

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



PHẠM NGỌC THỦY

**NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA HÀO CHÂM
TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM - VẬN ĐỘNG
Ở BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP
DO VI RÚT HERPES SIMPLEX**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



PHẠM NGỌC THỦY

**NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA HÀO CHÂM
TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM - VẬN ĐỘNG
Ở BỆNH NHÂN SAU VIÊM NÃO CẤP
DO VI RÚT HERPES SIMPLEX**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 9720113

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1.TS. Đặng Minh Hằng

2.PGS.TS. Nguyễn Văn Thắng

HÀ NỘI - 2022

LỜI CẢM ƠN

Để có được luận án hoàn thiện ngày hôm nay, xin cho phép tôi được dành những trang đầu tiên để bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất đến:

TS. Đặng Minh Hằng, PGS.TS. Nguyễn Văn Thắng, Trường Đại học Y Hà Nội. Người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn khoa học, hết lòng dìu dắt tôi từ những bước đầu tiên trong nghiên cứu. Thầy Cô đã tận tình, tận tâm, nghiêm khắc, giúp tôi giải quyết những khó khăn trong quá trình nghiên cứu, chỉ bảo cho tôi những kinh nghiệm trong học tập nghiên cứu, giúp tôi hoàn thành luận án này.

Ban Giám hiệu Trường Đại học Y Hà Nội, Phòng Quản lý Đào tạo Sau Đại học, Quý Thầy Cô trong Khoa Y học cổ truyền, cùng các phòng ban của nhà Trường đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập nghiên cứu.

Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Tổ chức cán bộ, lãnh đạo cùng tập thể nhân viên khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, Khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương đã nhiệt tình giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, thu thập số liệu nghiên cứu.

Những bệnh nhi, người nhà bệnh nhi cho phép tôi thực hiện nghiên cứu, cung cấp cho tôi những số liệu vô cùng quý giá để giúp tôi hoàn thành luận án.

Quý Thầy Cô trong Hội đồng chấm luận án đã đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu, để tôi hoàn thiện luận án này.

Ban lãnh đạo, Phòng Quản lý nhân sự, Khoa Y - Dược Trường Đại học Trà Vinh nơi tôi công tác, đã nhiệt tình giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi trong thời gian tôi đi học.

Cuối cùng, tôi xin ghi tâm những tình cảm, công lao của cha - mẹ, chồng con, những người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn bên cạnh hỗ trợ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập nghiên cứu để tôi hoàn thành luận án này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

Tác giả luận án

Phạm Ngọc Thủy

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phạm Ngọc Thủy, nghiên cứu sinh khóa 33 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Cô TS. Đặng Minh Hằng và Thầy PGS.TS. Nguyễn Văn Thắng.
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 tháng năm 2022

Học viên

Phạm Ngọc Thủy

DANH MỤC VIẾT TẮT

C	: Chứng
MRI	: Cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging)
CT	: Chụp cắt lớp vi tính (Computed tomography Scanner)
CTM	: Công thức máu
DNA	: Deoxyribonucleic acid
DNT	: Dịch não - tủy
DQ	: Developmental Quotient (Chỉ số phát triển)
HSV	: Herpes simplex virus
n	: Số bệnh nhi
NC	: Nghiên cứu
T ₀	: Thời điểm bắt đầu điều trị
T ₂	: Thời điểm sau 2 tuần điều trị
T ₄	: Thời điểm sau 4 tuần điều trị
T ₆	: Thời điểm sau 6 tuần điều trị

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. VIÊM NÃO THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	3
1.1.1. Khái niệm viêm não	3
1.1.2. Căn nguyên và dịch tễ học	4
1.1.3. Biểu hiện lâm sàng.....	6
1.1.4. Biểu hiện cận lâm sàng	8
1.1.5. Chẩn đoán viêm não vi rút herpes simplex.....	11
1.1.6. Di chứng sau viêm não cấp và sau viêm não do vi rút herpes simplex.....	12
1.1.7. Điều trị sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex.....	15
1.2. THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	17
1.2.1 Bệnh nguyên	18
1.2.2. Bệnh sinh và chứng hậu.....	18
1.2.3. Các thể lâm sàng	21
1.3. CHÂM CỨU VÀ CƠ CHẾ TÁC DỤNG CỦA CHÂM CỨU TRONG ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG.....	23
1.3.1. Khái quát về châm cứu.....	23
1.3.2. Hào châm	23
1.3.3. Cơ chế tác dụng của châm cứu	24
1.4. NGHIÊN CỨU Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX.....	31
1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới.....	31
1.4.2. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam	33

1.5. CÁC TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TÂM-VẬN ĐỘNG Ở TRẺ MẮC VIÊM NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP.....	35
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	36
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	36
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhi theo y học hiện đại	36
2.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán chọn bệnh nhi theo y học cổ truyền:.....	37
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ	38
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	38
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	38
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	38
2.2.3. Nội dung và cách tiến hành nghiên cứu.....	39
2.2.4. Nội dung và phương pháp đánh giá nghiên cứu	40
2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU	55
2.4. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	56
2.5. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU	56
2.6. KHÍA CẠNH ĐẠO ĐỨC CỦA ĐỀ TÀI	56
2.7. SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU.....	57
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	58
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	58
3.1.1. Phân bố bệnh nhi theo giới giữa hai nhóm	58
3.1.2. Phân bố bệnh nhi theo tuổi giữa hai nhóm:	59
3.1.3. Phân bố bệnh nhi theo thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm:.....	60
3.1.4. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị của hai nhóm.	61
3.1.5. Mức độ liệt vận động theo thang Henry trước điều trị của hai nhóm	63
3.1.6. Phân loại bệnh nhi giữa hai nhóm dựa vào chỉ số phát triển theo Trắc nghiệm Denver II.....	64

3.1.7. Phân bố bệnh nhi theo thể bệnh y học cổ truyền	65
3.1.8. Phân loại thể bệnh theo nhóm tuổi.....	66
3.1.9. Phân loại thể bệnh theo thời gian mắc bệnh	67
3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở CÁC BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX.....	68
3.3. TÁC DỤNG CỦA HÀO CHÂM TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM - VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP	70
3.3.1. Kết quả sau điều trị các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm.	70
3.3.2. Kết quả điều trị tình trạng liệt vận động	74
3.3.3. Kết quả điều trị theo thể bệnh y học cổ truyền.	83
3.3.4. Theo dõi tác dụng không mong muốn trong điều trị.	96
3.3.5. Đánh giá kết quả chung về lâm sàng sau điều trị	98
3.4. KẾT QUẢ XÁC ĐỊNH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN.	99
3.4.1. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị làm giảm độ liệt theo Henry.....	99
3.4.2. Liên quan giữa tổn thương não trên hình ảnh cộng hưởng từ và sự thay đổi độ liệt theo thang Henry.	100
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	105
4.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	105
4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở CÁC BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX.	107
4.2.1. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị.....	110
4.2.2. Mức độ liệt vận động theo thang Henry	114
4.2.3. Chỉ số phát triển theo trắc nghiệm Denver II trước điều trị	115
4.3. TÁC DỤNG CỦA HÀO CHÂM TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM - VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX.....	117

4.3.1. Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị.....	117
4.3.2. Sự thay đổi các rối loạn vận động.....	123
4.3.3. Kết quả điều trị tình trạng liệt vận động	125
4.3.4. Đánh giá kết quả điều trị qua sự thay đổi trương lực cơ theo thang điểm Ashworth cải biên.	126
4.3.5. Kết quả điều trị theo trắc nghiệm Denver II	126
4.3.6. Đánh giá kết quả điều trị bằng hào châm trong phục hồi chức năng tâm - vận động theo y học cổ truyền.....	128
4.4. XÁC ĐỊNH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.	133
4.4.1. Thời gian mắc bệnh.....	133
4.4.2. Tuổi	136
4.4.3. Thể bệnh theo y học cổ truyền.....	137
4.4.4. Thể chất.....	138
4.4.5. Tồn thương não trên cộng hưởng từ	140
KẾT LUẬN.....	144
KIẾN NGHỊ.....	146
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1:	Một số di chứng sau viêm não Nhật Bản B và viêm não cấp herpes simplex	13
Bảng 2.1.	Tiêu chuẩn chẩn đoán phân thể bệnh theo y học cổ truyền	37
Bảng 2.2.	Công thức huyết điều trị	43
Bảng 2.3.	Đánh giá mức độ liệt theo thang điểm Henry.....	46
Bảng 2.4.	Thang điểm đánh giá trương lực cơ Ashworth cải biên	53
Bảng 2.5.	Bảng điểm đánh giá sức cơ tương ứng với mức độ liệt theo thang Henry.....	54
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhi theo tuổi giữa hai nhóm	59
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhi theo thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm.....	60
Bảng 3.3.	Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị ở hai nhóm	61
Bảng 3.4.	Trình trạng dinh dưỡng.....	62
Bảng 3.5.	Mức độ liệt vận động theo thang Henry trước điều trị.....	63
Bảng 3.6.	Chỉ số phát triển trước điều trị giữa hai nhóm.....	64
Bảng 3.7.	Phân loại thể bệnh theo nhóm tuổi	66
Bảng 3.8.	Phân loại thể bệnh theo thời gian mắc bệnh của hai nhóm	67
Bảng 3.9.	Triệu chứng lâm sàng trước điều trị theo y học cổ truyền của hai nhóm	68
Bảng 3.10.	Sự thay đổi triệu chứng thần kinh.....	70
Bảng 3.11.	Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị ở hai nhóm.	71
Bảng 3.12.	Tình trạng dinh dưỡng sau điều trị của hai nhóm.....	73
Bảng 3.13.	Thay đổi mức độ liệt vận động theo Henry sau điều trị của hai nhóm	74
Bảng 3.14.	Dịch chuyển độ liệt sau điều trị theo Henry của hai nhóm	75
Bảng 3.15.	Sự thay đổi điểm sức cơ theo thang Henry sau điều trị.....	76

Bảng 3.16.	Sự thay đổi trương lực cơ theo thang điểm Ashworth cải biên của hai nhóm.	78
Bảng 3.17.	Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II của hai nhóm.	79
Bảng 3.18.	Sự thay đổi chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II	80
Bảng 3.19.	Sự thay đổi chỉ số phát triển ở khu vực ngôn ngữ sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II	81
Bảng 3.20.	Sự thay đổi chỉ số phát triển ở khu vực cá nhân - xã hội sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II	82
Bảng 3.21.	Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau điều trị theo thể bệnh y học cổ truyền.....	83
Bảng 3.22.	Thay đổi mức độ liệt Henry theo thể bệnh Y học cổ truyền. ...	87
Bảng 3.23.	Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô sau điều trị ở các thể bệnh Y học cổ truyền.....	88
Bảng 3.24.	Chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế sau điều trị ở các thể bệnh Y học cổ truyền.	90
Bảng 3.25.	Chỉ số phát triển ở khu vực ngôn ngữ sau điều trị theo các thể bệnh y học cổ truyền.....	92
Bảng 3.26.	Chỉ số phát triển ở khu vực cá nhân - xã hội sau điều trị ở các thể bệnh Y học cổ truyền	94
Bảng 3.27.	Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	96
Bảng 3.28.	Tác dụng không mong muốn trên chỉ số huyết học.....	97
Bảng 3.29.	Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị làm giảm độ liệt theo thang Henry.....	99
Bảng 3.30.	Liên quan giữa định khu tổn thương não trên cộng hưởng từ và sự thay đổi độ liệt theo thang Henry.....	100

- Bảng 3.31. Liên quan giữa số lượng vị trí tổn thương não trên một bệnh nhi theo cộng hưởng từ và sự thay đổi độ liệt theo thang Henry. 101
- Bảng 3.32. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị hào châm trên sức cơ bệnh nhi nhóm nghiên cứu..... 103

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Phân bố bệnh nhi theo giới giữa hai nhóm.	58
Biểu đồ 3.2.	Thể bệnh y học cổ truyền giữa hai nhóm.	65
Biểu đồ 3.3.	Kết quả chung về lâm sàng sau điều trị.....	98
Biểu đồ 3.4.	Phân bố mức độ liệt ở đối tượng nghiên cứu theo vị trí tổn thương não trên MRI ở thời điểm trước và sau điều trị.....	102

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Hình ảnh tổn thương não do HSV1 ở giai đoạn cấp trên MRI não .. 8

Hình 1.2. Hình ảnh teo não và hoại tử nhu mô não từng ổ ở giai đoạn di chứng..... 9

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não là một tình trạng viêm cấp tính của nhu mô não, biểu hiện bằng sự rối loạn chức năng thần kinh - tâm thần khu trú hoặc lan toả, thường gặp ở trẻ em. Có nhiều nguyên nhân gây viêm não: Do vi khuẩn, vi rút, nấm, kí sinh trùng, dị ứng, tự miễn... trong đó nguyên nhân do vi rút là hay gặp nhất^{1,2,3}.

