

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng y học cổ truyền kết hợp phục hồi chức năng ở trẻ bại não thể co cứng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Vũ Thị Ngoan<sup>1\*</sup>, Nguyễn Hồng Thái<sup>2</sup>, Vũ Thị Thu Hằng<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
<sup>2</sup> Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

## \*Tác giả liên hệ

Vũ Thị Ngoan  
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
Điện thoại: 0964619982  
Email: vtngoan@hpmu.edu.vn

## Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 15/06/2025  
Ngày phản biện: 17/06/2025  
Ngày duyệt bài: 03/08/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ bại não thể co cứng điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 10/2024 đến 05/2025 và nhận xét kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhi trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 trẻ bại não thể co cứng điều trị tại khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ bại não thể co cứng trong độ tuổi dưới 36 tháng là cao nhất (66,70%). Trẻ gặp nhiều ở nam 70% hơn trẻ nữ 30%. Các yếu tố nguy cơ gây bại não thể co cứng trẻ sinh non chiếm tỷ lệ cao nhất 46,67%, cân nặng khi sinh thấp chiếm 40%, ngạt là 23,33%. Viêm phổi (60%), chảy nước bọt (46,67%) và động kinh (43,33%) là những bệnh kèm theo thường gặp nhất ở trẻ bại não. Tỷ lệ bại não thể co cứng tứ chi chiếm 76,67%. 100% trẻ bại não thể co cứng có tăng trương lực cơ và tăng phản xạ gân xương, co rút cơ chiếm 58,20%, teo cơ là 13,33%. Hầu hết trẻ bại não thể co cứng có biểu hiện vận động chủ động mất cân xứng (76,67%) và vận động khớp bị hạn chế (43,30%). Đa số trẻ bại não thể co cứng thuộc chứng Ngũ trì thể Can Thận hư (83,33%). Tổn thương thực thể ở não qua chẩn đoán hình ảnh chiếm 90% trong đó 76,67% có hình ảnh giãn não thất. Phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động trên trẻ bại não thể co cứng có tác dụng cải thiện điểm mức độ chức năng vận động thô GMFCS trung bình  $4,23 \pm 0,898$  xuống còn  $4,07 \pm 1,081$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Bại não thể co cứng, chức năng vận động thô GMFCS, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

## The clinical, subclinical characteristics and therapeutic of traditional medicine combine rehabilitation for children with spastic cerebral palsy at Hai Phong Children's Hospital

**ABSTRACT: Objectives:** Describing the clinical and subclinical characteristics of children with spastic cerebral palsy treated at Hai Phong Children's Hospital from October 2024 to May 2025 and evaluation of the treatment results in the above group of pediatric patients. **Subject and methods:** The study described the cross-section of over 30 children with spastic cerebral palsy treated at the Department of Traditional Medicine – Rehabilitation, Hai Phong Children's Hospital. **Results:** The percentage of children with spastic cerebral palsy under the age of 36 months was the highest (66,70%). Children are 70% more likely to be seen in men than in women by 30%. The risk factors for cerebral palsy with spasticity in premature babies account for

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

the highest rate of 46,67%, low birth weight accounts for 40%, asphyxia is 23,33%. Pneumonia (60%), salivation (46,67%) and epilepsy (43,33%) are the most common comorbidities in cerebral palsy children. The rate of quadriplegic cerebral palsy accounts for 76,67%. 100% of children with spastic cerebral palsy have increased muscle tone and tendon reflexes, muscle shrinkage accounts for 58,20%, muscle atrophy is 13,33%. Most children with spastic cerebral palsy show disproportionate activity (76,67%) and limited joint movement (43,30%). The majority of children with spastic cerebral palsy belong to the Interventional Pentathesis (83,33%). Physical damage to the brain through imaging accounts for 90% of which 76,67% have images of ventricular expansion. Electroacupuncture, acupressure massage combined with motor training on spastic cerebral palsy children improved the average GMFCS score of  $4,23 \pm 0,90$  to  $4,07 \pm 1,08$  the difference was statistically significant with  $p < 0,05$ .

