



ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ PDO

Lê Văn Luân¹, Trần Phương Đông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động cho trẻ bại não thể co cứng bằng phương pháp cấy chỉ PDO (Polydioxanone) và khảo sát một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. 60 bệnh nhân được chẩn đoán bại não thể co cứng chia thành 2 nhóm có sự tương đồng về tuổi, giới: Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng điện châm, Thủy châm, Xoa bóp bấm huyệt kết hợp cấy chỉ PDO. Nhóm đối chứng được điều trị bằng điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt. **Kết quả:** Sau 24 ngày điều trị cho thấy cả hai nhóm điều trị đều cải thiện mức độ vận động thô thông qua thang điểm GMFM và thang điểm ASHWORTH cải tiến ($p < 0,05$): nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp cấy chỉ PDO kết hợp điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt cải thiện vận động thô cho trẻ bại não thể co cứng tốt hơn là sử dụng điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt ($p < 0,05$).

Từ khóa: Trẻ bại não, cấy chỉ PDO

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION MOTOR FUNCTION IN CHILDREN WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY USING PDO EMBEDDING THERAPY

Objectives: To evaluate the effectiveness of motor function recovery in children with spastic cerebral palsy using PDO (Polydioxanone) embedding therapy and to investigate any potential adverse effects of the treatment method. **Subjects and methods:** A comparative clinical intervention study was conducted, comparing pre- and post-treatment outcomes. Sixty patients diagnosed with spastic cerebral palsy were divided into two groups matched for age and gender: the study group received treatment with electrical acupuncture, pharmacotherapy, massage, and electrical acupuncture combined with PDO embedding therapy, while the control group received treatment with electrical acupuncture, pharmacotherapy, massage, and electrical acupuncture alone. **Results:**

¹ Bệnh viện Châm cứu TW.
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Luân
Email:

Ngày nhận bài: 2/01/2024.
Ngày phản biện: 22/5/2024
Ngày đăng bài:

After 24 days of treatment, both groups showed improvements in motor function as assessed by the GMFM and ASHWORTH scales ($p<0.05$); however, the study group showed significantly greater improvement compared to the control group ($p<0.05$). Conclusion: The combination of PDO embedding therapy with electrical acupuncture, pharmacotherapy and massage improves gross motor function in children with spastic cerebral palsy more effectively than treatment with electrical acupuncture, pharmacotherapy, massage, and electrical acupuncture alone ($p<0.05$).

Keywords: Cerebral palsy, PDO embedding therapy.

I. 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. Các rối loạn về vận động gây trở ngại nhiều nhất cho trẻ trong sinh hoạt tối thiểu hàng ngày. Trẻ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó, phục hồi chức năng (PHCN) vận động cho trẻ là vấn đề hết sức cần thiết.

Tại Bệnh Viện Châm Cứu Trung Ương có trẻ đến khám và điều trị cao và tăng theo hàng năm. Năm 2010, số trẻ bại não đến khám và điều trị chiếm 55,04%, đến năm 2019 con số này tăng lên lên 73,6% trong tổng số bệnh nhi của bệnh viện. PHCN vận động cho trẻ bại não còn gặp nhiều khó khăn, kết hợp YHHĐ và YHCT

nhằm tăng hiệu quả điều trị để trẻ sớm có thể hòa nhập cộng đồng.

Trong các phương pháp điều trị bằng YHCT không thể không nhắc tới phương pháp cấy chỉ, một phương pháp đã được Nguyễn Tài Thu nghiên cứu từ những năm 1971 và ứng dụng có hiệu quả thực tế trên lâm sàng, ngày nay cùng sự phát triển khoa học kỹ thuật, đã có những cải tiến về kim cấy chỉ, nhằm nâng cao chất lượng điều trị và giảm các tác dụng không mong muốn, tiện lợi, rút ngắn quy trình kỹ thuật thực hiện so với cấy chỉ truyền thống cụ thể như chỉ liên kim PDO, đã được ứng dụng nhiều trong lĩnh vực thẩm mỹ, và chữa bệnh, tại Bệnh Viện Châm Cứu Trung Ương chúng tôi đã sử dụng chỉ PDO để điều trị, hỗ trợ điều trị cho nhiều bệnh, kể cả trong phục hồi chức năng vận động cho trẻ bại não thu được những kết quả khả quan trong quá trình điều trị, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng thực sự của nó trên lâm sàng.