Trên thế giới tỷ lệ mắc viêm não cấp dao động từ 3,5 đến 7,4 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm (Johnson 1996)⁴. Theo Fidan Jmor và cộng sự (2008), tỷ lệ mắc viêm não cấp tại các nước phương Tây và các nước vùng nhiệt đới là 10.5 - 13.8/100.000 trẻ⁵. Tỷ lệ viêm não do vi rút herpes simplex 1 chiếm 10-20% viêm não do vi rút ở Mỹ và tỷ lệ cũng tương đương ở Thụy Điển. Ở nước Úc các bệnh nhân viêm não nhập viện điều trị chủ yếu là viêm não do vi rút herpes simplex 1^{6,7,8,9}. Viêm não do vi rút herpes simplex ngoài các đặc tính tổn thương nhu mô não như các loại viêm não nói chung, nhưng thường nặng hơn do nhu mô não bị hoại tử hoặc chảy máu cục bộ^{6,10,11,12,13}.

Ở giai đoạn di chứng việc phối hợp điều trị bằng y học cổ truyền có vai trò tích cực, mang lại những kết quả khả quan, đóng góp một phần không nhỏ trong điều trị di chứng sau viêm não cấp.

Ở Việt Nam năm 1993 Hoàng Bảo Châu và Trịnh Thị Nhã điều trị 70 bệnh nhi viêm não Nhật Bản bằng hào châm đã cho tỷ lệ tốt 26%, và khá 60%¹⁴. Từ những nghiên cứu về hào châm đến nay cũng có nhiều nghiên cứu về điện châm Nguyễn Tài Thu và cộng sự với đề tài “Điện châm phục hồi vận động cho 120 bệnh nhân di chứng viêm não” với tỷ lệ khỏi và đỡ nhiều chiếm 82,5%, bệnh nhân đỡ ít 17,5%¹⁵, ở 104 trẻ sau viêm não Nhật Bản của Nguyễn Viết Thái (1999)¹⁶, Nguyễn Thị Tú Anh ở 116 bệnh nhi sau viêm não Nhật Bản (2001)¹⁷, Đặng Minh Hằng kết hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cho 60 bệnh nhi sau viêm não Nhật Bản cho kết quả 12,5% khỏi liệt hoàn toàn.¹⁸

Từ năm 2007 đến nay do thành công của chương trình tiêm chủng mở rộng vắc xin phòng bệnh viêm não Nhật Bản, tỷ lệ mắc bệnh giảm nhiều, nhưng lại gia tăng nhiều loại vi rút khác... Trong đó viêm não do vi rút herpes simplex có tỷ lệ tử vong và di chứng cao. Điều trị viêm não cấp khá phức tạp, cần được thực hiện ở những cơ sở chuyên khoa y học hiện đại kịp thời. Tuy nhiên có một tỷ lệ đáng kể trẻ được cứu thoát trong giai đoạn cấp để lại di chứng theo nhiều mức độ. Điều trị phục hồi chức năng bằng các trị liệu y học cổ truyền đã được nghiên cứu có hiệu quả tốt, nhưng các nghiên cứu áp dụng phương pháp y học cổ truyền tập trung nhiều vào đối tượng viêm não Nhật Bản. Khai thác kho tàng quý báu của Y học cổ truyền đã sử dụng các phương pháp không dùng thuốc để thúc đẩy phục hồi di chứng vận động như: Hào châm, châm cứu, mai hoa châm, xoa bóp bấm huyệt, cấy chỉ... Trong đó hào châm là một phương pháp kinh điển của châm cứu, phương pháp đơn giản, hiệu quả, ít tốn kém, thích hợp với việc điều trị phục hồi di chứng tâm - vận động cho trẻ một cách kiên trì và lâu dài.

Cho đến nay nước ta và trên thế giới vẫn chưa có công trình nghiên cứu điều trị phục hồi chức năng tâm - vận động cho bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex bằng hào châm. Đây là một vấn đề cấp thiết và nhân văn được đặt ra trước tỷ lệ di chứng sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex ngày càng cao. Với mong muốn giảm thiểu tối đa những thiếu sót chức năng cho bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp, sớm đưa trẻ tái hòa nhập với cuộc sống, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu sau:

- 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở các bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút Herpes simplex.*
- 2. Đánh giá tác dụng của hào châm trong phục hồi chức năng tâm-vận động ở bệnh nhi sau viêm não cấp dưới 6 tuổi do vi rút herpes simplex.*
- 3. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. VIÊM NÃO THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.1. Khái niệm viêm não

Viêm não cấp là một tình trạng bệnh lý do viêm xảy ra ở một phần, nhiều phần hoặc toàn bộ nhu mô não, có thể bao gồm cả tủy sống, màng não và các rễ thần kinh do nhiều nguyên nhân gây nên. Đa phần các trường hợp viêm não cấp đều xảy ra cấp tính, chỉ có số ít trường hợp viêm não cấp mãn tính ¹⁹.

Trên phương diện dịch tễ học cũng như sinh lý bệnh, viêm não cấp được phân biệt với viêm màng não thông qua khám xét lâm sàng và cận lâm sàng mặc dù hai thể bệnh này đều có những triệu chứng của tình trạng viêm màng não như sợ ánh sáng, nhức đầu hay cổ cứng. Viêm não cấp hiểu theo nghĩa đen thì đó là “tình trạng viêm của nhu mô não” nghĩa là có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau như vi rút, vi khuẩn, kí sinh trùng, yếu tố tự miễn dịch, bệnh chuyển hoá, nhiễm độc... trong đó viêm não cấp do vi rút là hay gặp nhất trong số những trường hợp xác định được căn nguyên. Biểu hiện bằng sự rối loạn chức năng thần kinh - tâm thần khu trú hoặc lan toả. Bệnh xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng tỷ lệ mắc cao hơn ở trẻ em. Bệnh thường khởi phát cấp tính, diễn biến nặng và có thể dẫn đến tử vong nhanh hoặc để lại di chứng nặng nề. ^{20,21,22,23}

Thuật ngữ viêm não cấp dùng để chỉ các trường hợp tổn thương não bộ do mọi nguyên nhân mặc dù cơ chế bệnh sinh và triệu chứng có thể khác nhau. Trong viêm não cấp có thể có tổn thương của màng não kèm theo nên người ta hay sử dụng thuật ngữ viêm não cấp - màng não. Nếu tổn thương lan toả đến vùng tủy sống sẽ dùng thuật ngữ viêm não cấp - tủy.

Theo tác giả Phạm Nhật An năm 2016 viêm não cấp được chia làm 4 thể sau ¹⁹.

- Viêm não cấp tiên phát: viêm não cấp xuất hiện khi vi sinh vật trực tiếp tấn công não và tủy sống (tủy gai). Bệnh có thể xuất hiện vào bất cứ thời gian nào trong năm (viêm não cấp tản phát) hoặc có thể xuất hiện theo mùa đôi khi thành dịch, nguyên nhân thường gặp nhất là do virút.

- Viêm não cấp thứ phát: viêm não cấp sau nhiễm trùng trước tiên vi sinh vật gây bệnh ở một số cơ quan khác ngoài hệ thần kinh trung ương và sau đó mới biểu hiện ở não hoặc não - tủy.

- Viêm não cấp mãn tính (hay viêm não cấp bán cấp): tình trạng viêm não cấp phát triển từ từ qua nhiều tháng, viêm não cấp do vi rút herpes simplex, viêm não cấp sau sởi...

1.1.2. Căn nguyên và dịch tễ học

*** Căn nguyên**

Cho đến nay, chúng ta xác định được 8 type Herpes gây bệnh phổ biến cho người chia thành 3 nhóm:

Các vi rút Alpha-Herpes: vi rút Herpes simplex type 1 (HSV-1), Herpes simplex type 2 (HSV-2), vi rút Varicella-zoster (VZV).

HSV-1 thường gây bệnh ở miệng tạo thành các vết loét rất đau hoặc các mụn rộp quanh miệng. HSV-2 thường gây bệnh ở cơ quan sinh dục. HSV-1 gây viêm não tản phát. Phụ nữ mang thai nhiễm Herpes đường sinh dục có thể truyền vi rút cho con lúc sinh gây nên bệnh cảnh viêm não sơ sinh ^{24,25,26,27}.

Vi rút Varicella- zoster gây bệnh thủy đậu: Nổi mụn nước toàn thân. Sau khi khỏi bệnh, vi rút vẫn còn ẩn trong các hạch thần kinh. Khi giảm sức đề kháng có thể gây viêm não sau thủy đậu.

Các vi rút Beta-Herpes: Cytomegalovirus (CMV) khi nhiễm vi rút toàn thân, bệnh nhân sốt cao, nhức đầu, chán ăn, gan, lách to. Nếu mẹ nhiễm CMV

trong thời kỳ mang thai, con sinh ra có thể mắc các bệnh lý bẩm sinh như đục thủy tinh thể, điếc bẩm sinh, đầu bé, bại não, co giật, viêm gan, vàng da sơ sinh, viêm phổi. CMV lây qua các con đường niêm mạc mắt, mũi, miệng khi tiếp xúc với dịch tiết của người bệnh mắc CMV, qua sữa mẹ, qua cấy ghép tạng, truyền máu^{11,28}.

Human Herpes virus type 6 (HHV-6), Human Herpes virus type 7 (HHV-7), Human Herpes virus type 8 (HHV-8): gây sốt phát ban. Human Herpes virus type 8 (HHV-8), còn được gọi là virus Herpes phối hợp với ung thư Kaposi sarcoma^{29,30}.

Các vi rút Gamma Herpes: Epstein-Barr Virus (EBV) gây bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Xét nghiệm máu có thấy tăng bạch cầu đơn nhân. Ngoài ra EBV cũng có thể gây viêm họng có giả mạc và là một trong những nguyên nhân gây viêm não.

** Dịch tễ học*

Sự phân bố bệnh phụ thuộc vào các điều kiện khí hậu, địa lý, vệ sinh phòng bệnh tùy theo các địa phương, các nước³¹.

Vi rút herpes simplex 1 là nguyên nhân của 95% các trường hợp gây viêm não ở trẻ em và người lớn, HSV-2 là nguyên nhân phổ biến nhất lây truyền và gây viêm não ở trẻ sơ sinh Kenned và Chaudhuri 2002. Trước khi có acyclovir để điều trị bệnh này tỷ lệ tử vong viêm não do vi rút herpes simplex trên 70% và không quá 3% là không có di chứng nghiêm trọng trong các trường hợp sống sót. Tần suất mắc bệnh từ 1-200.000 đến 1-400.000 người mỗi năm ở các nước phương Tây, chiếm 10% trong tổng số các trường hợp ở nhiễm trùng nặng hệ thần kinh trung ương do vi rút. 31% trong số đó là các bệnh nhân dưới 20 tuổi với 12% là ở những người từ 6 tháng tuổi đến 10 tuổi Whitley và cộng sự 1982 và Kimberlin 2005^{32,33,34}.

Theo nghiên cứu 100 vi rút được xem là nguyên nhân gây viêm não. Vi rút herpes simplex type I là phổ biến nhất trong số các nhân tố gây viêm não vi rút trên thế giới. Đồng thời, đây cũng là nguyên nhân chiếm đa số trong tất cả các trường hợp viêm não nghiêm trọng ở mọi lứa tuổi³⁵.

Ở Việt Nam, theo Nguyễn Hoan Phú tại Bệnh viện Nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 6/2006 đến tháng 7/2007 tìm thấy 8 trong số 110 bệnh nhân viêm não - màng não nhập viện là viêm não HSV1 chiếm 7,3%. Lê Trọng Dụng năm 2008 nghiên cứu trên 39 trường hợp viêm não do HSV1 tại Bệnh viện Nhi Trung ương thấy tuổi mắc bệnh từ 1-5 tuổi. Bệnh tản phát vào các tháng trong năm, tăng lên vào mùa Đông - Xuân^{6,36,37}. Vũ Minh Điền tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương gặp 35 bệnh nhi viêm não HSV1 từ tháng 9/2007 đến tháng 9/2011³⁸. Phạm Nhật An từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2012 xác nhận 849 bệnh nhi viêm não cấp do các loại nguyên nhân nhập Bệnh viện Nhi Trung ương, trong đó xác định viêm não do vi rút herpes simplex đứng hàng thứ hai (27,62%), sau viêm não Nhật Bản (52,4%)¹⁰. Viêm não do vi rút herpes simplex thường gặp ở trẻ nhỏ, hay có dấu hiệu thần kinh khu trú với diễn biến tối cấp, triệu chứng co giật cục bộ gặp nhiều nhất chiếm 71,5%. Triệu chứng tăng trương lực cơ gặp 54,3%, giảm trương lực cơ 11,7%, dấu hiệu cổ cứng 36,8%. Viêm não cấp do vi rút herpes simplex có tỉ lệ di chứng nặng cao 46,8%, hình ảnh phù não gặp 25%. Tổn thương thùy thái dương và thùy đỉnh hay gặp với tỉ lệ 70,8% và 29,2%.

1.1.3. Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của viêm não cấp thấy 60% trường hợp có các triệu chứng sớm như sốt, khó chịu, nhưng đôi khi thấy các triệu chứng gợi ý đến viêm não nếu kèm theo rối loạn trí nhớ, hành vi. Thời kỳ tiền triệu thường kéo dài trong vài ngày. Ở giai đoạn toàn phát, các triệu chứng ở tất cả các trường hợp viêm não là như hôn mê, lên cơn co giật. Cơn co giật là triệu

chúng thường xuyên và lặp lại ở nhiều trường hợp nhiễm herpes simplex. Các cơn co giật thường cục bộ ở mặt, chi trên, không đối xứng phản ánh tổn thương trong não có tính chất là ổ hay vùng não. Biểu hiện cơn giật nửa người cũng có thể xảy ra. Tăng áp lực nội sọ (ICP) là thường xuyên, và phù gai thị biểu hiện ở 15% số trường hợp. Liệt nửa người thường xuất hiện và thất ngôn có thể là biểu hiện nổi bật ban đầu ở trẻ lớn và người trưởng thành. Những thay đổi chỉ điểm cho tổn thương hoại tử ổ của cấu trúc thái dương- nền não bao gồm: mất khứu giác, ảo giác về người và rối loạn hành vi có thể là triệu chứng chính Whitley và CS. 1981³⁶. Trong nhiều trường hợp, mặc dù triệu chứng lâm sàng không điển hình hay triệu chứng thần kinh cục bộ cũng nên nghĩ đến nguyên nhân viêm não do HSV vì khả năng gây bệnh và tính chất nguy hiểm tiềm tàng cũng như khả năng có thể điều trị được Rose và cộng sự 1992. Với trẻ nhỏ thì sốt cơn, và các cơn giật cục bộ, là triệu chứng chủ yếu và kéo dài trong vài ngày.

Puchhammer – Stock và cộng sự (1993) báo cáo 5 trường hợp có biểu hiện “lên cơn giật do sốt phức hợp” ở 151 trường hợp viêm não do vi rút herpes simplex được chẩn đoán bằng chuỗi polymerase. Có 3 trường hợp trong số này, dịch não tủy (CSF) không có tế bào trong đó chỉ có 1 trường hợp có hình ảnh MRI gợi ý cho chẩn đoán. Từ khi xét nghiệm chuỗi polymerase với độ nhạy cao trong chẩn đoán viêm não do vi rút herpes simplex, bệnh viêm não do vi rút này ở người trưởng thành và trẻ nhỏ được phát hiện nhiều hơn bao gồm cả những thể có biểu hiện nhẹ hoặc không điển hình (Dennett và cộng sự 1996).

Dấu hiệu thần kinh khu trú thường là cấp tính (dưới khoảng 1 tuần) và bao gồm các thay đổi tâm thần hay ý thức, thiếu hụt thần kinh sọ não, liệt nửa người, mất ngôn ngữ, mất điều hòa, hoặc cơn giật cục bộ. Hơn 90% bệnh nhân có một trong các triệu chứng trên kèm theo sốt. Triệu chứng thần kinh liên quan khác bao gồm đại tiểu tiện không tự chủ, viêm màng não vô khuẩn, phát ban, và hội chứng Guillain-Barré. Bệnh nhân có thể biểu hiện quên nhất thời, rối loạn trí nhớ và mất kiểm soát hành vi.

1.1.4. Biểu hiện cận lâm sàng

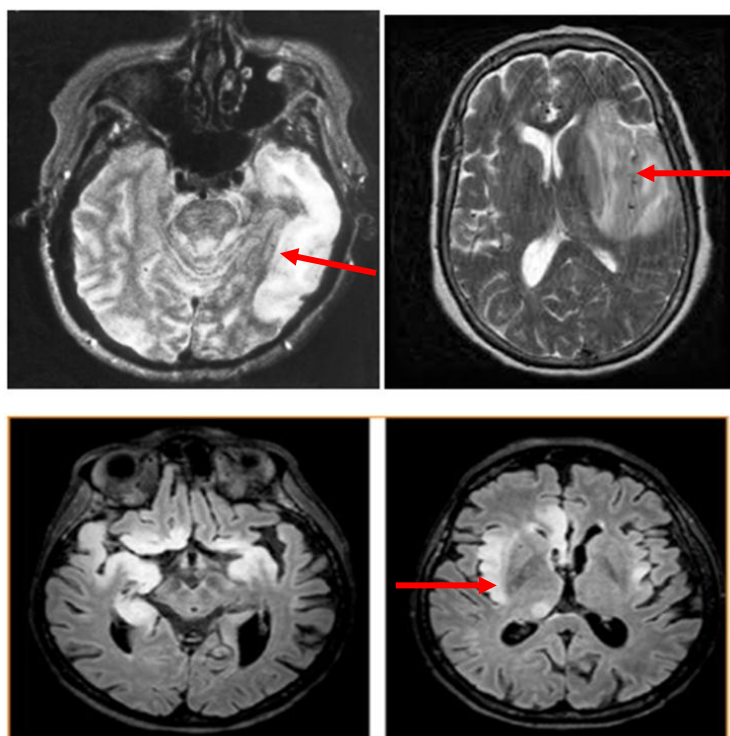
***Điện não đồ (Electroencephalography EEG)**

Điện não đồ (EEG) thấy các ổ tổn thương khu trú, phát hiện được ở trên 80% các trường hợp, điển hình là sóng chậm, biên độ cao liên tục (sóng chậm delta và theta). Nhiều biểu hiện bất thường trên điện não đồ, tuy nhiên, không đặc hiệu.

Trái lại với sự tổn thương lan tỏa với các sóng chậm thấy trên EEG ở các thể viêm não - màng não khác, hình ảnh ở các trường hợp HSV thường không đối xứng và có tính chất ổ rõ ràng trên nền sóng chậm bất thường. Biên độ sóng điện thấp ở một hoặc nhiều vùng, đặc biệt ở thùy thái dương là không bình thường.

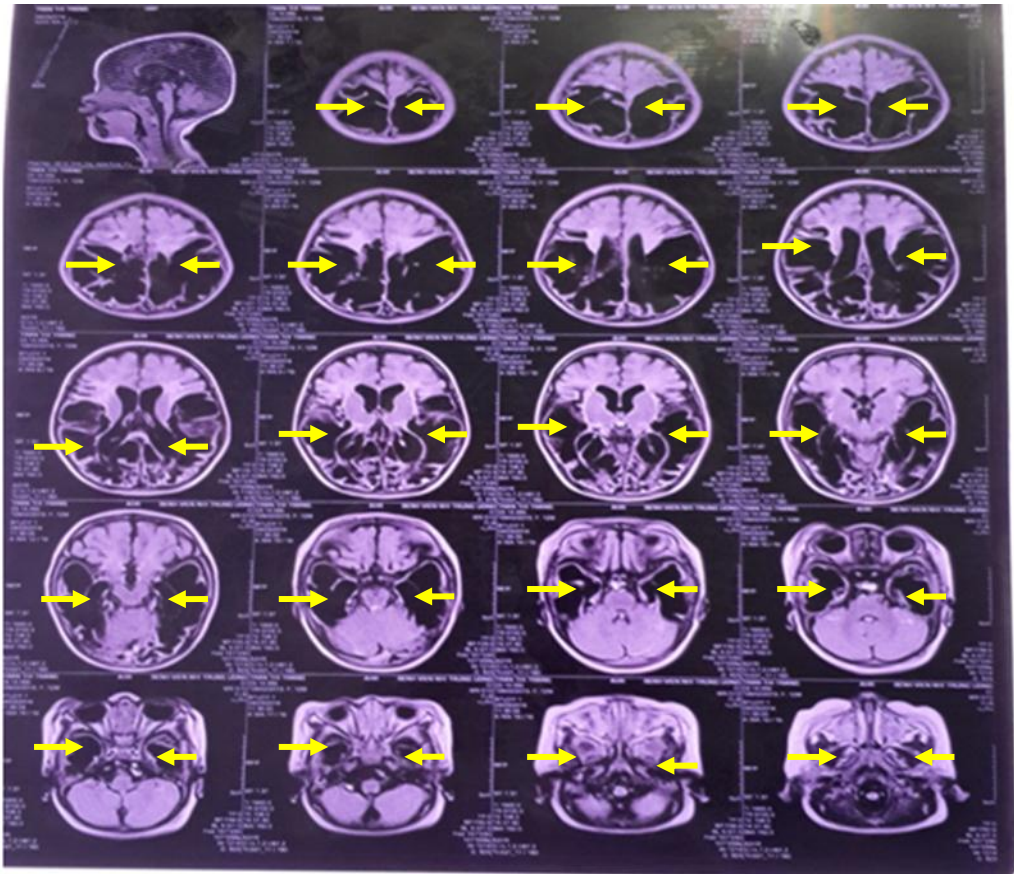
***Chẩn đoán hình ảnh**

Hình ảnh thần kinh có thể bình thường trong vòng 24-48 giờ đầu sau khi vi rút tấn công và sự thay đổi trên MRI thấy trước so với hình ảnh



**Hình 1.1. Hình ảnh tổn thương não do HSV1 ở giai đoạn cấp trên MRI não
số bệnh án: 3843**

Kapur và cộng sự 1994. Trên MRI có thể thấy phù não, thủy thái dương lớp giữa, thủy trán, vỏ thủy đảo và các góc nếp cuộn não (hình 1.1). Trên hình ảnh CT có bất thường là giảm đậm độ ở một hoặc cả hai thủy trán hoặc thái dương. Đôi khi vùng tăng đậm độ cho thấy có xuất huyết nhỏ và có thể đè đẩy đường giữa trong gần 50% số trường hợp Greenberg và cộng sự 1981, Dutt và Johnston 1982^{39,40,41}.



Hình 1.2. Hình ảnh teo não và hoại tử nhu mô não từng ổ ở giai đoạn di chứng

Bệnh nhân số bệnh án: 4244

Hình ảnh bất thường thùy thái dương được coi là bằng chứng mạnh mẽ để khẳng định viêm não do herpes simplex. Tổn thương chủ yếu ở thùy thái dương và có thể có liên quan đến hiệu ứng khối. Tuy nhiên, các tổn thương xuất hiện thêm theo thời gian cũng được ghi nhận ở 11 trong 20 bệnh nhân trong một nghiên cứu hồi cứu. Thông thường, tổn thương khu trú phát hiện qua chẩn đoán hình ảnh ở những bệnh nhân lớn tuổi^{42,43,44,45,46}.

Chụp cắt lớp vi tính sọ não chỉ có độ nhạy 50% trong giai đoạn sớm, và biểu hiện bất thường nói chung là nặng và tiên lượng xấu. Ngược lại, hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ nhạy nhất và đặc hiệu với viêm não do vi rút herpes simplex, nhất là trong thời kỳ đầu của bệnh, mặc dù kết quả cộng hưởng từ bình thường cũng đã được báo cáo ở một số bệnh nhân bị viêm não do vi rút herpes simplex. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy cộng hưởng từ với DWI (diffusion-weighted imaging) có thể hữu ích trong chẩn đoán sớm viêm não do vi rút herpes simplex 1; Tuy nhiên, DWI không phải là vượt trội so với cộng hưởng từ thông thường để theo dõi^{47,48}.

Trong diễn biến của bệnh, có thể phát sinh nhiều bất thường Koshiniemi và Ketonen 1981. Sau giai đoạn cấp, teo nhu mô não đặc biệt ở vùng quanh khe Sylvius hoặc các ổ dịch được hình thành sau ổ viêm não hoại tử và chảy máu với các dấu hiệu tạm thời xuất hiện tăng dần và có thể tồn tại suốt đời (hình 1.2), canxi hoá cũng có thể xuất hiện.

***Dịch não tủy**

Dịch não tủy có thể bình thường ở khoảng 20-25% bệnh nhân. Trong hầu hết các trường hợp có sự gia tăng áp lực và có số lượng lớn tế bào, thường là tế bào lympho, trong đó ¼ trường hợp có dưới 50 tế bào đơn nhân/mm³ Whitley và cộng sự al.,2001⁴⁹. Dịch não tủy thường xuyên xuất huyết hoặc có màu vàng do hoại tử và đặc tính xuất huyết của các tổn thương^{47,48,50,51}.

***Phản ứng chuỗi Polymerase (PCR)**

Chẩn đoán viêm não do vi rút herpes đơn dạng phụ thuộc vào sự xét nghiệm PCR khuếch đại DNA của vi rút herpes đơn dạng từ dịch não tủy^{52,53}.

Xét nghiệm này rất nhạy và đặc hiệu nhưng kết quả âm tính giả có thể gặp ở các mẫu lấy trong 24-28 giờ đầu tiên hoặc sau 10-14 ngày, và ở bệnh nhân đã được điều trị acyclovir Lakeman và Whitley năm 1995, Koskiniemi et al. 1996, Davis 2000. Cho đến nay vẫn chưa xác định được mối tương quan

định tính giữa số bản sao ADN của vi rút herpes đơn nhân trong mỗi mm dịch não tủy và mức độ tổn thương hệ thần kinh trung ương^{54,55}. PCR âm tính khi có sự gia tăng gấp bốn lần hiệu giá kháng thể chống lại của sự nhiễm trùng do herpes simplex type 1 ở hệ thần kinh trung ương nhưng xuất hiện sau ít nhất 10-14 ngày bị nhiễm Koshiniemi et al.,1984^{47,54,56,57,58,59}.

Các kháng thể ban đầu thuộc nhóm IgM, sau đó chuyển sang dạng IgG. Chúng có liên quan đến sự hiện diện của một dạng protein đơn dòng (oligoclonal) trong dịch não tủy Mathiesen et al,1988. Các kháng thể và protein oligoclonal có thể tồn tại dai dẳng nhiều năm sau sự tấn công của viêm não do vi rút Tardieu và Lapresle 1980, phản ánh sự bền vững của vi rút herpes đơn nhân trong hệ thần kinh trung ương.

1.1.5. Chẩn đoán viêm não vi rút herpes simplex

Chẩn đoán viêm não do vi rút herpes simplex cũng mang đặc tính của viêm não cấp nói chung.

Chẩn đoán viêm não cấp do vi rút dựa vào các biểu hiện chính sau đây:

- Biểu hiện tình trạng nhiễm trùng thường có sốt, sốt cao liên tục nhưng cũng có trường hợp không sốt hoặc sốt nhẹ.
- Rối loạn ý thức từ mức độ nhẹ như li bì đến hôn mê sâu
- Co giật toàn thân hoặc cục bộ hoặc liệt thần kinh khu trú
- Có biểu hiện rối loạn hành vi như kích thích hoặc tăng động.

Ngoài ra có thể thấy các biểu hiện bất thường ở dịch não tủy và cộng hưởng từ não, kết quả dương tính ở phản ứng polymerase hoặc Elisa tùy theo loại vi rút gây bệnh. Tổn thương nhu mô não có thể thấy trong hình ảnh MRI não.

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán là phát hiện DNA của vi rút herpes simplex trong dịch não tủy bằng phản ứng chuỗi polymerase (PCR)⁶⁰. Xét nghiệm này có độ nhạy rất cao (98%), độ đặc hiệu (94%) và dương tính sớm

trong quá trình bệnh. Trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm polymerase, điều trị viêm não do vi rút herpes simplex nên được bắt đầu sớm nếu đã có triệu chứng lâm sàng gợi ý, cơ hội vàng tác dụng điều trị của thuốc acyclovir đối với vi rút herpes simplex.

Tổn thương não vùng thái dương hoặc trán thái dương một hoặc hai bên bán cầu khá đặc hiệu thấy trong viêm não do vi rút herpes simplex. Giai đoạn sớm của bệnh hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sẽ thấy ở phù não khu trú ở vùng thái dương hoặc trán thái dương một hoặc hai bên. Giai đoạn muộn sẽ thấy các ổ viêm hoại tử hoặc chảy máu, giai đoạn di chứng sẽ thấy các ổ dịch hoặc nang dịch (hình 1.2). Nếu cộng hưởng từ hoặc chụp cắt lớp vi tính não cấp thấy tổn thương trên và sốt, điều trị Acyclovir sớm là được chỉ định.

1.1.6. Di chứng sau viêm não cấp và sau viêm não do vi rút herpes simplex

Nếu bệnh nhi không được điều trị đặc hiệu sớm, bệnh sẽ tiến triển nặng dẫn tới hôn mê và có thể tử vong. Một số ít trường hợp qua được giai đoạn cấp nhưng thời gian phục hồi kéo dài và thường để lại di chứng thần kinh nặng nề. Các di chứng thường gặp là ^{61,62,63}.

• Về thần kinh

- Rối loạn vận động
 - + Liệt vận động: Liệt nửa người, liệt tứ chi.
 - + Rối loạn trương lực cơ: Tăng hoặc giảm trương lực cơ.
 - + Rối loạn phản xạ gân xương: Tăng hoặc giảm phản xạ gân xương.
 - + Động kinh cục bộ hoặc toàn bộ.
 - + Hội chứng ngoại tháp: Múa giật, múa vờn, run...
- Rối loạn thần kinh thực vật và dinh dưỡng: Tăng tiết đờm dãi, tăng tiết mồ hôi, rối loạn thân nhiệt.
- Rối loạn ngôn ngữ: Thất ngôn, ú ớ, chỉ nói được từ đơn⁶⁴.

• **Về tâm trí**

- Nhóm tăng động: động tác tự động, uốn éo, lắc lư, lang thang...
 - Nhóm giảm động: bất động, giảm động, giảm ý chí và mất ý chí. Các di chứng này có nguồn gốc từ tâm - vận động.
 - Rối loạn cảm xúc: khóc cười vô cớ, lo lắng, hung dữ, buồn rầu, sợ sệt...
 - Rối loạn trí nhớ: rối loạn ý thức, giảm chức năng trí tuệ, không nhớ được toàn bộ một phần các sự việc mới xảy ra hoặc cả những sự việc cũ, giảm hoặc mất trí nhớ...
 - Biến đổi nhân cách: gồm rối loạn nhân cách kiểu nhi tính hóa (thường gặp ở người lớn), lú lẫn, tăng hoạt động như nói nhiều, nói luôn miệng, bồn chồn và có thái độ hung dữ, tự kỷ, suồng sã, giảm hoạt động như làm lì, ít nói, ngại tiếp xúc, ở yên một chỗ. Những bệnh nhân bị di chứng này vừa không kiềm chế, vừa không ổn định cảm xúc, thường quan tâm ngoại cảnh một cách nhi tính.
- Các nghiên cứu về di chứng tâm vận động sau viêm não cấp và viêm não do vi rút HSV của các tác giả Việt Nam được tóm tắt theo bảng 1.1 dưới đây.

Bảng 1.1: Một số di chứng sau viêm não Nhật Bản B và viêm não cấp herpes simplex

Tác giả	Nguyễn Thị Thanh Vân 65	Nguyễn Thị Tú Anh 17	Đặng Minh Hằng 18	Lê Trọng Dụng 6	Hoàng Thế Kiên 66	Vũ Minh Điền 38	Nguyễn Kim Ngọc 67
Năm nghiên cứu	2001	2001	2003	2008	2009	2011	2013
Nguyên nhân	VNNB	VNNB	VNNB	HSV	VNNB	HSV	VN
Thời gian mắc bệnh	1 – 2	Sau3	<3	9-60	>3 năm	5-67	<30

	Tháng	năm	tháng	ngày			ngày	ngày
Số trường hợp	51	24	116	62	39	62	35	60
Tỷ lệ di chứng	94,1%				76,92%		92,31%	
Rối loạn thần kinh	Rối loạn ý thức	60,8%	68,1%	96,8%			91,43%	73,3%
	Co giật động kinh	8,3%	48,2%		43,59%		40,00%	
	Liệt vận động	90,2%	100%	100%	43,3%	48,6%		83,3%
	Rối loạn trương lực cơ	72,6%	87,5%	81,2%	86,6%	24,3%		73,3%
	Rối loạn Ngoại tháp	58,8%	80,2%	87,5%		54,0%		
	Rối loạn ngôn ngữ	62,8%	59,5%	90,6%	43,4%	21,6%	69,23%	63,3%
	Rối loạn nuốt	17,7%		77,4%				73,4%
	Rối loạn cơ tròn	54,9%	67,2%	87,1%		5,4%		83,4%
Rối loạn tâm trí	Rối loạn cảm xúc	49,0%		31,3%		48,6%		
	Rối loạn trí nhớ	66,7%		75,0%		49,5%	76,92%	
	Rối loạn hành vi tác phong	23,5%		63,8%		18,6%		73,3%
	Rối loạn hoạt động	35,3%		12,5%				
	Thay đổi tính tình	11,8%		18,8%				

1.1.7. Điều trị sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex

Việc điều trị mới chỉ dừng lại ở điều trị triệu chứng và hỗ trợ^{20, 68,22}.

❖ Dừng thuốc:

– Chống rối loạn trương lực cơ và các động tác bất thường: thuốc giãn cơ, thuốc chống Parkinson...

– Chống co giật, động kinh và các trạng thái kích động: thuốc an thần, thuốc chống động kinh.

– Chống bội nhiễm: kháng sinh.

❖ Phục hồi chức năng:

– Nguyên tắc phục hồi chức năng^{69,70,71}:

+ Càng sớm càng tốt.

+ Phối hợp nhiều kỹ thuật phục hồi chức năng (phụ lục 3)

+ Theo mốc phát triển của trẻ.

– Mục đích:

+ Kiểm soát trương lực cơ và giữ tư thế đúng.

+ Tạo các mẫu vận động chủ yếu: kiểm soát đầu, lăn, ngồi dậy, quỳ, đứng, phản xạ thăng bằng.

+ Phòng ngừa co rút và biến dạng.

+ Dạy các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, vui chơi và các hoạt động khác.

– Các phương pháp phục hồi chức năng cho trẻ di chứng viêm não^{72,73}.

a. Vận động trị liệu (phụ lục 3)

Có nhiều phương pháp vận động để phục hồi chức năng cho trẻ di chứng viêm não như: tập theo tầm vận động thụ động, tập tích cực chủ động, tập theo phương pháp Bobath... Trong đó, các kỹ thuật tạo thuận vận động là hệ thống các bài tập tạo thuận dựa trên các mốc phát triển về vận động thô: kiểm soát đầu, cổ, lẫy, ngồi, bò, đứng, đi, chạy đang được áp dụng tại một số trung tâm phục hồi chức năng.

b. Hoạt động trị liệt (phụ lục 3)

Các kỹ thuật cơ bản bao gồm:

- Huấn luyện khả năng sử dụng hai tay: kỹ năng cầm nắm đồ vật, kỹ năng vớ cầm...
- Huấn luyện khả năng sinh hoạt hàng ngày: kỹ năng ăn uống, mặc quần áo, đi giày dép, vệ sinh cá nhân...

c. Xoa bóp trị liệu: là thao tác bằng tay tác dụng thư giãn cơ, tạo thuận cho vận động dễ dàng hơn.

d. Vật lý trị liệu:

Các phương pháp vật lý trị liệu bao gồm: Ánh sáng trị liệu, điện trị liệu, vận động trị liệu, dụng cụ trợ giúp và chỉnh hình, kéo giãn và xoa bóp.

Vật lý trị liệu có tác dụng phòng các biến chứng thứ phát về thần kinh cơ, cải thiện nâng cao vận động... Mục tiêu cơ bản của vật lý trị liệu là giảm tối thiểu khiếm khuyết, giảm tàn tật và tăng cường chức năng ở mức tốt nhất⁷⁴.

e. Ngôn ngữ trị liệu:

Đối với những trẻ thất ngôn nặng, mục tiêu chính là giúp trẻ và gia đình có một cách giao tiếp hiệu quả nhất.

Đối với những trẻ thất ngôn vừa phải, mục tiêu điều trị là giúp trẻ lấy ra, chọn từ và kết nối chúng lại.

Nguyên tắc giao tiếp giữa thầy thuốc với bệnh nhân:

- Thầy thuốc và bệnh nhân tham gia một cách bình đẳng với vai trò người gửi và nhận thông tin.
- Có sự trao đổi các thông tin mới.
- Bệnh nhân tự chọn cách giao tiếp để tìm hiểu thông tin mới tốt nhất.

f. Dụng cụ trợ giúp và chỉnh hình:

- Dụng cụ trợ giúp: ghế ngồi, khung xe tập đi, xe lăn...
- Dụng cụ chỉnh hình: nẹp, đai, áo cột sống^{116,34,36}.

h. Chăm sóc và dinh dưỡng:

- Dinh dưỡng: cung cấp thức ăn dễ tiêu, năng lượng cao, đủ muối khoáng và vitamin. Năng lượng đảm bảo cung cấp 50 – 60 Kcal/kg/ngày. Ăn từ lỏng đến đặc dần, nếu cần có thể nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày.
- Chăm sóc da, miệng, thường xuyên thay đổi tư thế để tránh tổn thương do đè ép gây loét và vỗ rung để tránh xẹp phổi và viêm phổi do ứ đọng.
- Hút đờm rãi thường xuyên.
- Chống táo bón.

1.2. THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo y học cổ truyền viêm não với các triệu chứng, chẩn đoán và điều trị tương đương với ôn bệnh.

Trong ôn bệnh có hai học thuyết bệnh lý về ôn bệnh được công nhận cho đến nay. Diệp Thiên Sĩ dùng thuyết về vệ khí dinh huyết để giải thích cơ chế bệnh sinh chỉ đạo cho chẩn đoán và điều trị. Nhưng trên thực tế lâm sàng dựa vào các triệu chứng ôn bệnh theo vệ khí dinh huyết của Diệp Thiên Sĩ chưa được hoàn chỉnh nên đời sau Ngô Cúc Thông đã bổ sung thêm học huyết tam tiêu để phân loại và giải thích cơ chế bệnh sinh của ôn bệnh. Đó là bộ sách ôn bệnh tiêu biểu là bộ sách đầy đủ nhất người đời sau tôn sùng và sử dụng cho đến nay.

Ở Việt Nam, Đại danh y Thiên sư Tuệ Tĩnh trong kho sách “Nam dược thần hiệu” cũng nói rõ về ôn bệnh nhất là các vị thuốc bắc thuốc nam dùng điều trị ôn dịch bệnh.

Cho đến nay ôn bệnh vẫn được vận dụng trong điều trị bệnh truyền nhiễm cụ thể như bệnh viêm não do vi rút herpes simplex.

Ôn bệnh nguyên nhân được xác định là ôn tà, là loại lệ dịch không phải lục dâm, có các triệu chứng về nhiệt và ảnh hưởng tới tân dịch (phần âm) gây nên các triệu chứng về sốt nóng, háo khát, miệng họng khô háo, tâm

phiền điên cuồng, co quắp liệt, nói nhảm hoặc nói khó câm hoặc bất tỉnh nhân sự. Trong điều trị dùng thuốc không được dùng thuốc nóng và có thể dùng châm cứu.

1.2.1 Bệnh nguyên

Xuất phát trên cơ sở của Nội kinh Nam kinh và thương hàn, các y gia đời sau dần dần dựa vào thực tế bệnh đã tổng hợp, bổ sung thành ôn bệnh.

Người xưa từng thời kỳ đã đưa ra nhiều thuyết giải thích về nguyên nhân gây bệnh giai đoạn đầu cho là lục âm, tân tà và lệ khí đều không phù hợp, cuối cùng thống nhất là ôn tà là nguyên nhân quyết định gây bệnh gọi là chủ nhân nếu có các hội chứng về nhiệt và ảnh hưởng tới phần âm và huyết dịch. Nguyên nhân ôn tà có khả năng gây bệnh được còn phụ thuộc thời tiết-khí tiết (là nguyên nhân dẫn dắt gọi là dụ nhân) và chính khí của cơ thể người bệnh (sức đề kháng) gọi là nguyên nhân do bẩm tố.

Tóm lại nguyên nhân chính là ôn tà, các nguyên nhân thuận lợi tạo điều kiện cho ôn tà gây bệnh còn phụ thuộc dụ nhân và bẩm tố.

1.2.2. Bệnh sinh và chứng hậu

Khi ôn tà cùng khí tiết (thời tiết) thừa cơ bẩm tố suy mà xâm nhập vào cơ thể gây bệnh. Quá trình phát triển của ôn bệnh được công nhận và ứng dụng cho đến nay do hai cơ chế sinh bệnh. Ôn tà gây bệnh từ biểu vào lý có thể nhanh hoặc chậm cho nên liên quan tới vệ, khí, dinh, huyết. Người đưa ra thuyết này là Diệp Thiên Sĩ, theo thuyết vệ, khí, dinh, huyết của Diệp Thiên Sĩ thì chưa có biểu hiện bệnh lý trên dưới và tạng phủ cho nên về sau Ngô Cúc Thông đã bổ sung cho hoàn chỉnh hơn là thuyết tam tiêu. Cho nên muốn nghiên cứu về ôn bệnh cần phải nghiên cứu theo hai học thuyết vệ khí dinh huyết và tam tiêu.

1.2.2.1. Bệnh sinh và chứng hậu của ôn bệnh theo vệ khí dinh huyết

Tà ở phần vệ: Ôn bệnh mới phát có các triệu chứng sốt, hơi sợ lạnh, nhức đầu, ho, hắt hơi, không có mồ hôi hoặc ít mồ hôi, rêu lưỡi trắng mỏng, lưỡi đỏ, mạch phù sắc. Đặc điểm của tà ở phần vệ là sốt, sợ lạnh; điều trị biểu chứng phần vệ thường dùng phương pháp tiết trệ thấu hãn.

Tà ở phần khí: Nhiệt tích ở phế: Thường thấy sốt, ho, khát, rêu lưỡi vàng; Nhiệt ở hung cách: Vùng cách mô bọc dọc, sốt, rêu lưỡi vàng; Nhiệt thịnh ở dương minh vị: Sốt cao, có mồ hôi, thở mạnh, nước tiểu vàng sẫm, rêu lưỡi vàng ráo. Mạch hồng đại; Nhiệt ở trường vị: Sốt cao, táo bón hoặc tiêu chảy (do nhiệt) đầy bụng, cứng đau, rêu lưỡi vàng dày khô hoặc xám đen, có gai. Mạch trầm thực hữu lực; Nhiệt uất ở thiếu dương: Nóng lạnh như sốt rét, sốt nhiều, sợ lạnh ít, đắng miệng, đau sườn, đau hoặc tức vùng thượng vị, lợm giọng, rêu lưỡi vàng, hơi nhớt. Mạch huyền sắc. Nếu nhiệt hiệp thấp thấy nóng lạnh lúc lên lúc xuống, tức ngực vùng thượng vị, nước tiểu ít; Thấp nhiệt phạm vào tỳ: Sốt âm ỉ bí tức vùng thượng vị, nôn mửa, nặng mình, chân tay mỏi, rêu lưỡi nhớt, mạch nhu hoãn.

Tà ở phần dinh: Nhiệt tà ở phần dinh: Lưỡi đỏ thẫm, không khát, bực dọc, mất ngủ không yên, nói lảm nhảm, mạch tế sắc. Phương pháp điều trị thanh dinh tiết nhiệt. Khi ôn tà mới vào phần dinh phương pháp điều trị là ngoại thấu nhiệt tà.

Tà ở phần huyết: Ôn tà vào phần huyết ngoài các triệu chứng bực dọc, mất ngủ, sốt nặng về đêm, không khát, thường thấy nôn ra máu, chảy máu cam, tiêu hoặc tiểu ra máu, ban chẩn, súc huyết, bực dọc phát cuồng. Đặc điểm của nhiệt ở phần huyết là lưỡi đỏ thẫm và các triệu chứng xuất huyết. Phương pháp điều trị: Lương huyết giải độc.

1.2.2.2. Bệnh sinh và chứng hậu theo tam tiêu

- **Tam tiêu:** Dựa vào các tạng phủ thuộc tam tiêu để nghiên cứu diễn biến và tiến trình của ôn bệnh. Quá trình khí hóa của Tam tiêu thực chất là mối liên quan phối hợp với nhau về phương diện công năng vận hành khí cơ của các tạng phủ để duy trì mọi hoạt động sống bình thường trong cơ thể con người.

+ *Triệu chứng thượng tiêu:*

Chủ yếu là triệu chứng bệnh ở hai kinh thủ thái âm phế và thủ quyết âm tâm bào. Ôn tà phạm vào phế có các triệu chứng: Sốt, sợ lạnh, không có mồ hôi hoặc ít mồ hôi, hơi khát, rêu lưỡi trắng mỏng, đầu và cạnh lưỡi đỏ, mạch phù sắc. Nếu biểu tà là thấp, lý tà là nhiệt uất ở phế có các triệu chứng: sốt, có mồ hôi, khát, ho suyễn, rêu lưỡi vàng, mạch sắc. Ôn tà vào thủ quyết âm tâm bào có các triệu chứng: mê man, nói nhảm hoặc nói ngọng, tay chân lạnh ngắt, lưỡi đỏ thẫm.

+ *Triệu chứng trung tiêu:*

Chủ yếu là triệu chứng của ba kinh: Túc thái âm tỳ, túc dương minh vị, thủ dương minh đại trường. Vị làm chủ táo, tỳ làm chủ thấp. Tà vào trung tiêu mà táo hóa. Do các triệu chứng lâm sàng của thấp ôn là không sợ lạnh mà sợ nóng, buổi chiều càng nặng, mặt và mắt đều đỏ, tiếng nói nặng và đục, thở mạnh, táo bón, đái rất, rêu lưỡi vàng. Bệnh nặng thì rêu lưỡi xám đen, có gai là chứng thực nhiệt của trường vị ở dương minh. Tà vào trung tiêu mà thấp hóa gây sốt âm ỉ, ngực và trường vị tức, lợm giọng, buồn nôn, nặng mình, mỏi chân tay, rêu lưỡi nhớt, mạch hoãn là chứng thấp của thái âm tỳ không hoá.

+ *Triệu chứng hạ tiêu:*

Chủ yếu là triệu chứng của bệnh ở hai kinh Túc thiếu âm thận và Túc quyết âm can. Tà nhiệt làm hao thận âm gây sốt, mắt đỏ, lòng bàn tay, bàn chân nóng, miệng và họng khô, tinh thần mỏi mệt, bực dọc mất ngủ, mạch hư. Nhiệt làm thận âm khô, ảnh hưởng đến can mộc nên lúc phong dấy lên thì chân tay run rẩy hoặc co giật, chân tay lạnh ngắt, tim đập mạnh.

Triệu chứng bệnh ở thủ thái âm phế thường là thời kỳ đầu của bệnh ôn nhiệt, triệu chứng bệnh ở túc dương minh vị thường là thời kỳ cực thịnh của ôn bệnh, ôn nhiệt. Triệu chứng bệnh ở Túc quyết âm can và túc thiếu âm thận là thời kỳ cuối của bệnh ôn nhiệt bệnh từ thủ thái âm phế truyền tà xuống trung tiêu là truyền thuận, truyền vào tâm bào là truyền nghịch. Bệnh ở trung tiêu không khỏi sẽ truyền đến can thận. Đó là tình hình diễn biến chung và không cố định ^{75,76,77}.

1.2.3. Các thể lâm sàng

1.2.3.1. Thời kỳ cấp theo các bài giảng về ôn bệnh có các thể lâm sàng từ nhẹ đến nặng như sau ⁷⁸:

• *Ôn tà vào phần vệ*

- Triệu chứng:

- + Sốt, sợ gió, nhức đầu, hơi khát, ho.
- + Đầu lưỡi đỏ, rêu mỏng.
- + Mạch phù sắc.

- Pháp điều trị: Giải biểu, thoát nhiệt.

• *Ôn tà vào phần khí*

- Triệu chứng:

- + Sốt cao, ra mồ hôi nhiều, nhức đầu, choáng váng, gáy cứng, buồn nôn, nôn.
- + Mặt đỏ, tâm phiền, đại tiện bí kết.
- + Mặt bần, răng khô, miệng khát, thích uống nước mát.
- + Mạch hồng đại.

- Pháp điều trị: Thanh khí thoát nhiệt

• *Ôn tà vào phần dinh*

- Triệu chứng:

- + Sốt cao gây co giật, mê sảng, hôn mê.
- + Mặt đỏ, khát, thích uống nước lạnh, uống vào vẫn không hết khát.
- + Tiểu tiện ngắn đỏ, đại tiện bí.
- + Rêu lưỡi vàng khô, mạch hồng hoạt sắc.

- Pháp điều trị: Thanh dinh tiết nhiệt.

• *Ôn tà vào phần huyết*

- Triệu chứng:

- + Sốt cao, co giật, hôn mê.
- + Chân tay co cứng.

+ Chảy máu: chảy máu cam, nôn ra máu, đại tiện ra máu, ban chẩn chảy máu dưới da.

+ Đại tiểu tiện không tự chủ.

+ Chất lưỡi đỏ tím, mạch tế sác.

- Phương pháp điều trị: Thanh nhiệt lương huyết

1.2.3.2. Thời kỳ hồi phục và di chứng

- Do nhiệt tà tác động mạnh và kéo dài làm tân dịch bị hao tổn, không nuôi dưỡng được cân cơ, kinh lạc bế tắc, các khiếu không thông, gây liệt nửa người, tứ chi, suy giảm trí tuệ.

- Ở giai đoạn này bệnh diễn biến rất phức tạp, tùy từng thời kỳ bệnh nhi sẽ có những biểu hiện lâm sàng khác nhau như sau ^{75,79}:

+ *Về âm hư*: Trẻ đêm nóng sáng mát, da thịt gầy róc, miệng họng khô, hết sốt hoặc chỉ còn sốt nhẹ mà không có mồ hôi, lòng bàn tay bàn chân nóng và đỏ, tinh thần mờ tối, nằm yên ít cử động. Đại tiện táo, nước tiểu vàng. Miệng họng khô, môi lưỡi đỏ, ít rêu không rêu, mạch tế sác. Pháp điều trị: dưỡng âm thanh nhiệt.

+ *Âm huyết hư sinh phong*: Trẻ thêm chân tay co cứng, co vắn, co giật. Tương đương với bệnh nhi giai đoạn bán cấp, có các rối loạn vận động, như các cơn tăng trương lực cơ, xoắn vắn, lệch trục chi hoặc cơ thể, múa vờn múa giật hoặc động kinh.

+ *Âm hư hỏa vượng* trẻ thêm mặt mắt đỏ, miệng môi khô đỏ, quấy khóc la hét, vật vã, mất ngủ nặng có thể đập phá, đánh những người xung quanh. Tương đương với bệnh nhi giai đoạn bán cấp có loạn thần do rối loạn tâm trí.

Pháp điều trị: Tư âm dưỡng huyết, chỉ kinh phong.

+ *Về khí huyết hư*: Đần độn, không nói, chân tay co cứng hoặc liệt, sắc mặt trắng nhợt, lưỡi nhợt, mạch tế sác. Pháp điều trị: bổ khí dưỡng huyết ^{80,81,82,83}.

+ *Đàm nhiệt*: Đàm rãi, nói khó, ho tức ngực, nhiều đờm, màu rêu vàng dính.
 Pháp điều trị: Thanh phế tiết nhiệt, hoá đàm bình suyễn.

Các pháp điều trị trên là để chữa vào gốc bệnh. Ngoài ra, tùy theo các triệu chứng kèm theo mà dùng thêm các pháp điều trị như trừ đàm thông lạc, khai khiếu tỉnh thần.

1.3. CHÂM CỨU VÀ CƠ CHẾ TÁC DỤNG CỦA CHÂM CỨU TRONG ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1.3.1. Khái quát về châm cứu

Châm cứu là một trong những phương pháp chữa bệnh độc đáo của y học cổ truyền phương Đông. Tổ chức Y tế Thế giới từ năm 1979 đã khẳng định châm cứu là một phương pháp chữa bệnh hữu hiệu và đã xây dựng danh pháp quốc tế về kinh huyệt châm cứu. Tác dụng của châm cứu là điều khí để điều hoà lại rối loạn âm dương trong cơ thể góp phần tiêu trừ bệnh tật^{84,85,86}.

1.3.2. Hào châm

Hào châm là phương pháp kinh điển của châm cứu. Phương pháp này sử dụng kim ngắn và nhỏ để châm vào huyết trên cơ thể, nhằm mục đích phòng và trị bệnh. Hào kim là loại kim có thân kim nhỏ, mũi kim nhọn, có nhiều loại dài ngắn khác nhau, trung bình dài từ 2-6cm, nhưng dài nhất không quá 6cm. Sau khi châm cho bệnh nhi đạt đắc khí, người thầy thuốc trực tiếp dùng tay để thực hiện các thủ thuật bổ tả, không có phương tiện hỗ trợ nào^{85,86,84}.

Hào châm dùng loại kim nhỏ nhọn để châm vào huyết, kết hợp thao tác nhuần nhuyễn và thuần thục của người thầy thuốc khi châm, giúp bệnh nhân ít đau. Phạm vi chữa bệnh của hào châm rất rộng, không kể nội khoa, ngoại khoa, phụ khoa, nhi khoa, cùng với ngũ quan, da liễu đều có thể chữa được, trong đó có những bệnh chữa rất hiệu quả. Chính vì vậy hào châm là một trong những phương pháp chữa bệnh thường được sử dụng để điều trị cho trẻ nhỏ, nhất là những bệnh phải điều trị dài ngày như bại não, tự kỷ... Hơn nữa,

khi hào châm người thầy thuốc thực hiện được những thao tác châm phù hợp lên huyệt vị của mỗi bệnh nhi cụ thể. Nên hào châm vừa đảm bảo hiệu quả điều trị nhưng lại tăng khả năng an toàn, nhất là khi điều trị cho bệnh nhi, là đối tượng bệnh nhân đặc biệt, rất nhạy cảm với châm cứu.

Chính vì những ưu điểm riêng trên, đến nay phương pháp châm này vẫn tiếp tục được sử dụng, khá phổ biến để điều trị nhiều loại bệnh.

1.3.3. Cơ chế tác dụng của châm cứu

***1.3.3.1. Cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - nội tiết - thể dịch*^{85,84,87}**

Châm cứu là một kích thích tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, có thể xuất hiện ngay tức thì sau khi châm và tác động vào huyệt, nhưng nhiều khi phải lưu kim lâu và điều trị nhắc đi nhắc lại nhiều lần, nhiều liệu trình mới thu được kết quả (vì ngoài vai trò của thần kinh ra còn có vai trò của nội tiết, thể dịch tham gia trong việc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý).

Vogralic, Kassin (Liên Xô), Chu Liễu và nhiều tác giả Trung Quốc; Vũ Xuân Quang, Mai Văn Nghệ (Việt Nam); Jean Bossy (Pháp) đã căn cứ vào vị trí tác dụng của nơi châm cứu mà đề ra ba loại phản ứng của cơ thể; trên cơ sở này để giải thích cơ chế tác dụng, hướng dẫn phương pháp học tập, sử dụng châm cứu cho dễ dàng và có kết quả tốt.

*** Phản ứng tại chỗ**

Châm hay cứu vào huyệt là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ.

Những phản xạ đột trực của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng đến sự vận mạch, nhiệt, sự tập trung bạch cầu... làm thay đổi tính chất của tổn thương, giảm sung huyết, bớt nóng, giảm đau.

Phản ứng tại chỗ có ý nghĩa thực tiễn lâm sàng khá lớn, là cơ sở của phương pháp điều trị tại chỗ hay xung quanh nơi có tổn thương mà châm cứu dùng các huyệt gọi là á thị huyệt (thông điểm, thiên ứng huyệt).

****Phản ứng tiết đoạn***

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 những kích thích từ vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ có ảnh hưởng đến nội tạng cùng trên tiết đoạn đó.

Việc sử dụng các huyệt ở một vùng da để chữa bệnh của các nội tạng cùng tiết đoạn với vùng này sẽ gây ra một phản ứng tiết đoạn, gây ra các luồng xung động thần kinh hướng tâm. Những luồng này sẽ truyền xung động vào sừng sau tủy sống rồi chuyển qua sừng trước, từ đó bắt đầu phản xạ ly tâm, một là theo các cơ quan, nội tạng tương ứng, làm điều hoà mọi cơ năng sinh lý như bài tiết, dinh dưỡng... Việc sử dụng phản ứng tiết đoạn có nhiều ý nghĩa thực tiễn lớn vì nó có thể giúp cho người thầy thuốc châm cứu chọn những vùng da và huyệt ở một tiết đoạn thần kinh tương ứng với cơ quan nội tạng bị bệnh. Việc thành lập công thức châm cứu điều trị một số bệnh thuộc từng vùng được tiện lợi và dễ ứng dụng hơn. Mặt khác, theo quan điểm của phản ứng tiết đoạn giúp người học và ứng dụng châm cứu hiểu và giải thích được phương pháp dùng các du huyệt (ở lưng), mộ huyệt (ở ngực, bụng) và các huyệt ở xa (tay, chân) để châm cứu làm giảm đau một số bệnh thuộc nội tạng có cùng tiết đoạn thần kinh chi phối, đặc biệt là dùng các huyệt sát cột sống (hoa đà giáp tích) và các bồi du huyệt trong châm tê để phẫu thuật.

****Phản ứng toàn thân***

Qua thực tế lâm sàng chữa bệnh bằng châm cứu người xưa đúc kết được rất nhiều cách dùng huyệt. Một huyệt có thể chữa nhiều bệnh, một bệnh cũng có thể dùng nhiều công thức khác nhau và cùng là một loại bệnh trên cùng một bệnh nhân, nhưng tùy theo thời gian bị bệnh và thời gian điều trị mà thầy

thuộc châm cứu dùng các huyết khác nhau. Việc sử dụng các huyết theo các cách dùng huyết kể trên nhiều khi không nằm tại chỗ cơ quan bị bệnh và cũng có khi không nằm trên các tiết đoạn có liên quan với bệnh. Các nhà nghiên cứu châm cứu trong các trường hợp kể trên là thông qua tác dụng gây phản ứng toàn thân.

Thực chất, bất kỳ một kích thích nào đối với cơ thể cũng đều có liên quan tới hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Vậy sự phân chia ra phản ứng cục bộ tại chỗ, phản ứng tiết đoạn về sự liên quan cục bộ từng phần cơ thể thông qua hoạt động của tuỷ.

Khi nói tới phản ứng toàn thân, chúng ta cần nhắc tới nguyên lý về hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của Utomski, về cơ năng linh hoạt của hệ thần kinh của Wedansky, về các kích tố (hormon) và các chất trung gian hoá học thần kinh (acetylcholin, morphin).

Điểm quan trọng của phản ứng toàn thân là tác dụng đối với hệ thần kinh trung ương và thông qua hệ này là hệ thần kinh thực vật mà ảnh hưởng đến các cơ quan nội tạng và mọi tổ chức của cơ thể.

Sau khi châm, từng luồng xung động thần kinh không ngừng được dẫn truyền vào tuỷ sống (dẫn truyền xung động thần kinh là do các chất acetylcholin ...) từ đó dẫn truyền qua bó tuỷ lên hành não vỏ não.

Vogralic, Kassin và nhiều tác giả nghiên cứu điện não đồ trong khi châm thì thấy điện thế có những biến đổi lan toả toàn diện và đối xứng toàn thân, thường thấy sóng delta chậm hơn, có nhiều sóng không đều nhịp.

Tình trạng tinh thần luôn luôn căng thẳng gây ra các rối loạn tinh thần làm cho quá trình hưng phấn và ức chế của hoạt động thần kinh cao cấp bị rối loạn. Châm cứu có tác dụng điều chỉnh các trạng thái rối loạn đó, vì sau một đợt điều trị triệu chứng lâm sàng tốt hơn và điện não đồ biến đổi.

Một điểm quan trọng nữa của phản ứng toàn thân là các biến đổi về thể dịch và nội tiết. Thường trong khi châm và sau một đợt điều trị bằng châm cứu các chất sinh học như adrenalin, histamin, acetylcholin, morphinelin (đặc biệt là pendorphin) cũng có những biến đổi ảnh hưởng đến các hệ tuần hoàn, hô hấp, tiêu hoá, bài tiết, sự chuyển hoá các chất.

Nhiều tác giả nghiên cứu hoạt động của hệ tuyến yên, thượng thận sau châm thấy rõ tuyến tạo ra một kích tố (hormonotrope làm tăng hoạt động của một số tuyến nội tiết như tuyến thượng thận, giáp trạng, tuyến sinh dục...).

Người ta đã chứng minh được rằng châm cứu làm tăng bạch cầu ái toan (70-80%), các trường hợp châm làm lớp vỏ thượng thận bài tiết ra kích tố corticosterol cũng tương tự như tiêm vào cơ thể 20 đơn vị ACTH để kích thích thượng thận bài tiết chất này. Châm các huyết đại chủy (XIII-14) và thủy đột (V-10) và cứu giữa các đốt sống lưng có thể làm cho tuyến giáp trạng tạm thời ngừng tiết iod.

1.3.3.2. Cơ chế của châm cứu theo y học cổ truyền

Theo y văn cổ, cơ sở của châm cứu là kinh lạc và huyết. Kinh lạc là thuật ngữ chung của kinh mạch và lạc mạch, là một mạng lưới phân bố khắp toàn thân, trong tới tạng phủ, ngoài đến da, cơ, gân, xương, làm cho cơ thể thành một khối thống nhất. Huyết chủ yếu nằm trên kinh lạc và cả ở ngoài kinh lạc. Huyết là nơi thân khí hoạt động vào ra, được phân bố khắp phần ngoài cơ thể (biểu), nhưng không phải là hình thái tại chỗ của da, cơ, gân, xương. Kinh lạc bị rối loạn có vai trò lớn trong việc sinh ra bệnh tật. Kinh lạc hoạt động dưới tác động của kinh khí. Muốn điều hòa lại các rối loạn của kinh lạc phải sử dụng châm cứu, vì có tác dụng chính là điều khí, ngoài ra còn có tác dụng giảm đau hoặc làm hết đau. Thiên Thích tiết châm tả, sách Linh khu, viết: “Mục đích và phạm vi của việc dùng châm là để điều hòa khí”^{84,85,86,87}. Điều khí bản chất là điều hòa kinh khí âm dương, trên cơ sở tả cái thực của khí hữu

đư, bỏ cái hư của khí bất túc ở những vị trí khác nhau của cơ thể, do những tà khí khác nhau gây ra^{85,86,88,89}. Tả cái thực của khí hữu dư chính là để ngăn chặn và đuổi tà khí gây bệnh ra khỏi cơ thể (khu tà). Bỏ cái hư của khí bất túc nhằm phục hồi và nâng cao sức chống đỡ của cơ thể (phù chính). Âm dương được điều hòa, khí huyết được thông suốt, mọi bệnh tật có thể khỏi và mọi chứng đau sẽ hết. Điều này y học cổ truyền gọi là “Tăng cường chính khí để đuổi tà khí”.

Theo khoa học hiện đại, châm cứu có khả năng điều hòa chức năng các hệ thống, nhu mô trong cơ thể, tăng cường miễn dịch, phòng chống bệnh tật, và có khả năng giảm đau. Hai tác dụng này thường thể hiện đồng thời, hiệp đồng với nhau. Một trong hai tác dụng đó có thể chiếm ưu thế trong điều kiện bệnh lý nhất định. Kết quả của châm cứu là kết quả phối hợp của cả hai tác dụng. Cơ sở của các tác dụng này có thể giải thích như sau: Châm cứu có thể điều chỉnh các rối loạn sinh lý, sinh hóa ở mức độ nhất định, gây ra những quá trình biến đổi theo hướng có lợi cho sự sống của các nhu mô, giúp cho nhu mô duy trì được tính toàn vẹn, khả năng phản ứng và sự bền vững bình thường của nó. Vì vậy, châm cứu không gây trở ngại cho chức năng sinh lý bình thường của các mô, cơ quan, mà còn thúc đẩy khả năng phòng chống bệnh tật của cơ thể. Tuy nhiên, khả năng tự điều chỉnh này chỉ giới hạn ở một mức độ nhất định^{85,86}. Khi các tổn thương bệnh lý đã trở thành thực thể, khả năng của châm cứu rất hạn chế. Robert H. Bannermann, giám đốc Chương trình Y học cổ truyền của Tổ chức Y tế Thế giới, nêu tóm tắt như sau: Theo quan điểm của y học hiện đại, hiệu quả chính của châm cứu là điều hòa các chức phận của cơ thể, nâng cao sức chống đỡ, tăng cường chức năng hệ miễn dịch, các khả năng chống viêm, giảm đau, chống co thắt, chống choáng và chống liệt.

Phục hồi chức năng là một phương pháp nhờ đó người khuyết tật được hoàn trả lại sức khỏe và khả năng tự hoạt động trong cuộc sống của mình. Tác

dụng của châm cứu nổi bật trong lĩnh vực điều trị các rối loạn chức năng, nên nhiều nhà khoa học đã đặt châm cứu vào phạm vi chuyên ngành phục hồi chức năng của y học hiện đại. Phạm vi ứng dụng của châm cứu ngày càng được mở rộng. Châm cứu được sử dụng để điều trị triệu chứng hoặc các rối loạn chức năng trong hầu hết các bệnh, ở tất cả các chuyên ngành như nội, ngoại, sản, nhi...và cả chuyên ngành thần kinh.

Là một trong những phương pháp điều trị bệnh có nhiều hiệu quả. Châm cứu có tác dụng cơ bản là điều khí, khí hòa thì huyết hòa, huyết hoà thì kinh mạch thông sướng, âm dương được nuôi dưỡng, gân xương khoẻ mạnh, khớp linh lợi. Châm là tác động vào huyết để điều khí, điều chỉnh các rối loạn chức năng của kinh mạch tạng phủ^{85,86,88,90}.

Kinh lạc là nơi khí huyết vận hành để nuôi dưỡng và làm cho cơ thể khoẻ mạnh và chống lại các tác nhân gây bệnh.

Khi châm phải đạt được cảm giác đắc khí, châm bỗ hoặc tả tùy theo bệnh lý hư thực.

Nguyên tắc chọn huyết là “Kinh mạch sở quá, chủ trị sở cập”, “Tuần kinh thủ huyết” ý là kinh lạc qua vùng bệnh nào thì khi chữa phải chọn huyết trên đường kinh của vùng bệnh đó. Vì chọn đúng kinh để lấy huyết rất quan trọng cho nên lại viết “Ninh thất kỳ huyết, vô thất kỳ kinh” ý là thà lấy sai huyết, chứ không được lấy sai kinh.

Châm có tác dụng điều khí và giảm đau, ý là châm đúng huyết có tác dụng điều hoà kinh khí, kinh khí hoà thì huyết lưu thông trong kinh lạc được thông suốt điều hoà, huyết hoà thì hết ứ trệ và hết đau (thông thì không đau), và nuôi dưỡng âm dương, cân cơ, khớp tốt.

Trong di chứng sau viêm não cấp thường dùng châm để phục hồi chức năng như sau:

- Các phương pháp kinh điển: hào châm, nhĩ châm, mai hoa châm.
- Tân châm: Điện châm, trường châm, thuỷ châm, cây chỉ...

– Sự mất cân bằng về âm dương dẫn đến sự phát sinh ra bệnh tật và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều hoà âm dương.

Theo y học cổ truyền là thuộc tính hết thảy các sự vật trong vũ trụ. Hai mặt âm dương luôn luôn có quan hệ đối lập (mâu thuẫn) nhưng luôn luôn thống nhất với nhau quân bình một cách tương đối (bình hành) và nương tựa vào nhau (hỗ căn) để hoạt động, giúp cho cơ thể luôn thích ứng với hoàn cảnh xã hội, thiên nhiên.

+ Bệnh tật phát sinh ra là do mất cân bằng của âm dương. Sự mất cân bằng đó gây nên bởi các tác nhân gây bệnh bên ngoài (Tà khí lục dâm) hoặc do thể trạng suy nhược, sức đề kháng giảm (chính khí hư) hoặc do bất thường về mặt tinh cảm, tinh thần (nội nhân) hoặc cũng có khi do các nguyên nhân khác như thể chất của người bệnh quá kém, sự ăn uống nghỉ ngơi không điều độ.

Trên lâm sàng, bệnh lý biểu hiện hoặc hàn hoặc nhiệt, hoặc hư hoặc thực (hư hàn thuộc về âm, thực nhiệt thuộc về dương) nhiều khi bệnh tật rất phức tạp. Có 12 đường kinh chính (mỗi đường kinh mang tên một tạng hoặc một phủ nhất định) và hai mạch quan trọng là mạch Nhâm và mạch Đốc. Khi tạng phủ có bệnh thường có những biểu hiện thay đổi bệnh lý trên các đường kinh mang tên nó hoặc trên các đường kinh có mối liên quan biểu lý với tạng phủ có liên quan với nó. Ngược lại, khi kinh lạc có bệnh cũng ảnh hưởng đến chức năng các tạng phủ có liên quan. Chẩn đoán bệnh dựa vào phương pháp chẩn đoán chung, kết hợp với phương pháp chẩn đoán kinh lạc (kinh lạc chẩn). Khi điều trị bằng châm cứu, người ta tác động vào các huyết trên các kinh mạch nhằm làm lưu thông khí huyết, giải quyết vấn đề kinh lạc bị bế tắc, làm cho sự vận hành của kinh khí được thông suốt.

Trên cơ sở học thuyết kinh lạc, tùy theo nguyên nhân gây bệnh, tình trạng của cơ thể, người ta chú trọng đặc biệt đến các vấn đề sau:

- Châm kim phải đặc khí
- Hư thì bổ, thực thì tả
- Dựa vào sự liên quan giữa tạng phủ và đường kinh, người ta phối hợp sử dụng các huyệt tại chỗ với các huyệt ở xa (thường ở tay, chân)...

1.4. NGHIÊN CỨU Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX

1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Hà Triệu Kỳ tổng kết kinh nghiệm của các thầy thuốc Trung Quốc từ thập kỷ 60 đến 1994 có một số nghiệm phương và phương pháp châm cứu hiệu quả rất tốt điều trị di chứng viêm não.

Về thuốc thường dùng bài Tĩnh não thang, Trị mạn kinh thang với các vị khai khiếu tinh thần như Xương bồ, Uất kim..., chỉ kinh phong như Địa long, Toàn yết... để chữa trẻ em di chứng viêm não đần độn, không nói, người gầy yếu, liệt nửa người, hoặc tứ chi, thỉnh thoảng lên cơn co giật hoặc co cứng.

Về châm sử dụng 14 huyệt điều trị rối loạn vận động^{91,92}.

Trong những năm gần đây Trung Quốc đã có nhiều công trình nghiên cứu điều trị di chứng viêm não.

Trương Hiểu Luy và cộng sự (2001) đã đánh giá tác dụng phục hồi di chứng sau VNNB ở 41 bệnh nhi tại tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc. 19 trường hợp được điều trị bằng thể châm, đầu châm kết hợp xoa bóp với các huyệt kiện não, tinh thần, ích trí. Các bệnh nhi còn lại điều trị phục hồi chức năng kết hợp với châm cứu và luyện tập tại nhà nhằm cải thiện chức năng vận động và ngôn ngữ. Sau điều trị nhóm kết hợp tập phục hồi chức năng cải thiện về vận động tốt hơn, thời gian hồi phục rút ngắn hơn so với nhóm điều trị bằng Trung y đơn thuần⁹³

Lý Trung Thành (2007) dùng bài Thanh nhiệt lương huyết giải độc thang kết hợp y học hiện đại, điều trị cho 86 trường hợp viêm não thấy có hiệu quả tốt 86 trường hợp (100%), so với nhóm điều trị đơn thuần bằng y học hiện đại cho 89 bệnh nhân có hiệu quả là 74 trường hợp (83%)⁹⁴.

Lý Lệ Hoa, Tống Lê Vĩ (2008) dùng bài Thanh khai linh kết hợp y học hiện đại điều trị cho 41 trường hợp viêm não thấy có hiệu quả tốt là 37 trường hợp (90%)⁹⁵.

Châu Hải Lan, Lý Hóa Đông (2011) nghiên cứu 90 trường hợp bị viêm não, trong đó 60 trường hợp kết hợp với Trung y chia làm hai nhóm, nhóm 1 dùng bài Tĩnh não thang điều trị 30 trường hợp, nhóm 2 dùng An cung ngư hoàng hoàn điều trị 30 trường hợp, còn 30 trường hợp xếp vào nhóm 3 dùng đơn thuần y học hiện đại. Kết quả điều trị cho thấy ở nhóm 1 và nhóm 2 đạt kết quả tốt (100%), ở nhóm 3 đạt kết quả tốt ít hơn (83%)⁹⁶.

Trong nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả kết hợp Trung y và y học hiện đại điều trị di chứng viêm não virus của tác giả Trương Thúy Hoa (2013), hai nhóm đối tượng đều được điều trị nền với các thuốc y học hiện đại kháng vi rút và các thuốc điều trị triệu chứng. Nhóm nghiên cứu gồm 80 bệnh nhi được dùng thêm Thanh não thang sắc uống hàng ngày, kết hợp đầu châm và thể châm. Nhóm chỉ dùng y học hiện đại đơn thuần gồm 90 bệnh nhi. Kết quả thu được: Nhóm có kết hợp Trung y có tỷ lệ khỏi là 93,7%, nhóm chỉ dùng y học hiện đại đơn thuần thì tỷ lệ khỏi thấp hơn là 77,7%⁹⁷.

Tại Bệnh viện Đại học Bắc Hoa (Cát Lâm, Trung Quốc), Hồ Lâm Xuân và cộng sự (2013) theo dõi hiệu quả phối hợp y học hiện đại và Trung y (đầu châm) trong điều trị di chứng viêm não vi rút cho 80 bệnh nhi từ tháng 1/2010 đến tháng 5/2012. Sau điều trị nhóm kết hợp hiệu quả đạt 90%. Trong khi sử dụng y học hiện đại đơn thuần hiệu quả chỉ đạt 77,5%. Như vậy, phương pháp kết hợp y học hiện đại và Trung y có hiệu quả rõ rệt trong điều trị di chứng viêm não vi rút ở trẻ em⁹⁸.

Các nghiên cứu này đều cho thấy điều trị viêm não và di chứng viêm não bằng kết hợp y học hiện đại với Trung y cho hiệu quả tốt hơn so với sử dụng y học hiện đại đơn thuần.

1.4.2. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam

Theo các kết quả nghiên cứu trong nước, viêm não cấp vẫn là vấn đề nổi trội nhất trong các bệnh truyền nhiễm ở trẻ em. Hậu quả sau giai đoạn cấp là các di chứng thần kinh tâm thần trầm trọng.

Châm cứu là một trong những phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc đã sử dụng lâu đời. Đã có nhiều công trình phục hồi chức năng cho các bệnh nhi di chứng viêm não, chủ yếu tập trung vào phục hồi vận động bằng châm cứu. Các phương pháp đã sử dụng như hào châm, gõ kim hoa mai, nhĩ châm, điện châm... Đã khẳng định được châm cứu mang lại kết quả điều trị tốt^{15,16}.

Năm 1994-1996, Nguyễn Tài Thu và cộng sự tiến hành đề tài cấp Bộ: “Tân châm phục hồi di chứng vận động sau viêm não”, cho kết quả khởi, đỡ cao. Tháng 11 năm 1997, Nguyễn Tài Thu tiếp tục tiến hành đề tài cấp nhà nước “Điện châm phục hồi vận động cho 120 bệnh nhi di chứng viêm não” với tỷ lệ khởi và đỡ nhiều chiếm 82,5%, bệnh nhi đỡ ít 17,5%⁹⁹.

Nguyễn Tài Thu, Phạm Văn Giao và cộng sự (1996)¹⁵.

Nguyễn Bá Quang (2004) tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, điều trị 51 bệnh nhi viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp, bằng điện mãng châm, cho kết quả khởi và đỡ từ 49,2 - 92,2%, đặc biệt đối với liệt vận động đạt kết quả tốt 49,2%, bệnh nhi đến điều trị sớm dưới một tháng có kết quả cao hơn so với đến muộn¹⁰⁰.

Bùi Việt Chung (2013) tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, đánh giá tác dụng phương pháp điện châm kết hợp thủy châm Methylcobal phục hồi chức năng vận động trên 60 bệnh nhi sau viêm não. Kết quả khả năng phục hồi vận động của bệnh nhi sau viêm não ở nhóm dùng điện châm kết hợp thủy châm Methylcobal cho kết quả tốt hơn, 53,3% bệnh nhi khởi liệt hoặc chỉ còn liệt nhẹ, các rối loạn ngoại tháp phục hồi tốt, tăng khả năng vận động chủ động¹⁰¹.

Nguyễn Kim Ngọc (2013), Trường Đại học Y Hà Nội, đánh giá hiệu quả phục hồi rối loạn tâm thần - vận động của Lục vị hoàn phối hợp điện châm cho 60 bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp từ 1 đến 6 tuổi. Bệnh nhi chia làm hai nhóm, nhóm 1 dùng điện châm kết hợp Lục vị hoàn, nhóm 2 điện châm đơn thuần. Kết quả thấy ở nhóm 1 chức năng vận động trở về bình thường 16,7% cao hơn nhóm 2 là 6,7%, độ liệt trung bình nhóm 1 cũng thấp hơn nhóm 2, tăng chỉ số phát triển theo test Denver II cả bốn khu vực, vận động thô, ngôn ngữ, vận động tinh tế - thích ứng và cá nhân - xã hội⁶⁷.

Nguyễn Thị Vinh (2014). Trường Đại học Y Hà Nội, đánh giá tác dụng của Tri bá địa hoàng thang kết hợp hào châm, trong phục hồi chức năng vận động – tâm trí ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp kết quả thấy: 40% bệnh nhi khỏi liệt hoàn toàn, dịch chuyển độ liệt trung bình theo thang Henry là $2,57 \pm 1,07$, cao hơn so với nhóm chứng. Tăng khả năng vận động chủ động theo thang điểm Orgogozo, điểm Orgogozo tăng trung bình $45,5 \pm 17,63$. Kết quả điều trị còn cho thấy có tác dụng phục hồi chức năng tâm trí trên các đối tượng bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp¹⁰².

Hoàng Ngọc Tám (2015). Trường Đại học Y Hà Nội, so sánh cây chỉ và hào châm trong phục hồi chức năng vận động ở 60 bệnh nhi sau viêm não giai đoạn 3 đến 12 tháng. Sau điều trị thấy nhóm cây chỉ có 13,3% khỏi liệt hoàn toàn, 80% đỡ tương đương với kết quả của nhóm hào châm¹⁰³

Các nghiên cứu này đánh giá tác dụng của châm cứu, nhưng đối tượng nghiên cứu tập trung vào viêm não Nhật Bản hoặc di chứng viêm não chung. Đến nay vẫn chưa có công trình nào công bố về việc phục hồi chức năng tâm - vận động cho bệnh nhi di chứng viêm não do vi rút herpes simplex bằng hào châm.

1.5. CÁC TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TÂM-VẬN ĐỘNG Ở TRẺ MẮC VIÊM NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng: Test Denver không phải là loại trắc nghiệm đánh giá phát triển về trí tuệ (test IQ), vì các trắc nghiệm đánh giá về trí tuệ chỉ được áp dụng cho những trẻ em từ 7 tuổi trở lên.

Mục đích chính của Test Denver II là nhằm đánh giá mức độ phát triển tâm lý - vận động ở trẻ nhỏ từ sơ sinh đến 6 tuổi và giúp phát hiện sớm những tình trạng chậm phát triển ngay từ trong giai đoạn 6 năm đầu đời, từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời. Trắc nghiệm này phù hợp với đối tượng nghiên cứu. Test Denver còn được dùng để so sánh sự phát triển của trẻ ở các lĩnh vực trên với các trẻ khác ở cùng độ tuổi. Trắc nghiệm Denver II phát triển tâm vận động theo các mốc tuổi, đánh giá 4 khu vực: Vận động thô, vận động tinh, ngôn ngữ, cá nhân xã hội. Test kiểm tra một cách khá toàn diện sự phát triển của trẻ, tập trung vào 4 lĩnh vực:

- *Khu vực cá nhân - xã hội*: gồm 25 mục đánh giá khả năng nhận biết bản thân, chăm sóc bản thân và thiết lập quan hệ tương tác với người khác.
- *Khu vực vận động tinh tế - thích ứng*: gồm 29 mục đánh giá khả năng vận động khéo léo của đôi tay và khả năng quan sát tinh tế của đôi mắt.
- *Khu vực ngôn ngữ*: gồm 39 mục đánh giá khả năng lắng nghe và đáp ứng với âm thanh, khả năng phát âm, và sau cùng là khả năng phát triển ngôn ngữ (nghe hiểu và nói).
- *Khu vực vận động thô*: gồm 32 mục đánh giá khả năng phát triển các vận động toàn thân và khả năng giữ thăng bằng của cơ thể.
 - Thang điểm đánh giá độ liệt của Henry (1984).
 - Thang điểm Ashworth cải biên (Modified Ashworth scale: MAS) đánh giá mức độ tăng trương lực cơ của Bohannon và Smith, 1987.
- Các thang điểm này sẽ được trình bày rõ hơn trong phần phụ lục nghiên cứu.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bao gồm 103 bệnh nhi bị di chứng sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex từ 6 tuổi trở xuống, không phân biệt giới tính, được chuyển đến từ Bệnh viện Nhi Trung ương, từ tháng 11/2014 đến tháng 07/2021 đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhi theo y học hiện đại: ^{20,104}.

Tất cả bệnh nhi trong nghiên cứu điều trị đã được chẩn đoán là viêm não cấp do vi rút herpes simplex.

Lâm sàng và chẩn đoán PCR dịch não tủy dương tính hoặc tổn thương não do vi rút herpes simplex trên cộng hưởng từ

** Tiêu chuẩn chọn bệnh nhi sau viêm não cấp*

- Về lâm sàng: Tất cả bệnh nhi vào điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương ở sau giai đoạn cấp

+ Bệnh nhi hết sốt.

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở trong phạm vi ổn định.

+ Có một hoặc nhiều các dấu hiệu rối loạn ý thức, co giật kiểu động kinh, dấu hiệu thần kinh khu trú, rối loạn hành vi tác phong.

+ Rối loạn trương lực cơ: Tăng hoặc giảm.

+ Liệt vận động: Liệt nửa người, liệt chi...

+ Dấu hiệu ngoại tháp: Tăng trương lực cơ kiểu ngoại tháp, run, múa giật, múa vờn, và các động tác khác...

- Về cận lâm sàng:

+ Có xét nghiệm chẩn đoán PCR dịch não tủy dương tính với vi rút herpes simplex.

+ Có kết quả cộng hưởng từ sọ não: Phù não khu trú hoặc lan toả, có thể thấy hình ảnh chảy máu và hoại tử thùy thái dương, hoặc trán thái dương.

- Bệnh nhi được sự đồng ý của gia đình cho tham gia vào nghiên cứu
- Tuân thủ đầy đủ liệu trình điều trị

2.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán chọn bệnh nhi theo y học cổ truyền:

- Bệnh nhi điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương có các triệu chứng về rối loạn vận động - tâm thần thông qua Tứ chẩn, bát cương để phân loại thể là âm hư hay âm huyết hư sinh phong.

- Bệnh nhi được chẩn đoán ôn bệnh thời kỳ thương âm thấp trở kinh lạc (giai đoạn hồi phục và di chứng sớm của viêm não do vi rút herpes simplex).

- Thuộc các thể âm hư, âm huyết hư sinh phong theo sách “Nhi khoa Y học cổ truyền”, của Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017)^{78,105}.

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán phân thể bệnh theo y học cổ truyền

Thể Tứ chẩn	Âm hư	Âm huyết hư sinh phong
Vọng	Người gầy, tinh thần mờ tối, nằm yên ít cử động, sắc mặt hồng hoặc đỏ, lòng bàn tay bàn chân đỏ, chất lưỡi đỏ, ít rêu, môi khô, đỏ. Chỉ văn tay chìm và tía.	Người gầy, tinh thần mờ tối, nằm yên ít cử động, sắc mặt hồng hoặc đỏ, lòng bàn tay bàn chân đỏ, chất lưỡi đỏ, ít rêu, môi khô, đỏ. Chỉ văn tay chìm và tía. Chân tay co cứng, co vắn, co giật hoặc run giật, múa vờn, múa giật liên tục hoặc từng cơn.
Văn	Tiếng khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng, hơi thở hôi.	Kích thích, quấy khóc, vật vã, la hét.
Vấn	Sốt âm ỉ kéo dài, đại tiện táo, tiểu vàng sẫm màu.	Khó ngủ, mất ngủ kéo dài.
Thiết	Lòng bàn tay, bàn chân nóng, mạch tế đới sắc hoặc sắc.	Lòng bàn tay, bàn chân nóng, mạch tế đới sắc hoặc sắc.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhi có bệnh nhiễm trùng hoặc bệnh cấp tính khác kèm theo.
- Bệnh nhi nghi rối loạn vận động do các bệnh chuyển hoá tiên triền.
- Bệnh nhi và gia đình không tuân thủ điều trị, bỏ hào châm từ bốn ngày trở lên hoặc gia đình tự mang bệnh nhi đi châm cứu, xoa bóp thêm ngoài bệnh viện.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng mở, có đối chứng, so sánh trước sau điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp

$$n_1 = n_2 = Z^2_{(\alpha,\beta)} \times \frac{2pq}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

Ta được $Z^2_{(\alpha,\beta)}=10,5$ (tra bảng giá trị của $Z^2_{(\alpha,\beta)}$ khi biết α, β ; với $\alpha = 0,05$ và $\beta= 0,1$

$$p_1 = 0,75, q_1 = 1 - p_1 = 0,25$$

$$p_2 = 0,95, q_2 = 1 - p_2 = 0,05$$

p_1 : Tỷ lệ bệnh nhi khởi và đỡ nhóm nghiên cứu trước ¹⁷

p_2 : Tỷ lệ bệnh nhi khởi và đỡ nhóm chứng

Thay số vào công thức trên ta có kết quả $n = 50$ bệnh nhi là cỡ mẫu tối thiểu cần phải thu thập. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi đã lấy được 103 bệnh nhi trong khoảng thời gian nghiên cứu, đáp ứng yêu cầu về cỡ mẫu tối thiểu.

Sau khi chọn bệnh nhi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, sẽ phân bố ngẫu nhiên bệnh nhi vào hai nhóm bằng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên ¹⁰⁶.

2.2.3. Nội dung và cách tiến hành nghiên cứu

2.3.3.1. Tuyển chọn bệnh nhi

- Tuyển chọn bệnh nhi từ các bệnh nhi di chứng viêm não điều trị nội trú tại Khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Xác định lại chẩn đoán viêm não do vi rút herpes simplex ở bệnh nhi được chuyển đến từ Khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương theo phác đồ chẩn đoán thống nhất đã được thông qua của Bộ Y tế ban hành^{20,68}. Các bệnh nhi có di chứng do viêm não do vi rút herpes simplex đã được xem xét lại về bệnh án gốc của khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương để bổ sung các chi tiết cần thu thập cho mục tiêu nghiên cứu của đề tài.

- Hồi cứu lại các triệu chứng lâm sàng chung của viêm não cấp và viêm não do vi rút herpes simplex.

- Kiểm tra kết quả xét nghiệm PCR.

- Xác định các tổn thương não trên cộng hưởng từ của bệnh nhi và xem lại kết quả cộng hưởng từ của bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh lâu năm có kinh nghiệm.

- