# LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin chân thành cảm ơn:

Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo sau đại học – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Với tấm lòng chân thành, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

* Tiến sĩ Vũ Đức Định, Trưởng khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện E Trung ương, người thầy đã hết lòng quan tâm, dạy bảo tôi về kiến thức chuyên môn cũng như trực tiếp hướng dẫn tôi trong suốt quá trình hoàn thành luận văn này.
* Các Thầy, Cô trong Hội đồng khoa học chấm luận văn đã đóng góp, chỉ bảo cho tôi nhiều ý kiến quý báu để giúp tôi hoàn thành luận văn của mình.
* Các thầy cô giáo học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã dạy bảo, truyền đạt kiến thức cho tôi trong quá trình học tập tại trường.
* Tập thể các bác sỹ, điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực – chống độc bệnh viện E Trung ương, những người đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng cảm kích và biết ơn sâu sắc tới Ba, Mẹ, những người thân trong gia đình, bạn bè đã luôn động viên, giúp đỡ và ủng hộ tôi trong suốt quá trình học tập cũng như quá trình hoàn thành luận văn này.

*Hà Nội, ngày 07 tháng 12 năm 2017*

**Nguyễn Thị Xuân Thương**

# LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Xuân Thương học viên cao học khóa 8 học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy TS. Vũ Đức Định.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội, ngày 07 tháng 12 năm 2017*

Người viết cam đoan

**Nguyễn Thị Xuân Thương**

**MỤC LỤC**

LỜI CẢM ƠN

LỜI CAM ĐOAN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC HÌNH ẢNH

DANH MỤC BẢNG

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ 1

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3

1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU SINH LÝ HỆ TIÊU HÓA 3

1.1.1. Cấu tạo tổng quát mô học ống tiêu hóa 3

1.1.2. Giải phẫu chức năng hệ tiêu hóa 5

1.2. LIỆT RUỘT CƠ NĂNG VÀ HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG 6

1.2.1. Định nghĩa 6

1.2.2. Nguyên nhân 6

1.2.3. Biểu hiện lâm sàng 7

1.2.4. Tăng áp lực ổ bụng và hội chứng chèn ép khoang bụng 7

1.2.5. Điều trị liệt ruột cơ năng và tăng áp lực ổ bụng theo y học hiện đại 13

1.3. QUAN ĐIỂM LIỆT RUỘT THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN 15

1.3.1. Bệnh danh 15

1.3.2. Cơ chế bệnh sinh của chứng phúc mãn, ẩu thổ, tiện bí 16

1.3.3. Các huyệt châm cứu được sử dụng trong điều trị rối loạn tiêu hóa (trong đó có liệt ruột cơ năng) 17

1.3.4. Các huyệt sử dụng trong đề tài và cơ sở chọn huyệt theo y học cổ truyền 19

1.4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM 22

1.4.1. Khái niệm 22

1.4.2. Cơ chế tác dụng của châm cứu theo YHHĐ 23

1.4.3. Cơ chế tác dụng của châm cứu theo YHCT 24

1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ ĐIỀU TRỊ LIỆT RUỘT CƠ NĂNG TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THẾ GIƠI 26

1.5.1. Trên thế giới 26

1.5.2. Tại Việt Nam 27

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 28

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 28

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu 28

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân 28

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ 29

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 29

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu 29

2.2.2. Chất liệu nghiên cứu 29

2.2.3. Phương pháp can thiệp 31

2.2.4. Tiêu chuẩn dừng nghiên cứu 33

2.2.5. Tiêu chuẩn thành công, thất bại 33

2.2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu 34

2.2.7. Tiêu chuẩn đánh giá 35

2.3. XỬ LÝ SỐ LIỆU 35

2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU 35

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 38

3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN TRONG NGHIÊN CỨU 38

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi 38

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới 39

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp 39

3.1.4. Các triệu chứng chính của bệnh 40

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo độ nặng tăng ALOB 41

3.1.6. Các mặt bệnh gặp trong nghiên cứu 42

3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm Glassgow 43

3.1.8. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh y học cổ truyền 44

3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 45

3.2.1. Kết quả điều trị sau 2 lần điện châm 45

3.2.2. Kết quả điều trị theo giới 46

3.2.3. Kết quả điều trị theo nhóm tuổi 47

3.2.4. Kết quả điều trị theo nghề nghiệp 48

3.2.5. Kết quả điều trị theo triệu chứng chính YHCT 49

3.2.6. Kết quả điều trị theo độ nặng tăng ALOB 50

3.2.7. Kết quả điều trị theo các mặt bệnh trong nghiên cứu 51

3.2.8. Kết quả điều trị theo điểm Glassgow 52

3.2.9. Thời gian có nhu động ruột sau các lần điện châm (có âm ruột) 53

3.2.10. ALOB trước và sau điều trị 53

3.2.11. Kết quả điều trị chung 54

3.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN 55

3.3.1. Các chỉ số toàn thân trước và sau châm cứu 55

3.3.2. Các tác dụng không mong muốn tại chỗ châm cứu 56

Chương 4. BÀN LUẬN 57

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG VỀ NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU 57

4.1.1. Về tuổi 57

4.1.2. Về giới tính 58

4.1.3. Về nghề nghiệp 59

4.1.4. Về mức độ tăng ALOB 59

4.1.5. Về triệu chứng chính của bệnh 60

4.1.6. Về các mặt bệnh 61

4.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU 62

4.2.1. Kết quả nghiên cứu chung 62

4.2.2. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị. 64

4.2.3. Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị. 64

4.2.4. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị. 65

4.2.5. Liên quan giữa điểm Glassgow và kết quả điều trị 66

4.2.6. Liên quan giữa mức độ tăng ALOB và kết quả điều trị. 67

4.2.7. Liên quan giữa mặt bệnh và kết quả điều trị 68

4.2.8. Liên quan giữa thể bệnh YHCT và kết quả điều trị 68

4.2.9. Thời gian trung bình bệnh nhân có nhu động ruột sau mỗi lần điện châm. 69

4.3. VỀ CÁC HUYỆT TRONG NGHIÊN CỨU 70

4.4. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN 74

KẾT LUẬN 75

KHUYẾN NGHỊ 77

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

# DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

YHHĐ: Y học hiện đại

YHCT: Y học cổ truyền

ALOB: Áp lực ổ bụng

TALOB: Tăng áp lực ổ bụng

HCCEKB: Hội chứng chèn ép khoang bụng

NC: Nghiên cứu

HSTC: Hồi sức tích cực

WSACS: World Society of Abdominal Compression Syndrome

BMI: Body Mass Index

SOFA: Sequential Organ Failure Assessment

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Heaalth Evaluation

# 

# DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1. 1. Cấu tạo ống tiêu hóa 4

Hình 2. 1. Kim châm cứu 29

Hình 2. 2. Máy điện châm 30

Hình 2. 3. Tranh châm cứu huyệt vùng bụng (Trung quản, Hạ quản, Thiên khu, Khí hải) 32

Hình 2. 4. Tranh châm cứu huyêt vùng tay, chân (Hợp cốc, Chi câu, Túc tam lý) 33

# DANH MỤC BẢNG

Bảng 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi 39

Bảng 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng chính 41

Bảng 3. 3. Phân bố BN theo các mặt bệnh gặp trong nghiên cứu 43

Bảng 3. 4. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm Glassgow 44

Bảng 3. 5. Kết quả điều trị sau 2 lần điện châm 46

Bảng 3. 6. Kết quả điều trị theo giới 47

Bảng 3. 7. Kết quả điều trị theo nhóm tuổi 48

Bảng 3. 8. Kết quả điều trị theo nghề nghiệp 49

Bảng 3. 9. Kết quả điều trị theo triệu chứng chính YHCT 50

Bảng 3. 10. Kết quả điều trị theo độ nặng tăng ALOB 51

Bảng 3. 11. Kết quả điều trị theo các mặt bệnh trong nghiên cứu 52

Bảng 3. 12. Kết quả điều trị theo điểm Glassgow 53

Bảng 3. 13. Thời gian có nhu động ruột sau điện châm 54

Bảng 3. 14. ALOB trước và sau điều trị 54

Bảng 3. 15. Kết quả điều trị chung 55

Bảng 3. 16. Chỉ số toàn thân trước và sau điều trị 57

# 

# DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính 39

Biểu đồ 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp 39

Biểu đồ 3. 3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ tăng ALOB 41

Biểu đồ 3. 4. Phân bố theo thể bệnh YHCT 44

# ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt ruột cơ năng (Functonal Intesnital Obstruction) là trạng thái mà vận động thành ruột bị ức chế, dẫn đến ứ đọng dịch và hơi trong lòng ruột. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến liệt ruột như sau phẫu thuật, thuốc, chấn thương, nhiễm khuẩn huyết,… Trong đó liệt ruột là tình trạng rất phổ biến ở những bệnh nhân nặng, đặc biệt là những bệnh nhân đa phẫu thuật vùng bụng, chấn thương nặng, rối loạn điện giải, bù dịch nhiều… Và đây cũng là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của hội chứng tăng áp lực ổ bụng, cần lưu ý đối với các bệnh nhân nặng khoa hồi sức tích cực.[[1](#Ngu15)]

Tăng áp lực ổ bụng (intra-abdominal hypertension - TALOB) được nhắc đến lần đầu tiên bởi Marey năm 1863 và được chứng minh là có tác động lên tình trạng hô hấp[[2](#Mal04)],[[3](#Mab05)]. Những nghiên cứu về sau cho thấy nó còn ảnh hưởng lên chức năng tim mạch, thần kinh, thận và các cơ quan khác trong ổ bụng. Hội chứng chèn ép khoang bụng (abdominal compartment syndrome) (HCCEKB) là giai đoạn tiến triển nặng của TALOB, khi áp lực trong ổ bụng gia tăng đến một điểm mà lưu lượng máu đến các tạng đích bị suy giảm và cuối cùng dẫn đến suy chức năng tạng. Nhiều nghiên cứu cho rằng TALOB và HCCEKB có thể xảy ra ở các bệnh nhân điều trị tại hồi sức tích cực với tỷ lệ TALOB 30% – 50% và HCCEKB là 4% - 12%[[4](#Mab04)],[[5](#Che11)]. Hiện nay trong nước cũng đã có nhiều nghiên cứu về tần suất tăng áp lực ổ bụng đối cới các bệnh nhân như sau phẫu thuật vùng bụng, sốt xuất huyết,…Theo nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng (2015) cho thấy tỷ lệ TALOB ở các bệnh nhân hồi sức tích cực là 51%, HCCEKB là 3,6%, ngoài ra nghiên cứu này còn cho thấy rằng liệt ruột là yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến TALOB và HCCEKB và làm tăng tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân hồi sức tích cực.

Y học hiện đại (YHHĐ) xử trí các trường hợp này bằng cải thiện độ đàn hồi thành bụng, chỉ định lượng dịch truyền tối ưu nhất, tối ưu hóa sự tưới máu mô và các vùng trong cơ thể, đối với các bệnh nhân có TALOB tiến triển, suy chức năng tạng thì tiến hành phẫu thuật giải áp[[1](#Ngu15)],[[6](#LêT09)].

Về phương diện y học cổ truyền, tình trạng không có nhu động ruột cùng các rối loạn hoạt động của cơ quan tiêu hóa được mô tả giống chứng ***phúc mãn***, ***phúc chướng***[[7](#Trư06)]*,*[[8](#Trư12)]***.***

Tăng áp lực ổ bụng do liệt ruột cơ năng được điều trị bằng nhiều phương pháp như xoa bóp, châm cứu, thuốc thang kết hợp. Trong đó, điện châm là một phương pháp được dùng nhiều nhất. Đã có nghiên cứu về tác dụng của điện châm trong điều trị bệnh nhân liệt ruột cơ năng sau phẫu thuật. Theo Nguyễn Thị Thanh Hà (2009) điện châm có tác dụng phục hồi sớm hơn nhu động ruột sau phẫu thuật so với các bệnh nhân chỉ dùng phương pháp tập luyện đơn thuần[[9](#Ngu09)]. Nghiên cứu của Liu Hui Rong, Wu Huan Gan (2007) tại viện châm cứu Thượng Hải Trung Quốc trên bệnh nhân bị hội chứng đại tràng kích thích cho thấy điện châm huyệt thiên xu có tác dụng giảm chướng bụng 71%[[10](#Lui07)].

Tuy nhiên hiện tại chưa có nghiên cứu đánh giá tác dụng của điện châm đối với các bệnh nhân liệt ruột cơ năng tại khoa hồi sức tích cực nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trịliệt ruột cơ năng không do phẫu thuật*** với 2 mục tiêu:

1. ***Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trịliệt ruột cơ năng không do phẫu thuật.***
2. ***Tìm hiểu tác dụng không mong muốn khi điện châm để điều trịliệt ruột cơ năng không do phẫu thuật*.**

# Chương 1

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## 1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU SINH LÝ HỆ TIÊU HÓA

Hệ tiêu hóa là một hệ thống đảm nhận việc chế biến thức ăn về mặt cơ học và hóa học để cơ thể hấp thu và bài tiết đảm bảo dinh dưỡng cần thiết.Các chức năng trên được điều hòa theo cơ chế thần kinh và hormon. Trong từng đoạn của ống tiêu hóa các chức năng trên cùng phối hợp để vận chuyển tiêu hóa, hấp thu thức ăn.Hệ tiêu hóa bao gồm các bộ phận: miệng, thực quản, dạ dày, tiểu tràng (ruột non), đại tràng (ruột già), trực tràng hậu môn.

### 1.1.1. Cấu tạo tổng quát mô học ống tiêu hóa

Ống tiêu hóa là một tạng rỗng, thàng ống có nhiều lớp khi cắt từ trong ra ngoài có có các lớp sau:

#### 1.1.1.1. Lớp niêm mạc

Lót mặt trong ống tiêu hóa, Ở mỗi phần của ống lớp thượng mô có hình dạng khác nhau để thích ứng với các chức năng tương ứng.Miệng: thượng mô có nhiều tầng, hình thái dẹt.Dạ dày, ruột: thượng mô có một tầng, hình trụ.

#### 1.1.1.2. Lớp dưới niêm mạc

Là tổ chức liên kết xơ, trong đó có các mạch máu, sợi thần kinh, mạch bạch huyết.

Giữa lớp niêm mạc và tấm dưới niêm mạc là một lớp mỏng các sợi cơ trơn tạo thành mảnh cơ niêm mạc. Khi co rút, cơ niêm mạc có thể làm cho lớp niêm mạc gấp lại thành các nếp.

Trong các tế bào thượng mô của lớp niêm mạc còn có thượng mô biệt hóa thành các tuyến tiết ra dịch tiêu hóa đổ vào lòng ruột qua các ống tiết.

Các đám tổ chức lympho nằm trong lớp niêm mạc gồm một tổ chức lưới mà trong các mắt lưới có tế bào lympho sinh sản tại chỗ.

#### 1.1.1.3. Lớp cơ trơn

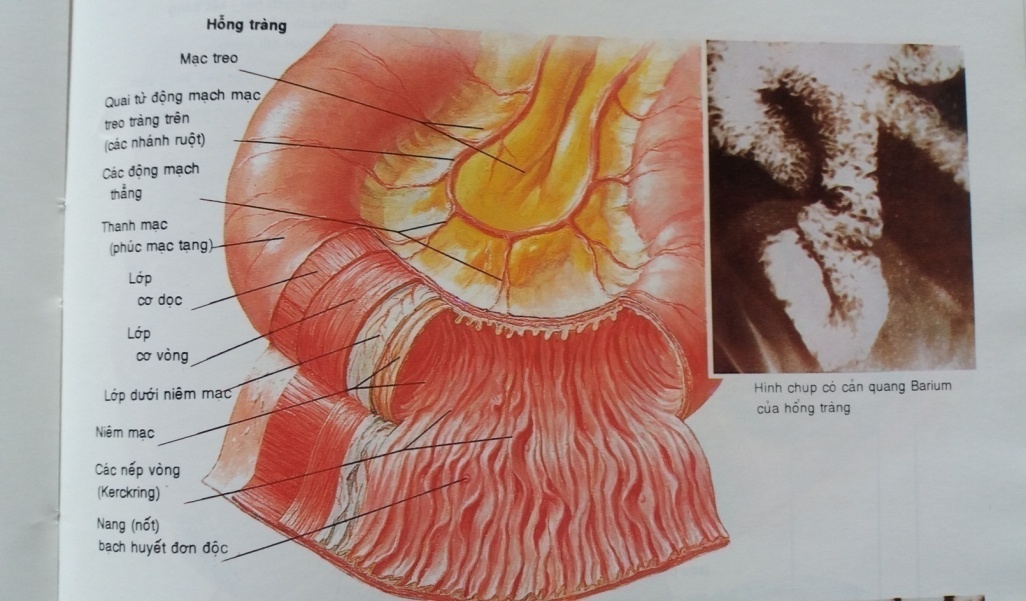
Lớp này chia thành 2 tầng, tầng ngoài gồm các sợi cơ dọc, tầng trong gồm các sợi cơ vòng. Phần trên của thực quản có các sợi cơ vân phù hợp với chức năng co thắt thật nhanh khi nuốt. Từ dạ dày đến ruột non tầng cơ vòng và cơ trơn là một lớp liên tục. Ở ruột già các sợi cơ dọc tập trung thành 3 dải trong dạ dày còn có lớp cơ trơn thứ 3 là lớp cơ chéo.

#### 1.1.1.4. Lớp dưới thanh mạc

Là tổ chức liên kết thưa nằm giữa lớp cơ bên trong và lớp thanh mạc bên ngoài. Nhờ lớp này mà có thể dễ dàng bóc thanh mạc ra khỏi các cấu trúc bên dưới.

#### 1.1.1.5. Lớp thanh mạc

Tạo bởi thượng mô dẹt của phúc mạc. Mặt tự do của thanh mạc có chất thanh dịch làm cho các tạng trượt lên nhau dễ dàng. Thanh mạc có 2 phần, lá phủ thành ổ bụng gọi là phúc mạc thành, là phủ các tạng gọi là phúc mạc tạng.[[11](#Bộm08)]



Hình 1. 1. Cấu tạo ống tiêu hóa[[12](#Fra09)]

### 1.1.2. Giải phẫu chức năng hệ tiêu hóa

#### 1.1.2.1. Cơ chế của sự nhai

Thức ăn được đưa vào miệng, tại đây xảy ra quá trình tiêu hóa đầu tiên nhờ cơ chế nhai, nghĩa là thức ăn được nghiền nát và nhào trộn với nước bọt được tiết ra bởi các tuyến nước bọt. Sự xé và nghiền thức ăn là do răng.

#### 1.1.2.2. Cơ chế của sự nuốt

Sau khi nhai thức ăn sẽ được vào hầu để chuẩn bị xuống thực quản. Ở đây xảy ra động tác nuốt. Nuốt là động tác đưa thức ăn từ miệng xuống thực quản được thực hiện ở trong hầu. Cơ chế nuốt gồm 3 giai đoạn kế tiếp nhau: giai đoạn miệng, giai đoạn hầu, giai đoạn thực quản.

- Giai đoạn miệng:

Miệng đóng lại, thức ăn đã được nhai và tẩm nước bọt sẽ được mặt trên lưỡi ép lên vòm khẩu cái và được đẩy tới eo họng nghĩa là giữa hai cung khẩu cái - lưỡi của màn hầu. Hai cơ cằm lưỡi nâng đầu lưỡi lên, còn các cơ trâm lưỡi, móng lưỡi, lưỡi trên thì làm mặt trên của lưỡi lõm xuống thành rãnh và đẩy thức ăn ra sau. Đồng thời màn hầu nâng lên áp sát vào thành sau hầu ngăn cách hầu miệng với hầu mũi.

- Giai đoạn hầu:

Sau khi thức ăn qua eo họng , lưỡi đẩy từng đợt cho thức ăn vào hầu. Eo họng hẹp lại do cơ hầu – màn hầu co làm 2 cung khẩu cái – hầu gần lại. Thanh quản đóng lại do sụn nắp thanh môn đậy xuống thanh môn. Trong giai đoạn này miệng phải hoàn toàn đóng kín và xương hàm dưới bất động nhờ các cơ ở sàn miệng. thức ăn sẽ xuống theo 2 ngách hình lê ở 2 bên hầu.

- Giai đoạn thực quản:

Là giai đoạn cuối cùng. Miệng thực quản lúc đó vẫn đóng lại do một cơ thắt, nay được mở ra để thức ăn đi vào thực quản. Các sóng nhu động của các cơ thực quản ở sau bản sụn nhẫn bắt đầu hoạt động, trong khi đó tất cả các bộ phận khác như thanh quản, lưỡi, màn hầu, nắp thanh môn trở lại vị trí ban đầu và miệng có thể mở ra.

- Sau động tác nuốt

Thức ăn được nhu động của thực quản đẩy xuống dạ dày. Tại đây sự co bóp của dạ dày làm thức ăn trộn với dịch vị của dạ dày tiết ra, thành chất lỏng sệt gọi là dưỡng trấp. Một số thức ăn rắn chưa tiêu hóa kịp có thể ở lại dạ dày trong vài giờ.

Các sóng nhu động từ dạ dày xuống môn vị đẩy thức ăn xuống tá tràng. Trung bình mỗi phút có 3 đợt sóng nhu động, mỗi đợt khoảng 20 giây. Khi sóng nhu động chạm tới cơ thắt môn vị, lập tức cơ mở ra và thức ăn được đẩy qua. Thức ăn tiếp tục được di chuyển xuống hỗng – hồi tràng cũng nhờ các nhu động của ruột non. Ở đây tiếp tục xảy ra quá trình tiêu hóa thức ăn nhờ các dịch của ruột, mật của gan và dịch tụy, đồng thời xảy ra quá trình hấp thu các chất dinh dưỡng. Sau đó tới ruột già. Van hồi manh tràng có tác dụng ngăn không cho thức ăn đi ngược trở lại từ manh tràng về hồi tràng. Ở phần đầu của ruột già nước được hấp thụ trở lại, sau đó phân dần dần được hình thành và di chuyển xuống kết tràng xích-ma để được dự trữ và thải ra ngoài.[[11](#Bộm08)]

## 1.2. LIỆT RUỘT CƠ NĂNG VÀ HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG

### 1.2.1. Định nghĩa

Liệt ruột là tình trạng đình trệ vận động của ống tiêu hóa, dẫn đến sự tích tụ hơi và dịch trong lòng ruột.

Dựa theo cơ chế liệt ruột người ta chia làm 2 loại chính là liệt ruột cơ năng và liệt ruột cơ học. Liệt ruột cơ học là những trường hợp có sự cản trở thực sự của các yếu tố cơ giới, còn liệt ruột cơ năng là những trường hợp rối loạn nhu động của ruột làm ngưng trệ lưu thông.

### 1.2.2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến liệt ruột

* Nhiễm trùng, viêm nhiễm trong ổ bụng.
* Chấn thương.
* Tác dụng phụ của thuốc.
* Sau phẫu thuật.
* Tắc ruột cơ học kéo dài.
* Thiếu máu cục bộ.
* Rối loạn nước, điện giải (giảm kali máu, magie, natri)

### 1.2.3. Biểu hiện lâm sàng

#### 1.2.3.1. Lâm sàng

* Bệnh nhân thường có đau bụng nhẹ, mơ hồ, không có quặn bụng, có thể kèm cảm giác buồn nôn, nôn, chán ăn. Đầy hơi, chướng bụng.
* Bệnh nhân có thể bí trung tiện và đại tiện hoặc không.
* Bụng có thể phình to và căng tùy theo mức độ giãn của ruột hoặc bụng mềm. Nhu động ruột mất hoặc giảm. Khám có gõ vang, không nghe âm ruột. Bụng chướng nhưng không có dấu hiệu rắn bò [[13](#Lui17)].
* Đo áp lực ổ bụng: tăng trên 16 cmH2O.

#### 1.2.3.2. Cận lâm sàng

* Siêu âm: không có vùng chuyển tiếp rõ rệt từ ruột dãn qua ruột xẹp, ít tích tụ dịch trong lòng ruột và không thấy nhu động ruột ở toàn bộ ruột
* X-quang: chụp bụng không chuẩn bị tư thế nằm ngửa: thấy các quai ruột dãn, không có mức nước mức hơi.

### 1.2.4. Tăng áp lực ổ bụng và hội chứng chèn ép khoang bụng

#### 1.2.4.1. Áp lực ổ bụng bình thường

Áp lực ổ bụng (ALOB) là trạng thái áp lực ổn định trong ổ bụng. Đối với các bệnh nhân bị bệnh nặng, trị số ALOB 5 - 7 mmHg được xem là bình thường. Trong một nghiên cứu tiến cứu trên 77 bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, ALOB trung bình 6,5 mmHg và trực tiếp liên quan đến chỉ số khối cơ thể[[14](#Ngu07)],[[15](#htt)],[[13](#Lui17)].

Giới hạn bình thường mô tả ở trên không phải là áp dụng cho tất cả các bệnh nhân. Bệnh nhân có vòng bụng lớn phát triển chậm có thể có áp lực cơ bản trong bụng cao hơn. Ví dụ, cơ địa bị béo phì và mang thai có thể có áp lực ổ bụng cao mạn tính (cao 10 đến 15 mmHg) mà không có hậu quả trên lâm sàng.

Thậm chí, những can thiệp điều trị nhỏ hoặc những thay đổi tư thế cơ thể, đặc biệt ở những bệnh nhân bị bệnh nặng, có thể ảnh hưởng đến điều kiện của ALOB và gây ra sự gia tăng nhẹ các giá trị ALOB. Ngay sau đó, ALOB nhanh chóng có thể trở về bình thường hoặc ở mức cơ bản. Những nghiên cứu trước đây đã ghi nhận rằng các phẫu thuật vùng bụng có liên quan với TALOB. Trước khi chẩn đoán bệnh lý ALOB hoặc TALOB, cần xác định có sự gia tăng ổn định của ALOB, phản ánh một hiện tượng bệnh lý hay thực thể trong khoang bụng[[16](#Ngu11)],[[1](#Ngu15)].

#### 1.2.4.2. Tăng áp lực ổ bụng

Gọi là TALOB khi áp lực trong khoang bụng duy trì ở mức ≥ 12 mmHg hay TALOB được xác định khi ít nhất là 2 lần đo chuẩn trong vòng 1 – 6 giờ đều cho kết quả ALOB ≥ 12 mmHg[[17](#San01)],[[2](#Mal04)],[[18](#htt1)].

#### 1.2.4.3. Hội chứng chèn ép khoang bụng

HCCEKB được xác định khi giá trị đỉnh ALOB ≥ 20 mmHg được ghi lại trong thời gian tối thiểu là hai lần đo chuẩn trong 1 - 6 giờ, liên quan đến sự suy giảm chức năng một hoặc nhiều tạng mà trước đó không có như vậy. Suy tạng được định nghĩa khi chỉ số đánh giá suy tạng tiến triển (SOFA) ≥ 3[[2](#Mal04)],[[3](#Mab05)],[[19](#Mal06)],[[20](#Mab11)].

#### 1.2.4.4. Đo áp lực ổ bụng

Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng việc thăm khám lâm sàng, đo chu vi vòng bụng hay các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như x-quang, siêu âm, CT-scan không có độ nhạy cao trong chẩn đoánTALOB và HCCEKB. Trong nghiên cứu của Kirkpatrick và cộng sự, các tác giả đã ghi nhận có TALOB với tỉ lệ 50% khi đo ALBQ, trong khi thăm khám lâm sàng chỉ đánh giá có TALOB khoảng 40%[[21](#Kir13)]. Nghiên cứu trên 237 trường hợp ALOB và các phép đo chu vi bụng ở các bệnh nhân của 26 khoa hồi sức tích cực không tìm thấy mối tương quan giữa TALOB và chu vi vòng bụng. Điều kiện tiên quyết quan trọng nhất cho việc chẩn đoán và điều trị TALOB và HCCEKB là đo áp lực khoang bụng. Vì những thành phần trong bụng thường không nén ép được và chủ yếu cấu tạo từ chất lỏng nên chúng có thể được tính theo định luật Pascal. Vì vậy, đo áp lực khoang bụng tại một điểm cũng có thể được coi là áp lực trong cả khoang bụng. Áp lực khoang bụng có thể được đo trực tiếp hay gián tiếp, ngắt quãng hay liên tục. Tiêu chuẩn vàng là đo áp lực khoang phúc mạc trực tiếp, nhưng điều này rất khó khả thi trong các tình huống lâm sàng. Ngày nay, đo áp lực trực tiếp chỉ được sử dụng cho nghiên cứu trên động vật hoặc trong các nghiên cứu lâm sàng trong mổ nội soi ổ bụng. Các phương pháp thường được sử dụng nhất để đo lường áp lực khoang bụng gián tiếp là qua bàng quang và dạ dày[[22](#Phạ13)],[[14](#Ngu07)],[[23](#Đào12)],[[24](#Ngu131)].

* *Đo áp lực ổ bụng qua bàng quang*

Các nghiên cứu đã đề cập trước đây chỉ ra rằng kỹ thuật đo qua bàng quang là phương pháp được sử dụng thường xuyên nhất để đo áp lực khoang bụng hiện nay vì đơn giản và chi phí thấp. Phương pháp này cũng được xem như là tiêu chuẩn vàng trong đồng thuận của WSACS [[22](#Phạ13)],[[14](#Ngu07)].

* *Đo ALOB gián tiếp qua áp lực trong dạ dày*

Trong các trường hợp chống chỉ định hoặc áp lực bàng quang sẽ tăng cao hơn bình thường như tổn thương bàng quang, tổn thương vùng chậu, bàng quang thần kinh thì nên áp dụng phương pháp đo ALOB qua dạ dày.

Phương pháp kinh điển được thực hiện qua một ống thông mũi dạ dày hoặc ống mở thông dạ dày nối thông với cột nước áp lực, bơm một lượng nước 50 – 100ml vào dạ dày rồi tiến hành đo áp lực ở cuối thì thở ra với mức 0 (zéro) là đường nách giữa.

Ngoài ra còn có các phương pháp: đo áp lực ổ bụng trực tiếp, đo áp lực ổ bụng gián tiếp qua áp lực tĩnh mạch chủ dưới, đo ALOB gián tiếp qua áp lực lòng trực tràng. Như vậy có nhiều phương pháp để đo ALOB trực tiếp và gián tiếp khác nhau. Tuy nhiên trên thực tế lâm sàng cần chọn phương pháp đo ALOB chính xác, dễ thực hiện và rẻ tiền. Hiệp hội thế giới về HCCEKB đã khuyến cáo nên sử dụng phương pháp đo ALOB gián tiếp qua áp lực bàng quang như là phương pháp chuẩn và thống nhất phương pháp đo bao gồm: đơn vị tính là mmHg (1mmHg = 1,36 cmH2O), thể tích nước muối bơm vào bàng quang là 25ml, bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, mốc zéro ở đường nách giữa tại mào chậu, kết quả đo ghi nhận ở cuối thì thở ra[[1](#Ngu15)],[[14](#Ngu07)].

#### 1.2.4.5. Các yếu tố nguy cơ của tăng áp lực ổ bụng và hội chứng chèn ép khoang bụng

Hiệp hội Thế giới về Hội chứng chèn ép khoang bụng (WSACS) đã thống nhất các yếu tố nguy cơ của TALOB / HCCEKB vào năm 2006 và cập nhật vào 2013

* *Độ đàn hồi của thành bụng bị hạn chế*

+ Phẫu thuật bụng.

+ Chấn thương bụng hở.

+ Chấn thương bụng kín.

+ Tư thế nằm sấp.

* *Tăng thể tích trong ổ bụng*

+ Liệt dạ dày/ dạ dày căng chướng / tắc ruột.

+ Giả tắc nghẽn đại tràng.

+ Viêm tụy cấp.

+ Bụng có dịch cổ chướng.

+ Tràn máu hay tràn khí màng bụng hay tụ dịch trong khoang bụng.

+ Nhiễm trùng hay áp xe trong khoang bụng.

+ Những khối u trong bụng hay u sau phúc mạc.

+ Áp lực tăng quá mức trong phẫu thuật nội soi ổ bụng.

+ Rối loạn chức năng gan/ xơ gan báng bụng.

* *Truyền dịch nhiều / thoát dịch qua mao mạch*

+ Toan chuyển hóa.

+ Phẫu thuật mở bụng kiểm soát tổn thương.

+ Hạ thân nhiệt.

+ Thang điểm APACHE-II hay SOFA tăng lên (tình trạng bệnh nhân nặng lên).

+ Hồi sức dịch lượng lớn hay cân bằng dịch dương.

* *Những yếu tố khác*

+Tuổi cao.

+ Nhiễm khuẩn huyết.

+ Rối loạn đông máu.

+ Tăng góc nằm đầu giường

+ Phục hồi thoát vị lớn.

+ Thông khí cơ học.

+ Béo phì hay chỉ số BMI cao.

+ Viêm phúc mạc.

+ Nhiễm trùng huyết.

+ Tình trạng shock. [[19](#Mal06)],[[20](#Mab11)]

Nghiên cứu dịch tễ đa trung tâm về tỉ lệ mắc bệnh và tiên lượng TALOB ở những bệnh nhân có bệnh lý nặng cho thấy TALOB có liên quan với suy tạng nghiêm trọng và độc lập với tỉ lệ tử vong. Nó cũng liên quan đến suy đa tạng nặng, đặc biệt là thận, hô hấp và thời gian nằm hồi sức kéo dài và là một yếu tố tiên lượng độc lập tỷ lệ tử vong.[[3](#Mab05)],[[25](#Vid08)]

#### 1.2.4.6. Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng

Tăng ALOB thường gặp trong hồi sức. Nhiều trung tâm hồi sức đã tiến hành đo ALOB qua sonde bàng quang mỗi 6 giờ cho tất cả bệnh nhân nằm hồi sức trên 24 giờ. Cho thấy rằng tăng ALOB dao động từ 37,4% - 58,8% tùy theo từng trung tâm. Trong đó tỷ lệ tăng ALOB ở bệnh nhân hồi sức nội là 54,4%, ở hồi sức ngoại là 65%. ALOB thường tăng trong tuần đầu và cao nhất ở ngày thứ 3[[3](#Mab05)],[[2](#Mal04)],[[14](#Ngu07)].

#### 1.2.4.7. Phân loại tăng ALOB

Phân loại theo độ nặng của Hiệp hội Thế giới về Hội chứng chèn ép khoang bụng (WSACS) 2006:

Độ I: 12-15 mmHg (16-20 cmH20)

Độ II: 16-20 mmHg (21-27 cmH20)

Độ III: 21-25 mmHg (28-34 cmH20)

Độ IV: > 25 mmHg (>34 cmH20)[[19](#Mal06)]

### 1.2.5. Điều trị liệt ruột cơ năng và tăng áp lực ổ bụng theo y học hiện đại

#### 1.2.5.1. Điều trị liệt ruột cơ năng:

* Điều chỉnh các rối loạn nước, điện giải.
* Đặt nội khí quản thông mũi dạ dày

Trong nhiều năm phương pháp này được sử dụng đối với các bệnh nhân liệt ruột sau phẫu thuật. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu về sau kết luận rằng phương pháp này không rút ngắn thời gian mất nhu động ruột sau phẫu thuật. Hơn nữa, nếu không sử dụng phù hợp sẽ dẫn đến các biến chứng như sốt, viêm phổi, xẹp phổi.

* Đặt ống thông trực tràng
* Dùng thuốc:

Neostigmine thuốc dùng tăng trương lực cơ, có tác động lên nhu động ruột. Đây là thuốc tác dụng giống thần kinh đối giao cảm (kháng cholinesterase). Neostigmine làm mất hoạt tính của acetylcholinesterase – enzym có chức năng trung hòa acetylcholin được giải phóng, do đó thuốc này kìm hãm sự phân hủy acetylcholin. Neostigmine có tác dụng đối kháng với các thuốc giãn cơ tác dụng ngoại vi do đó gây tăng giãn cơ và tăng nguy cơ suy hô hấp. Thuốc được chỉ định trong các trường hợp mất trương lực ruột, bàng quang, nhược cơ. Tuy nhiên, sử dụng neostigmine có nhiều tác dụng không mong muốn: buồn nôn, nôn, đau đầu, chóng mặt, chậm nhịp tim, hạ huyết áp, co thắt phế quản, hạ đường huyết.[[26](#And03)]

#### 1.2.5.2. Điều trị TALOB

* *Nguyên tắc điều trị*

Theo khuyến cáo của WSACS, điều trị TALKB và HCCEKB cần dựa trên các nguyên tắc cơ bản sau:

* Theo dõi diễn tiến áp lực khoang bụng.
* Tối ưu hóa tưới máu hệ thống và chức năng các tạng trên bệnh nhân có TALKB.
* Áp dụng các phương pháp điều trị nội khoa để giảm áp lực khoang bụng và tổn thương các tạng.
* Can thiệp ngoại khoa khi diễn tiến đến HCCEKB không đáp ứng điều trị.
* *Điều trị nội khoa*
* Cải thiện sức đàn hồi thành bụng.
* Thuốc giảm đau, an thần.
* Thuốc giãn cơ.
* Loại bỏ các chất chứa trong lòng ống tiêu hóa.

Đối với các bệnh nhân liệt dạ dày ruột quá nhiều dịch, khí trong tạng rỗng gây nên TALOB. Do đó, trong trường hợp này cần đặt ống thông mũi dạ dày, thông trực tràng để dẫn lưu dịch và khí ra ngoài.

* Loại bỏ các nguyên nhân gây choán chỗ trong bụng.

Sử dụng kỹ thuật dẫn lưu bụng qua da

* Điều chỉnh thoát dịch thành mạch và cân bằng dịch.
* Tối ưu hóa tưới máu mô.
* *Điều trị ngoại khoa*

WSACS khuyến cáo phẫu thuật giải áp bụng được chỉ định khi HCCEKB thất bại với mọi nỗ lực điều trị nội khoa và ALKB tiếp tục > 25 mmHg kèm với diễn tiến suy tạng mới.

Các phương pháp giải áp bụng được thực hiện dưới nhiều hình thức để bụng mở (open abdomen) và đóng bụng tạm thời: đóng bụng bằng tấm gạc, túi Bogota, đóng bụng bằng mảnh ghép hay đóng bụng với sự hỗ trợ của túi chân không.[[1](#Ngu15)],[[27](#Che09)]

Y học hiện đại có nhiều phương pháp điều trị liệt ruột cơ năng, tăng áp lực ổ bụng tùy theo từng giai đoạn bệnh và áp dụng kết hợp để điều trị toàn diện. Hiện nay đây vẫn là các phương pháp điều trị chủ đạo và hiệu quả. Tuy nhiên, sử dụng thuốc, các kỹ thuật can thiệp nội khoa hay phẫu thuật đều có những nguy cơ kèm theo. Vì thế sử dụng phương pháp điện châm trong những trường hợp này hứa hẹn là một phương pháp ít xâm lấn và có hiệu quả trong chữa bệnh.

## 1.3. QUAN ĐIỂM LIỆT RUỘT THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

### 1.3.1. Bệnh danh

Theo y học cổ truyền, liệt ruột cơ năng không có bệnh danh tương ứng. Dựa vào các biểu hiện của liệt ruột cơ năng như bụng chướng,đầy hơi, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện, y học cổ truyền mô tả các triệu chứng này trong các chứng phúc chướng, phúc mãn, ẩu thổ, tiện bí[[8](#Trư12)],[[7](#Trư06)],[[9](#Ngu09)].

Đầy bụng là hiện tượng trướng, tức, khó chịu, thức ăn tiêu hóa kém, bụng đầy bí tức do thấp nghẽn khí trệ gây ra.

Chướng bụng, đầy hơi thuộc phạm vi chứng phúc mãn, bĩ mãn do nguyên nhân tỳ vị vận hóa không tốt làm cho ăn uống kém, khó tiêu, thức ăn đình trệ trong dạ dày, ruột, bụng đầy trướng, ợ hơi, buồn nôn, nôn, đại tiện bí.

Phúc mãn là bụng trên đầy chướng, có chứng hư và chứng thực, chứng hư là do tỳ dương hư mất kiện vận, chứng thực là do uất nhiệt ở trường vị.

Phúc chướng là bệnh đầy bụng, cảm giác khó chịu do quá nhiều hơi trong dạ dày và ruột. Nguyên nhân do tỳ dương hư vận hóa rối loạn, hàn thấp ứ trệ gây rối loạn công năng tỳ vị.

Đầy ách là cảm giác đầy hơi nguyên nhân là do phế khí không giáng (ở ngực) tỳ khí không thăng (ở bụng trên) làm mất sự thăng giáng bình thường.

Đầy ách khác với chướng mãn (đầy chướng) cả hai đều có cảm giác đầy hơi tuy nhiên, đầy ách không thể hiện ra ngoại hình còn đầy chướng thì thấy bụng căng rõ, vỗ thấy vang.. Nguyên nhân là do thấp nhiệt kết hợp đờm ẩm thực trở trệ, tỳ vị suy yếu không vận hóa được hoặc giận dữ, u uất đờm khí kết với nhau gây bệnh.

Ẩu thổ: buồn nôn hay nôn. Nguyên nhân do tà khí xâm phạm vào vị, ăn uống không điều độ hoặc vị hư không dung nạp được làm vị mất chức năng hòa giáng gây nôn mữa.

Bí kết là bí đại tiện do nhiều nguyên nhân như ăn quá nhiều đồ cay nóng gây táo nhiệt bí kết, lo nghĩ quá mức gây khí uất trệ bí kết hay khí hư do cơ thể suy yếu, mất máu sau sinh, khí huyết hư thiếu sau mổ, bệnh lâu ngày… gây bí kết. [[8](#Trư12)],[[9](#Ngu09)],[[28](#Châ06)]

Nguyên nhân chủ yếu của các triệu chứng chướng bụng, đầy hơi, nôn, bí trung đại tiện do tỳ vị vận hóa không tốt nên điều trị y học cổ truyền là kiện vận tỳ vị, tiêu khí trệ[[28](#Châ06)],[[8](#Trư12)].

### 1.3.2. Cơ chế bệnh sinh của chứng phúc mãn, ẩu thổ, tiện bí

Tỳ chủ vận hóa đồ ăn: là sự tiêu hóa, hấp thu vận chuyển các chất dinh dưỡng của đồ ăn, chức năng đó gọi là sự kiện vận, tỳ kiện vận tốt thì hấp thu tốt ngược lại khi tỳ mất kiện vận sẽ gây ra các chứng rối loạn tiêu hóa như chướng bụng, đầy hơi, ăn kém, tiêu chảy…

Tỳ chủ cơ nhục: khi tỳ hư cơ mềm nhũn, teo, sa các tạng, cơ nhục vận hành yếu liệt.

Vị chủ thu nạp là bể chứa đồ ăn, làm nhừ đồ ăn, đưa xuống tiểu trường, nên khi biểu hiện bệnh thường có triệu chứng nôn mửa, ợ hơi, đại tiện bí kết.

Tỳ, vị có liên quan biểu lý với nhau, đều giúp cho sự vận hóa đồ ăn.[[29](#Trầ10)]

Do nguyên nhân tỳ vị vận hóa không tốt nên điều trị kiện vận tỳ vị là làm tăng sự tiêu hóa, hấp thu và làm tăng sự vận động của ruột.

Có thể thấy rằng các nguyên nhân YHCT gây các chứng chướng bụng, đầy hơi, nôn, bí trung đại tiện như tỳ vị hư mất kiện vận gây phúc mãn khí huyết hư sau mất máu, cơ thể suy yếu do bệnh lâu ngày, bệnh nặng gây vị khí hư bí kết cũng tương quan gần với các nguyên nhân gây rối loạn nhu động ruột ở các bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức tích cực. Do vậy phương pháp điều trị theo YHCT kiện vận tỳ vị cũng có thể áp dụng điều trị làm tăng nhu động ruột ở các bệnh nhân liệt ruột cơ năng tại khoa hồi sức tích cực.

Điều trị châm cứu thường dùng các huyệt để kiện vận tỳ vị:

* Trung quản để thông trường vị, hạ trọc khí, điều thăng giáng.
* Hạ quản để trợ vận hóa của trường vị, tiêu khí trệ thực tích.
* Thiên khu để trợ vận hóa ở trường vị, tiêu khí trệ thực tích .
* Túc tam lý để điều trung khí, thông kinh lạc, khí huyết, bổ hư nhược.[[30](#Ngu03)],[[31](#Pha07)]

### 1.3.3. Các huyệt châm cứu được sử dụng trong điều trị rối loạn tiêu hóa (trong đó có liệt ruột cơ năng)

Để điều trị các triệu chứng chướng bụng, đầy hơi, nôn, bí trung đại tiện trong các bệnh nội khoa với pháp kiện tỳ hòa vị, lý khí hóa trệ. Trong phương pháp điều trị châm cứu thường dùng các huyệt sau:

* Trung quản để hòa khí tỳ vị
* Thiên khu để hóa thấp lý khí
* Vị du, tỳ du để hòa vị khí, ôn trung
* Túc tam lý điều hòa trung khí
* Nội quan huyệt chủ trị bệnh ở Tâm, ngực, Vị
* Cách du, Tam âm giao, Công tôn để hành huyết phá ứ
* Công tôn điều hòa trung tiêu, bình khí xung nghịch
* Âm lăng tuyền kiện tỳ lợi thủy
* Nội đình, Hợp cốc thanh nhiệt
* Đản trung điều hòa khí toàn thân làm cho khí hành mà hóa được thức ăn ứ đọng
* Phong long vận khí tỳ vị
* Ngoài ra còn có sự phối hợp huyệt trong điều trị
* Túc tam lý + Thiên khu + Trung quản chữa rối loạn tiêu hóa
* Nội quan + Trung quản + Thiên khu chữa nôn mữa
* Thiên khu + Tam âm giao + Túc tam lý + Khí hải + Kiến lý chữa chướng bụng rối loạn tiêu hóa.[[32](#Đại12)],[[33](#Ngu97)**]**

Các tác dụng phụ của châm cứu gần như không đáng kể nghiên cứu của Emst G, Strzyz H, Hagmeister H Humboldt University năm 1996 thống kê trên 409 bệnh nhân với 3535 lần châm cứu thấy tác dụng phụ của châm cứu chủ yếu là đau tại chỗ, buồn nôn (1%), chóng mặt (1%), chảy máu (2,9%), khối máu tụ (2,2%)[[9](#Ngu09)].

Như vậy trong đề tài này để điều trị chướng bụng, đầy hơi, nôn, bí trung đại tiện… ở bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực, chọn các huyệt sau: Túc tam lý, Thiên khu, Trung quản, Hạ quản, Khí hải, Hợp cốc, Chi câu.

Các huyệt trên đã được sử dụng có hiệu quả từ xa xưa và được các danh y tiền nhân áp dụng và truyền lại, để chứng minh hiệu quả của các huyệt này mà trên thế giới đãcó nhiều nghiên cứu về tác dụng của chúng, cũng như tác dụng trong điều trị các bệnh tiêu hóa. [[34](#Lij97)],[[35](#Liu08)],[[36](#MKG08)],[[37](#She99)]

Phối hợp huyệt Trung quản + Túc tam lý + Thiên khu + Khí hải chữa chướng bụng, rối loạn tiêu hóa.

Phối hợp huyệt Trung quản + Nội quan + Thiên khu chữa nôn mữa.

Huyệt Hạ quản là huyệt hội của Tỳ và thuộc mạch nhâm có tác dụng điều chỉnh hoạt động của tỳ và tác dụng tại vùng bụng trên nên chữa chướng bụng rất hiệu quả.

### 1.3.4. Các huyệt sử dụng trong đề tài và cơ sở chọn huyệt theo y học cổ truyền

#### 1.3.4.1. Các huyệt sử dụng trong đề tài[[33](#Ngu97)],[[38](#Ngu95)],[[39](#Ngu13)],[[40](#LêQ99)],[[41](#LêQ92)]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên huyệt | Tác dụng theo YHCT | Tác dụng hỗ trợ điều trị theo YHHĐ |
| Trung quản | Thông tràng vị, hạ trọc khí. | Viêm loét dạ dày, nôn, đầy hơi, bụng chướng, kiết lỵ, tiêu chảy, tắc ruột cấp. |
| Túc tam lý | Lý tỳ vị, điều trung khí, thông kinh lạc khí huyết, bổ hư nhược, khu phong hóa thấp. | Đau khớp gối, viêm dạ dày cấp, mạn, trẻ em tiêu hóa kém, bại liệt, bệnh hệ sinh dục tiết niệu, thần kinh suy nhược. |
| Hạ quản | Trợ vận hóa của trường vị, tiêu khí trệ thực tích. | Đau bụng, chướng hơi, nôn, viêm dạ dày, ăn không tiêu, ruột viêm. |
| Thiên khu | Sơ điều đại trường, hóa thấp lý khí tiêu trệ | Liệt ruột, giun chui ống mật, viêm dạ dày cấp mạn |
| Khí hải | Điều khí, ích nguyên, bổ thận, bổ hư, ôn hạ tiêu, khử thấp trọc. | Bụng đau, bệnh về sinh dục, đường tiểu, kinh nguyệt, thần kinh suy nhược. |
| Hợp cốc | Trấn thống, thanh tiết phế khí, thông giáng trường vị, phát biểu, giải nhiệt, khu phong. | Đau tê ngón tay, bàn tay, đau đầu, đau răng, liệt VII ngoại biên, sốt, cảm cúm. |
| Chi câu | Thanh tâm hỏa, giáng nghịch, tuyên khí cơ, tán ứ kết. | Vai lưng đau, họng đau, sốt cao, táo bón. |

#### 1.3.4.2. Cơ sở chọn huyệt theo y học cổ truyền

* Chọn huyệt theo lý luận đường kinh:

Theo phương pháp chọn huyệt dựa vào lý luận đường kinh trên nguyên lý “đường kinh đi qua vùng nào thì có tác dụng phòng và điều trị được bệnh tật liên quan đến vùng đó” do đó chọn Túc tam lý là huyệt thuộc kinh Vị chữa bệnh ở vùng bụng trên. Chi câu là huyệt thuộc kinh tam tiêu chữa bệnh ở thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu. Hợp cốc thuộc đường kinh đại trường có tác dụng điều trị bệnh ở đại trường. Hợp cốc là nguyên huyệt của đại trường, có tính cách tuyên thông, túc tam lý là chân thổ trong thổ, bổ thì giúp thanh khí đi lên mà tả thì thông dương giáng trọc, hai huyệt này kết hợp thì trị bệnh ở trường lẫn vị.

* Chọn huyệt theo Du-Mộ:

Chọn huyệt Trung quản là huyệt hội của phủ - nơi tụ hội của lạc phủ vừa là mộ huyệt của Vị. Chọn các mộ huyệt theo luật “Dương dẫn âm, Âm dẫn dương”, chọn huyệt mộ ở bụng thuộc âm (Trung quản) chữa bệnh ở Vị phủ (thuộc dương).

Hạ quản là hội huyệt của tỳ và mạch Nhâm, dùng huyệt Trung quản và hạ quản để điều chỉnh hoạt động của tỳ vị có hiệu quả cao.

* Chọn huyệt đặc hiệu

Chọn huyệt Túc tam lý để hỗ trợ với huyệt Trung quản làm cho vị được yên ổn, theo nguyên tắc phối huyệt gần (Trung quản ở tại chỗ) và Túc tam lý huyệt ở xa theo mối tương quan kinh lạc (kinh lạc vận hành khí huyết có xu hướng chuyển kinh khí đến vùng bị bệnh) phối các huyệt này tác dụng điều trị sẽ mạnh hơn. Túc tam lý nằm trong nhóm lục tổng huyệt, là huyệt ở xa có tác dụng đặc hiệu chữa bệnh vùng bụng trên.

* Chọn huyệt theo thuyết thần kinh – thể dịch
* Trung quản: tác dụng tại chỗ
* Hạ quản: tác dụng tại chỗ
* Thiên khu: tác dụng tại chỗ

+ Túc tam lý: là huyệt ở xa có tác dụng đặc hiệu chữa các bệnh vùng bụng trên

* Chọn huyệt theo cơ chế tiết đoạn thần kinh:

Nội tạng bị tổn thương dùng châm cứu tác động lên vùng da trên cùng một tiết đoạn với nội tạng sẽ chữa được bệnh ở nội tạng. Châm cứu các huyệt tại vùng bụng trên có thể tác động chữa bệnh dạ dày và ruột.

* Trung quản tương ứng vùng tiết đoạn D8
* Hạ quản tương ứng vùng tiết đoạn D9
* Thiên khu tương ứng vùng tiết đoạn D10

Do sau châm cứu luồng xung động thần kinh truyền vào tủy sống, từ đó dẫn truyền theo bó tủy lên vỏ não, từ đó truyền xung xuống các hạch giao cảm, thông qua hệ thần kinh giao cảm điều khiển hoạt động của dạ dày – ruột.[[38](#Ngu95)],[[42](#Pha02)],[[43](#Ngư17)]

## 1.4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM

## 1.4.1. Khái niệm

Chữa bệnh bằng châm cứu là một nét tinh hoa lâu đời của y học phương Đông.

Châm tức là điều khí, hòa huyết . Khi châm kim qua các huyệt vị sẽ khai thông sự tuần hành của khí huyết. “Thông bất thống, thống bất thông” có nghĩa là khi khí huyết lưu thông thì không đau, đau tức là khí huyết không lưu thông.

Những loại kim thường dùng châm chữa bệnh gồm có 9 loại (cửu châm) trong đó hay dùng nhất là loại kim số 7, dài 2-8cm, đường kính 0.2-0.3 mm gọi là hào châm.

Các nghiên cứu về dòng điện trên cơ thể đã đưa ra kết luận là:

Khi dòng xung điện có tần số thích hợp, cường độ, điện thế thấp thì có tác dụng tốt để kích thích hoặc ức chế thần kinh gây co cơ hoặc giảm co thắt cơ, tăng cường điều chỉnh tuần hoàn đặc biệt là tác dụng giảm đau[[38](#Ngu95)],[[33](#Ngu97)].

Điện châm là một phát triển của ngành châm cứu, kết hợp YHCT và YHHĐ, phát huy được cả tác dụng kích thích lên huyệt vị, huyệt đạo và tác dụng của xung điện trên cơ thể.[[44](#Min06)],[[45](#Rob09)]

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm.

Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, làm giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ.

Hiện nay kỹ thuật điện châm đã có mặt hầu hết trong các chỉ định châm cứu điều trị các chứng bệnh khó như châm chữa liệt, châm chữa giảm thị lực do teo gai thị, châm giảm đau và đỉnh cao là châm tê. Có thể khẳng định rằng không có máy điện châm thì khó có thể thực hiện phương pháp vô cảm bằng châm tê trong phẫu thuật. Điện châm là dùng máy điện tử tạo xung điện ở cường độ thấp với các dải tần số khác nhau kích thích vào huyệt nhằm mục đích bổ hoặc tả liên tục đều đặn hơn vê tay, do đó điều khiển sự vận hành khí huyết nhanh, mạnh, để đưa trạng thái cơ thể trở lại thăng bằng và ổn định, hết bệnh tật. Điện châm thay thế cho vê tay kích thích huyệt một cách đều đặn, nhịp nhàng không làm cho bệnh nhân đau đớn, mà là cảm giác tê, tức, nặng làm dịu cơn đau một cách nhanh chóng, do vậy điện châm ra đời đáp ứng mục đích điều khí của châm cứu một cách nhanh mạnh mà không đau đớn.[[38](#Ngu95)],[[33](#Ngu97)],[[30](#Ngu03)],[[46](#Ngu17)]

### 1.4.2. Cơ chế tác dụng của châm cứu theo YHHĐ

Như chúng ta đã biết châm cứu là một phương pháp điều trị bệnh có nhiều hiệu quả phạm vi ứng dụng rộng rãi và ngày một phát triển, do đó nghiên cứu về cơ chế châm cứu là một lẽ tất nhiên. Từ trước đến nay đã có nhiều học thuyết được nêu ra để giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu (cơ chế thể dịch, thay đổi điện sinh học, thay đổi cửa kiểm soát….)tuy nhiên trong số đó thì cơ chế thần kinh phản xạ được chấp nhận rộng rãi nhất, và cũng là cơ chế giải thích được trong nhiều trường hợp, khía cạnh khác nhau của châm cứu.

Châm cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới có khả năng ức chế hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Vogralic và Kassin (Liên Xô cũ) căn cứ vào vị trí tác dụng của nơi châm đề ra 3 loại phản ứng của cơ thể đó là: phản ứng tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân.

* Phản ứng tại chỗ

Châm cứu vào huyệt là một kích thích gây một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế cung phản xạ bệnh lý: như làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ…

Những phản xạ đột trục của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng đến sự vận mạch, nhiệt, sự tập trung bạch cầu….làm giảm xung huyết bớt nóng, giảm đau…

* Phản ứng tiết đoạn thần kinh

Khi nội tạng có tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác vùng da ở cùng một tiết đoạn với nó, ngược lại nếu có kích thích từ vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ ảnh hưởng đến nội tạng của cùng tiết đoạn đó.

* Phản ứng toàn thân

Bất cứ một kích thích nào cũng liên quan đến hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Khi nhắc đến phản ứng toàn thân, cần nhắc lại hiện tượng nguyên lý chiếm ưu thế của vỏ não. Khi châm cứu gây những biến đổi về thể dịch và nội tiết, sự thay đổi các chất trung gian hóa học như Enkephalin, Catecholamin, Endorphin… như số lượng bạch cầu tăng, số lượng kháng thể tăng cao.[[47](#Đại121)]

### 1.4.3. Cơ chế tác dụng của châm cứu theo YHCT

Bệnh tật phát sinh ra do sự mất cân bằng âm dương. Sự mất cân bằng đó gây nên bởi các tác nhân gây bệnh bên ngoài (tà khí) hoặc do thể trạng suy yếu, sức đề kháng kém (chính khí hư) hoặc do sự biến đởi bất thường về mặt tinh thần (nội nhân), hoặc có thể do thể chất người bệnh quá kém, sự ăn uống, nghỉ ngơi không hợp lý…. Châm cứu có tác dụng điều hòa âm dương, đó cũng là mục đích cơ bản quan trọng nhất của việc chữa bệnh trong y học cổ truyền.

Bệnh tật sinh ra do nguyên nhân bên ngoài hoặc nguyên nhân bên trong dẫn đến sự bế tắc vận hành kinh khí trong đường kinh. Châm cứu tác dụng điều hòa công năng hoạt động của hệ kinh lạc. Nếu tà khí thịnh thì dùng phép tả để loại bỏ tà khí ra bên ngoài, nếu chính khí hư thì dùng phép bổ để nâng cao chính khí, bồi bổ cho đầy đủ. Một khi chính khí của cơ thể được nâng cao, kinh khí trong các đường kinh vận hành được thông suốt thì tà khí sẽ được giải trừ, bệnh tật ắt sẽ đẩy lùi.[[46](#Ngu17)][[43](#Ngư17)]

* *Chỉ định*
* Dùng để cắt chứng đau một số bệnh: đau khớp, đau răng, đau dây thần kinh, cơn đau nội tạng…
* Chữa tê liệt, teo cơ trong các chứng liệt: liệt nửa người, liệt các dây thần kinh ngoại biên (liệt VII ngoại biên, liệt đám rối thần kinh cánh tay…)
* Châm tê tiến hành phẫu thuật.
* *Chống chỉ định*
* Các trường hợp bệnh lý thuộc cấp cứu.
* Người có sức khỏe yếu, thiếu máu, có tiền sử mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh.
* Cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói…
* Một số huyệt không được chỉ định châm hoặc cấm châm sâu (phong phủ, nhũ trung…)
* *Cách tiến hành*
* Sau khi đã chẩn đoán xác định bệnh, chọn phương huyệt và tiến hành châm kim đạt tới đắc khí. Nối các huyệt cần được kích thích bằng xung điện tới mày điện châm.
* Cần kiểm tra lại máy điện châm trước khi vận hành (các núm điều chỉnh đang ở vị trí 0) để đảm bảo an toàn. Tránh mọi động tác vội vàng khiến cường độ kích thích quá ngưỡng gây co giật mạnh khiến bệnh nhân hoảng sợ.
* Thời gian kích thích điện tùy thuộc yêu cầu chữa bệnh, có thể từ 15 phút đến 1 giờ (trong châm tê phẫu thuật).
* *Liệu trình điều trị điện châm*
* Điện châm 1 lần/ ngày, mỗi lần 20-25 phút, mỗi liệu trình điều trị từ 10-15 ngày hoặc dài hơn tùy liệu trình điều trị.
* Cường độ điện châm theo phương pháp bổ tả là 10-20 phút.[[33](#Ngu97)][[47](#Đại121)]

## 1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ ĐIỀU TRỊ LIỆT RUỘT CƠ NĂNG TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THẾ GIƠI

### 1.5.1. Trên thế giới

Các nghiên cứu điều trị các chứng chướng bụng, rối loạn tiêu hóa, nôn mữa, bí kết, và các tác dụng điều trị của các huyệt dùng trong nghiên cứu

Y học viện Triết Giang Trung Quốc nghiên cứu dùng Novocain 0,25% thủy châm túc tam lý của chó thấy dạ dày tăng co bóp nhanh hơn.

Bộ môn sinh vật y học Bắc Kinh Trung Quốc nghiên cứu châm Túc Tam Lý ở người làm tăng khả năng thực bào của bạch cầu và làm cho chỉ số nuốt vi khuẩn của thực bào tăng thêm 1-2 lần.

Tạ Trúc Phiên, Trung Quốc đã châm cứu huyệt Túc tam lý thấy tăng nhu động ruột có tác dụng trị tắc ruột cấp

Học viện Đại Liên Nam Kinh, bệnh viện Từ Quảng, Y học viện Thượng Hải Trung Quốc đã nghiên cứu châm cứu huyệt Túc tam lý nhu động ruột nhanh và mạnh hơn.[[9](#Ngu09)]

Zhu Jin Feng (1995) Shaanxi Journal of TCM điều trị châm cứu cho 53 ca chướng bụng sau phẫu thuật bụng, các huyệt sử dụng là Túc tam lý, Nội quan, Thượng cự hư, Hạ quản, Trung Quản có kết quả 96,23%.[[9](#Ngu09)],[[48](#Zhu)]

Liu hui Rong, Wu Huan Gan, Wang Xiao Long, Zuo Chuan Tao, Guan Yi Hui, Fang Jian Qiao, viện châm cứu Thượng Hải Trung Quốc đã nghiên cứu điện châm huyệt Thiên xu cho 53 bệnh nhân bị hội chứng đại tràng kích thích thấy có hiệu quả hoàn toàn 60%, giảm chướng bụng 71%...[[10](#Lui07)]

Nghiên cứu của nhóm các nhà khoa học của Đại học Hong Kong Trung Quốc năm 2013 về tác dụng của điện châm trong giảm liệt ruột ở bệnh nhân sau mổ ung thư đại tràng cho thấy những bệnh nhân điều trị bằng điều châm thì phục hồi nhanh hơn những bệnh nhân không dùng phương pháp này, các huyệt được dùng là tam âm giao, túc tam lý, hợp cốc, chi câu.[[49](#Sim13)]

Năm 2011 các nhà khoa học tại Hồ Nam, Trung Quốc đã công bố kết quả nghiên cứu can thiệp bằng điện châm trong các trường hợp viêm tụy cấp giai đoạn sớm có biểu hiện liệt ruột. Nghiên cứu cho thấy nhóm cho thấy tỉ lệ phục hồi ở nhóm NC là 83.3% so với nhóm chứng là 72,2%, ngoài ra thời gian đau bụng, chướng bụng giảm, thời gian phục hồi âm ruột, trung tiện, đại tiện ngắn hơn so với nhóm chứng. Các huyệt được sử dụng gồm Trung quản, Túc tam lý, Nội quan, Hợp cốc.[[50](#Luo11)]

### 1.5.2. Tại Việt Nam

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà, Vũ Thị Nhung (2009) sử dụng phối hợp điện châm trong điều trị phục hồi nhu động ruột sau phẫu thuật sản phụ khoa và cho thấy kết quả nhóm điều trị kết hợp điện châm và tập luyện có khả năng phục hồi sớm nhu động ruột hơn so với nhóm tập luyện đơn thuần.[[9](#Ngu09)]

# Chương 2

# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## 2.1.ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là liệt ruột cơ năng tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện E Trung ương, đảm bảo các tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu.60 bệnh nhân được phân nhóm ngẫu nhiên thành 2 nhóm, nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân, nhóm chứng: 30 bệnh nhân.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

* Tất cả đối tượng nghiên cứu phải có hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng hồ sơ bệnh viện E.
* Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp
* Bệnh nhân được chẩn đoán liệt ruột cơ năng với các triệu chứng sau:
* Đau bụng nhẹ, buồn nôn hoặc nôn, đầy hơi, bí trung đại tiện.
* Bụng trướng hơi không có dấu hiệu rắn bò, gõ vang, không nghe âm ruột.[[51](#Trư15)]
* Tiêu chuẩn chẩn đoán TALOB

Theo những đồng thuận của Hiệp hội thế giới về hội chứng chèn ép khoang bụng (WSACS) năm 2006.

TALOB được định nghĩa là tình trạng bệnh lý có ALOB duy trì liên tục hay lặp lại ở mức ≥ 12 mmHg (16 cmH20).[[19](#Mal06)]

* Độ I: 12-15 mmHg (16-20cmH20).
* Độ II: 16-20 mmHg (21-27 cmH20).
* Độ III: 21-25 mmHg (28-34 cmH20).
* Độ IV: > 25 mmHg (>34 cmH20).
* Tất cả bệnh nhân hoặc đại diện pháp lý của bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu.

### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

* Tuổi < 18.
* Liệt ruột cơ năng có nguyên nhân rõ ràng: viêm nhiễm trong ổ bụng, rối loạn nước điện giải, thăng bằng kiềm toan…
* Bệnh nhân giãy giụa, kích thích không thể tiến hành châm
* Bệnh nhân có các phản ứng như mạch nhanh, người lạnh, vã mồ hôi
* Vùng huyệt cần châm có tình trạng viêm nhiễm, loét.
* Bệnh nhân, người đại diện hợp pháp của bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu can thiệp, so sánh kết quả trước sau can thiệp, so sánh với nhóm chứng.

### 2.2.2. Chất liệu nghiên cứu

Kim châm cứu: kim làm bằng thép không rỉ do Việt Nam sản xuất, độ dài từ 4-10cm, đường kính 0,3mm, kim dùng 1 lần, mỗi bệnh nhân dùng riêng 1 bộ.



Hình 2. 1. Kim châm cứu

Bông, cồn 70°, khay hạt đậu, pine kose.

- Máy điện châm:

+ Sử dụng máy điện châm M8 của Bệnh viện châm cứu Trung ương sản xuất được kiểm tra chất lượng, tính năng kỹ thuật và được Bộ Y tế cho phép sản xuất

.

Hình 2. 2. Máy điện châm

Các thông số kỹ thuật

|  |  |
| --- | --- |
| **Kênh Tả (DISP Channel)** | **Kênh Bổ (TONI Chanel)** |
| Dạng xung: Đa hài | Dạng xung: Blocking |
| Dải tần số xung từ: 2Hz – 60Hz  (120 xung/phút – 3600 xung/phút) | Dải tần số xung từ: 0,5Hz – 30Hz  (30 xung/phút – 1800 xung/phút) |
| Xung được biến đổi liên tục | |
| Biên độ xung  Udx (+) = 0 – 100 vol  Udx (-) = 0 – 100 vol | Biên độ xung  Udx (+) = 0 – 80 vol  Udx (-) = 0 – 2 vol |
| Nguồn: 6 vol (4 pin đại 1,5 vol) | |
| Kích thước: 195 x 130 x 68  Trọng lượng: 0,9 kg kể cả pin | |

### 2.2.3. Phương pháp can thiệp

Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất đúng tiêu chuẩn.

Tiếp cận và lựa chọn bệnh nhân liệt ruột cơ năng theo tiêu chuẩn lựa chọn ở trên.

Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

Kiểm tra tình trạng hiện tại của bệnh nhân.

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn ngiên cứu được phân thành 2 nhóm theo phương pháp ngẫu nhiên. Sau đó áp dụng phương pháp điện châm kết hợp với các phương pháp đáng sử dụng với nhóm nghiên cứu và không kết hợp điện châm đối với nhóm chứng.

Kỹ thuật điện châm:

+ Sau khi đã xác định đúng huyệt vị và châm kim vào huyệt, BN có cảm giác tức thì tiến hành mắc máy điện châm M8.

+ Huyệt cần bổ phải mắc các dây ở máy điện châm bên tần số bổ.

+ Huyệt cần tả phải mắc các dây ở máy điện châm bên tần số tả.

+ Tần số tả: 300-600 xung/phút 5-10HZ (1Hz = 60 chu kỳ/phút). Dạng xung đa hài.

+ Cường độ tả: 5-150 μA, mức độ tối đa mà bệnh nhân chịu được.

+ Tần số bổ: 60-180 xung/phút 1-3HZ (1Hz = 60 chu kỳ/phút). Dạng xung Blocking.

+ Cường độ bổ: 5-100 μA, mức độ tối đa mà bệnh nhân chịu được.

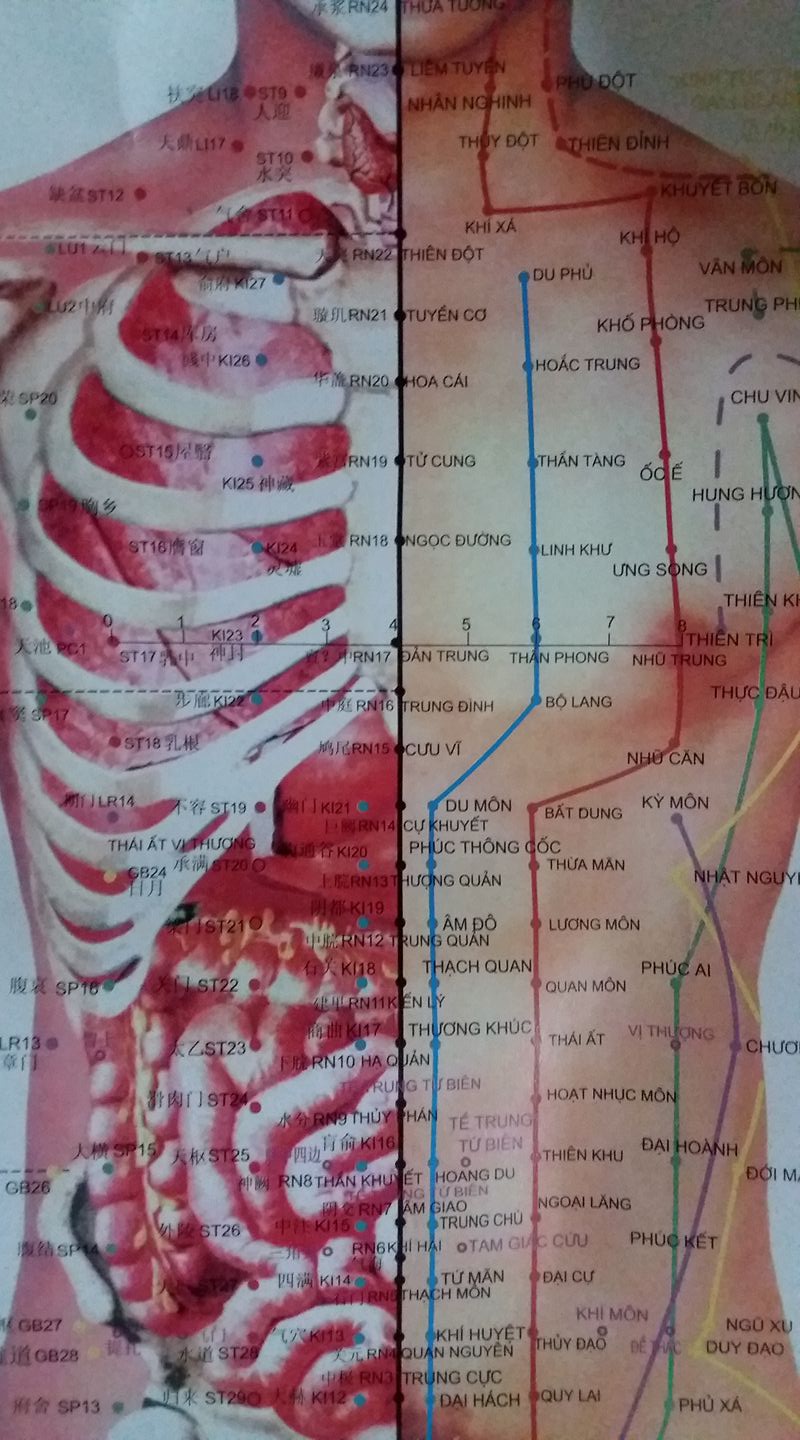
+ Châm bổ các huyệt: Túc tam lý, Hạ quản, Trung quản, Thiên khu, Khí Hải. Châm tả: Hợp cốc, Chi câu.

+ Thời gian lưu kim: 30 phút.

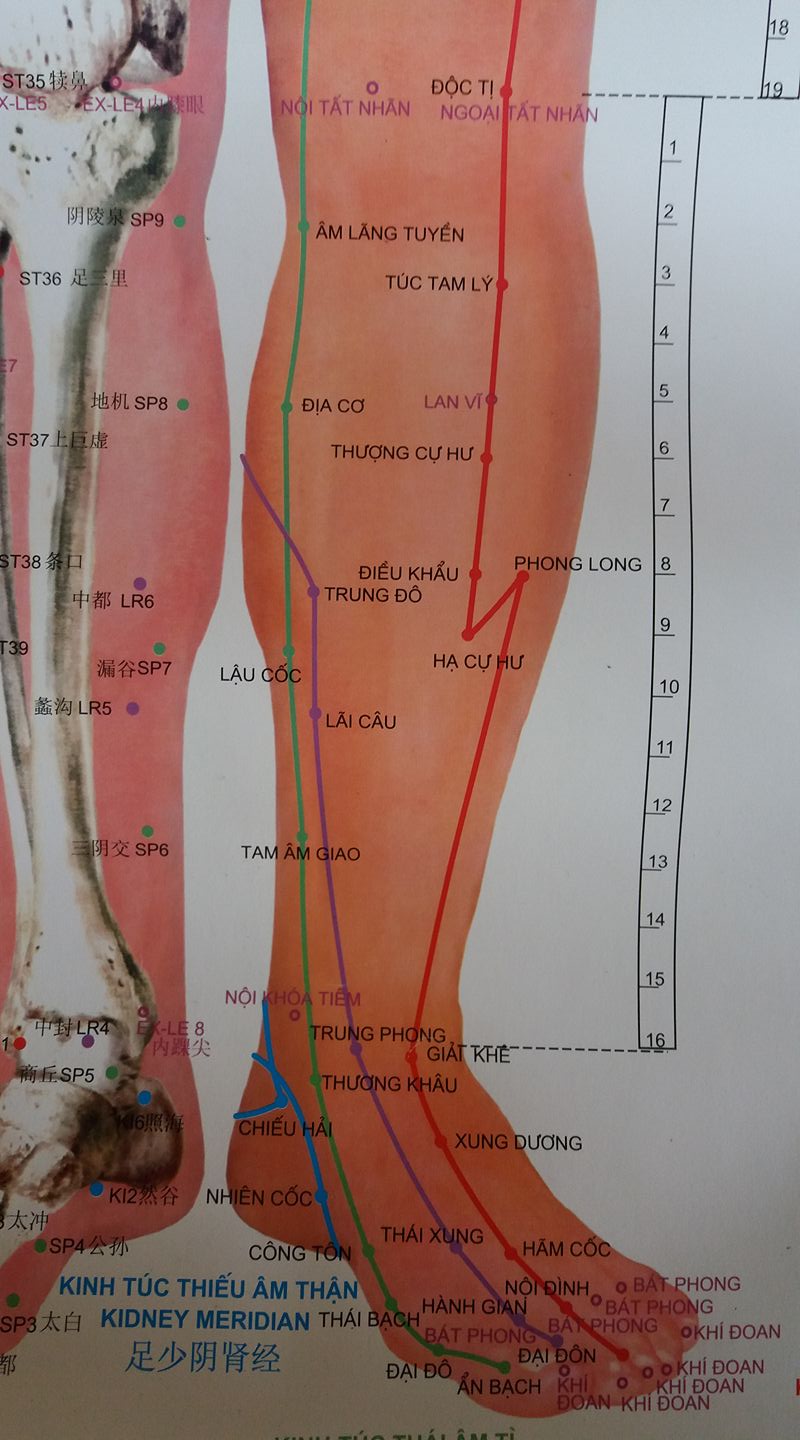
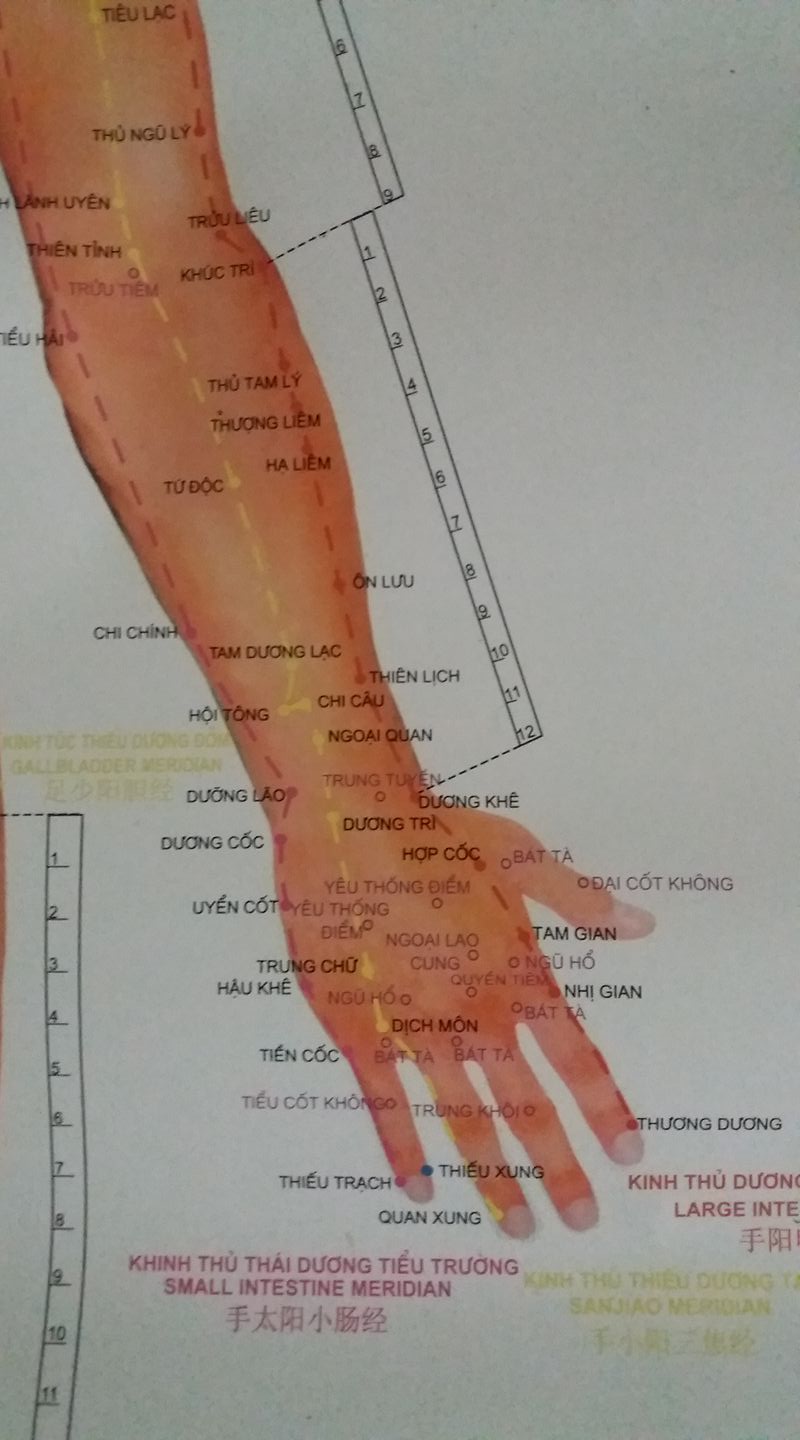
Liệu trình điện châm:

Bệnh nhân liệt ruột cơ năng tiến hành điện châm lần 1. Sau châm theo dõi trong 4 giờ nếu bệnh nhân xuất hiện nhu động ruột, ALOB giảm thì dừng châm, nếu không thì tiến hành châm lần 2.

Sau châm lần 2 theo dõi 4 giờ sau châm nếu có nhu động ruột, ALOB giảm thì dừng châm, nếu bệnh nhân không có nhu động ruột, ALOB không giảm được dừng theo dõi nghiên cứu báo cáo bác sĩ điều trị kết hợp phương pháp khác theo phác đồ của bệnh viện.



Hình 2. 3. Tranh châm cứu huyệt vùng bụng (Trung quản, Hạ quản, Thiên khu, Khí hải)[[52](#Hoà121)]



Hình 2. 4. Tranh châm cứu huyêt vùng tay, chân

(Hợp cốc, Chi câu, Túc tam lý)[[52](#Hoà121)]

### 2.2.4. Tiêu chuẩn dừng nghiên cứu

- Châm theo phác đồ không kết quả.

- Xuất hiện các phản ứng phụ khi châm: mạch nhanh, huyết áp tăng…

- Bệnh nhân không hợp tác.

### 2.2.5. Tiêu chuẩn thành công, thất bại

#### 2.2.6.1. Tiêu chuẩn thành công

Sau 1 đến 2 lần châm (2 lần châm cách nhau 4 giờ) bệnh nhân có các biểu hiện:

* Phục hồi nhu động ruột.
* Hết chướng bụng, ALOB không tăng.
* Có âm ruột, không nôn, không đau bụng.

#### 2.2.6.2. Tiêu chuẩn thất bại

* Bệnh nhân không phục hồi nhu động ruột sau 2 lần châm cứu phải chuyển phương pháp điều trị khác.
* Bệnh nhân bị vựng châm.

### 2.2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu

* *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*
* Phân bố bệnh nhân theo: tuổi, giới, nghề nghiệp.
* Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.
* Phân bố bệnh nhân triệu chứng chính của bệnh.
* Phân bố bệnh nhân theo mức độ tăng ALOB.
* Phân bố bệnh nhân theo thang điểm Glassgow.
* Các mặt bệnh trong nghiên cứu.
* *Đánh giá kết quả nghiên cứu*
* Kết quả nghiên cứu chung.
* Kết quả điều trị theo nhóm tuổi.
* Kết quả điều trị theo giới.
* Kết quả điều trị theo nghề nghiệp.
* Kết quả điều trị theo thời gian mắc bệnh.
* Kết quả điều trị theo triệu chứng chính của bệnh.
* Kết quả điều trị theo mức độ tăng ALOB.
* Kết quả điều tị theo thang điểm Glassgow.
* Kết quả điều trị theo các mặt bệnh trong nghiên cứu.
* Kết quả số lần điện châm bệnh nhân trung tiện được.
* Thời gian trung bình bệnh nhân trung tiện được sau mồi lần điều trị.
* Thời gian trung bình bệnh nhân có nhu động ruột trở về bình thường.
* *Tác dụng không mong muốn:* chảy máu nơi châm, tụ máu nơi châm, nhiễm trùng nơi châm, vựng châm, thay đổi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở…

### 2.2.7. Tiêu chuẩn đánh giá

* Tốt: Sau 1 lần điện châm bệnh nhân có các biểu hiện

Bệnh nhân phục hồi nhu động ruột (trung tiện hoặc đại tiện được đối với nhóm bệnh nhân thuộc thể tiện bí).

Bệnh nhân có áp lực ổ bụng <16cmH20, hết chướng bụng, không đau bụng (đối với nhóm thuộc thể phúc chướng).

* Khá: Sau 2 lần điện châm bệnh nhân có các biểu hiện

Phục hồi nhu động ruột (trung tiện hoặc đại tiện được đối với nhóm bệnh nhân thuộc thể tiện bí).

Áp lực ổ bụng <16cmH20, hết chướng bụng, không đau bụng (đối với nhóm thuộc thể phúc chướng).

* Kém: Bệnh nhân không phục hồi nhu động ruột, ALOB không giảm sau 2 lần điện châm.

## 2.3. XỬ LÝ SỐ LIỆU

* Các số liệu nghiên cứu sau khi được thu thập sử dụng phần mềm SPSS 16.0 xử lý theo phương pháp thống kê y học
* Các test thống kê được dùng

Tính tỷ lệ %

Tính trung bình và độ lệch chuẩn

So sánh sự khác nhau giữa các giá trị trung bình bằng student-T test

Tính tương quan OR

## 2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

* Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị không nhằm mục đích khác.
* Bệnh nhân được giải thích rõ về tác dụng của châm cứu trong quá trình điều trị.
* Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.
* Nếu có dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị hoặc bệnh nặng thêm bệnh nhân đều được theo dõi, xử trí phù hợp.
* Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật.
* Nghiên cứu được hội đồng khoa học thông qua và phê chuẩn.
* Nghiên cứu được hội đồng đạo đức học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam thông qua.
* Kết quả được công bố cho mọi người.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân liệt ruột cơ năng

Điều trị theo phác dồ đang sử dụng kết hợp điện châm

Điện châm lần 2

Có nhu động ruột

Không có nhu động ruột

Có nhu động ruột

Không có nhu động ruột

Ngừng NC

Nhóm chứng

Nhóm nghiên cứu

Điều trị theo phác đồ đang sử dụng

Điện châm lần 1

Theo dõi kết quả điều trị

So sánh kết quả điều trị giữa 2 nhóm

# Chương 3

# KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## 3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN TRONG NGHIÊN CỨU

### 3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tuổi (năm) | Nhóm NC  ( ± SD) | | Nhóm chứng  ( ± SD) | | Tổng | | p NC – C |
| N | Tỷ lệ (%) | n | Tỷ lệ (%) | n | Tỷ lệ (%) |
| 18-59 | 6 | 20,00 | 5 | 16,70 | 11 | 18,30 | >0,05 |
| >60 | 24 | 80,00 | 25 | 83,30 | 49 | 81,70 |
| Tuổi trung bình (năm) | 70,30± 14,17 | | 69,83 ± 11,00 | | 70,07 ± 12,58 | |  |

Nhận xét:

- Kết quả bảng 3.1 cho thấy nhóm bệnh nhân >60 tuổi chiếm đa số ở cả 2 nhóm, 80% ở nhóm nghiên cứu và 83,3% ở nhóm chứng, nhóm bệnh nhân 18-60 tuổi chiếm 20% và 16,7% lần lượt ở nhóm chứng và nhóm nghiên cứu.

- Sự khác biệt về phân bố tuổi ở 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Biểu đồ 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét:

- Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm cao hơn, ở nhóm nghiên cứu là 66,7% nhóm chứng là 63,3%, trong khi đó bệnh nhân nữ ở nhóm nghiên cứu là 33,3%, nhóm chứng là 36,7% .

- Sự khác biệt về phân bố tỷ lệ nam nữ giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05

### 3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Biểu đồ 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét:

- Theo biểu đồ 3.2 cho thấy nghề nghiệp của 2 nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu thì tỷ lệ nhóm lao động trí óc cao hơn với 53,3% ở nhóm nghiên cứu và 60% ở nhóm chứng.

- Sự khác biệt về nghề nghiệp giữa 2 nhóm bệnh nhân là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.1.4. Các triệu chứng chính của bệnh

Bảng 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng chính

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Triệu chứng | Nhóm NC | | Nhóm Chứng | | Tổng | |
| N | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % |
| Chướng bụng | 15 | 50,0 | 17 | 56,7 | 32 | 53,3 |
| Bí trung đại tiện | 15 | 50,0 | 13 | 43,3 | 28 | 46,7 |
| p NC – C | >0,05 | | | | | |

Nhận xét:

- Theo bảng 3.4 phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng chính cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng chướng bụng chiếm tỷ lệ cao hơn với 53,3%, trong đó triệu chứng chướng bụng ở nhóm nghiên cứu là 50%, nhóm chứng là 56,7%.

- Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05

### 3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo độ nặng tăng ALOB

Biểu đồ 3. 3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ tăng ALOB

Nhận xét:

- Theo kết quả bảng 3.5 trong nghiên cứu, áp lực ổ bụng ở các bệnh nhân trước nghiên cứu chiếm đa số ở nhóm 16-20 cmH20 với 73,3% ở nhóm nghiên cứu và 76,7% ở nhóm chứng. tiếp theo đó là nhóm có áp lực ổ bụng 21-27 cmH20 chiếm 26,7% nhóm nghiên cứu và 23,3% ở nhóm chứng. Mức độ <16 cmH20 và mức độ từ 28 cmH20 trở lên không có bệnh nhân nào.

- Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.1.6. Các mặt bệnh gặp trong nghiên cứu

Bảng 3. 3. Phân bố BN theo các mặt bệnh gặp trong nghiên cứu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mặt bệnh | Nhóm NC | | Nhóm Chứng | | Tổng | |
| n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ% |
| Tai biến mạch máu não | 10 | 33,3 | 13 | 43,3 | 23 | 38,3 |
| Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu | 3 | 10,0 | 2 | 6,7 | 5 | 8,3 |
| Viêm phổi | 17 | 56,7 | 15 | 50,0 | 32 | 53,3 |
| p NC – C | >0,05 | | | | | |

Nhận xét:

- Kết quả bảng 3.6 cho thấy phân bố bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt như sau: nhóm bệnh lý viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3% trong đó nhóm nghiên cứu là 56,7%, nhóm chứng là 50%, tiếp theo là nhóm bệnh lý tai biến mạch máu não chiếm 38,3% với 33,3% nhóm nghiên cứu và 43,3% ở nhóm chứng, thấp nhất ở nhóm hôn mê tăng áp lực thẩm thấu với 8,3%, nhóm nghiên cứu là 10%, nhóm chứng là 6,7%.

- Sự khác biệt phân bố mặt bệnh giữa 2 nhóm trong nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm Glassgow

Bảng 3. 4. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm Glassgow

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Điểm Glassgow | Nhóm NC | | Nhóm Chứng | | Tổng | |
| n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ% |
| ≥12 | 17 | 56,70 | 14 | 46,70 | 31 | 51,70 |
| 8-11 | 8 | 26,70 | 10 | 33,30 | 18 | 30,00 |
| 4-7 | 2 | 6,70 | 4 | 13,30 | 6 | 10,00 |
| ≤3 | 3 | 10 | 2 | 6,70 | 5 | 8,30 |
| Trung bình | 10,77±3,90 | | 10,33±3,70 | | 10,55±3,80 | |
| P | >0,05 | | | | | |

Nhận xét:

- Tại thời điểm nghiên cứu điểm glassgow trung bình của các bệnh nhân tham gia là 10,55±3,8, trong đó nhóm chứng 10,33±3,7, nhóm nghiên cứu 10,77±3,9. Số bệnh nhân có điểm glassgow ≥12 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 56,7%và 46,7%, tiếp đó là G trong khoảng 8-11 điểm chiếm tỷ lệ 26,7% và 33,3%, 6,7% và 13,3% ở đối tượng có G từ 5-7, thấp nhất ở G dưới 4 điểm với 10% và 6,7%.

- p NC – C = 0,674>0,05 nên sự khác biệt phân bố giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

### 3.1.8. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh y học cổ truyền

Biểu đồ 3. 4. Phân bố theo thể bệnh YHCT

*Nhận xét:*

- Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân thuộc thể phúc chướng chiếm 53,3% trong đó nhóm nghiên cứu chiếm 50%, nhóm chứng chiếm 56,7%. Thể tiện bí chiếm 46,7% và lần lượt chiếm 50% và 43,3% ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

- Sự khác biệt phân bố ở 2 nhóm trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

## 3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

### 3.2.1. Kết quả điều trị sau 2 lần điện châm

Bảng 3. 5. Kết quả điều trị sau 2 lần điện châm

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kết quả điều trị | Nhóm NC | | Nhóm Chứng | | Tổng | |
| N | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ % |
| Tốt (đáp ứng sau 1 lần châm) | 8 | 26,70 | 3 | 10,00 | 11 | 18,30 |
| Khá (đáp ứng sau 2 lần châm) | 15 | 50,00 | 11 | 36,70 | 26 | 43,30 |
| Thất bại (không đáp ứng sau cả 2 lần châm) | 7 | 23,30 | 16 | 53,30 | 23 | 38,30 |
| p NC – C | <0,05 | | | | | |

Nhận xét:

- Theo kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị với 26,7% tốt, 50% khá và 23,3% cho kết quả kém, nhóm chứng không can thiệp bằng điện châm có kết quả tốt chiếm 10%, khá 36,7%, kém chiếm 53,3%.

- Sự khác biệt về kết quả điều trị ở 2 nhóm bệnh nhân là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**3.2.2. Kết quả điều trị theo giới**

Bảng 3. 6. Kết quả điều trị theo giới

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kết quả điều trị | Nhóm chứng | | | | Nhóm NC | | | | Tổng | | | |
| Nam | | Nữ | | Nam | | Nữ | | Nam | | Nữ | |
| n | % | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Tốt | 2 | 10,5 | 1 | 9,1 | 6 | 30 | 2 | 20 | 8 | 20,5 | 3 | 14,3 |
| Khá | 9 | 47,4 | 2 | 18,2 | 10 | 50 | 5 | 50 | 19 | 48,7 | 7 | 33,3 |
| Kém | 8 | 42,1 | 8 | 72,7 | 4 | 20 | 3 | 30 | 12 | 30,8 | 11 | 52,4 |
| P | >0,05 | | | | >0,05 | | | | >0,05 | | | |

Nhận xét:

- Kết quả bảng 3.10 cho thấy điều trị tốt bệnh nhân phục hồi nhu động ruột sau 1 lần châm ở nam là 20,5% và nữ chiếm 14,3%, nhóm bệnh nhân phục hồi nhu động ruột sau 2 lần châm chiếm 48,7% ở nam và 33,3% ở nữ, số bệnh nhân thất bại trong điều trị sau 2 lần châm lần lượt ở nam và nữ là 30,8% và 52,4%.

- Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa nam và nữ ở các nhóm với p>0,05

### 3.2.3. Kết quả điều trị theo nhóm tuổi

Bảng 3. 7. Kết quả điều trị theo nhóm tuổi

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kết quả | Nhóm chứng | | | | Nhóm NC | | | |
| 18-59 | | >60 | | 18-59 | | >60 | |
| N | % | N | % | n | % | n | % |
| Tốt | 0 | 0,0 | 3 | 12,0 | 3 | 42,9 | 6 | 25,0 |
| Khá | 3 | 60,0 | 8 | 32,0 | 4 | 57,1 | 11 | 45,8 |
| Kém | 2 | 40,0 | 14 | 56,0 | 0 | 0 | 7 | 29,2 |
| P | >0,05 | | | | >0,05 | | | |

Nhận xét:

- Theo kết quả nghiên cứu điều trị theo nhóm tuổi, nhóm nghiên cứu cho tỷ lệ tốt ở các nhóm tuổi 18-59, >60 tuổi lần lượt 42,9, 25%, kết quả khá 57,1%, 45,8% , kém là 29,2 ở 2 nhóm tuổi >60 tuổi. Tại nhóm chứng kết quả có được ở số bệnh nhân có kết quả tốt chiếm 12% và 14,3% ở nhóm tuổi >60 tuổi, kết quả khá lần lượt ở các nhóm tuổi 18-59 và >60 tuổi là 60%, 32,0%, kết quả kém cho tỷ lệ 40% ở nhóm 18-59 tuổi và 56% ở nhóm >60 tuổi.

- Không có sự khác biệt trong kết quả điều trị theo nhóm tuổi với các p>0,05.

### 3.2.4. Kết quả điều trị theo nghề nghiệp

Bảng 3. 8. Kết quả điều trị theo nghề nghiệp

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kết quả | Nhóm chứng | | Nhóm nghiên cứu | |
| LĐCT (%) | LĐTO (%) | LĐCT (%) | LĐTO (%) |
| Tốt | 0,0 | 16,7 | 14,3 | 26,7 |
| Khá | 33,3 | 38,9 | 71,4 | 31,2 |
| Kém | 66,7 | 44,4 | 14,3 | 31,2 |
| P | >0,05 | | >0,05 | |

Nhận xét:

- Theo kết quả bảng 3.8, điều trị tốt ở nhóm nghiên cứu cho kết quả cao hơn ở số bệnh nhân LĐTO là 26,7% so với 14,3%. Điều trị khá cho tỷ lệ cao hơn ở nhóm LĐCT 71,4% và 31,2%, nhóm thất bại cho kết quả cao hơn ở số LĐTO với 31,2% và 14,3%. Ở nhóm chứng điều trị tốt không có bệnh nhân LĐCT trong khi đó LĐTO là 16,7%, tỷ lệ tương đương ở nhóm khá với 33,3% và 38,9%, kết quả thất bại cao hơn ở nhóm LĐCT với 66,7% và 44,4%.

- Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.2.5. Kết quả điều trị theo triệu chứng chính YHCT

Bảng 3. 9. Kết quả điều trị theo triệu chứng chính YHCT

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Các triệu chứng | Nhóm chứng | | | Nhóm NC | | | P |
| Tốt (%) | Khá (%) | Kém (%) | Tốt (%) | Khá (%) | Kém (%) |
| Chướng bụng | 5,9 | 29,4 | 64,7 | 20 | 46,7 | 33,3 | >0,05 |
| Bí trung đại tiện | 15,4 | 46,2 | 38,5 | 33,3 | 53,3 | 13,3 | >0,05 |
| P | >0,05 | | | | | | |

Nhận xét:

- Dựa vào bảng 3.9, nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị theo triệu chứng chính của nhóm nghiên cứu lần lượt là 20%, 46,7% và 33,3% ở các nhóm tốt, khá và kém đối với triệu chứng chướng bụng, và có tỷ lệ 33,3%, 53,3% và 13,3% đối với triệu chứng bí trung đại tiện ở các mức hiệu quả điều trị tốt, khá, kém. Ở nhóm chứng cho kết quả lần lượt tốt, khá và kém là 5,9%, 29,4%, 64,7% cho triệu chứng chướng bụng, triệu chứng bí trung đại tiện cho tỷ lệ là 15,4%, 42,6% và 38,5%.

- Hiệu quả điều trị không có sự khác biệt giữa các triệu chứng, giữa các nhóm trong nghiên cứu với p>0,05.

### 3.2.6. Kết quả điều trị theo độ nặng tăng ALOB

Bảng 3. 10. Kết quả điều trị theo độ nặng tăng ALOB

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ tăng ALOB | Nhóm NC | | | Nhóm Chứng | | |
| Tốt (%) | Khá (%) | Kém (%) | Tốt (%) | Khá (%) | Kém (%) |
| <16 cmH20 |  |  |  |  |  |  |
| 16 - 20 cmH20 | 27,3 | 50,0 | 22,7 | 13,0 | 39,1 | 47,8 |
| 20-27 cmH20 | 25,0 | 50,0 | 25,0 | 0,0 | 28,6 | 71,4 |
| 28-34 cmH20 |  |  |  |  |  |  |
| <34 cmH20 |  |  |  |  |  |  |
| P | >0,05 | | | >0,05 | | |

Nhận xét:

- Điều trị theo mức độ tăng ALOB ở nhóm nghiên cứu có kết quả tốt là 27,5% ở mức 16 - 20 cmH20 và 25% ở mức 20-27 cmH20, kết quả khá đều cho tỷ lệ 50% ở 2 mức độ, kết quả kém là 22,7% và 25% lần lượt ở 2 mức độ trên. Nhóm chứng cho tỷ lệ 13% và 0% ở nhóm đạt kết quả tốt, khá cho 39,1% và 28,6%, kết quả kém 47,8% và 71,4%.

- Nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị không có sự khác biệt theo mức độ tăng ALOB với p>0,05.

### 3.2.7.Kết quả điều trị theo các mặt bệnh trong nghiên cứu

Bảng 3. 11. Kết quả điều trị theo các mặt bệnh trong nghiên cứu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Các mặt bệnh | Nhóm NC | | | Nhóm Chứng | | |
| Tốt (%) | Khá (%) | Kém (%) | Tốt (%) | Khá (%) | Kém (%) |
| Tai biến mạch máu não | 20,0 | 60,0 | 20,0 | 7,7 | 53,8 | 38,5 |
| Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu | 33,3 | 66,7 | 0,0 | 0,0 | 50,0 | 50,0 |
| Viêm phổi | 29,4 | 41,2 | 29,4 | 13,3 | 20,0 | 66,7 |
| P | >0,05 | | | >0,05 | | |

Nhận xét:

- Bảng 3.11 cho kết quả điều trị theo các mặt bệnh. Đối với nhóm bệnh tai biến mạch máu não kết quả tốt khá kém lần lượt chiếm tỷ lệ 20%, 60%, 20%. Đối với nhóm bệnh hôn mê tăng áp lực thẩm thấu 33.3%, 66,7%, và nhóm viêm phổi chiếm 29,4%, 41,25 và 29,4%.

- Kết quả nghiên cứu không thấy sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các mặt bệnh với p>0,05.

### 3.2.8. Kết quả điều trị theo điểm Glassgow

Bảng 3. 12. Kết quả điều trị theo điểm Glassgow

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Điểm Glassgow | Nhóm NC | | | Nhóm Chứng | | |
| Tốt | Khá | Kém | Tốt | Khá | Kém |
| ≥12 | 6(35,3%) | 8(47,1%) | 3(17,6%) | 3(21,4%) | 7(50,0%) | 4(28,6%) |
| 8-11 | 0 | 6(75,0%) | 2(25,0%) | 0 | 3(30,0%) | 7(70,0%) |
| 4-7 | 1(50,0%) | 0 | 1(50,0%) | 0 | 0 | 4(100%) |
| ≤3 | 1(33,3%) | 1(33.3%) | 1(33,3%) | 0 | 1(50,0%) | 1(50,0%) |
| P | >0,05 | | | >0,05 | | |

Nhận xét:

- Kết quả bảng 3.12 cho thấy ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ đạt kết quả tốt ở ≥12 điểm là 35,5%, khá là 47,1%, ở 8-11 điểm kết quả khá 75%, ở mức 4-7 điểm kết quả tốt 50%, ở mức ≤3 điểm kết quả tốt là 33,3%. Nhóm chứng cho kết quả tốt 21,4%, khá 50% ở ≥12 điểm, 30% khá ở mức 8-11 điểm, và 0% tốt ở các mức 4-7 điểm và ≤3 điểm. Kết quả điều trị kém ở nhóm nghiên cứu tại mức ≥12 là 17,6%, và lần lượt là 25%, 50% và 33,3% ở các mức điểm tiếp theo, ở nhóm chứng tỷ lệ điều trị kém là 28,6%, 70%, 100% và 50%.

-Sự khác biệt tỷ lệ về hiệu quả điều trị giữa các nhóm theo mức điểm glassgow chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.2.9. Thời gian có nhu động ruột sau các lần điện châm (có âm ruột)

Bảng 3. 13. Thời gian có nhu động ruột sau điện châm

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian (phút) | 15-30 | >30-45 | >45-60 | Trung bình( ± SD) |
| Điện châm lần 1 | 4 | 3 | 1 | 35,00 ± 1,13 |
| Điện châm lần 2 | 9 | 5 | 1 | 33,40 ± 9,40 |
| Tổng | 13 | 8 | 2 | 33,70± 9,90 |

Nhận xét:

- Theo kết quả bảng 3.13 thời gian có nhu động ruột sau mối lần điện châm cho thấy, sau điện châm lần 1 thời gian nghe được âm ruột trung bình là 35 phút, sau lần thứ 2 điện châm thời gian trung bình nghe được âm ruột là 33,4 phút.

### 3.2.10.ALOB trước và sau điều trị

Bảng 3. 14. ALOB trước và sau điều trị

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nhóm NC  ( ± SD) | Nhóm chứng  ( ± SD) | P |
| ALOB trước điều trị | 19,13 ± 2,49 | 18,87 ± 2,50 | >0,05 |
| ALOB sau điều trị | 15,30 ± 1,70 | 16,70 ± 2,82 | <0,05 |

Nhận xét*:*

- Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị trung bình áp lực ổ bụng trước điều trị của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu lần lượt là 18,87 ± 2,5 và 19,13 ± 2,49 với p>0,05 cho thấy không có ý nghĩa thống kê đối với giá trị này trước điều trị. Sau điều trị trung bình ALOB ở nhóm nghiên cứu là 15,3 ± 1,7, nhóm chứng là 16,7 ± 2,82 với p=0,003<0,05, do đó có sự khác biệt sau điều trị giữa 2 nhóm về giá trị ALOB.

### 3.2.11. Kết quả điều trị chung

Bảng 3. 15. Kết quả điều trị chung

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kết quả điều trị | Nhóm chứng | | Nhóm NC | | Tổng | |
| N | % | n | % | N | % |
| Thành công | 14 | 46,7 | 23 | 76,7 | 37 | 61,7 |
| Thất bại | 16 | 53,3 | 7 | 23,3 | 23 | 38,3 |
| p NC – C | <0,05 | | | | | |

Nhận xét:

* Theo kết quả bảng 3.15 cho thấy tỷ lệ thành công, thất bại ở 2 nhóm trong nghiên cứu, theo đó có sự khác nhau giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng trong kết quả điều trị. Trong đó nhóm nghiên cứu có tỷ lệ thành công cao hơn với 76,7% so với 46,7% thành công ở nhóm chứng, tỷ lệ thất bại ở nhóm nghiên cứu thấp hơn với 23,3%, và ở nhóm chứng tỷ lệ này là 53,3%.
* Sự khác biệt trong kết quả điều trị giữa 2 nhóm chứng và nghiên cứu là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.
  + 1. **Tương quan giữa kết quả điều trị và một số đặc điểm của bệnh nhân**

*Bảng 3. 16. Tương quan giữa kết quả điều trị và một số đặc điểm*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Đặc điểm | Kết quả điều trị | | P | OR (KTC 95%) |
| Thành công (%) | Thất bại (%) |
| **Tuổi**  <60 tuổi  ≥60 tuổi | 100  70,8 | 0  29,2 | 1,83 | 1,41 (1,09 – 1,83) |
| **Giới tính**  Nam  Nữ | 80,0  70,0 | 20,0  30,0 | 0,54 | 1,71 (0,30 – 9,77) |
| **Triệu chứng chính**  Tiện bí  Chướng bụng | 86,6  66,7 | 13,3  33,3 | 0,19 | 3,25 (0,52 – 20,37) |
| **ALOB**  Độ 1  Độ 2 | 77,3  75,0 | 22,7  25,0 | 0,89 | 1,13 (0,17 – 7,47) |
| **Điểm Glassgow**  ≥7  <7 | 80,0  50,0 | 20,0  50,0 | 0,33 | 2,67 (0,35 – 20,51) |

Nhận xét:

* Kết quả bảng 3.16 cho thấy mối tương quan giữa một số đặc điểm và kết quả điều trị trong nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân <60 tuổi kết quả điều trị thành công cao hơn 1,41 lần so với nhóm bệnh nhân ≥60 tuổi KTC (1,09 – 1,83) mối tương quan có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân nam điều trị thành công gấp 1,71 lần bệnh nhân nữ KTC (0,30 –9,77) mối tương quan không có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân có triệu chứng chính là tiện bí điều trị thành công gấp 3,25 lần so với nhóm chướng bụng, KTC (0,52-20,37) mối tương quan không có ý nghĩa thống kê. Nhóm có ALOB độ 1 điều trị thành công cao hơn nhóm ALOB độ 2 là 1,13 lần, kết quả này không có ý nghĩa thống kê với KTC (0,17-7,47). Nhóm bệnh nhân có điểm glassgow trên 7 kết quả điều trị thành công cao hơn nhóm dưới 7 điểm 2,67 lần, kế quả này không có ý nghĩa thống kê với KTC (0,35-20,51).

## 3.3.TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

### 3.3.1. Các chỉ số toàn thân trước và sau châm cứu

Bảng 3. 17. Chỉ số toàn thân trước và sau điều trị

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chỉ số | Chỉ số | | P |
| Trước điều trị  ( ± SD) | Sau điều trị  ( ± SD) |
| Mạch | 89,53 ± 15,40 | 88,70 ±13,60 | >0,05 |
| Huyết áp tâm thu | 130,70±11,24 | 130,10±11,00 | >0,05 |
| Huyết áp tâm trương | 69,17±6,40 | 69,20±5,30 | >0,05 |
| Nhiệt độ | 36,85±0,23 | 36,87±0,22 | >0,05 |
| Nhịp thở | 18,93±1,39 | 18,90±1,21 | >0,05 |

Nhận xét:

- Kết quả bảng 3.19 cho thấy giá trị trung bình của các chỉ số toàn thân mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở trước và sau nghiên cứu.

- Sự thay đổi các giá trị này trước và sau điều trị là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.3.2. Các tác dụng không mong muốn tại chỗ châm cứu

Nhận xét:

Theo dõi trong quá trình nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi sử dụng phương pháp điều trị bằng điện châm trên bệnh nhân liệt ruột cơ năng tại khoa hồi sức tích cực không ghi nhận có các tai biến xảy ra như choáng, vựng châm, chảy máu nơi châm, nhiễm trùng vết châm, gãy kim, thủng tạng rỗng.