Xuất phát từ thực tế trên, với mong muốn nâng cao hiệu quả phục hồi vận động cho trẻ bại não, giúp trẻ sớm hòa nhập với gia đình và xã hội, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động cho trẻ bại não thể co cứng bằng cấy chỉ PDO”**.

Với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động cho trẻ bại não thể co cứng bằng phương pháp cấy chỉ PDO.

2. Khảo sát một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.



II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhi từ 24 tháng đến 72 tháng tuổi không phân biệt giới được chẩn đoán bại não thể co cứng được khám và điều trị nội trú tại khối Nhi bệnh viện châm cứu TW từ tháng 03/2023 đến tháng 10/2023 theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ dưới đây

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

2.1.1.1 Lựa chọn theo Y học hiện đại:

- Bệnh nhi được chẩn đoán xác định là bại não thể co cứng theo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại não” của Bộ y tế xuất bản năm 2018.15

- + Rối loạn vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương nhưng không phải là hậu quả của một bệnh tiến triển.

- + Rối loạn vận động xảy ra trong giai đoạn từ khi sinh đến khi sinh nhật lần thứ năm.

- Lựa chọn trẻ có mức độ co cứng của trẻ theo thang điểm Ashworth cải tiến: độ 1, độ 1+, độ 2.

- Không có bệnh viêm nhiễm mạn tính khác.

- Có sự đồng ý hợp tác của gia đình trẻ, tự nguyện tham gia vào quá trình nghiên cứu.

2.1.1.2 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT :

Bệnh nhân được chẩn đoán bại não thể co cứng theo YHHĐ có các chứng trạng thuộc thể Can Thận hư của YHCT như sau:

- + Răng mọc chậm, ngồi không vững
- + Chân tay co cứng, co vắn, cổ gáy

cứng, chân tay cử động chậm, khi đứng chân co rút

- + Nói không rõ, phát dục chậm, tinh thần chậm chạp, lưỡi đỏ, mạch sắc.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhi bại não kèm động kinh.

- Bệnh nhi bỏ dở hoặc không có điều kiện tham gia điều trị trong quá trình nghiên cứu.

- Bệnh nhân có chống chỉ định với các phương pháp điều trị trong nghiên cứu

- Bệnh nhân có dị ứng với các thành phần của chỉ PDO

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu là phương pháp nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

- Cỡ mẫu: Sử dụng cỡ mẫu thuận tiện là 60 bệnh nhân được chẩn đoán bại não thể co cứng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

- Phân nhóm

Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu sẽ được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất và chia thành hai nhóm tương đồng về tuổi, giới.

- **Nhóm I (Nhóm nghiên cứu):** Gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ PDO, Điện châm, Thủy châm, Xoa bóp bấm huyệt

- **Nhóm II (Nhóm chứng):** Gồm 30 bệnh nhân sử dụng các phương pháp điều trị: Điện châm, Thủy châm, Xoa bóp bấm huyệt

Các thủ thuật và thời gian thực hiện.

- Nhóm nghiên cứu sau khi lựa chọn bệnh nhi đủ điều kiện nghiên cứu sẽ tiến hành thủ thuật cấy chỉ ngay ngày đầu tiên điều trị, mỗi bệnh nhân tiến hành cấy chỉ PDO 1 lần/ đợt điều trị.

- Điện châm 30 phút/lần/ ngày x 24 ngày điều trị

- Xoa bóp bấm huyệt 30 phút/ lần/ ngày x 24 ngày điều trị

- Thủy châm ngày 1 lần x 24 ngày điều trị

Sau mỗi thủ thuật bệnh nhi nghỉ 10-15 phút sau đó mới tiến hành thủ thuật tiếp theo.

Hai nhóm được sử dụng phác đồ điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt giống nhau.

Các thủ thuật đều do nhân viên y tế tại khoa phòng thực hiện.

- **Các chỉ số nghiên cứu và cách xác định:** Các chỉ số nghiên cứu được xác định bằng phiếu phỏng vấn tại các thời điểm ngày đầu vào viện gồm:

+ **Đặc điểm chung gồm:** Giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh, vị trí liệt, nguyên nhân.

+ **Đặc điểm lâm sàng:**

- **Đánh giá chức năng vận động thô theo thang điểm GMFM**

• (Lấy, Ngồi, Quay - bò, Đứng, Đi – Nhảy)

• Cách cho điểm từng mục như sau (mỗi mục là một động tác)

• 0=Trẻ không thể khởi đầu một hoạt động.

• 1=Có thể khởi đầu một hoạt động và thực hiện được < 10% hoạt động.

• 2=Có thể thực hiện một phần hoạt động (10 đến dưới 100% hoạt động)

• 3= Trẻ có thể thực hiện hoàn toàn một hoạt động (100% hoạt động)

Tỷ lệ % của lĩnh vực = $\frac{\sum \text{điểm của trẻ trong lĩnh vực}}{\text{tổng điểm của lĩnh vực}} \times 100\%$

Để phân loại mức độ tiến bộ về vận động thô theo điểm số GMFM (%) sau điều trị hai nhóm chúng tôi dựa vào chênh lệch giữa GMFM sau và GMFM trước (GMFM sau - GMFM trước = Chênh lệch) và quy định như sau:

Mức chênh	Xếp loại	Điểm quy đổi
Mức chênh $\geq 20\%$	Tốt	4 điểm
Mức chênh từ 10 - 19 %	Khá	3 điểm
Mức chênh từ 5 - 9 %	Trung bình	2 điểm
Mức chênh < 5%	Kém	1 điểm

- **Đánh giá mức độ co cứng theo thang điểm ASHWORTH cải tiến**

Trong phạm vi nghiên cứu, chúng tôi chọn hai cơ là cơ nhị đầu cánh tay và cơ tứ đầu đùi, là hai cơ tiêu biểu cho vận động tay và chân (khi bị liệt hai cơ này thường tổn thương nặng nhất) để đánh giá mức độ co cứng cơ của bệnh nhi. Đánh giá dịch chuyển độ co cứng của hai nhóm trẻ sau điều trị: so sánh tỷ lệ các mức co cứng giữa hai nhóm.



Sự dịch chuyển độ co cứng	Xếp loại	Điểm quy đổi
Mức độ co cứng giảm 3 bậc	Tốt	4 điểm
Mức độ co cứng giảm 2 bậc	Khá	3 điểm
Mức độ co cứng giảm 1 bậc	Trung bình	2 điểm
Mức độ co cứng không giảm	Kém	1 điểm

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chung

Để đánh giá hiệu quả điều trị bằng tổng điểm quy đổi phục hồi chức năng vận động thô theo thang điểm GMFM và điểm quy đổi theo thang điểm Ashworth, tổng điểm quy đổi của hai chỉ tiêu nghiên cứu cao nhất là 8 và thấp nhất là 2 và được xếp loại như sau:

Tổng điểm quy đổi	Xếp loại
Tổng điểm từ 7 đến 8 điểm	Tốt
Tổng điểm từ 5 đến 6 điểm	Khá
Tổng điểm là 4 điểm	Trung bình
Tổng điểm từ 2 đến 3 điểm	Kém

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu định tính được tính bằng con số và phần trăm. Các số liệu định lượng được tính bằng giá trị trung bình và So sánh giá trị trung bình Independent- sample T- test, Paired - samples T - test

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đề cương nghiên cứu của Bệnh viện Châm cứu Trung ương thông qua. Các đối tượng được thông báo rõ ràng mục đích nghiên cứu và có quyền từ chối không tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhi theo tuổi

Nhóm tuổi (tháng)	Nhóm I (1)		Nhóm II (2)		Tổng		$P_{1,2}$
	n	%	n	%	n	%	
Từ 24 đến 36	11	36,7	17	56,7	28	46,7	>0,05
Từ 36 đến 72	19	63,7	13	43,3	32	53,3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy ở hai nhóm đều có phần lớn trẻ thuộc độ tuổi từ 36 tháng đến 72 tháng. Sự khác biệt không có ý nghĩa với $p>0,05$.

Bảng 3.2 Phân bố bệnh nhi theo giới tính

Giới tính	Nhóm I (1)		Nhóm II (2)		Tổng		$P_{1,2}$
	n	%	n	%	n	%	
Nam	17	56,7	17	56,7	34	56,7	>0,05
Nữ	13	43,3	13	43,3	26	43,3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Từ bảng 3.2 ta thấy số lượng tỉ lệ nam : nữ của cả hai nhóm là như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

3.2 Điểm GMFM trung bình tại các mốc vận động trước và sau cấy chỉ của hai nhóm
Bảng 3.3 Điểm GMFM trung bình tại các mốc vận động trước và sau cấy chỉ

Mục tính điểm	Điểm	Nhóm	D0 (1)	D24 (2)	P_{1-2}	P_{a-b}
			($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)		
Lấy		NC(a)	69,7 $\pm$ 17,8	84,1 $\pm$ 14,2	<0,05	<0,05
		ĐC(b)	62,8 $\pm$ 17,1	72,9 $\pm$ 14,7	<0,05	
Ngồi		NC(a)	62,1 $\pm$ 20,2	71,8 $\pm$ 17,2	<0,05	<0,05
		ĐC(b)	56,0 $\pm$ 19,1	60,5 $\pm$ 18,7	<0,05	
Bò, Quỳ		NC(a)	49,2 $\pm$ 22,3	57,9 $\pm$ 23,4	<0,05	<0,05
		ĐC(b)	55,9 $\pm$ 22,0	61,1 $\pm$ 23,4	<0,05	
Đứng		NC(a)	35,0 $\pm$ 26,9	42,2 $\pm$ 29,3	>0,05	>0,05
		ĐC(b)	32,7 $\pm$ 29,5	35,7 $\pm$ 30,6	>0,05	
Đi, nhảy		NC(a)	20,9 $\pm$ 20,6	27,1 $\pm$ 24,6	<0,05	>0,05
		ĐC(b)	19,7 $\pm$ 22,6	20,1 $\pm$ 23,0	>0,05	
Tổng điểm GMFM		NC(a)	47,8 $\pm$ 18,0	57,4 $\pm$ 18,9	<0,05	<0,05
		ĐC(b)	45,1 $\pm$ 19,9	50,1 $\pm$ 19,9	<0,05	

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy ở nhóm nghiên cứu có sự thay đổi trước và sau tại tất cả các mốc vận động thô, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Và ở nhóm chứng có sự thay đổi trước và sau tại tất cả các mốc vận động thô, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.1 Điểm GMFM chênh trung bình của hai nhóm tại mốc vận động sau điều trị.
Bảng 3.4 Điểm GMFM chênh trung bình của hai nhóm tại mốc lấy trước - sau điều trị

Nhóm	Thời điểm	D0(1)	D24(2)	Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	P_{1-2}
	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)		
Nhóm nghiên cứu(a)		69,7 $\pm$ 17,8	84,1 $\pm$ 14,2	14,4 $\pm$ 15,3	<0,05
Nhóm chứng(b)		62,8 $\pm$ 17,1	72,9 $\pm$ 14,7	10,1 $\pm$ 5,4	<0,05
Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)		6,9 $\pm$ 4,5	11,3 $\pm$ 4,6		
P_{a-b}		>0,05	<0,05		

Nhận xét: Từ bảng 3.4 ta thấy tại mốc lấy trước và sau điều trị đều có sự tiến triển, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5 Điểm GMFM chênh trung bình của hai nhóm tại mốc ngồi sau điều trị

Nhóm	Thời điểm	D0(1)	D24(2)	Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	P_{1-2}
	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)		
Nhóm nghiên cứu(a)		62,1 $\pm$ 20,2	71,8 $\pm$ 17,2	9,7 $\pm$ 6,8	<0,05
Nhóm chứng(b)		56,0 $\pm$ 19,1	60,5 $\pm$ 18,7	4,5 $\pm$ 1,5	<0,05
Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)		6,1 $\pm$ 5,1	11,3 $\pm$ 4,6		
P_{a-b}		>0,05	<0,05		



Nhận xét: Từ bảng 3.5 ta thấy tại mốc ngồi trước và sau điều trị đều có sự tiến triển, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự chênh lệch trước và sau điều trị của hai nhóm là khác nhau, từ bảng số liệu ta có thể nhận thấy điểm chênh trung bình của nhóm nghiên cứu là $9,7 \pm 6,8$ cao hơn, và ở nhóm chứng là $4,5 \pm 1,5$.

Bảng 3.6 Điểm GMFM chênh trung bình của hai nhóm tại mốc quỳ - bò sau điều trị

Thời điểm Nhóm	D0(1)	D24(2)	Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	P_{1-2}
	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)		
Nhóm nghiên cứu(a)	$49,2 \pm 22,3$	$57,9 \pm 23,4$	$8,7 \pm 5,4$	$<0,05$
Nhóm chứng(b)	$55,9 \pm 22,0$	$61,1 \pm 23,4$	$5,1 \pm 4,2$	$<0,05$
Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	$-6,7 \pm 5,7$	$-3,1 \pm 6,0$		
P_{a-b}	$>0,05$	$<0,05$		

Nhận xét: Từ bảng 3.6 ta thấy tại mốc quỳ - bò trước và sau điều trị đều có sự tiến triển, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7 Điểm GMFM chênh trung bình của hai nhóm tại mốc đứng sau điều trị

Thời điểm Nhóm	D0(1)	D24(2)	Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	P_{1-2}
	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)		
Nhóm nghiên cứu(a)	$35,0 \pm 26,9$	$42,2 \pm 29,3$	$7,2 \pm 8,9$	$<0,05$
Nhóm chứng(b)	$32,7 \pm 29,5$	$35,7 \pm 30,6$	$3,0 \pm 3,1$	$<0,05$
Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	$2,3 \pm 7,3$	$6,5 \pm 7,7$		
P_{a-b}	$>0,05$	$<0,05$		

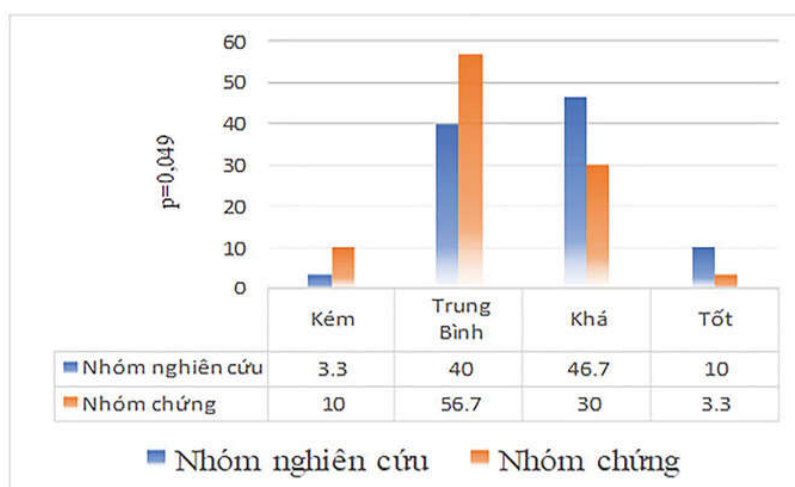
Nhận xét: Từ bảng 3.7 ta thấy tại mốc đứng trước và sau điều trị đều có sự tiến triển, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8 Điểm GMFM chênh trung bình của hai nhóm tại mốc đi –nhảy sau điều trị.

Thời điểm Nhóm	D0(1)	D24(2)	Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	P_{1-2}
	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm TB ($\bar{X} \pm SD$)		
Nhóm nghiên cứu(a)	$20,9 \pm 20,6$	$27,1 \pm 24,6$	$6,2 \pm 14,4$	$<0,05$
Nhóm chứng(b)	$19,7 \pm 22,6$	$20,1 \pm 23,0$	$0,5 \pm 0,9$	$<0,05$
Điểm chênh TB ($\bar{X} \pm SD$)	$1,2 \pm 5,6$	$6,9 \pm 6,1$		
P_{a-b}	$>0,05$	$<0,05$		

Nhận xét: Từ bảng 3.8 ta thấy tại mốc đứng trước và sau điều trị đều có sự tiến triển, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3 So sánh kết quả điều trị của hai nhóm



Biểu đồ 3.1 So sánh kết quả điều trị của hai nhóm

Nhận xét: Từ biểu đồ trên ta thấy nhóm nghiên cứu có và nhóm chứng đều có sự tiến bộ chung về vận động thô, cả hai nhóm đều tiến bộ chủ yếu ở mức độ trung bình và khá, ở mức độ trung bình nhóm nghiên cứu chiếm 40 %, nhóm chứng là 56,7%, ở mức độ khá nhóm nghiên cứu chiếm 46,7% con nhóm chứng là 30%. Ở mức độ tốt nhóm nghiên cứu có 3/30 trẻ chiếm 10%, và ở nhóm chứng (1/30) chiếm 3,3 %. Bên cạnh đó mức kém ở nhóm nghiên cứu chiếm 3,3%, nhóm chứng chiếm 10%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.4 Sự thay đổi các triệu chứng YHCT của hai nhóm trẻ bại não sau điều trị

Bảng 3.9 Sự thay đổi các triệu chứng thường gặp trên lâm sàng của thể can thận hư.

TCYHCT \ Nhóm	Nhóm I (n = 30)				Nhóm II (n = 30)			
	T0(1)		T4(2)		T0(3)		T4(4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đạo hãn	28	93,3	18	60	26	86,7	21	70
Táo bón	24	80	19	63,3	18	60	16	53,3
Di niệu	25	83,3	18	60	22	73,3	19	63,3
Thất miên	30	100	24	80	24	80	23	76,7

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy các triệu chứng có sự thay đổi ở cả hai nhóm nhưng trong đó có sự thay đổi nhiều nhất ở chứng trạng đạo hãn tại nhóm nghiên cứu, nó thay đổi từ 28/30 trẻ chiếm 93,3% sau 24 ngày điều trị giảm xuống 18/30 trẻ chiếm 60% trẻ đạo hãn.

3.3 Khảo sát một số tác dụng không mong muốn sau cấy chỉ PDO

3.3.1 Chỉ số dấu hiệu sinh tồn trước và sau cấy chỉ

**Bảng 3.10** Chỉ số dấu hiệu sinh tồn trước và sau cấy chỉ

Thời điểm Dấu hiệu sinh tồn		Trước cấy chỉ (1) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau cấy chỉ 30 phút (2) ($\bar{X} \pm SD$)	P_{1-2}
Mạch		94,53 $\pm$ 3,6	94,67 $\pm$ 3,5	>0,05
Nhiệt độ		36,6 $\pm$ 0,34	36,7 $\pm$ 0,19	>0,05
Nhịp thở		20,03 $\pm$ 1,35	20,27 $\pm$ 1,2	>0,05
Huyết áp	Tâm trương	56,5 $\pm$ 2,85	56,63 $\pm$ 2,7	>0,05
	Tâm thu	97,9 $\pm$ 4,95	98,47 $\pm$ 4,9	>0,05

Nhận xét: Từ bảng số liệu trên ta thấy trước và sau điều trị các chỉ số dấu hiệu sinh tồn không có ý nghĩa với $P > 0,05$.

3.3.2 Một số tác dụng không mong muốn sau cấy chỉ PDO

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện cấy chỉ trên 30 bệnh nhân thì có 7 bệnh nhân chảy máu ít nhất 1 huyết chiếm 23,3%. Không ghi nhận bất cứ trường hợp nào có biểu hiện dị ứng hoặc mẫn ngứa, nhiễm trùng hay đào thải chỉ sau 24 ngày thực hiện thủ thuật. Từ đây chúng ta có thể thấy rằng sử dụng chỉ PDO trong điều trị để lại rất ít các tác dụng không mong muốn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Vị trí liệt

Nghiên cứu của chúng tôi đã có lựa chọn khá đồng đều về vị trí liệt giữa hai nhóm nghiên cứu và trẻ bại não liệt tứ chi chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,4% ở nhóm nghiên cứu và 76,7% ở nhóm chứng, tiếp theo là liệt nửa người chiếm 13,3% ở cả hai nhóm.

4.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng sau 24 ngày điều trị

4.2.1. Tác dụng PHCN của trẻ bại não bằng phương pháp Điện châm, Thủy châm, Xoa bóp bấm huyệt kết hợp cấy chỉ PDO.

Sau 01 tháng điều trị, chúng tôi nhận thấy có sự tiến bộ rõ rệt ở hai nhóm về vận động thô so với trước điều trị với sự chênh lệch tổng điểm GMFM trung bình, cũng như chênh lệch điểm số GMFM trung bình tại các mốc vận động: lẫy, ngồi, bò - quỳ, đứng, đi - nhảy.

a. Tổng điểm GMFM của hai nhóm sau điều trị

Qua bảng số liệu ta thấy tổng điểm GMFM trung bình ở hai nhóm đều tăng lên rõ rệt: nếu trước điều trị điểm trung bình của nhóm I là 47,8 $\pm$ 18,0 điểm sau điều trị đã tăng lên 57,4 $\pm$ 18,9 điểm (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$); ở nhóm II điểm trung bình trước điều trị là 45,1 $\pm$ 19,8 điểm sau điều trị tăng lên 50,1 $\pm$ 19,9 điểm (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Tuy nhiên điểm chênh trung bình nhóm I cao hơn

nhóm II, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

b. Tổng điểm GMFM trung bình tại các mốc vận động thô của hai nhóm sau điều trị

- Sự thay đổi điểm GMFM của hai nhóm trẻ tại mốc lẫy

Trước điều trị Điểm GMFM trung bình ở hai nhóm là: nhóm I là $69,7 \pm 17,8$, nhóm II với $62,8 \pm 17,1$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

- Sự thay đổi điểm GMFM hai nhóm trẻ tại mốc ngồi:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm GMFM trung bình của hai nhóm tăng lên đáng kể: nhóm I từ $62,1 \pm 20,2$ điểm lên $71,8 \pm 17,2$ điểm; nhóm II từ $56,0 \pm 19,1$ lên $60,5 \pm 18,7$ điểm, khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

- Sự thay đổi điểm GMFM hai nhóm trẻ tại mốc bò - quỳ

Sau điều trị, nhóm I có điểm GMFM trung bình tăng từ $49,2 \pm 22,30$ lên $57,9 \pm 23,4$ điểm, nhóm II tăng từ $55,9 \pm 22,0$ lên $61,1 \pm 23,4$, sự khác biệt giữa hai nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

- Sự thay đổi điểm GMFM hai nhóm trẻ tại mốc đứng

Sau điều trị, điểm GMFM trung bình đều tăng hơn so với trước điều trị: nhóm I với $35,0 \pm 26,9$ điểm, nhóm II là $32,7 \pm 29,5$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong khi đó, điểm chênh trung bình của nhóm I là $7,2 \pm 8,9$ điểm, điểm chênh trung bình của nhóm II là $3,0 \pm 3,1$ điểm, khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Điểm chênh trung bình của nhóm I so với nhóm II là $6,5 \pm 7,7$ điểm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Sự thay đổi điểm GMFM hai nhóm trẻ tại mốc đi - nhảy

Từ số liệu nghiên cứu, sau điều trị điểm GMFM trung bình có thay đổi ở hai nhóm: nhóm I tăng từ $20,9 \pm 20,15$ điểm lên $27,1 \pm 24,6$ điểm, nhóm II tăng từ $19,7 \pm 22,6$ điểm lên $20,1 \pm 23,0$ điểm, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Sự dịch chuyển mức cơ cứng cơ theo thang điểm Ashworth cải tiến

Qua số liệu nghiên cứu của chúng tôi, sự cải thiện về mức độ cơ cứng theo Ashworth như sau: nhóm nghiên cứu có tỉ lệ tiến triển cao nhất là mức trung bình chiếm 63,33%, kém chiếm 30% và khá 6,67%, trong khi đó nhóm chứng có mức trung bình là 60% và kém là 40% cả hai nhóm đều không có mức tiến triển tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng thường gặp theo YHCT.

Các đối tượng trong nghiên cứu thuộc thể can thận hư và can thận hư trước điều trị có các triệu chứng: Cân mạch cơ cứng, đái dầm, ngủ không yên giấc, mồ hôi trộm, ăn kém, đại tiện táo. Không có sự khác biệt về các triệu chứng YHCT này giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

- Đánh giá tác dụng không mong muốn của khi cấy chỉ PDO cho trẻ bại não.

Từ bảng số liệu trên ta thấy trước và sau cấy chỉ chỉ số sinh tồn của hai nhóm không



có sự khác biệt với $P > 0.05$.

Từ kết quả nghiên cứu khi trẻ được cấy chỉ PDO được theo dõi tại 3 mốc thời gian là sau khi thực hiện thủ thuật (D0), sau cấy chỉ 10 ngày (D10) và sau cấy chỉ 24 ngày (D24), trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 7 trường sau khi cấy chỉ có chảy máu tại ít nhất một huyết, không có trường hợp nào bị dị ứng với chỉ PDO, sau 24 ngày không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào có biểu hiện đào thải chỉ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 60 trẻ bại não thể co cứng chia làm hai nhóm, mỗi nhóm gồm 30 bệnh nhi đồng đều về tuổi, giới. Qua so sánh, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

1. Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động cho trẻ bại não bằng phương pháp cấy chỉ PDO

Mức tiến bộ tốt và khá của nhóm kết hợp cấy chỉ PDO cao hơn nhóm điều trị cao hơn nhóm không có cấy chỉ ($p < 0,05$): 100% trẻ tiến bộ với mức tiến bộ tốt 10% mức tiến bộ khá là 46,7%, mức trung bình là 40% và kém 3,3%.

Như vậy phục hồi chức năng vận động cho trẻ bại não bằng phương pháp cấy chỉ PDO kết hợp điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyết tốt hơn điều trị điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyết đơn thuần.

2. Khảo sát một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 7 trường hợp chiếm 23,3% có chảy

máu tại ít nhất 1 huyết sau khi cấy chỉ PDO, không có trường hợp nào dị ứng với chỉ PDO và không có trường hợp nào bị đào thải chỉ sau 24 ngày cấy chỉ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Y học cổ truyền (2006), *Nhi khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, tr. 16 - 22.
2. Bộ Y tế (2018) *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại não*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2018.
3. Bộ Y tế (2016) “*Bài 13 Phục hồi chức năng cho trẻ bại não*” *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học – Hà Nội, 2016. Tr. 182-183
4. Bộ Y tế (2015) *Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr.35-37, tr.53-55
5. Nguyễn Văn Thang (2014), *Khái yếu tác phẩm Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh của Hải Thượng Lãn Ông*, Nhà xuất bản Y học, tr. 357-358.
6. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997), *Châm cứu sau Đại học*, Nhà xuất bản Y học, tr 246- 205, 145- 8, 117- 8.
7. Bùi Thị Thanh Thúy (2003), *Nghiên cứu tác dụng của mãng điện châm điều trị liệt vận động ở trẻ bại não do một số nguyên nhân trong khi sinh*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 3-79.
8. Trịnh Thị Diệu Thường (2017), *Cấy chỉ cơ bản trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học.
9. Nguyễn Xuân Nghiên (2019), “*Xoa bóp trị liệu*”, *Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 190-194.
10. Nghiêm Hữu Thành (2023) *Ứng dụng kim cấy chỉ PDO BIJOU Hàn Quốc trong điều trị một số bệnh cơ bản* - Hội thảo khoa học.