần Văn Chương và cộng sự (1998), 69% bệnh nhân đột quỵ não bị suy giảm chức năng vận động chi trên [1]. Lương Tuấn Khanh (2017) cho biết 60% người bệnh không có chức năng bàn tay trong tuần đầu sẽ không thể hồi phục; 55% không thực hiện được các hoạt động tinh vi sau 18 tháng [2]. Yukihiro Hara (2013) nhận định chỉ khoảng 20% số người sống sót có chức năng chi trên trở lại bình thường sau 3 tháng [3]; Kwakkel G và cộng sự (2006) ghi nhận chỉ 5% hồi phục hoàn toàn, 20% không hồi phục được bất kỳ chức năng nào [4].

Vận động trị liệu là phương pháp cơ bản và có bằng chứng khoa học vững chắc trong phục hồi chức năng sau đột quỵ, giúp tái tạo kết nối thần kinh, cải thiện sức cơ, duy trì tầm vận động khớp và khôi phục các động tác có mục đích [5]. Tại Việt Nam, phối hợp vận động trị liệu với điện châm, xoa bóp bấm huyệt đã trở thành mô hình can thiệp phổ biến. Thang điểm Action Research Arm Test (ARAT) do Lyle R.C đề xuất năm 1981 [6] được sử dụng rộng rãi để lượng giá khách quan khả năng cầm nắm đồ vật và các vận động thô có mục đích.

Tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh, số bệnh nhân đột quỵ điều trị có xu hướng tăng nhưng đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hệ thống hiệu quả của phương pháp tập vận động trị liệu đối với chức năng vận động chi trên. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đột quỵ não có ảnh hưởng chức năng vận động chi trên; (2) Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động chi trên bằng phương pháp tập vận động trị liệu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ não (nhồi máu não hoặc chảy máu não) có liệt nửa người, điều trị nội trú tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh từ tháng 1-12 năm 2025.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Chẩn đoán xác định đột quỵ não (lâm sàng kết hợp CT/MRI sọ não); liệt nửa người với suy giảm chức năng vận động chi trên; tuổi ≥ 18; tình trạng nội khoa ổn định, có khả năng giao tiếp và hợp tác; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Liệt do chấn thương sọ não, u não hoặc nguyên nhân khác; có tiền sử bệnh lý khớp vai, khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay; rối loạn nhận thức nặng (MMSE < 18) hoặc mất ngôn ngữ hoàn toàn; mắc bệnh nội khoa cấp tính hoặc nặng làm hạn chế tập luyện; tự rút khỏi nghiên cứu hoặc gián đoạn điều trị trên 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế: nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng, so sánh trước - sau điều trị. Cỡ mẫu tính theo công thức so sánh hai giá trị trung bình trên cùng một nhóm (α = 0,05, lực mẫu 80%) dựa trên kết quả nghiên cứu của Lê Đức Lợi và cộng sự [7], xác định cỡ mẫu tối thiểu n = 52; thực tế thu dung 60 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện, liên tục theo thứ tự nhập viện.

- Chương trình tập vận động trị liệu được thiết kế theo nguyên tắc sớm, liên tục, toàn diện và cá thể hóa, gồm: đặt tư thế đúng (sử dụng đai treo chi trên); vận động thụ động các khớp vai, khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay bên liệt, 10-15 lần/động tác × 2-3 lượt/ngày; vận động có trợ giúp và chủ động kháng

*Tác giả liên hệ
Email: ntnminh@tvu.edu.vn; **Điện thoại**: (+84) 944493123 **DOI**: 10.52163/yhc.v67i9.6650

trở (tạ 0,5-2 kg, dây đàn hồi, bóng mềm), 2-3 đợt × 10-15 lần/nhóm cơ; bài tập chức năng và hoạt động trị liệu (cầm nắm đồ vật nhiều kích cỡ, sinh hoạt hàng ngày); phối hợp điện châm các huyệt Kiên tỉnh, Kiên ngung, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Hợp cốc, Bát tà, Bát phong (3-5 Hz, 20 phút/lần) và xoa bóp bấm huyệt (15 phút/lần). Thời gian: 60 phút/ngày × 5 ngày/tuần × 30 ngày (khoảng 22 buổi).