# Chương 4

# BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên bệnh nhân liệt ruột cơ năng được điều trị bằng phương pháp điện châm tại khoa hồi sức tích bệnh viện E Trung ương chúng tôi xin đưa ra một số bàn luận sau.

## 4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG VỀ NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

### 4.1.1. Về tuổi

Kết quả bảng 3.1 cho thấy bệnh nhân trong nhóm tuổi >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 81,7%, so với nhóm 18-59 tuổi với 18,3%. Qua nghiên cứu cũng cho thấy độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 70,1±12,58.

Về phân bố theo nhóm tuổi chúng tôi chỉ phân thành 2 nhóm là trên 60 tuổi và 18-59 tuổi. Có nhiều cách phân chia nhóm tuổi khác nhau như phân chia độ tuổi theo từng thập niên, hay chia nhóm theo độ tuổi thanh niên, trung niên, cao niên… Tuy nhiên trong nghiên cứu này của chúng tôi có hạn chế về số lượng bệnh nhân do đó trong quá trình nghiên cứu về đặc điểm tuổi của bệnh nhân chúng tôi chia 2 nhóm như trên với độ tuổi thanh niên và trung niên cùng 1 nhóm, độ tuổi cao niên 1 nhóm, qua việc thống kê về nhóm tuổi như thế chúng tôi chưa thấy sự khác biệt đáng kể nào giữa 2 nhóm trong nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 70,1±12,58, điều này có thể được giải thích với lý do trong thời gian chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện E, có nhiều bệnh nhân tai biến mạch máu não nằm điều trị, đây là nhóm bệnh thuộc đối tượng trung niên và cao tuổi. Ngoài ra, bệnh nhân viêm phổi nặng suy kiệt thuộc nhóm đối tượng cao tuổi nằm điều trị tại khoa với số lượng khá lớn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với độ tuổi trong nghiên cứu của Simon S.M.NG đại học Hồng Kông Trung Quốc (2013)[[49](#Sim13)] là 68,5 ± 10,6. Có sự khác biệt ở nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà (2009)[[9](#Ngu09)] điều này được lý giải do đối tượng của 2 nghiên cứu là không giống nhau, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà tập trung vào đối tượng sau phẫu thuật sản phụ khoa nên độ tuổi ở đây đa số ở 20-40 tuổi, trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi về các bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực và không có yếu tố phẫu thuật. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng về tần suất tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân hồi sức tích cực cho thấy 43,2% bệnh nhân >70 tuổi, độ tuổi trung bình là 63,8 ± 18,7 tuổi[[1](#Ngu15)], cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

### 4.1.2. Về giới tính

Phân bố giới tính trong nghiên cứu có sự khác nhau, nam chiếm 65% nữ chiếm 35%, tỷ lệ tương đối 2:1. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ này do thời gian tiến hành nghiên cứu nhóm bệnh xuất hiện nhiều là tai biến mạch máu não và viêm phổi tại khoa chủ yếu là nam giới. Sự chênh lệch này giới tính trong nghiên cứu, chúng tôi cho rằng do mẫu nghiên cứu giới hạn ở 60 nên kết quả này chưa thật sự đánh giá chính xác sự khác biệt phân bố nam và nữ ở các đối tượng liệt ruột cơ năng. Mặt khác, cùng một nhóm bệnh tại khoa hồi sức tích cực nhưng tiền sử bệnh và phương pháp can thiệp khác nhau, các bệnh lý đi kèm khác nhau dẫn đến sự phân bố về giới tính ở các trường hợp liệt ruột cơ năng khác nhau vì thế cần thêm các nghiên cứu tiếp để chứng minh.

Nghiên cứu của Simon Hồng Kông Trung Quốc[[49](#Sim13)] cho thấy tỷ lệ Nam: Nữ là 3:2, trong nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng (2015) [[1](#Ngu15)]cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ TALOB thấp hơn nam 48,1% so với 53,2%, tuy nhiên sự khác biệt này là không đáng kể.

**4.1.3. Về nghề nghiệp**

Theo nghiên cứu, phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp nhóm bệnh nhân lao động trí óc chiếm tỷ lệ cao hơn 56,7%, nhóm lao động chân tay với tỷ lệ thấp hơn 43,3%. Tuy nhiên mức chênh lệch này là không đáng kể. Liên quan giữa nghề nghiệp và việc phát sinh một số bệnh tật hiện còn nhiều vấn đề tranh cãi, nhưng xét trên một số nhóm bệnh thường gặp trong nghiên cứu cho thấy có một số yếu tố nguy cơ như lối sống tĩnh tại, ít vận động, stress,…khiến cho nhóm lao động trí óc có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.

Mặt khác, liên quan giữa nghề nghiệp và nhóm tuổi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân >60 tuổi khá cao, như vậy tỷ lệ hưu trí chiếm chủ yếu trong nghiên cứu. Theo đánh giá của chúng tôi yếu tố nghề nghiệp lúc này lại trực tiếp liên quan đến bệnh tật theo tuổi tác. Theo thời gian các chức năng trong cơ thể suy giảm dần, do đó người già có khả năng chống chọi với bệnh tật thấp hơn. Những mặt bệnh về tuần hoàn, hô hấp hay chuyển hóa thường gặp trên bệnh nhân lớn tuổi, những biến đổi xảy ra âm thầm, từ từ nếu không được chú ý dần dần dẫn đến các bệnh mạn tính. Việc kết hợp 1 hoặc nhiều bệnh lý trên lâm sàng hay xuất hiện các bệnh lý cơ năng kèm theo là khá thường gặp. So sánh với một nghiên cứu tiến hành điện châm trên đối tượng bệnh nhân tương tự thuộc khoa hồi sức cấp cứu của tác giả Trịnh Tiến Thống (2016) [[53](#Thố16)]chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về sự phân bố nghề nghiệp ở các bệnh nhân, nhóm bệnh nhân hưu trí chiếm 41,9% và công chức chiếm 9,5%.

### 4.1.4. Về mức độ tăng ALOB

Nghiên cứu cho kết quả các bệnh nhân được phân bố vào 2 mức độ ALOB độ 1 và độ 2, không có ở mức độ>28 cmH20. Sở dĩ có sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành với cỡ mẫu còn hạn chế nên chưa thế có đánh giá chính xác về phân bố bệnh nhân trên lâm sàng.

Tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng (2015)[[1](#Ngu15)], đối với nhóm bệnh nhân không có phẫu thuật bụng tại khoa hồi sức tích cực thì mức độ tăng ALOB cũng tập trung nhiều ở độ 1 và độ 2 với 99/107 bệnh nhân, như vậy kết quả cũng khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

### 4.1.5. Về triệu chứng chính của bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy 2 triệu chứng chính thường gặp đối với bệnh nhân liệt ruột cơ năng là chướng bụng và bí trung đại tiện với tỷ lệ 53,3% và 46,7%, không có sự chênh lệch đáng kể giữa 2 nhóm. Sự khác biệt xảy ra có thể do mẫu nghiên cứu còn hạn chế. Phân bố về triệu chứng chính cũng là phân bố về thể bệnh theo y học cổ truyền, theo đó thể phúc chướng chiếm 53,3%, thể tiện bí chiếm 46,7%.

Các nghiên cứu trước đây cùng lĩnh vực chưa có đánh giá về tỷ lệ bệnh theo y học cổ truyền do đó chúng tôi chưa thể so sánh kết quả này với các báo cáo khác.

Theo y học cổ truyền các triệu chứng chướng bụng, bí trung đại tiện là do tỳ vị mất kiện vận mà gây ra. Tỳ chủ về vận hóa thủy cốc và vận hóa thủy dịch, quá trình vận hóa thủy cốc gồm 2 phương diện đó là phân hóa thủy cố thành thanh, trọcvà hấp thu chất thanh rồi vận chuyển khắp toàn thân. Vận hóa thủy dịch là điều tiết, hấp thu, phân bố thủy dịch trong cơ thể. Khi chức năng tỳ bị suy giảm thì xuất hiện chướng bụng, ăn không tiêu. Vị chủ thông giáng, khi vị mất tuyên giáng sẽ xuất hiện căng tức bụng, bí trung đại tiện. Tỳ vị có mối quan hệ biểu lý với nhau nên sự mất cân bằng sinh lý ở tạng này sẽ dẫn đến rối loạn chức năng ở phủ mà gây ra các chứng bệnh, các triệu chứng có thể xuất hiện đồng thời hoặc riêng biệt.

### 4.1.6. Về các mặt bệnh

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 3 mặt bệnh thường gặp trong thời gian tiến hành đó là hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, tai biến mạch máu não và viêm phổi. Trong đó nhóm bệnh nhân viêm phổi chiếm tỷ lệ cao với 53,3%, sau đó là tai biến mạch máu não với 38,3%, và hôn mê tăng áp lực thấm thấu ít gặp nhất với 8,3%. Tại thời điểm nghiên cứu các bệnh nhân có điểm Glassgow trung bình là 10,55± 3,8, trong đó chiếm đa số là nhóm bệnh nhân ≥12 điểm, 30% nhóm 8-11điểm, 10% nhóm 5-7 điểm còn lại là nhóm ≤4 điểm.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu về tần suất TALOB của bệnh nhân HSTC của Nguyễn Anh Dũng (2015)[[1](#Ngu15)] khi sự xuất hiện của các mặt bệnh tim mạch, hô hấp với tỷ lệ cao trong nghiên cứu.

Tuy nhiên sự khác biệt này cũng có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn, và trong thời gian tiến hành mặt bệnh chủ yếu tại khoa là viêm phổi và tai biến mạch máu não.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Trịnh Tiến Thống (2016)[[53](#Thố16)] cũng cùng trên đối tượng bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện E trung ương cho thấy nhóm bệnh tai biến mạch máu não chiếm tỷ lệ cao với 43,2% sau đó là viêm phổi, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể giải thích rằng mô hình bệnh tật trong nghiên cứu ảnh hưởng bởi xu hướng bệnh tại khoa cũng như trong cộng đồng dân cư tại đó.

Theo lý luận y học cổ truyền các tạng phủ trong cơ thể đều có mối quan hệ với nhau, khi một tạng bị bệnh sẽ dẫn đến rối loạn hoạt động của các bộ phận khác. Phế và tỳ có mối quan hệ với nhau ở 2 phương diện đó là sinh thành khí và phân bố tân dịch, nếu tỳ khí hư tổn sẽ gây phế khí bất túc, tỳ mất kiện vận khiến làm trao đổi tân dịch trở ngại gây ho, khó thở; ngược lại bệnh ở phế lâu ngày gây vận hóa ở tỳ thất thường, tỳ khí hư mà dẫn đến chướng bụng, ăn không tiêu. Phế khí không giáng, tân dịch không hạ làm đại trường bí kết đó là mối quan hệ phế - đại trường. Tâm tỳ có mối quan hệ về chủ huyết và thống huyết, sinh thành và vận hành huyết dịch, tâm huyết hao tổn thì ảnh hưởng đến vận hành của tỳ, tỳ bất thống huyết thì dẫn đến huyết vòng hành, tâm huyết bất túc. Tỳ mất vận hóa dẫn đến chướng bụng, tiện bí. [[28](#Châ06)], [[29](#Trầ10)] Như vậy có thể thấy theo y học cổ truyền mặt bệnh tâm phế hay là tuần hoàn và hô hấp có quan hệ chặt chẽ với liệt ruột cơ năng, vì thế có thể lý giải được sự phân bố mặt bệnh trong nghiên cứu.

## 4.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

### 4.2.1. Kết quả nghiên cứu chung

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị với 26,7% tốt, 50% khá và 23,3% cho kết quả kém, nhóm chứng không can thiệp bằng điện châm có kết quả tốt chiếm 10%, khá 36,7%, kém chiếm 53,3%.

Với p<0,05, sự khác biệt trong hiệu quả điều trị là có ý nghĩa thống kê.

Như vậy tỷ lệ bệnh nhân phục hồi nhu động ruột sau 1-2 lần châm đạt 76,7%

Nghiên cứu của chúng tôicó kết quả tương đồng với nghiên cứu của Liu hui Rong, Wu Huan Gan, Wang Xiao Long, Zuo Chuan Tao, Guan Yi Hui, Fang Jian Qiao, viện châm cứu Thượng Hải Trung Quốc (2007) có hiệu quả giảm chướng bụng 71%[[10](#Lui07)]. Nghiên cứu các nhà khoa học tại Hồ Nam, Trung Quốc đã cho thấy tỉ lệ phục hồi ở nhóm NC là 83.3%[[50](#Luo11)].

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà (2009)[[9](#Ngu09)] cho tỷ lệ phục hồi tốt 57,67% và khá 36,51%, kết quả của chúng tôi thấp hơn. Theo chúng tôi sở dĩ có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu khác nhau, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà hướng đến các bệnh nhân mổ sản phụ khoa, có độ tuổi 20-40 tuổi do đó sẽ có khả năng phục hồi tốt hơn, nhóm bệnh nhân chúng tôi hướng đến là các bệnh nhân nặng khoa hồi sức tích cực. Hơn nữa trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình70,1±12,58 cao hơn so với nghiên cứu trên. Theo y học cổ truyền trong nội kinh có đề cập đến quá trình sinh trưởng tráng lão của con người 10 tuổi thì ngũ tạng bắt đầu ổn định, khí huyết đã thông; 20 tuổi huyết khí bắt đầu thịnh; 30 tuổi ngũ tạng ổn định nhất, huyết mạch thịnh mãn; 40 tuổi thì nguc tạng lục phủ, 12 kinh mạch đại thịnh vượng và bình ổn; 50 tuổi can khí bắt đầu suy, đởm chấp bắt đầu giảm biểu hiện ở mắt bắt đầu mờ; 60 tuổi tâm khí bắt đầu suy, khí huyết vận hành bắt đầu trì trệ biểu hiện trong lòng bắt đầu lo lắng, bi thương, ưu phiền, thích nằm; 70 tuổi tỳ khì bắt đầu suy biểu hiện ở bì phu khô; 80 tuổi phế khí suy, hồn phách li tán thể hiện ở lời nói nhầm lẫn; 90 tuổi thận khí tiêu khô, bốn tạng kinh mạch hư rỗng; 100 tuổi ngũ tạng đều hư, thần khí mất [[54](#Học16)]. Như vậy trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà các bệnh nhân đều trong độ tuổi huyết khí thịnh, ngũ tạng lục phủ đại thịnh vượng, bình ổn nên khi bị bệnh khả năng phục hồi tốt hơn, trong khi đó các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số trong độ tuổi các tạng phủ trong cơ thể bắt đầu hư suy nên khả năng phục hồi sẽ kém hơn.

Trong một báo cáo thống kê các nghiên cứu đã được công bố về các bệnh rối loạn tiêu hóa và phương pháp châm cứu của Jieyun Yin, Jiande D Z Chen đã cho thấy có rất nhiều nghiên cứu liên quan đến lĩnh vực này cũng như những thành công của phương pháp châm cứu trong điều trị, có thể kể đến như trong một nghiên cứu lâm sàng có kiểm soát 68 bệnh nhân mắc chứng khó tiêu châm cứu đã cải thiện các triệu chứng rối loạn so với các bệnh nhân không châm cứu 55% (Park và cộng sự, 2009) huyệt sử dụng trong trường hợp này túc tam lý và nội quan[[55](#Jie10)], so với nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ có thấp hơn.

### 4.2.2. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.

Theo kết quả nghiên cứu điều trị theo nhóm tuổi, nhóm nghiên cứu cho tỷ lệ tốt ở các nhóm tuổi 18-59, >60 tuổi lần lượt 42,9, 25%, kết quả khá 57,1%, 45,8% , kém là 29,2 ở 2 nhóm tuổi >60 tuổi. Tại nhóm chứng kết quả có được ở số bệnh nhân có kết quả tốt chiếm 12% và 14,3% ở nhóm tuổi >60 tuổi, kết quả khá lần lượt ở các nhóm tuổi 18-59 và >60 tuổi là 60%, 32,0%, kết quả kém cho tỷ lệ 40% ở nhóm 18-59 tuổi và 56% ở nhóm >60 tuổi. Kết quả bảng 3.16 cho thấy khả năng thành công trong điều trị ở nhóm bệnh nhân <60 tuổi cao hơn nhóm bênh nhân ≥60 tuổi với OR=1,41, KTC 95% (1,09-1,83).

Kết quả điều trị cho thấy ở nhóm tuổi 18-59 khả năng phục hồi tốt hơn với các tỷ lệ cao ở nhóm kết quả tốt và khá, tuy nhiên do số lượng bệnh nhân ở nhóm tuổi này trong nghiên cứu là khá thấp vì thế chưa đủ cơ sở để xác định chắc chắn khả năng phục hồi của độ tuổi này cao hơn. Mặt khác trong các nghiên cứu tương tự chúng tôi không thấy đánh giá của các tác giả khác về mối quan hệ giữa tuổi tác và kết quả điều trị cho nên chưa thể so sánh với kết quả chúng tôi đưa ra, do đó để kết luận chính xác về khả năng phục hồi ở các độ tuổi là chưa đủ cơ sở xác định. Tuy nhiên theo lý luận y học cổ truyền thì độ tuổi cũng sẽ có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, nhóm bệnh nhân 18-59 tuổi bao gồm những độ tuổi có khí huyết đang hưng thịnh, ngũ tạng lục phủ điều hòa hay đến 50 tuổi thì tạng can hư suy, nhưng nhìn chung thì nhóm tuổi này vẫn có sự đầy đủ về khí huyết, sự ổn định trong vận hành tạng phủ nên khả năng đáp ứng với điều trị sẽ cao hơn so với nhóm tuổi 60-79 tuổi (độ tuổi các tạng can, tỳ, tâm đã hư suy) và nhóm >80 tuổi (ngũ tạng đều suy yếu). Vì thế dù có hạn chế về số lượng phân chia trong mỗi nhóm tuổi, nhưng kết quả cũng phần nào phản ánh đúng thực tế.

## 4.2.3. Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị.

Kết quả bảng 3.10 cho thấy điều trị tốt bệnh nhân phục hồi nhu động ruột sau 1 lần châm ở nam là 20,5% và nữ chiếm 14,3%, nhóm bệnh nhân phục hồi nhu động ruột sau 2 lần châm chiếm 48,7% ở nam và 33,3% ở nữ, số bệnh nhân thất bại trong điều trị sau 2 lần châm lần lượt ở nam và nữ là 30,8% và 52,4%.

Tỷ lệ thành công ở bệnh nhân nam cao hơn so với bệnh nhân nữ, khả năng phục hồi nhu động ruột sau lần đầu điện châm của nam cao hơn với 20,5% và 14,3%. Khả năng phục hồi sau 2 lần điện châm của nam cũng cao hơn với 48,7%. với OR=1,71 nhưng mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê với KTC 95% (0,30-9,77).

Các nghiên cứu tương tự đã được công bố hiện nay chưa có nghiên cứu nào đưa ra mối quan hệ giữa giới tính và kết quả điều trị, do đó chúng tôi chưa thể so sánh. Tuy nhiên sự khác biệt giữa nam và nữ trong kết quả điều trị trong nghiên cứu có thể do số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn, thời gian tiến hành tương đối ngắn nên số liệu trên có thể chưa đầy đủ và chưa thể đánh giá một cách chính xác mối liên quan giữa giới tính và hiệu quả điều trị.

### 4.2.4.Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị.

Theo kết quả bảng 3.8, điều trị tốt ở nhóm nghiên cứu cho kết quả cao hơn ở số bệnh nhân LĐTO là 26,7% so với 14,3%. Điều trị khá cho tỷ lệ cao hơn ở nhóm LĐCT 71,4% và 31,2%, nhóm thất bại cho kết quả cao hơn ở số LĐTO với 31,2% và 14,3%. Ở nhóm chứng điều trị tốt không có bệnh nhân LĐCT trong khi đó LĐTO là 16,7%, tỷ lệ tương đương ở nhóm khá với 33,3% và 38,9%, kết quả thất bại cao hơn ở nhóm LĐCT với 66,7% và 44,4%.

Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Nhóm LĐTO cho kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm LĐCT tuy nhiên nhóm LĐCT lại cho kết quả điều trị khá cao hơn, và tỷ lệ thành công sau 2 lần điện châm nhóm LĐCT cho kết quả cao hơn với 85,3% và 58%. Theo y học cổ truyền những người lao động trí óc thì việc sử dụng thần ở mức độ tư, lự, trí (tư duy cao cấp) cao hơn so với nhóm lao động chân tay do đó khả năng mắc các bệnh do thất tình nội thương cao hơn, và nặng hơn. [[54](#Học16)] Thêm vào đó lối sống tĩnh tại của những người lao động trí óc khiến cho cơ thể không được dưỡng sinh đúng cách, khí huyết trở trệ, cân cốt mềm yếu, chính khí dần suy khả năng kháng bệnh tà kém cũng như phục hồi kém hơn nhưng người vốn lao động chân tay, lao động và rèn luyện khiến cho khí huyết lưu thông, thể chất tăng cường nên đáp ứng với điều trị tốt hơn.

### 4.2.5. Liên quan giữa điểm Glassgow và kết quả điều trị

Kết quả bảng 3.12 cho thấy ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ đạt kết quả tốt ở ≥12 điểm là 35,5%, khá là 47,1%, ở 8-11 điểm kết quả khá 75%. Nhóm chứng cho kết quả tốt 21,4%, khá 50% ở ≥12 điểm, 30% khá ở mức 8-11 điểm.

Nghiên cứu cho thấy đối với bệnh nhân có điểm glassgow ≥12 thì khả năng phục hồi cao hơn với tỷ lệ thành công 82,6%. Mức điểm thấp cho tỷ lệ thất bại cao hơn với 50% ở nhóm 5-7 và 33,3% ở nhóm ≤4. Bệnh nhân có điểm glassgow ≥7 cho khả năng thành công cao hơn nhóm <7 điểm 2,67 lần tuy nhiên với KTC 95% (0,35-20,51), mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê.

Glassgow dùng để đánh giá tình trạng ý thức của bệnh nhân một cách lượng hóa. Được thiết lập để đánh giá độ hôn mê của bệnh nhân. Qua thang điểm Glassgow có thể phần nào đánh giá mức độ nặng nhẹ, tình trạng hiện tại của người bệnh, vì thế kết quả trong nghiên cứu nhóm bệnh nhân có điểm glassgow cao hơn thì khả năng phục hồi tốt hơn là hợp lý. Theo lý luận y học cổ truyền, thần theo nghĩa rộng là lưỡng tinh tương bác kết hợp. Lưỡng tinh đó là tinh thần vãng lai (hồn) và tinh thần xuất nhập cùng tinh khí (phách) kết hợp tương bác với nhau mà thành thần. Theo nghĩa hẹp chính là tâm (tâm xử trí tròn vẹn với sự vật) mà thành thần. Phân loại thần gồm có: tâm chủ về kí ức mà sinh ý, ý được tồn tại sinh chí, do chí tồn tại và biến đổi mà sinh ưu tư, do tư bộc lộ xa xôi (tính toán) mà sinh lự, do lự mà xử trí vật (lựa chọn, quyết định) mà sinh trí. Thần ở 2 mức ý và chí là thần ở mức độ cảm tính, duy vật thấp. Thần ở mức độ tư, lự và trí là thần ở mức độ lý tính tư duy cấp cao nhất. Có thần, mất thần có ý nghĩa chỉ đạo trọng yếu trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng, dự hậu bệnh tật [[54](#Học16)]. Vì thế ở những bệnh nhân có điểm glassgow cao tức “còn thần” thì khả năng phục hồi cao hơn. Hơn nữa theo nội kinh có nói phàm là phép châm cứu, trước hết phải dựa vào cái “gốc”, đó là “thần” đây là tính trọng yếu trong phép châm cứu điều thần. Như vậy ở những trường hợp “thần” có tổn thương thì châm cứu vẫn có hiệu quả nhưng không tốt bằng với với “thần” chưa tổn thương. Do đó mặc dù mối tương quan chưa có ý nghĩa thống kê nhưng theo quan điểm vừa nhắc đến thì kết quả này khá phù hợp với thực tế cũng như kinh nghiệm điều trị được ghi nhận từ xưa trong các y văn y học cổ truyền.

### 4.2.6. Liên quan giữa mức độ tăng ALOB và kết quả điều trị.

Theo mức độ tăng ALOB ở nhóm nghiên cứu có kết quả tốt là 27,5% ở mức 16 - 20 cmH20 và 25% ở mức 20-27 cmH20, kết quả khá đều cho tỷ lệ 50% ở 2 mức độ, kết quả kém là 22,7% và 25% lần lượt ở 2 mức độ trên. Nhóm chứng cho tỷ lệ 13% và 0% ở nhóm đạt kết quả tốt, khá cho 39,1% và 28,6%, kết quả kém 47,8% và 71,4%.

Với mức độ tăng ALOB ở độ 1 thì tỷ lệ phục hồi cao hơn so với độ 2, kết quả điều trị tốt và khá nhóm bệnh nhân có ALOB tăng độ 1 có tỷ lệ cao hơn nhóm ở mức độ 2, ở nhóm chứng khả năng phục hồi nhu động ruột cũng tốt hơn ở nhóm bệnh nhân có ALOB mức 16 - 20 cmH20. Với OR=1,13, nhóm có ALOB độ 1 khả năng thành công cao hơn 1,13 lần so với nhóm ALOB độ 2, với KTC 95% (0,17-7,47) mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả bảng 3.13 cho thấy giá trị trung bình áp lực ổ bụng trước điều trị của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu lần lượt là 18,87 ± 2,5 và 19,13 ± 2,49 với p>0,05 cho thấy không có ý nghĩa thống kê đối với giá trị này trước điều trị. Sau điều trị trung bình ALOB ở nhóm nghiên cứu là 15,3 ± 1,7, nhóm chứng là 16,7 ± 2,82 với p=0,003<0,05, do đó có sự khác biệt sau điều trị giữa 2 nhóm về giá trị ALOB. Đối với nhóm nghiên cứu sử dụng điện châm trong điều trị sau quá trình điều trị ALOB giảm xuống, sự chênh lệch này có ý nghĩa và cho thấy nhóm nghiên cứu có hiệu quả điều trị cao hơn.

Do chưa có thống kê về mức độ tăng áp lực ổ bụng và hiệu quả điện châm ở các nghiên cứu khác nên chưa thể so sánh với kết quả của chúng tôi. Nhưng kết quả trên đây có thể cho thấy mức độ tăng áp lực ổ bụng thấp hơn thì hiệu quả điều trị cao hơn, và sử dụng điện châm trong điều trị mang lại hiệu quả tốt để làm giảm áp lực ổ bụng. Tuy nhiên việc mức độ tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân trong nghiên cứu dừng lại ở độ 1 và độ 2 cũng ảnh hưởng đến việc đưa ra kết luận, liệu ở những mức độ tăng áp lực ổ bụng cao hơn (độ 3, độ 4) thì kết quả này còn chính xác hay không. Vì vậy kết luận này chỉ mang tính giới hạn trong nghiên cứu này do nhiều hạn chế về cỡ mẫu.

### 4.2.7. Liên quan giữa mặt bệnh và kết quả điều trị

Nghiên cứu cho thấy đối với nhóm bệnh tai biến mạch máu não kết quả tốt khá kém lần lượt chiếm tỷ lệ 20%, 60%, 20%. Đối với nhóm bệnh hôn mê tăng áp lực thẩm thấu 33.3%, 66,7%, và nhóm viêm phổi chiếm 29,4%, 41,25% và 29,4%.

Nhóm bệnh hôn mê tăng áp lực thẩm thấu có tỷ lệ thành công 100% tuy nhiên kết quả này chưa thể đánh giá chính xác do số lượng bệnh nhân trong nhóm này thấp, nhóm bệnh tai biến mạch máu não cho tỷ lệ thành công 80%, viêm phổi có tỷ lệ thành công thấp nhất với 70,7%.

Có sự khác biệt trong hiệu quả điều trị giữa các mặt bệnh, tuy nhiên hiện tại chưa có các thống kê tương tự trong các nghiên cứu cùng mục đích nên chưa thể so sánh về kết quả này. Nhưng sự chênh lệch này có thể xảy ra do cỡ mẫu còn hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian thực hiện nghiên cứu tương đối khiêm tốn nên chưa thể đưa ra một nhận định gì về mối liên quan giữa mặt bệnh và hiệu quả điều trị. Do chưa có các ghi nhận về mối quan hệ giữa hiệu quả điều trị và mặt bệnh ở các nghiên cứu tương tự khác nên chúng tôi chưa thể so sánh kết quả này với các nghiên cứu khác.

### 4.2.8. Liên quan giữa thể bệnh YHCT và kết quả điều trị

Nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT của nhóm nghiên cứu lần lượt là 20%, 46,7% và 33,3% ở các nhóm tốt, khá và kém đối với thể phúc chướng, và có tỷ lệ 33,3%, 53,3% và 13,3% đối với thể tiện bí. Thể phúc chướng cho tỷ lệ thành công thấp hơn với 66,7%, thể tiện bí cho tỷ lệ thành công 86,6%.

Theo phân bố bệnh nhân theo thể bệnh có tỷ lệ phúc chướng 53,3% và tiện bí chiếm 46,7%. Thể bệnh này là dựa vào triệu chứng chính biểu hiện trên bệnh nhân, cũng có những bệnh nhân biểu hiện cả 2 triệu chứng nhưng tùy thuộc vào biểu hiện nổi trội hơn mà phân thể bệnh. Nguyên nhân đưa đến những triệu chứng trên cũng là do tỳ vị mất kiện vận. Phúc chướng là bệnh đầy bụng, cảm giác khó chịu do quá nhiều hơi trong dạ dày và ruột. Nguyên nhân do tỳ dương hư vận hóa rối loạn, hàn thấp ứ trệ gây rối loạn công năng tỳ vị. Tiện bí là do khí hư do cơ thể suy yếu, bệnh lâu ngày, tỳ khí hư không vận hóa đồ ăn, mà tỳ vị có quan hệ biểu lý với nhau công năng của vị do đó mà cũng trở ngại dẫn đến việc vị mất đi thông giáng gây nên bí trung đại tiện. [[8](#Trư12)] Cùng là do tỳ vị mất kiện vận mà gây nên, do đó sự khác biệt kết quả điều trị giữa 2 thể bệnh này có thể bắt nguồn từ sự chênh lệch phân bố thể bệnh trong nghiên cứu, hơn nữa vì số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn khiêm tốn nên sự chênh lệch này chưa thể đánh giá chính xác khả năng phục hồi của từng thể bệnh là khác nhau. Mặt khác, kết quả này cũng không thể so sánh với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước do chưa có sự thống kê về thể bệnh và đánh giá hiệu quả theo thể bệnh.

### 4.2.9. Thời gian trung bình bệnh nhân có nhu động ruột sau mỗi lần điện châm.

Theo kết quả bảng 3.12 thời gian có nhu động ruột sau mối lần điện châm cho thấy, sau điện châm lần 1 thời gian nghe được âm ruột trung bình là 35 phút, sau lần thứ 2 điện châm thời gian trung bình nghe được âm ruột là 33,4 phút.

Trong đó sau các lần điện châm thời gian sớm nhất nghe được âm ruột là 15 phút, thời gian muộn nhất là 50 phút. Sau 2 lần điện châm thời gian trung bình có giảm hơn so với nhóm phục hồi từ lần đầu điện châm.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà (2009)[[9](#Ngu09)] thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi thời gian có nhu động ruột sớm nhất sau điện châm là 30 phút và muộn nhất sau điện châm là 75 phút.

Các nghiên cứu khác chưa có đánh giá thời gian có nhu động ruột sau mối lần điện châm, tuy nhiên các nghiên cứu đều cho thấy điện châm rút ngắn thời gian có nhu động ruột sau khi phẫu thuật, như ở nghiên cứu của Simon S.M.Ng của đại học Hồng Kông Trung Quốc (2013)[[49](#Sim13)] thời gian có trung tiện lần đầu ở nhóm điện châm là 85,9± 36,1 giờ thấp hơn nhiều so với thời gian có trung tiện đầu tiên sau phẫu thuật ở nhóm không điện châm122,1 ± 53,5 giờ. Ở nghiên cứu của Trịnh Tiến Thống (2016) [[53](#Thố16)] cũng với công thức huyệt gần tương đồng cũng có ghi nhận về tác dụng làm tăng nhu động ruột, mặc dù đối tượng nghiên cứu của tác giả này là trên bệnh nhân bí đái cơ năng, nhưng việc tăng nhu động ruột dẫn đến đi tiểu được ở các bệnh nhân trong nghiên cứu được tác giả nhắc đến cho thấy với công thức huyệt này thời gian có nhu động ruột được rút ngắn.

## 4.3. VỀ CÁC HUYỆT TRONG NGHIÊN CỨU

Các huyệt dùng trong nghiên cứu bao gồm: trung quản, thiên khu, hạ quản, khí hải, hợp cốc, chi câu, túc tam lý.

Trung quản là huyệt hội của phủ, huyệt mộ của vị, huyệt tập trung khí của tỳ, 1 trong nhóm 9 huyệt hồi dương cứu nghịch, 1 trong 4 huyệt hội khí của âm dương. Có tác dụng hòa vị khí, hóa thấp trệ, lý trung tiêu, điều thăng giáng. Khi phối với khí hải, thiên khu trị ruột tắc cấp tính; phối với khí hải trị nôn mửa; phối với thiên khu, túc tam lý trị bụng đau.[[41](#LêQ92)]

Thiên khu là huyệt mộ của đại trường có tác dụng sơ điều đại trường, hóa thấp, lý khí, tiêu trệ. Dùng trong ruột tắc, táo bón. Da vùng huyệt chi phối tiết đoạn thần kinh D10.[[41](#LêQ92)]

Hạ quản là huyệt hội của mạch nhâm và túc thái âm tỳ tác dụng trợ vận hóa của trường vị, tiêu khí trệ thực tích, trị bụng đau, nôn ói, trướng hơi.[[41](#LêQ92)]

Khí hải là huyệt của nguyên khí bẩm sinh, khí ở đây trong tình trạng phong phú và phát triển nhất là nguồn năng lượng cần thiết cung cấp cho sự sống, là huyệt căn bản để bồi bổ cho cơ thể, tác dụng điều khí, ích nguyên, bồi thận, bổ hư, hòa vinh huyết, lý kinh đới, ôn hạ tiêu, khử thấp trọc. Phối với chi câu, túc tam lý trị ruột tắc, liệt ruột. Dùng thiên khu phối hợp với khí hải để lấy tác dụng của khí hải làm tăng dương khí ở hạ tiêu mà đối địch với âm khí, lấy thiên khu để điều hòa khí ở trường vị, giúp cho sự vận hành được dễ dàng, do đó phối phương này có thể điều trị bụng đầy chướng, đau nhức.[[41](#LêQ92)],[[56](#Đại122)]

Túc tam lý là huyệt quan trọng có thể dùng một mình hay phối hợp điều trị các bệnh thuộc vị và tất cả các trường hợp chướng đau ở bụng, tiêu hóa rối loạn, huyệt đưa khí xuống phần dưới cơ thể, một trong lục tổng huyệt chủ trị vùng bụng đau, một trong nhóm hồi dương cửu châm có tác dụng nâng cao và phục hồi dương khí. Một trong 14 yếu huyệt của châm cứu chân tủy để nâng cao chính khí, trị bệnh dạ dày, có tác dụng lý tỳ vị, điều trung khí, thông kinh lạc khí huyết, phù chính bồi nguyên, bổ hư nhược, khu phong hóa thấp, điều hòa huyết áp. Phối với khí hải, trung quản trị tỳ vị khí hư, phối với hợp cốc, thiên khu trị tiêu hóa kém, phối hợp cốc, thiên khu, trung quản trị tắc ruột. Phối hợp cốc, túc tam lý, hợp cốc là huyệt nguyên đại trường có thể đi lên hoặc đi xuống, đồng thời lại có tính tuyên thông. Túc tam lý là chân thổ trong thổ bổ huyệt này có tác dụng ích khí, giúp cho thanh khí đi lên. Nếu thanh dương bị hạ hãm, vị khí hư yếu, ăn ít thì túc tam lý hỗ trợ cho hợp cốc để làm dương khí hạ hãm được thăng đề, khiến cho vị khí đầy đủ. Nếu thấp nhiệt ủng tắc, trọc khí đình trệ làm bụng đầy trướng thì túc tam lý dẫn hợp cố đi xuống tả trọc giáng nghịch.[[41](#LêQ92)]

Hợp cốc là huyệt nguyên của kinh đại trường tác dụng trấn thống, thanh tiết phế khí, thông giáng trường vị, phát biểu, giải nhiệt, khu phong. Phối hợp với túc tam lý điều hòa trung cung trị bệnh đường tiêu hóa.[[41](#LêQ92)]

Chi câu huyệt thuộc kinh tam tiêu tác dụng thanh tâm hỏa, giáng nghịch, tuyên khí cơ, tán ứ kết trị táo bón.[[41](#LêQ92)]

So sánh phương huyệt này với phương huyệt của Nguyễn Thị Thanh Hà (2009) [[9](#Ngu09)] Trung quản, Hạ quản, Thiên khu, Túc tam lý cũng có sự tương đồng, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thêm 2 huyệt Hợp cốc và Chi câu, với mục đích không những dựa vào tác dụng của từng huyệt mà còn để phát huy tác dụng của chúng khi được phối hợp với các huyệt khác, nâng cao khả năng điều trị. Nghiên cứu của Simon.S.M.Ng Đại học Hồng Kông Trung Quốc trên đối tượng bệnh nhân liệt ruột cơ năng sau phẫu thuật ung thư đại tràng đã sử dụng các huyệt Túc tam lý, Tam âm giao, Hợp cốc, Chi câu đã cho kết quả khả quan khi giảm thời gian có nhu động ruột trở lại, giảm đau, chướng bụng, giảm thời gian điều trị cho thấy sự kết hợp huyệt Túc tam lý, Hợp cốc, Chi câu trong điều trị liệt ruột là hợp lý. Zhu Jin Feng (1995) Shaanxi Journal of TCM điều trị châm cứu cho 53 ca chướng bụng sau phẫu thuật bụng, các huyệt sử dụng là Túc tam lý, Nội quan, Thượng cự hư, Hạ quản, Trung Quản có kết quả 96,23%, cho thấy kết hợp Túc tam lý, Hạ quản, Trung quản trong điều trị chướng bụng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Hay khi sử dụng huyệt Thiên khu để châm cứu ở các bệnh nhân hội chứng đại tràng kích thích thì có tác dụng giảm chướng bụng đến 71% trong nghiên cứu của viện châm cứu Thượng Hải Trung Quốc[[10](#Lui07)] cho thấy rõ hiệu quả của huyệt Thiên khu. Y học viện Triết Giang Trung Quốc nghiên cứu dùng Novocain 0,25% thủy châm túc tam lý của chó thấy dạ dày tăng co bóp nhanh hơn. Bộ môn sinh vật y học Bắc Kinh Trung Quốc nghiên cứu châm Túc Tam Lý ở người làm tăng khả năng thực bào của bạch cầu và làm cho chỉ số nuốt vi khuẩn của thực bào tăng thêm 1-2 lần. Tạ Trúc Phiên, Trung Quốc đã châm cứu huyệt Túc tam lý thấy tăng nhu động ruột có tác dụng trị tắc ruột cấp.[[9](#Ngu09)]

Theo thống kê của Jieyun Yin và Jiande D Z Chen (2010) cho thấy có nhiều nghiên cứu về rối loạn hoạt động tiêu hóa và châm cứu trên động vật và người. Tác dụng của điện châm đối với các cơn co dạ dày đã được báo cáo ở chuột nhắt (Iwa và cộng sự, 2007, Sato và cộng sự, 1993, Tatewaki và cộng sự, 2003), thỏ (Niu và cộng sự, 2007) và chó (Chen et al., 2007) ., 2008, Ouyang và cộng sự, 2002). Sato và cộng sự đã báo cáo rằng ở chuột gây mê, các cơn co dạ dày trong vùng đồi đã bị ức chế bởi sự kích thích giống như châm cứu được áp dụng cho vùng bụng hoặc vùng ngực dưới và kích thích khi chân tay được kích thích (Sato và cộng sự, 1993). Niu và cộng sự báo cáo rằng điện châm tại ST 36 đã làm tăng đáng kể số lượng và biên độ đột biến được đánh giá từ hoạt động điện di dạ dày, cho thấy sự co thắt dạ dày tăng lên ở thỏ, và ảnh hưởng đã được trung gian qua dây thần kinh cholinergic (Niu và cộng sự, 2007)[[55](#Jie10)]. Như vậy Nội quan và Túc tam lý có tác dụng ức chế hoặc tăng co bóp dạ dày trong từng trường hợp cụ thể. Nghiên cứu của Dickman và cộng sự đã điều tra tác động của điện châm đối với trào ngược dạ dày thực quản bằng cách so sánh hiệu quả của điện châm với liệu pháp ức chế bơm proton thông thường (PPI) với liều gấp đôi liều PPI ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản. Kết quả cho thấy, bổ sung châm cứu tại Túc tam lý, Nội quan, Âm lăng tuyền, Trung quản và Đản trung cho liệu pháp PPI thông thường có hiệu quả hơn so với gấp đôi liều PPI trong việc giảm các triệu chứng ợ nóng và hồi phục acid (Dickman et al., 2007)[[55](#Jie10)]. Trong một nghiên cứu thí điểm mở, bệnh nhân rối loạn dạ dày ruột chức năng cho thấy một sự cải thiện đáng kể cả về phúc lợi nói chung và các triệu chứng đầy hơi (Chan et al., 1997); Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên, giả dược / giả dược ở 29 bệnh nhân rối loạn dạ dày ruột chức năng, có sự cải thiện rõ rệt trong đau bụng , khó chịu hàng ngày, khí ruột, đầy hơi và phù nề sau 4 tuần châm cứu hai lần một tuần tại Trung quản, Lương khâu và Khí hải (Anastasi và cộng sự, 2009).

Trong quy trình kỹ thuật y học cổ truyền của bộ y tế 2003, đối với kỹ thuật điện châm liệt ruột cơ năng có sử dụng các huyệt hợp cốc, chi câu, trung quản, khí hải, thiên khu, túc tam lý, đới mạch, tam âm giao, đại trường du, thứ liêu, phương huyệt này khá tương đồng với các huyệt sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tính khoa học trong lý luận cũng như thực tiễn lâm sàng khi sử dụng cá huyệt trong nghiên cứu.[[57](#BộY03)]

Những nghiên cứu trên góp phần làm sáng tỏ tác dụng của các huyệt đã sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi, trên cơ sở khoa học được kiểm nghiệm trên thực nghiệm cũng như lâm sàng.

## 4.4. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Nghiên cứu cho thấy các chỉ số toàn thân không có sự khác biệt trước và sau điện châm, các tác dụng không mong muốn như chảy máu nơi châm, nhiễm trùng vết châm, gãy kim, vựng châm, thủng tạng rỗng…cũng không xảy ra với bệnh nhân sau quá trình điều trị.

Trong các nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Thị Thanh Hà và Vũ Thị Nhung (2009) [[9](#Ngu09)] cũng không ghi nhận các tác dụng không mong muốn xảy ra cho bệnh nhân trong quá trình điều trị bằng điện châm. Các nghiên cứu của Liu hui Rong, Wu Huan Gan, Wang Xiao Long, Zuo Chuan Tao, Guan Yi Hui, Fang Jian Qiao, viện châm cứu Thượng Hải Trung Quốc [[10](#Lui07)], Zhu Jin Feng (1995) Shaanxi Journal of TCM [[48](#Zhu)] cũng cho thấy điện châm là một phương pháp điều trị an toàn đối với bệnh nhân. Hay trên cùng đối tượng bệnh nhân nặng điều trị tại khoa hồi sức tích cực nghiên cứu của Trịnh Tiến Thống (2016) [[53](#Thố16)] cũng cho thấy không có trường hợp có tác dụng không mong muốn nào xảy ra trong và sau quá trình điều trị.

# KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu đánh giá tác dụng của điện châm trong điều trị bệnh nhân liệt ruột cơ năng không do nguyên nhân phẫu thuật tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện E Trung ương, chúng tôi đưa ra các kết luận sau:

1. Điện châm có tác dụng điều trị bệnh nhân liệt ruột cơ năng ở khoa hồi sức

tích cực trên 3 nhóm bệnh: tai biến mạch máu não, viêm phổi, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.

Hiệu quả điều trị tốt chiếm 26,7%, khá chiếm 50%, thất bại 23,3%.

Thời gian có nhu động ruột trung bình sau điện châm là 33,7 ± 9,9 phút.

Hiệu chênh lệch ALOB trước và sau điều trị 3,83 ± 2,98.

Nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não cho tỷ lệ thành công cao với 80%.

Kết quả điều trị theo thể YHCT cho kết quả tốt 20%, 46,7% khá ở thể phúc chướng. Thể tiện bí cho kết quả tốt 33,3%, 53,3% kết quả khá.

1. Theo dõi tác dụng không mong muốn của điện châm trong điều trị liệt ruột cơ năng ở các bệnh nhân hồi sức tích cực.

Sau điện châm không có sự thay đổi về các chỉ số toàn thân so với trước điện châm. Không xuất hiện tác dụng không mong muốn nào của phương pháp điện châm trong quá trình nghiên cứu cho thấy đây là phương pháp an toàn cho bệnh nhân.

# KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu điều trị 30 bệnh nhân liệt ruột cơ năng không do phẫu thuật bằng điện châm có đối chứng với nhóm chứng tại khao hồi sức tích cực bệnh viên E trung ương chúng tôi có một số kiến nghị sau:

1. Cho phép sử dụng phương pháp điện châm trong điều trị liệt ruột cơ năng không do phẫu thuật ở các nhóm bệnh tai biến mạch máu não, viêm phổi, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.
2. Trong thời gian tới nghiên cứu được tiến hành trên phạm vi rộng hơn với số lượng bệnh nhân lớn hơn, nhiều mặt bệnh hơn.

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

x

|  |  |
| --- | --- |
| [1] | **Nguyễn Anh Dũng**(2015), *Nghiên cứu tần suất các yếu tố nguy cơ của tăng áp lực khoang bụng ở các bệnh nhân hồi sức tích cực*.: Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh. |
| [2] | **Malbrain M L, Chiumello D, Pelosi P, Wilner A**(2004), *Prevalence of intra-abdominal hypertension in critical ill patients: a multicentre epidemiological study*, Intensive Care Med, pp.822. |
| [3] | **Mabrain M L, Chiumelo D, Pelosi P** (2005), *Incidence and prognosis of intra-abdominal hypertension in a mixed population of critically ill patients: a multicenter epideiological study*, Crit Care Med, pp.315-322. |
| [4] | **Mabrain M L** (2004), *Is it wise not to think about intra-abdominal hypertension in the ICU*, Curr opin crit care. |
| [5] | **Cheatham M L., Safcsak K** (2011), *Intra-abdominal Hypertension and abdominal compartment syndrome*, Am surg, pp.77 . |
| [6] | **Lê Thương, Đỗ Hoài Kỳ**(2009), *Kết quả bước đầu nghiên cứu áp lực khoang bụng tại khoa ngoại tổng quát bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa*, Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, tập IV(số 6), pp 1090-1097. |
| [7] | **Trường Đại Học Y Hà Nội** (2012), Khoa Y Học Cổ Truyền, *Chuyên đề nội khoa y học cổ truyền*.: Nxb Y học, pp.83-85. |
| [8] | **Trường Đại học Y Hà Nội**(2016), Khoa Y học cổ truyền, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*.: Nxb Y học, pp.187-190. |
| [9] | **Nguyễn Thị Thanh Hà, Vũ Thị Nhung**(2009), *Đánh giá hiệu quả khôi phục sớm nhu động ruột sau phẫu thuật sản phụ khoa bằng châm cứu*.: Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh. |
| [10] | **Lui Hui Rong, Wu Huan Gan** (2007), *Regulatory Mechanism of Electroacupuncture in Iritable Bowel Syndrome: Preventing MC Activation and Decreasing SP VIP Secretion*," Springer. |
| [11] | **Bộ môn giải phẫu học trường đại học y dược TP HCM**(2008), *Giải phẫu học*.: Nxb Y học, p. |
| [12] | **Frank H.Netter**(2009), *Atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)*.: Nxb Y học, pp.157. |
| [13] | **Luigi Santacroce MD, Chief editor: Burt Cagir MD**(2017), *Intestinal Motility Disorders*, Medscape. |
| [14] | **Nguyễn Đắc Ca** (2007), *Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp*.: Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. |
| [15] | http://emedecine.medscape.com/article/ 829008-overview#a7. |
| [16] | **Nguyễn Anh Dũng, Đỗ Đình Công** (2011), *Ảnh hưởng của vị thế cơ thể lên áp lực ổ bụng*.: Nxb Y học Tp Hồ Chí Minh, pp.1-5. |
| [17] | **Sanchez N C, Tenofsky P.L, Dort J.M, Shen L.Y** (2001), *What is normal intra-abdominal pressure?*, Am Surg, 67(3), pp.243-248. |
| [18] | http://emedecine.medscape.com/article/ 829008-clinical. |
| [19] | **Malbrain M L, Cheatham M L, Kirkpatrick A, Sugrue M, De Waele J**(2006), *Result from International Conference of Experts of Intra-abdominal Hypertension and abdominal compartment syndrome. I. Definition* , Intensive Care med, pp.1722-1732. |
| [20] | **Mabrain M L, Cheatham M L** (2011), D*efinitions and pathophysiologycal implication of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome*, Am surg. |
| [21] | **Kirkpatrick A W, Robert D J and partner** (2013), I*ntra abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome update consensus definitions and clinical practice guideline from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome*, Intensive Care Med, pp.1190-1206. |
| [22] | **Phạm Văn Quang** (2013), *Vai trò của đo áp lực bàng quang trong chẩn đoán và xử trí tăng áp lực ổ bụng trong bệnh nhân sốc sốt xuất huyết Dengue*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y dược TP.HCM. |
| [23] | **Đào Xuân Cơ** (2012), *Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp*, Luận án tiến sĩ Y học, Viện NCKH Y dược lâm sàng 108. |
| [24] | **Nguyễn Trần Uyên Thy** (2013), *Đánh giá tình trạng tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh. |
| [25] | **Vidal M. G, Ruiz Weisser J, Gonzelez F**(2008), *Incidence and cinical effect of intra-abdominal hypertension in critically ill patients*, Crit care Med. |
| [26] | **Andrew Luckey MD, Edward Livingston MD, Yvette Tache PhD**(2003), *Mechanism and treatment of postoperative Ileus,*Arch Surg*.* |
| [27] | **Cheatham ML, De Waele JJ, De Laet I** (2009), *The impact of body position on intra-abdominal pressure measurment: a multicenter analysis*, Crit Care Med. |
| [28] | **Hoàng Bảo Châu** (2006), Thương thực, ẩu thổ, bĩ mãn, táo kết,phúc thống, *Nội khoa học cổ truyền*. Hà Nội: NXB Y học, pp.229-233,236-244, 244-250, 278-284, 581-593 . |
| [29] | **Trần Quốc Bảo**(2010), *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền*, NXB Y học, pp.56-58, 71-73, 85, 355-363. |
| [30] | **Nguyễn Tài Thu** (2003), *Châm cứu chữa bệnh*.: Nxb tổng hợp Đồng Nai, pp.86-88. |
| [31] | **Phan Quan Chí Hiếu**(2007), *Châm cứu học tập 2*. Hà Nội: Nxb Y học, pp.136-143,146-148,260-265. |
| [32] | **Đại học Huế** (2012), Trường ĐH Y Dược Huế, khoa Y học cổ truyền, *Các hình thức châm cứu 2*. Huế: Tài liệu lưu hành nội bộ, pp.122-124,126. |
| [33] | **Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy**(1997), *Châm cứu sau đại học*.: Nxb Y học, pp.44-46. |
| [34] | **Cui Yunmeng and Qi Lijie**(1997), *Aplication of Zusanli in sugery International journal of clinical Acupuncture*,International journal of clinical, pp. 317-321. |
| [35] | **Gu Jie, Liu ligong**(2008), *Analysis of Acupucture treatment charaterstics of epigastric paint and acient times*, Journal of Acupuncture and tuina science. |
| [36] | **JM Skibber, MA Rodriguez MK Garcice** (2008*), Acupuncture to prevent prolonged postoperative Ileus*, Medical Acupuncture. |
| [37] | **Sheng Feng Ju** (1999), *Treating 39 cases of abdominal distension by electro-accupunture on Zu san li*,. |
| [38] | **Nguyễn Tài Thu** (1995), *Tân châm*.: Nxb Y học Hà Nội, pp.127-129. |
| [39] | **Nguyễn Nhược Kim** (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Hà Nội: NXB Y học, pp.223-226. |
| [40] | **Lê Quý Ngưu, Trần Thị Minh Đức** (1999), *Từ điển huyệt vị châm cứu,* Trung Quản, Hạ Quản, Thiên khu, Túc tam lý, Chi câu, Hợp cốc, Khí hải.: Nxb Thuận Hóa, pp.127, 233, 295, 343-347, 741, 792, 802-807. |
| [41] | **Lê Quý Ngưu** (1992), *Danh từ huyệt vị*, Hội Y học cổ truyền TP Hồ Chí Minh, pp. 158, 223, 307, 413-414, 692, 722, 852-853 . |
| [42] | **Phan Quan Chí Hiếu** (2002), *Châm cứu học tập 2, Nguyên tắc chọn huyệt, điện châm*.: Nxb Y học TP Hồ Chí Minh, pp.90-96, 221-226. |
| [43] | **Lê Quý Ngưu** (2017), *Học châm cứu bằng hình ảnh*.: NXB Thuận hóa, pp.157, 225, 30, 223, 53, 226, 58. |
| [44] | **Minh liu** (2006), *Acupuncture for stroke in China needing more high quality evidence*, Internatinal Journal of Stroke, vol. 1, pp. 34-35. |
| [45] | **Robert B.Kelly** (2009), *Acupucture for pain*, Am fam Physician, vol. 80(5), pp. 481-484. |
| [46] | **Trần Quang Đạt, Nguyễn Nhược Kim**(2017), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*.: NXB Y học, pp.192-203. |
| [47] | **Đại học Huế** (2012), Trường ĐH Y Dược Huế, Khoa Y học cổ truyền, *Các hình thức châm cứu 1*. Huế: Tài liệu lưu hành nội bộ, pp.10-18, 62, 69, 78, 86, 87, 90. |
| [48] | **Zhu Jin Feng** (1999), *Treating 53 cases of abdominal distension after operation on abdominal organ by acupuncture*, Shaanxi Journal of TCM. |
| [49] | **Simon S.M.NG, Wing Wa Leung, Tony W.C.Mak and partner** (2013) , *Electroacupuncture reduces duration of postoperative Ileus after laparoscopic sugery for colorectal cancer*, pubmed. |
| [50] | **Luo YH, Zhong GW, Zhao SP, Tang Hm, Zhang LN**(2011), *Efficacy observation of electroacupuncture intervention on severe acute pancreatitis at early stage complicated with intestinal paralysis,*pubmed. |
| [51] | **Trường Đại học Y Hà Nội** (2015), Bộ môn ngoại, *Bài giảng triệu chứng học ngoại khoa*., pp.20-34. |
| [52] | **Tô Đình Quỳ, Hoàng Bảo Châu Hoàng Trọng Quang** (2012), *Tranh huyệt vị châm cứu*, Nhà xuất bản Y Học. |
| [53] | **Trịnh Tiến Thống** (2016), *Đánh giá tác dụng của điện châm trong điều trị bí đái cơ năng tại khoa hồi sức*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam. |
| [54] | **Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam** (2016), *Nội kinh chọn lọc*.: NXB Y học, pp.66-72. |
| [55] | **Jiande D Z Chen Jieyun Yin** (2010), *Gastrointestinal Motility Disorders and Acupuncture*,. |
| [56] | **Đại học Y dược Huế** (2012), Khoa Y học cổ truyền Đại học Huế, *Các hình thức châm cứu 2*., Tài liệu lưu hành nội bộ, pp.126. |
| [57] | **Bộ Y Tế** (2003), *Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền,* Điện châm điều trị liệt ruột cơ năng. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

x

# PHỤ LỤC

**BỆNH ÁN THEO NGHIÊN CỨU**

**Liệt ruột cơ năng**

**Nhóm …….**

Số TT:..........................

Số bệnh án:...................

**1. Họ và tên:**..........................................Tuổi:................Giới: Nam Nữ 

**2. Địa chỉ:**………………………………………………………………………

Điện thoại:……………………………………………………………………...

**3. Nghề nghiệp:**

Hưu trí  Công chức 

Lao động chân tay  Khác 

**4. Ngày vào viện**:...................................Ngày ra viện:………………………...

**5. Lý do vào viện**:……………………………………………………………...

**6. Chẩn đoán YHHĐ**:…………………………………………………………

Điểm Glasgow:……………

**7. Tiền sử:**

\* Bản thân: 1. Không  2. Có  Bệnh gì:...................................

\* Gia đình: 1. Không  2. Có  Ai bệnh gì:...................................

**8. Triệu chứng cơ năng:**

Đau bụng: Nhiều  Vừa  Ít  Không 

Chướng bụng: Nhiều  Vừa  Ít  Không 

Buồn nôn, nôn: Nhiều  Vừa  Ít  Không 

Bí trung tiện: Có  Không 

Bí đại tiện: Có  Không 

Ăn không tiêu: Có  Không 

**9. Triệu chứng thực thể:**

Toàn thân: Mạch:.......................................Nhiệt độ:...........................................

Huyết áp:..................................Nhịp thở:………...…….………..…

Bộ phận:

Tuần hoàn:………………………………………………………………...

Hô hấp:……………………………………………………………………

Thần kinh:…………………………………………………………………

Tiết niệu:…………………………………………………………………..

Tiêu hóa:…………………………………………………………………..

 Gõ vang: Có  Không 

 Âm ruột: Có  Không 

 Tăng ALOB:Không □ Độ 1  Độ 2  Độ 3  Độ 4

**10. Cận lâm sàng:**

\* Huyết học: Hồng cầu:..............Huyết sắc tố:...............Hematocrit:..................

Bạch cầu:.............Neut:.............Lympho:.............Mono:.................

Tiểu cầu:...………………………………………………………..

\* Sinh hóa: Ure:...............Creatinin:......................Glucose:..............................

GOT:.....................................GPT:.................................................

\* Siêu âm bụng: …………………………………………………………….

**11. Chẩn đoán mức độ tăng ALOB:**

Độ 1  Độ 2 Độ 3 Độ 4

**12. Phần YHCT:**

***12.1. Tứ chẩn:***

**Vọng:**

Thần: Tốt Kém

Sắc mặt: Bình thường Trắng Vàng Đỏ Xanh Đen

Bụng chướng: Có  Không 

Lưỡi: Chất lưỡi: Bình thường Đỏ Nhợt Tím Có điểm ứ huyết

Rêu lưỡi: Trắng Vàng Nhớt

Dày Mỏng Không rêu

**Văn:**

Hơi thở: Bình thường To Nhỏ

Tiếng nói: Bình thường To Nhỏ

Ho Nôn Nấc

Mùi nước tiểu: Khai  Không khai  Khác 

**Vấn:**

Hàn nhiệt: Hàn Nhiệt

Sợ lạnh Gai rét Sợ nóng Trong người nóng

Hoa mắt, chóng mặt: có không

Mồ hôi: Có  Không  Khác 

Chóng mặt: Có  Không 

Ăn: Muốn ăn  Không muốn ăn  Ăn bình thường 

Uống: Thích uống ấm  Thích uống lạnh  Uống bình thường 

Buồn nôn, nôn: Có Không 

Đại tiện: Táo  Lỏng  Bình thường  Bí đại tiện 

Trung tiện: Bí  Bình thường 

Đau tức chướng: Nhiều  Vừa  Ít  Không 

Khó thở: Có  Không  Khác 

Ngủ: Ngủ được  Không ngủ được  Ngủ bình thường 

Khát nước: Có  Không 

Ù tai: có không

Tiểu tiện: bình thường rối loạn nhẹ bí đái

Ngủ: Bình thường Ngủ ít

**Thiết:**

Chân tay: Lạnh  Ấm  Bình thường 

Mạch chẩn: phù trầm hoạt huyền khẩn tế sác có lực vô lực

***12.2 Chẩn đoán thể bệnh:***

Phúc chướng, phúc mãn Tiện bí 

***12.3. Theo dõi kết quả điều trị:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Triệu chứng | Sau điện châm lần 1 | Sau điện châm lần 2 |
| Đau bụng | Nhiều  Vừa  Ít  Không  | Nhiều  Vừa  Ít  Không  |
| Chướng bụng | Nhiều  Vừa  Ít  Không  | Nhiều  Vừa  Ít  Không  |
| Buồn nôn, nôn | Nhiều  Vừa  Ít  Không  | Nhiều  Vừa  Ít  Không  |
| Ăn không tiêu | Có  Không  | Có  Không  |
| Bí trung đại tiện | Có  Không  | Có  Không  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Trước điều trị | Sau điện châm lần 1 | Sau điện châm lần 2 |
| Mạch |  |  |  |
| Nhiệt độ |  |  |  |
| Huyết áp |  |  |  |
| Nhịp thở |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **D0** | **D1** | **D02** | **D2** |
| Gõ vang | Có  Không  | Có  Không  | Có  Không  | Có  Không  |
| Âm ruột | Có  Không  | Có  Không  | Có  Không  | Có  Không  |
| Bí trung đại tiện | Có  Không  | Có  Không  | Có  Không  | Có  Không  |
| ALOB |  |  |  |  |

Bác sĩ điều trị

**Vị trí, tác dụng, cách châm công thức huyệt dùng trong nghiên cứu**

1. Trung quản:

Vị trí: huyệt ở trên rốn 4 tấc, lấy ở điểm giữa của đoạn nối rốn với điểm gặp nhau của 2 bờ sườn

Tác dụng:

Tại chỗ và theo kinh: chữa đau dạ dày, ợ chua, nôn mửa, ăn không tiêu, đày hơi, trướng bụng.

Toàn thân: chữa kiết lỵ, ỉa chảy, cao huyết áp.

Cách châm cứu:

Châm 0.5 – 1 tấc, cứu 15 – 30 phút.

Châm đắc khí thấy căng tức tại chỗ, hoặc chạy sâu vào trong bụng hoặc thấy lan ra sau lưng hoặc tê vòng quanh kim. Châm sâu quá có thể chạm vào dạ dày.

1. Hạ quản:

Vị trí: ở trên rốn 2 tấc, lấy ở điểm nối ¼ dưới, ¾ trên đoạn nối rốn với điểm gặp nhau của 2 bờ sườn.

Tác dụng:

Tại chỗ và theo kinh: đau bụng, chướng hơi, nôn mữa, đau dạ dày, ăn không tiêu.

Toàn thân: người gầy dần, cổ trướng.

Cách châm cứu:

Châm 0,5 – 1 tấc

Cứu 10 – 30 phút

Chữa cổ trướng chí cứu không châm, có thai đến tháng sinh không châm cứu.

1. Túc tam lý

* Vị trí: từ độc tỵ đo xuống 3 thốn, huyệt cách mào chày 1 thốn
* Tác dụng: là huyệt cường tráng cơ thể (phòng bệnh)

Đau vùng thượng vị, hạ vị, đầy bụng, trướng, ỉa chảy, táo bón, nôn

Liệt dây VII, nhức đầu vùng trước trán, viêm mũi dị ứng.

Đau khớp gối, đau dây thần kinh tọa, sốt.

* Cách châm :

5/10 – 1/3 thốn, cứu mồi ngải 3 – 5 mồi, cứu điếu ngải 5-15 phút.

1. Khí hải:

* Vị trí:

Dưới rốn 1,5 thốn. Huyệt nằm trên đường giữa bụng, là điểm nối 1,5/5 trên và 3,5/5 dưới của đoạn rốn – bờ trên xương mu.

* Tác dụng:

Đái dầm, đau thoát vị ruột, bệnh thuộc sinh dục, niệu đạo. suy nhược ngũ tạng, chân khí toàn thân hư tổn, suy nhược sinh dục, suy nhược thần kinh, hư thoát.

* Cách châm:

Châm xiên hướng xuống dưới 2-3 thốn có cảm giác căng tức có khi lan tới bộ phận sinh dục.

1. Thiên khu:

* Vị trí:

Từ rốn đo ngang ra 2 thốn

* Tác dụng:

Sơ điều đại trường, hóa thấp lý khí, tiêu trệ. Trị trường vị viêm cấp và mạn tính, cơ bụng liệt, tiêu chảy, táo bón, liệt ruột.

* Cách châm:

Châm thẳng 0,5 – 1 thốn. Cứu 5 -7 tráng

1. Chi câu

* Vị trí:

Huyệt dương trì đo lên 3 thốn, huyệt ở mặt sau cánh tay, giữa khe xương quay và xương trụ.

* Tác dụng:;

Đau thần kinh liên sườn, nhức mỏi vai tay, vẹo cổ, sưng đau cạnh cổ. đau nhói vùng tim, táo bón, sốt không có mồ hôi, chóng mặt sau sinh.

* Cách châm

Châm thẳng sâu 1,5 thốn, cứu 3-7 lửa. ôn cứu 10-15 phút.

1. Hợp cốc

* Vị trí:

Huyệt ở giữa 2 xương bàn tay 1 và 2, ở mu bàn tay gần điểm giữa bên quay của xương bàn tay thứ 2.

* Tác dụng:

Đau tê ngón bàn tay. Đau răng, liệt VII ngoại biên. Đau đầu, giải nhiệt cảm cúm, sốt cao. Làm co bóp tử cung.

* Cách châm

Châm thẳng, sâu 0,5-1 thốn. Cứu 3 lửa, ôn cứu 5-15 phút.