**Keywords:** Children with spastic cerebral palsy, Gross Motor Function Classification System (GMFCS), Hai Phong Children's Hospital.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là thuật ngữ chỉ một nhóm những rối loạn của hệ thần kinh trung ương do tổn thương não không tiến triển gây ra. Bại não gây nên đa tàn tật về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi, thường xảy ra trong thời kỳ phát triển thai nhi, trước, trong và sau khi sinh cho đến năm tuổi. Trẻ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó phục hồi chức năng vận động cho trẻ là vấn đề hết sức cần thiết. Trên thế giới, theo thống kê những năm gần đây cho thấy tỷ lệ bại não chiếm tỷ lệ 1,5-4/1000 trẻ sơ sinh sống. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ bại não ở trẻ dưới 8 tuổi là 3,6/1000 trẻ sơ sinh sống, và hàng năm có khoảng 500.000 trẻ mắc bại não, chiếm tỷ lệ 0,2% tổng số trẻ. Ở Việt Nam, chưa có số liệu điều tra quốc gia về tỷ lệ hiện mắc bại não, nhưng theo thống kê thì có khoảng 125.000 – 150.000 trẻ Việt Nam mắc bệnh này. Bại não thể co cứng là thể phổ biến nhất chiếm 72% - 80% các thể bại não[1]. Triệu chứng lâm sàng của trẻ bại não rất đa dạng và nặng nề. Tìm hiểu các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, các rối loạn cũng như bệnh lý kèm theo ở trẻ bại não là cần thiết. Việc điều trị cho trẻ bại não đến nay vẫn là một vấn đề hết sức khó khăn. Tại khoa

Y học cổ truyền-Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng hiện đang điều trị kết hợp các phương pháp Y học cổ truyền (điện châm, xoa bóp bấm huyệt) và Phục hồi chức năng (tập vận động) cho trẻ bại não và mang lại kết quả khả quan. Vì vậy nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với hai mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ bại não thể co cứng điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 1/10/2024 đến 30/05/2025 và nhận xét kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhi trên.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi, được khám và điều trị nội trú tại Khoa Y học cổ truyền Phục hồi chức năng, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 10/2024 đến tháng 05/2025.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhi dưới 6 tuổi.
- Chẩn đoán xác định bại não thể co cứng.
- + Rối loạn vận động và tư thế do tổn thương não không tiến triển ở giai đoạn trước khi sinh, trong khi sinh hoặc sau khi sinh.
- + Tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương ở các chi bị tổn thương và hoặc có dấu hiệu tổn thương hệ tháp.
- Bệnh nhi được chụp CT scanner sọ não.

- Có sự đồng ý, hợp tác, tự nguyện tham gia nghiên cứu của gia đình trẻ bại não.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhi được chẩn đoán bại não các thể bệnh khác: thể múa vờn, thể thất điều, thể nhẽo, thể phối hợp.

- Bệnh nhi bỏ điều trị hoặc không tuân thủ quy định điều trị trong quá trình nghiên cứu.

- Trẻ có liệt vận động do các nguyên nhân thực thể khác: bệnh thần kinh cơ, rối loạn chuyển hóa, khuyết tật xương khớp, dị tật tủy sống, u não,...

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

Bệnh nhi được điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động trong 30 ngày.

**Phác đồ điện châm của Bộ Y tế (2013) theo Quyết định số 792/QĐ-BYT[2]:**

Công thức huyệt: Luân phiên theo ngày tư thế nằm ngửa và nằm sấp.

- Tư thế nằm ngửa: Châm tả các huyệt: Bách hội, Suất cốc, Ấn đường, Thái dương, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Khúc trì, Ngoại quan, Hợp cốc, Bát tà, Giải khê. Châm bổ các huyệt: Tam âm giao, Thái khê, Huyệt hải, Dương lăng tuyền.

- Tư thế nằm sấp: Châm tả: Phong trì, Giáp tích C4-C7, C7-D10, L1-L5, Kiên tỉnh, Khúc trì, Ngoại quan, Hợp cốc, Bát tà, Trật biên, Hoàn khiêu, Thừa phù, Ân môn, Thừa sơn, Côn lôn. Châm bổ các huyệt: Thận du, Thái khê, Tam âm giao.

Mắc máy điện châm sau khi châm: tần số kích thích: Châm tả từ 4-6 Hz, châm bổ từ 1-3 Hz. Liệu trình: x 30 phút/lần/ngày các ngày trong tuần trừ chủ nhật.

**Phác đồ xoa bóp bấm huyệt của Bộ Y tế (2013) theo Quyết định số 792/QĐ-BYT[2]:**

Tiến hành các thủ thuật xoa bóp bấm huyệt sau khi điện châm: xoa, xát, day, bóp, vê, vận động, bấm huyệt theo công thức huyệt điện châm. Liệu trình: 30 phút/lần/ngày các ngày trong tuần trừ chủ nhật.

**Kỹ thuật phục hồi chức năng tập vận động theo phác đồ Bộ Y tế (2014) theo Quyết định 3109/QĐ-BYT[3]:** Bệnh nhi được tập các bài tập về vận động theo kỹ thuật tạo thuận vận động x 30 phút/lần/ngày các ngày trong tuần trừ chủ nhật.

**Cỡ mẫu và chọn mẫu:** lấy mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhi đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

**Nội dung nghiên cứu nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ bại não thể co cứng: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, bệnh kèm theo, thể bệnh theo Y học cổ truyền, vị trí liệt, đặc điểm hệ vận động, mức độ vận động thô GMFCS, hình ảnh CTscanner sọ não.

Kết quả điều trị bằng: Bệnh nhi được đánh giá kết quả sau 30 ngày điều trị với các chỉ tiêu: sự cải thiện mức độ vận động thô GMFCS, sự cải thiện điểm GMFCS trung bình, điểm tiến bộ GMFCS sau điều trị.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

**Thời gian:** từ 10/2024 đến 05/2025.

**Địa điểm:** Khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ bại não thể co cứng

**Bảng 3.1. Phân bố tuổi, giới của bệnh nhi**

	Đặc điểm	Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 36 tháng	20	66,70
	36 – 72 tháng	7	23,30
	> 72 tháng	3	10

	Tuổi trung bình (tháng)	33,93 ± 3,64	
<b>Giới</b>	Nam	21	70
	Nữ	9	30
<b>Tổng</b>		30	100

Nhận xét: Tỷ trẻ bại não thể co cứng dưới 36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (66,70%), trên 72 tháng là thấp nhất. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 33,93 ± 3,64 tháng.

Trẻ bại não gặp nhiều ở nam (70%) hơn trẻ nữ (30%).

**Bảng 3.2. Phân bố yếu tố nguy cơ ở trẻ bại não thể co cứng**

Yếu tố nguy cơ	Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử gia đình có trẻ bại não	1	3,30
Mẹ sốt, cảm cúm trong 3 tháng đầu	4	13,30
Sinh non (<37 tuần)	14	46,67
Cân nặng khi sinh thấp (2500g)	12	40
Ngạt khi sinh	7	23,33
Can thiệp sản khoa	3	10
Bệnh não sau sinh	3	10
Chấn thương sọ não	1	3,30
Không rõ	4	13,30

Nhận xét: Trong các yếu tố nguy cơ gây bại não thể co cứng trẻ sinh non chiếm tỷ lệ cao nhất (46,67%), cân nặng khi sinh thấp chiếm 40%, ngạt là 23,33%. Các yếu tố nguy cơ mẹ sốt, cảm cúm trong 3 tháng đầu, không rõ nguyên nhân, can thiệp sản khoa, bệnh não sau sinh có tỷ lệ tương đương nhau (13,30% và 10%). Ít gặp nhất là tiền sử gia đình có trẻ bại não và chấn thương sọ não (3,30%).

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh kèm theo**

Bệnh kèm	Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)
Động kinh	13	43,33
Viêm phổi	18	60
Tim bẩm sinh	3	10
Chảy nước bọt	14	46,67
Vấn đề thị giác	1	3,33

Nhận xét: Viêm phổi (60%), chảy nước bọt (46,67%) và động kinh (43,33%) là những bệnh kèm theo thường gặp nhất ở trẻ bại não. Các bệnh khác tim bẩm sinh, các vấn đề về thị giác gặp với tỷ lệ ít hơn.

**Bảng 3.4. Phân bố lâm sàng bại não thể co cứng theo định khu**

Liệt	Tứ chi	Hai chi dưới	Nửa người	Tổng
Số trẻ (n)	23	5	2	30
Tỷ lệ (%)	76,67	16,67	6,66	100

**Nhận xét:** Tỷ lệ bại não thể co cứng tứ chi chiếm 76,67%, bại não thể co cứng hai chi dưới chiếm 16,67% và bại não thể co cứng nửa người chiếm 6,67%.

**Bảng 3.5. Phân loại mức độ vận động thô GMFCS**

Mức độ GMFCS	Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)
II	1	3,33
III	6	20
IV	8	26,67

<b>V</b>	15	50
<b>Tổng</b>	30	100

Nhận xét: Trẻ bại não có chức năng vận động thô mức độ V chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), mức độ III và IV tỷ lệ thấp hơn (20% và 26,67%), mức độ I và II ít gặp nhất.

**Bảng 3.6. Đặc điểm lâm sàng hệ vận động ở trẻ bại não thể co cứng (N=30)**

<b>Đặc điểm lâm sàng</b>		<b>Số trẻ (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Trương lực cơ</b>	Tăng	30	<b>100</b>
	Không tăng	0	0
<b>Dinh dưỡng cơ</b>	Bình thường	10	33,33
	Teo cơ	4	13,33
	Co rút cơ	16	<b>58,20</b>
<b>Bất thường hệ xương, khớp</b>	Bất thường xương sọ	1	3,33
	Bất thường xương lồng ngực	1	3,33
	Cong vẹo cột sống	3	10
	Bất thường chi (cong vẹo, chi ngắn/chi dài)	2	6,67
<b>Vận động bất thường</b>	Vận động chủ động mất cân xứng	23	76,67
	Vận động thụ động khớp bị hạn chế	20	66,67
	Vận động khối	13	43,33
	Vận động không hữu ý	0	0
<b>Phản xạ gân xương</b>	Tăng	30	<b>100</b>
	Bình thường	0	0

Nhận xét: 100% trẻ bại não thể co cứng có tăng trương lực cơ và tăng phản xạ gân xương.

Trẻ bại não thể co cứng có tỷ lệ co rút cơ là 58,20%, teo cơ là 13,33%.

Hầu hết trẻ bại não thể co cứng có biểu hiện vận động chủ động mất cân xứng (76,67%) và vận động khớp bị hạn chế (43,30%).

Các bất thường hệ cơ xương khớp gặp với tỷ lệ ít hơn.

**Bảng 3.7. Phân bố các thể lâm sàng theo YHCT**

<b>Thể bệnh</b>	<b>Can Thận hư</b>	<b>Tâm Tỳ hư</b>	<b>Đàm ú trờ trệ</b>	<b>Tổng</b>
<b>Số trẻ (n)</b>	25	2	3	30
<b>Tỷ lệ (%)</b>	83,33	6,67	10	100

Nhận xét: Đa số trẻ bại não thể co cứng thuộc chứng Ngũ tri thể Can Thận hư (83,33%), tỷ lệ thể Tâm Tỳ hư và Đàm ú trờ trệ ít gặp hơn.

**Bảng 3.8. Đặc điểm hình ảnh trên phim CT scanner sọ não**

<b>Chẩn đoán hình ảnh</b>	<b>Chưa phát hiện bất thường</b>	<b>Teo não</b>	<b>Giãn não thất</b>	<b>Não úng thủy/Dị dạng mạch máu não</b>
<b>Số trẻ (n)</b>	3	3	23	1
<b>Tỷ lệ (%)</b>	10	10	76,67	3,33

Nhận xét: Trẻ bại não thể co cứng có tổn thương thực thể ở não qua chẩn đoán hình ảnh chiếm tỷ lệ cao 90% trong đó 76,67% có hình ảnh giãn não thất.

## Kết quả điều trị

**Bảng 3.9. Cải thiện mức độ chức năng vận động thô GMFCS sau điều trị**

<b>Mức độ GMFCS</b>	<b>Trước điều trị (D0)</b>		<b>Sau điều trị (D30)</b>		<b>p</b>
	<b>Số trẻ (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Số trẻ (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	

<b>II</b>	1	3,33	4	13,33	> 0,05
<b>III</b>	6	20	4	13,33	> 0,05
<b>IV</b>	8	26,67	8	26,67	> 0,05
<b>V</b>	15	50	14	46,47	> 0,05
<b>Tổng</b>	30	100	30	100	

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, có sự cải thiện về mức độ chức năng vận động thô. Tỷ lệ trẻ bại não có GMFCS độ I và II tăng (từ 23,33% lên 26,66%), trẻ bại não có GMFCS độ IV và V không thay đổi nhiều, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.10.** Sự cải thiện điểm GMFCS sau điều trị

Điểm GMFCS	Trước điều trị (D0)	Sau điều trị (D30)	p
$\bar{X} \pm SD$	4,23 $\pm$ 0,90	4,07 $\pm$ 1,08	< 0,05

**Nhận xét:** Điểm GMFCS trung bình giảm sau điều trị 30 ngày, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.11.** Tỷ lệ điểm tiến bộ GMFCS sau điều trị

Điểm tiến bộ	Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)
Không tiến bộ (giữ nguyên)	25	83,30
Tiến bộ tốt (giảm 1 điểm)	5	16,70
<b>Tổng</b>	30	100

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, trẻ bại não thể co cứng được điều trị bằng Y học cổ truyền (điện châm, xoa bóp bấm huyệt) kết hợp tập vận động có cải thiện chức năng vận động thô tốt chiếm 16,67% và không tiến bộ so trước điều trị chiếm tỷ lệ 83,30%.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bại não thể co cứng

Tỷ lệ trẻ bại não thể co cứng trong độ tuổi dưới 36 tháng là cao nhất (66,70%), trên 72 tháng là thấp nhất (10%). Kết quả cho thấy: thông tin y học được phổ biến rộng rãi, nhận thức của người dân được nâng cao, do đó bại não được phát hiện từ rất sớm.

Trẻ bại não nam nhiều hơn nữ, trong đó nam gấp 2,23 lần nữ. Theo một số tài liệu tỷ lệ nam/nữ là 1,35/1. Các tác giả trong nước cho rằng sự khác nhau này có thể do tình trạng mất cân bằng giới tính, trong khi các tác giả trên thế giới cho rằng trẻ trai hay bị các biến chứng trong thời kỳ thai nghén, yếu tố nguy cơ gây bại não [1].

Về yếu tố nguy cơ đối với trẻ bại não: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sinh non (46,67%) và cân nặng khi sinh thấp < 2500g (40%) là yếu tố nguy cơ lớn gây bại não thể co cứng. Theo Stanley, tuổi thai non tháng

khi sinh là yếu tố có giá trị nhất tiên đoán bại não về sau [4]. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tùng 2020, sinh non chiếm 43,90%, cân nặng khi sinh thấp chiếm 45,90% [5]. Tỷ lệ ngạt trong khi sinh trong nghiên cứu chiếm 23,33% tương đương với tác giả Nguyễn Văn Tùng 2020 là 20,40%, nhưng thấp hơn tác giả Nguyễn Ngọc Sáng 2018 là 93,30%, cao hơn tác giả Tôn Nữ Vân Anh (2015) là 33,30% [5], [6], [7]. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác với các nghiên cứu của tác giả trên. Các trẻ có tiền sử ngạt trong quá trình sinh trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết liên quan đến sinh non và cân nặng khi sinh thấp. Các yếu tố nguy cơ mẹ sốt, cảm cúm trong 3 tháng đầu. Các nhiễm trùng ở phụ nữ có thai như nhiễm rubella (sởi Đức), cytomegalovirus và toxoplasmosis có thể gây tổn thương não của bào thai và gây bại não sau này. Các yếu tố nguy cơ khác can thiệp sản khoa, bệnh não

sau sinh, gia đình có trẻ bại não, chấn thương sọ não ít gặp hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì viêm phổi, động kinh và chảy nước bọt là những bệnh kèm theo thường gặp nhất ở trẻ bại não với tỷ lệ 60%, 46,46% và 43,33%. Kết quả này tương đương với tác giả Tôn Nữ Vân Anh (2015): động kinh 57,80%, viêm phổi 62,20% và chảy nước bọt chiếm 48,90% [9]. Phân bố bại não thể co cứng theo định khu: trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ bại não thể co cứng tứ chi chiếm tỷ lệ cao nhất 76,67%, bại não thể co cứng hai chi dưới chiếm 16,67% và bại não thể co cứng nửa người thấp nhất là 6,67%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tùng (2020) trên 196 trẻ bại não thể co cứng: 44,90% liệt co cứng tứ chi, 34,20% liệt hai chi dưới và 20,90% liệt nửa người [5]. Tác giả Nguyễn Ngọc Sáng (2018) nghiên cứu trên 30 trẻ bại não thấy 97% liệt tứ chi và 3% liệt nửa người [6].

Theo kết quả nghiên cứu: Trẻ bại não có chức năng vận động thô mức độ V chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), mức độ III và IV tỷ lệ thấp hơn (20% và 26,67%), mức độ I và II ít gặp nhất. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Ngọc Sáng (2018): trẻ bại não có chức năng vận động thô mức V chiếm 50%, mức độ III và IV chiếm 47%, mức độ I và II là 3% [6]. Tác giả Tôn Nữ Vân Anh (2015) có tới 53,30% trẻ bại não có mức độ vận động thô V, các mức độ thấp hơn chiếm tỷ lệ ít hơn [7]. Đây có thể là lý do khiến trẻ dễ bị bệnh, bị nặng khi mắc bệnh và phải nhập viện điều trị.

Đặc điểm chức năng vận động ở trẻ bại não thể co cứng: kết quả nghiên cứu cho thấy 100% trẻ bại não thể co cứng có tăng trương lực cơ và tăng phản xạ gân xương. Trẻ bại não thể co cứng có tỷ lệ co rút cơ là 58,20%, teo cơ là 13,33%. Hầu hết trẻ bại não thể co cứng có biểu hiện vận động chủ động mất cân xứng (76,67%) và vận động khớp bị hạn chế (43,30%). Các bất thường hệ cơ xương khớp

gặp với tỷ lệ ít hơn. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Tùng (2020) [5]. Bại não thể co cứng là kết quả của tổn thương tế bào thần kinh vận động trên (tổn thương hệ tháp), biểu hiện bằng các triệu chứng đặc trưng như tăng trương lực cơ, co cứng cơ, vận động bất thường, tăng phản xạ gân xương.

Đa số trẻ bại não thể co cứng thuộc chứng Ngũ tri thể Can Thận hư (83,33%), tỷ lệ thể Tâm Tỳ hư và Đàm ú trở trệ ít gặp hơn. Điều này phù hợp với đặc điểm triệu chứng của bại não thể co cứng với chứng Ngũ tri thể Can Thận hư: gân xương mềm yếu, chậm ngồi, đứng, đi, mọc răng..., chân tay cử động chậm chạp, khi đứng chân co rút, đứng không thẳng, mặt, mắt co kéo, nói ngọng, không rõ tiếng, thóp lâu liền, cổ lưng mềm, đêm ngủ trằn trọc, dễ lên cơn co giật, lưỡi nhợt, ít rêu, mạch trầm tế, chi vân nhợt [8].

Chụp CT scanner sọ não ở trẻ bại não: Theo nghiên cứu trẻ bại não thể co cứng có tổn thương thực thể ở não qua chẩn đoán hình ảnh chiếm tỷ lệ cao 90% trong đó 76,67% có hình ảnh giãn não thất. Theo tác giả Vũ Thị Hậu (2018) thì có trên 80% tỷ lệ trẻ bại não có tổn thương trên phim cộng hưởng từ [9]. Tác giả Tôn Nữ Vân Anh (2018) nghiên cứu trên 45 trẻ bại não có 62,50% bệnh nhân có chụp cắt lớp vi tính có tổn thương ở não, trong đó teo não chiếm tỷ lệ cao nhất 18,75% [7]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy với những trẻ bại não có tổn thương trên phim cắt lớp vi tính có nguy cơ bị chậm phát triển trí tuệ cao hơn trẻ bại não khác [6], [7].

### **Kết quả điều trị**

Trong thực tế lâm sàng, mục tiêu điều trị trẻ bại não thể co cứng luôn nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xác định những mục tiêu điều trị chuyên biệt, chứ không phải là mục đích giảm trương lực cơ đơn độc. Trong nghiên cứu này mức độ cải thiện chức năng vận động thô GMFCS là chỉ số quan trọng để đánh giá, so sánh hiệu quả điều trị. Do đó, mục tiêu điều trị là giảm mức độ (điểm) GMFCS hay

nói cách khác là cải thiện chức năng vận động thô cho trẻ sau điều trị.

Sau điều trị 30 ngày, có sự cải thiện về mức độ chức năng vận động thô. Tỷ lệ trẻ bại não có GMFCS độ I và II tăng (từ 23,33% lên 26,66%), trẻ bại não có GMFCS độ IV và V không thay đổi nhiều, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau điều trị, điểm GMFCS trung bình giảm từ  $4,23 \pm 0,90$  xuống còn  $4,07 \pm 1,08$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Theo tác giả Nguyễn Văn Tùng (2020), nghiên cứu trên 140 trẻ bại não thể cơ cứng chia làm 2 nhóm, sau 1 tháng điều trị, điểm GMFCS trung bình của cả 2 nhóm đều giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ); sau 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sự khác biệt trung bình điểm GMFCS có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ [2]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Khánh Chi điều trị 3 tháng, điểm GMFCS trung bình giảm  $5,69 \pm 1,01$  xuống  $4,91 \pm 1,52$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ [10].

Sau 30 ngày điều trị, trẻ bại não thể cơ cứng được điều trị bằng Y học cổ truyền (điện châm, xoa bóp bấm huyệt) kết hợp tập vận động có cải thiện chức năng vận động thô tốt chiếm 16,67% và không tiến bộ so trước điều trị chiếm tỷ lệ 83,30%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của tác giả Nguyễn Văn Tùng (2020), sau điều trị tỷ lệ trẻ cải thiện chức năng vận động thô tốt chiếm 67,10%, tiến bộ rất tốt chiếm 10% và không tiến bộ chiếm 22,90%[5]. Sự khác biệt này có thể do phương pháp điều trị khác nhau và thời gian điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nên chưa quan sát thấy sự khác biệt. Các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành điện châm và xoa bóp bấm huyệt theo phác đồ của Bộ Y tế. Trẻ bại não theo quan niệm của Y học cổ truyền là do thận, tý và can hư. Chính vì vậy trong quá trình điều trị phải dùng pháp “bổ” để tư âm dưỡng huyết, bổ tý thận, mạnh can cốt bao

gồm các huyệt Tam âm giao, Thận du, Thái Khê, Túc tam lý, Dương lăng tuyền và Huyệt hải. Trong điều trị liệt vận động cho trẻ bại não còn dùng thủ thuật “tả” nhằm mục đích thư cân hoạt lạc, lưu lợi các khớp, do đó gân cơ không bị co rút, các khớp vận động dễ dàng hơn. Các thủ thuật xoa, xát, day, bóp, vê, bấm huyệt, vận động trong phác đồ xoa bóp bấm huyệt là các động tác tác động trên da, cơ, các khớp và huyết, giúp các chi bị liệt của trẻ được tăng cường nuôi dưỡng, điều hòa rối loạn trương lực cơ, làm mềm cơ co cứng, tăng cường nuôi dưỡng đến các khớp, giúp phục hồi vận động tốt hơn. Các bài tập vận động theo kỹ thuật tạo thuận vận động nhằm duy trì tầm vận động tối đa tại các khớp lớn, phá vỡ các phản xạ bất thường, tăng khả năng kiểm soát đầu cổ, tăng khả năng lẫy lật, tăng khả năng ngồi, quỳ, bò, đứng, đi [2,3,4].

## KẾT LUẬN

### **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bại não thể cơ cứng**

Tỷ lệ trẻ bại não thể cơ cứng trong độ tuổi dưới 36 tháng là cao nhất (66,70%) Trẻ gặp nhiều ở nam 70% hơn trẻ nữ 30%. các yếu tố nguy cơ gây bại não thể cơ cứng trẻ sinh non chiếm tỷ lệ cao nhất 46,67%, cân nặng khi sinh thấp chiếm 40%, ngạt là 23,33%. Viêm phổi (60%), chảy nước bọt (46,67%) và động kinh (43,33%) là những bệnh kèm theo thường gặp nhất ở trẻ bại não. Tỷ lệ bại não thể cơ cứng tứ chi chiếm 76,67%. 100% trẻ bại não thể cơ cứng có tăng trương lực cơ và tăng phản xạ gân xương, co rút cơ chiếm 58,20%, teo cơ là 13,33%. Hầu hết trẻ bại não thể cơ cứng có biểu hiện vận động chủ động mất cân xứng (76,67%) và vận động khớp bị hạn chế (43,30%). Đa số trẻ bại não thể cơ cứng thuộc chứng Ngũ trì thể Can Thận hư (83,33%). Tổn thương thực thể ở não qua chẩn đoán hình ảnh chiếm 90% trong đó 76,67% có hình ảnh giãn não thất.

### **Nhận xét kết quả điều trị của trẻ bại não thể cơ cứng**

*Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe*

30 trẻ được điều trị bằng Y học cổ truyền (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt) kết hợp phục hồi chức năng (tập vận động), sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ trẻ bại não có GMFCS độ I và II tăng (từ 23,33% lên 26,66%), trẻ bại não có GMFCS độ IV và V không thay đổi nhiều, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . điểm GMFCS trung bình giảm từ  $4,23 \pm 0,90$  xuống còn  $4,07 \pm 1,08$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả trẻ có cải thiện chức năng vận động thô tốt chiếm 16,67% và không tiến bộ so trước điều trị chiếm tỷ lệ 83,30%.

### **KHUYẾN NGHỊ**

Tiếp tục nghiên cứu kết hợp Y học cổ truyền (điện châm, xoa bóp bấm huyệt) với phục hồi chức năng (tập vận động) cho trẻ bại não với tất cả các thể bệnh với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian điều trị dài hơn.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. J. Yuan, J. Wang, J. Ma and et al. Paediatric cerebral palsy prevalence and high-risk factors in Henan province, Central China, *J Rehabil Med.* 2019; 51(1),47-53.
2. Bộ Y tế. Danh mục hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu. Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 03 năm 2013. 2013: 18-20, 35-37.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 08 năm 2014. 2014: 31-32.
4. Dale A and Stanley FJ. An epidemiological study of cerebral palsy in Western Australia, 1956-1975. II: Spastic cerebral palsy and perinatal factors, *Dev Med Child Neurol* 1980, 22(1),13-25.
5. Nguyễn Văn Tùng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh MRI sọ não và hiệu quả điều trị độc tố Botulium nhóm A kết hợp phục hồi chức năng ở trẻ bại não thể co cứng. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
6. Nguyễn Ngọc Sáng, Nguyễn Thị Ngọc Thủy, Nguyễn Thanh Liêm, Trần Việt Tiệp. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân của nhóm trẻ bại não liên quan tới tình trạng thiếu oxy não. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2018; 465 (số đặc biệt): 31-34.
7. Tôn Nữ Vân Anh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trẻ bại não tại bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế.* 2015, 24(1): 44-49.
8. Khoa YHCT-Trường Đại học Y Hà Nội. Phục hồi chức năng cho trẻ bại não. *Nhi Khoa Y học cổ truyền (Sách đào tạo đại học và sau đại học).* NXB Y học; 2017: 268-275.
9. Vũ Thị Hậu, Nguyễn Quang Đức và cs. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ sọ não trong bệnh bại não ở trẻ em. *Tạp chí Điện quang Việt Nam.* 2018; 30(2): 70-75.
10. Hoàng Khánh Chi, Phạm Văn Minh. Kết quả vận động trị liệu và hoạt động trị liệu cho trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi bằng phụng pháp điều trị hướng mục tiêu. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2020,150(2): 54-59.