Đánh giá tại các thời điểm T0 (trước điều trị) và T1 (sau 30 ngày điều trị) trên cùng bộ công cụ. Các chỉ tiêu gồm đặc điểm chung (tuổi, giới, thể bệnh, bên liệt, thời gian mắc, số lần mắc); sức cơ chi trên theo thang điểm MRC 6 bậc (0-5); chức năng vận động chi trên theo ARAT [6] với 19 mục chia 4 tiêu chí: A - cầm vật lớn (18 điểm), B - cầm vật vừa (12 điểm), C - cầm vật nhỏ (18 điểm), D - vận động thô (9 điểm), mỗi mục 0-3 điểm; tổng 57 điểm chia 3 mức: kém (0-19 điểm), trung bình (20-41 điểm), tốt (42-57 điểm). Chỉ số Barthel (100 điểm) đánh giá độc lập sinh hoạt theo 4 mức: phụ thuộc hoàn toàn (≤ 20 điểm); phụ thuộc nặng (21-60 điểm); phụ thuộc ít (61-90 điểm); độc lập (91-100 điểm).

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Dùng t-test ghép cặp so sánh hai giá trị trung bình; kiểm định χ^2 so sánh các tỷ lệ. Ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Đại học Trà Vinh thông qua. Bệnh nhân được giải thích mục đích và tự nguyện đồng ý tham gia; thông tin cá nhân được bảo mật. Chương trình can thiệp tuân thủ phác đồ phục hồi chức năng thường quy của khoa, không gây tác hại cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới (n = 60)

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng
< 45 tuổi	2 (3,33%)	2 (3,33%)	4 (6,67%)
45-59 tuổi	8 (13,33%)	4 (6,67%)	12 (20,00%)
60-74 tuổi	19 (31,67%)	9 (15,00%)	28 (46,67%)
≥ 75 tuổi	9 (15,00%)	7 (11,67%)	16 (26,67%)
Tổng cộng	38 (63,33%)	22 (36,67%)	60 (100%)
p	< 0,05		
Tuổi trung bình	64,23 ± 12,85 tuổi (cao nhất 86, thấp nhất 32); p < 0,05		

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 64,23 ± 12,85 tuổi (cao nhất 86 tuổi, thấp nhất 32 tuổi), trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,34%). Nam giới chiếm 63,33%, nữ giới 36,67%; tỷ lệ nam/nữ là 1,73/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương bệnh lý (n = 60)

Liệt nửa người	Nhồi máu não	Chảy máu não	Tổng
Bên phải	27 (45,00%)	5 (8,33%)	32 (53,33%)
Bên trái	22 (36,67%)	6 (10,00%)	28 (46,67%)
Tổng cộng	49 (81,67%)	11 (18,33%)	60 (100%)
p	> 0,05		

Đột quỵ nhồi máu não chiếm ưu thế với tỷ lệ 81,67%, chảy máu não chỉ chiếm 18,33%; tỷ lệ nhồi máu não/chảy máu não là 4,45/1 (p < 0,001). Liệt nửa người bên phải chiếm 53,33%, bên trái chiếm 46,67%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3. Số lần mắc và thời gian mắc bệnh (n = 60)

Thời gian mắc bệnh	Mắc lần 1	Mắc ≥ 2 lần	Tổng
< 1 tháng	16 (26,67%)	2	18 (30,00%)
1-3 tháng	23 (38,33%)	3	26 (43,33%)
> 3 tháng	14 (23,33%)	2	16 (26,67%)
Tổng cộng	53 (88,33%)	7 (11,67%)	60 (100%)
Thời gian mắc bệnh trung bình	45,2 ± 28,6 ngày		

Bệnh nhân mắc đột quỵ lần đầu chiếm 88,33%; mắc lần hai trở lên chiếm 11,67%. Nhóm mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm 30%; từ 1-3 tháng chiếm 43,33%; trên 3 tháng chiếm 26,67%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 45,2 ± 28,6 ngày.

3.2. Đặc điểm sức cơ chi trên và kết quả phục hồi theo thang điểm MRC

Bảng 4. Thay đổi sức cơ chi trên bên liệt trước và sau điều trị theo thang điểm MRC (n = 60)

Bậc sức cơ MRC	Trước	Sau	p
Bậc 0-1	15 (25,00%)	8 (13,33%)	< 0,001
Bậc 2	20 (33,33%)	14 (23,33%)	
Bậc 3	15 (25,00%)	18 (30,00%)	
Bậc 4	7 (11,67%)	14 (23,33%)	
Bậc 5	3 (5,00%)	6 (10,00%)	
Điểm trung bình	1,85 ± 1,20	2,68 ± 1,25	

Trước điều trị, phần lớn bệnh nhân có sức cơ chi trên ở mức liệt nặng (bậc 0-2 chiếm 58,33%); chỉ 16,67% có sức cơ đạt bậc 4-5. Sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có sức cơ bậc 0-2 giảm còn 36,66%; tỷ lệ bậc 4-5 tăng lên 33,33%. Điểm MRC trung bình tăng từ 1,85 ± 1,20 lên 2,68 ± 1,25; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.3. Kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên theo thang điểm ARAT

Bảng 5. Kết quả thực hiện các hoạt động theo tiêu chí A (n = 60)

Khả năng cầm vật lớn (6 mục)	Trước điều trị (n)				Sau điều trị (n)				p
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	
Khối gỗ hình vuông cạnh 10 cm	25	11	14	10	20	6	18	16	< 0,001
Khối gỗ hình vuông cạnh 7,5 cm	18	10	21	11	13	7	22	18	
Khối gỗ hình vuông cạnh 5 cm	19	9	20	12	12	7	22	19	
Khối gỗ hình vuông cạnh 2,5 cm	24	9	17	10	16	6	20	18	
Quả bóng đường kính 7,5 cm	19	12	18	11	12	8	22	18	
Viên đá kích thước 10×2,5×1 cm	29	7	17	7	22	3	22	13	
Điểm trung bình tiêu chí A	7,83 ± 5,91 (tối đa 18 điểm)				10,92 ± 5,78 (tối đa 18 điểm)				

Khả năng cầm nắm các đồ vật có kích thước lớn cải thiện rõ rệt sau điều trị (số điểm 0 và 1 giảm; điểm 2 và 3 tăng). Điểm trung bình tiêu chí A tăng từ 7,83 ± 5,91 điểm lên 10,92 ± 5,78 điểm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 6. Kết quả thực hiện các hoạt động theo tiêu chí B (n = 60)

Khả năng cầm vật vừa (4 mục)	Trước điều trị (n)				Sau điều trị (n)				p
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	
Rót nước từ cốc này sang cốc khác	30	10	13	7	24	9	15	12	< 0,001
Cắm ống nhôm vào cọc	24	9	19	8	16	6	22	16	
Cắm ống 1 × 16 cm vào cọc	25	10	17	8	18	5	22	15	
Vặn bu-lông đường kính 3,5cm	30	9	14	7	24	4	18	14	
Điểm trung bình tiêu chí B	4,63 ± 3,90 (tối đa 12 điểm)				6,75 ± 4,27 (tối đa 12 điểm)				

Khả năng cầm nắm và thao tác với các đồ vật có kích thước vừa phải có sự cải thiện sau điều trị. Điểm trung bình tăng từ 4,63 ± 3,90 điểm lên 6,75 ± 4,27 điểm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 7. Kết quả thực hiện các hoạt động theo tiêu chí C (n = 60)

Khả năng cầm vật nhỏ (6 mục)	Trước điều trị (n)				Sau điều trị (n)				p
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	
Cầm viên bi sắt 6 mm bằng ngón IV-I	33	9	12	6	27	6	18	9	< 0,001
Cầm viên bi sắt 6 mm bằng ngón III-I	30	6	18	6	22	5	22	11	
Cầm viên bi sắt 6 mm bằng ngón II-I	31	9	14	6	23	6	21	10	
Cầm viên bi ve 1,5 cm bằng ngón IV-I	29	9	16	6	23	6	22	9	
Cầm viên bi ve 1,5 cm bằng ngón III-I	30	10	14	6	22	7	21	10	
Cầm viên bi ve 1,5 cm bằng ngón II-I	30	7	17	6	21	7	22	10	
Điểm trung bình tiêu chí C	5,47 ± 5,63 (tối đa 18 điểm)				8,18 ± 5,96 (tối đa 18 điểm)				

Khả năng thao tác với các đồ vật có kích thước nhỏ cũng có sự cải thiện sau điều trị, tuy nhiên mức độ cải thiện chậm hơn so với các tiêu chí A và D. Điểm trung bình tiêu chí C tăng từ 5,47 ± 5,63 điểm lên 8,18 ± 5,96 điểm (p < 0,001). Tỷ lệ điểm 0-1 vẫn chiếm tỷ trọng lớn sau điều trị, cho thấy các hoạt động cầm nắm vật nhỏ bằng đầu ngón tay đòi hỏi thời gian phục hồi dài hơn.

Bảng 8. Kết quả thực hiện các hoạt động theo tiêu chí D (n = 60)

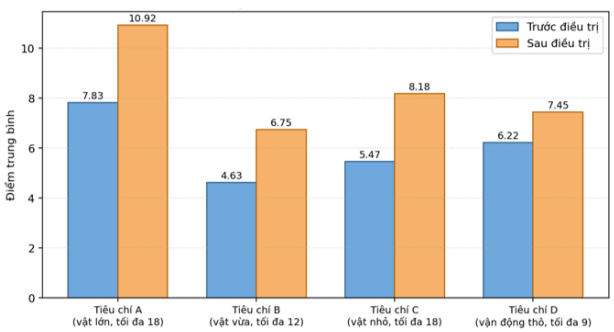
Vận động thô (3 mục)	Trước điều trị (n)				Sau điều trị (n)				p
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	
Đặt tay sau gáy	4	19	18	19	3	10	22	25	< 0,001
Đặt tay lên đỉnh đầu	4	18	20	18	3	8	23	26	
Đặt tay lên miệng	3	13	22	22	2	5	22	31	
Điểm trung bình tiêu chí D	6,22 ± 2,45 (tối đa 9 điểm)				7,45 ± 2,12 (tối đa 9 điểm)				

Khả năng thực hiện các vận động thô cải thiện rõ rệt sau điều trị. Điểm trung bình tiêu chí D tăng từ 6,22 ± 2,45 điểm lên 7,45 ± 2,12 điểm; tỷ lệ điểm 0-1 giảm từ khoảng 31,67% xuống 13,33%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

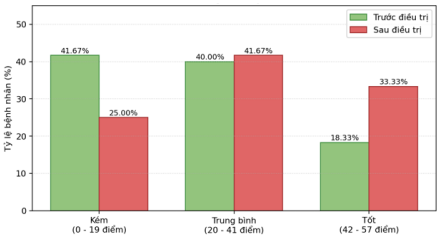
Bảng 9. Tổng hợp kết quả điều trị theo thang điểm ARAT (n = 60)

Mức chức năng bàn tay	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Kém (0-19 điểm)	25 (41,67%)	15 (25,00%)	< 0,001
Trung bình (20-41 điểm)	24 (40,00%)	25 (41,67%)	
Tốt (42-57 điểm)	11 (18,33%)	20 (33,33%)	
Điểm ARAT trung bình	24,15 ± 17,50	35,82 ± 18,24	

Tỷ lệ bệnh nhân có chức năng bàn tay kém (ARAT 0 - 19 điểm) giảm từ 41,67% xuống 25,00%; tỷ lệ chức năng tốt (42 - 57 điểm) tăng từ 18,33% lên 33,33%. Điểm ARAT trung bình trước điều trị 24,15 ± 17,50 điểm, sau điều trị tăng lên 35,82 ± 18,24 điểm. Sự khác biệt trước - sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.



Biểu đồ 1. Điểm trung bình ARAT theo 4 tiêu chí A, B, C, D trước và sau điều trị



Biểu đồ 2. Phân bố mức chức năng bàn tay theo ARAT trước và sau điều trị

3.4. Kết quả cải thiện mức độ độc lập chức năng theo chỉ số Barthel

Bảng 10. Phân bố mức độc lập chức năng theo chỉ số Barthel trước và sau điều trị (n = 60)

Mức độc lập chức năng	Trước	Sau	p
Phụ thuộc hoàn toàn (≤ 20 điểm)	11 (18,33%)	3 (5,00%)	< 0,001
Phụ thuộc nặng (21-60 điểm)	32 (53,33%)	18 (30,00%)	
Phụ thuộc ít (61-90 điểm)	10 (16,67%)	23 (38,33%)	
Độc lập (91-100 điểm)	7 (11,67%)	16 (26,67%)	
Điểm Barthel trung bình	42,80 ± 15,60	65,40 ± 17,80	

Sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn giảm từ 18,33% xuống còn 5%; tỷ lệ độc lập và phụ thuộc ít tăng từ 28,34% lên 65%. Điểm Barthel trung bình tăng từ 42,80 ± 15,60 điểm lên 65,40 ± 17,80 điểm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Kết quả này cho thấy việc cải thiện chức năng chi trên có ảnh hưởng tích cực và rõ rệt đến mức độ độc lập tổng thể trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình 64,23 ± 12,85, nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 73,34%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ: Nguyễn Văn Thông ghi nhận nguy cơ đột quỵ tăng gấp đôi mỗi 10 năm sau tuổi 55 [8]; nghiên cứu của Lê Đức Lợi và cộng sự (2021) có tuổi trung bình 65,81 ± 13,65 tuổi [7]; Nguyễn Thị Kim Liên và cộng sự (2015) là 64 ± 9,67 tuổi [9]; Lâm Thùy Mai và cộng sự (2019) là 66,9 ± 11,27 tuổi [10]. Nam chiếm 63,33% (tỷ lệ 1,73/1), phù hợp với đa số nghiên cứu do nam có nhiều yếu tố nguy cơ như hút thuốc, uống rượu, tăng huyết áp, đái tháo đường, vữa xơ động mạch [8]; tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Lê Đức Lợi và cộng sự (3,08/1) [7], có thể do đặc điểm bệnh nhân dân sự tuyến tỉnh khác bệnh viện quân đội.

Nhồi máu não chiếm 81,67% (tỷ lệ 4,45/1; p < 0,001), tương đồng với các nghiên cứu của Lê Văn Thính [5] và Nguyễn Minh Hiện (2019) [11]. Trong nghiên cứu chuyên sâu về bàn tay, tỷ lệ nhồi máu có thể thấp hơn (Nguyễn Thị Kim Liên 2011: 56% [12]) nhưng nhồi máu não vẫn chiếm ưu thế. Tỷ lệ liệt bên phải và bên trái không khác biệt có ý nghĩa. Mắc lần đầu chiếm 88,33%; thời gian khởi phát đến khi được phục hồi chức năng phân bố đa dạng, phản ánh nhiều bệnh nhân ở đồng bằng sông Cửu Long tiếp cận phục hồi chức năng muộn, đánh mất một phần thời cơ vàng.

4.2. Hiệu quả của phương pháp tập vận động trị liệu lên chức năng vận động chi trên

Về sức cơ (MRC): điểm trung bình tăng từ 1,85 ± 1,20 lên 2,68 ± 1,25 bậc (p < 0,001); tỷ lệ bậc 0-2 giảm từ 58,33% còn 36,66%; bậc 4-5 tăng gấp đôi (16,67% lên 33,33%). Cơ chế phục hồi chủ yếu nhờ hiện tượng tạo hình thần kinh (neuroplasticity) khi các vùng não không tổn thương tiếp quản chức năng thông qua tập luyện lặp lại với cường độ phù hợp [5].

Về chức năng ARAT: điểm trung bình tăng từ 24,15 ± 17,50 lên 35,82 ± 18,24 điểm (tăng 11,67 điểm, p < 0,001); chức năng kém giảm từ 41,67% còn 25%; nhóm tốt tăng gần gấp đôi (từ 18,33% lên 33,33%). So với nghiên cứu của Lê Đức Lợi và cộng sự (2021) với mức tăng từ 22,89 ± 18,35 điểm lên 29,64 ± 19,98 điểm sau 7,60 ± 3,09 ngày [7], nghiên cứu của chúng tôi có mức tăng lớn hơn nhờ thời gian điều trị dài hơn, khẳng định vai trò then chốt của thời gian tập luyện.

Mức cải thiện không đồng đều: tiêu chí A tăng 3,09 điểm; tiêu chí B tăng 2,12 điểm; tiêu chí C tăng 2,71 điểm; tiêu chí D tăng 1,23 điểm. Nhóm D có điểm nền cao trước điều trị nên biên độ tăng tuyệt đối thấp nhất; các vận động thô hồi phục nhanh hơn vận động tinh. Tỷ lệ điểm 0-1 ở nhóm C vẫn cao sau điều trị do động tác kẹp vật nhỏ bằng đầu ngón tay (pinch) đòi hỏi thời gian phục hồi kéo dài, phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên năm 2004 [13] và năm 2011 [12]. So với nghiên cứu của Lâm Thùy Mai (2019) đạt 70% mức tốt và khá [10], kết quả 33,33% của chúng tôi thấp hơn do thu dung cả bệnh nhân giai đoạn sau cấp tính > 3 tháng, nhưng vẫn là cải thiện có ý nghĩa.

Độc lập chức năng (Barthel) tăng từ 42,80 ± 15,60 điểm lên 65,40 ± 17,80 điểm (p < 0,001); phụ thuộc hoàn toàn giảm từ 18,33% còn 5%; độc lập và phụ thuộc ít tăng từ 28,34% lên 65%. Do chi trên tham gia hầu hết hoạt động sinh hoạt hàng ngày, phục hồi chi trên kéo theo cải thiện mức độc lập tổng thể. Điện châm kích thích co cơ, phá co cứng, điều hòa tuần hoàn; xoa bóp bấm huyệt làm mềm cơ, giảm đau, tăng cảm nhận bản thể, chuẩn bị tốt cho buổi tập vận động. Các tác giả nước ngoài cũng ghi nhận phần lớn cải thiện vận động tay xảy ra trong 16 tuần đầu [14], vai trò của thời gian đối với kết cục [4] và liệt chi trên là khiếm khuyết đầu tiên sau đột quỵ [3].

Hạn chế của nghiên cứu:

Hạn chế của nghiên cứu: thiết kế can thiệp không đối chứng nên chưa loại trừ hoàn toàn được ảnh hưởng của quá trình hồi phục tự nhiên sau đột quỵ. Cỡ mẫu còn nhỏ (60 bệnh nhân) làm hạn chế lực thống kê và khả năng khái quát hóa kết quả, đồng thời chưa đủ để phân tích sâu sự khác biệt giữa các phân nhóm (tuổi, thể tổn thương, thời gian mắc, bên liệt). Thời gian theo dõi ngắn (30 ngày) mới chỉ phản ánh hiệu quả trong giai đoạn điều trị nội trú, chưa đánh giá được tính bền vững của kết quả phục hồi cũng như khả năng cải thiện tiếp tục của vận động tinh vốn cần thời gian dài hơn. Ngoài ra, nghiên cứu chưa tách bạch được phần đóng góp riêng của vận động trị liệu và của y học cổ truyền (điện châm, xoa bóp bấm huyệt); vị trí, mức độ tổn thương não và các bệnh nền kèm theo cũng chưa được khảo sát đầy đủ. Dù vậy, việc sử dụng các thang điểm chuẩn hóa MRC, ARAT và Barthel cho phép so sánh với các nghiên cứu khác, góp phần xây dựng cơ sở dữ liệu khoa học cho thực hành phục hồi chức năng tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long.

5. KẾT LUẬN

Qua đánh giá trên 60 bệnh nhân sau đột quỵ não điều trị tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh từ 1-12 năm 2025, chúng tôi rút ra kết luận:

- Bệnh nhân có tuổi trung bình 64,23 ± 12,85 tuổi, nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 73,34%; tỷ lệ nam/nữ 1,73/1; nhồi máu não chiếm ưu thế (81,67%); tỷ lệ liệt phải và trái không khác biệt có ý nghĩa; mắc lần đầu 88,33%.

- Phương pháp tập vận động trị liệu phối hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong 30 ngày có hiệu quả rõ rệt: điểm MRC trung bình tăng từ 1,85 ± 1,20 lên 2,68 ± 1,25 bậc; điểm ARAT tăng từ 24,15 ± 17,50 lên 35,82 ± 18,24 điểm, chức năng bàn tay kém giảm từ 41,67% còn 25,00%, tốt tăng từ 18,33% lên 33,33%; chỉ số Barthel tăng từ 42,80 ± 15,60 lên 65,40 ± 17,80 điểm (p < 0,001). Phục hồi cao nhất ở cầm vật lớn và vận động thô; chậm hơn ở kẹp vật nhỏ (vận động tinh), cần kéo dài thời gian điều trị và duy trì tập luyện tại nhà. Kết quả là cơ sở cho các nghiên cứu có đối chứng và theo dõi dài hạn nhằm tối ưu hóa phác đồ phục hồi chức năng chi trên cho bệnh nhân đột quỵ não tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Trần Văn Chương, Nguyễn Xuân Nghiên. Bước đầu nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng phục hồi vận động bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Hội Phục hồi chức năng Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1998, tr. 65-75.

[2] Lương Tuấn Khanh. Phục hồi chức năng sau đột quỵ: từ nguyên lý phục hồi vận động đến thực tiễn. Tài liệu tập huấn chuyên ngành Phục hồi chức năng, Cục Quân y, Bộ Quốc phòng, 2017, tr. 8-92.

[3] Yukihiro Hara. Rehabilitation with functional electrical stimulation in stroke patients. International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2013, 1 (6): 147. doi: 10.4172/2329-9096.1000147

[4] Kwakkel G et al. Impact of time on improvement of outcome after stroke. Stroke, 2006, 37 (9): 2348-2353. doi: 10.1161/01.STR.0000238594.91938.1e.

[5] Lê Văn Thính. Cơ chế phục hồi chức năng thần kinh sau đột quỵ não - thuốc điều trị. Trong: Phục hồi chức năng thần kinh sau đột quỵ. Nhà xuất bản Y học, 2017, tr. 10-11.

[6] Lyle R.C. A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. International Journal of Rehabilitation Research, 1981, 4 (4): 483-492. doi: 10.1097/00004356-198112000-00001.

[7] Lê Đức Lợi và cộng sự. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên bệnh nhân sau đột quỵ não bằng thang điểm ARAT. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, 2021, 16 (số đặc biệt HNKH), tr. 84-91. doi: 10.52389/ydls.v16iDB4.1016

[8] Nguyễn Văn Thông. Chẩn đoán và xử trí đột quỵ não cấp. Tài liệu tập huấn chuyên ngành Phục hồi chức năng, Cục Quân y, Bộ Quốc phòng, 2017, tr. 73-82.

[9] Nguyễn Thị Kim Liên, Trần Việt Hà. Hiệu quả phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não theo chương trình GRASP. Tạp chí Y Dược học Quân sự, 2015 (1): 85-90.

[10] Lâm Thùy Mai, Nguyễn Quang Ân và cộng sự. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não. Tạp chí Y học Việt Nam, 2019, 482 (số đặc biệt), tr. 202-209.

[11] Nguyễn Minh Hiện. Đánh giá cơ cấu thu dung điều trị đột quỵ não tại Bệnh viện Quân y 103 (từ 1/2007 đến 12/2018). Tạp chí Y học Việt Nam, 2019, 482 (số đặc biệt), tr. 36-43.

[12] Nguyễn Thị Kim Liên. Nghiên cứu phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2011, tr. 60-81.

[13] Nguyễn Thị Kim Liên, Cao Minh Châu. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng của bàn tay bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2004, 30 (4), tr. 52-56.

[14] Broeks J.G et al. The long-term outcome of arm function after stroke: results of a follow-up study. Disability and Rehabilitation, 1999, 21 (8): 357-364. doi: 10.1080/096382899297459.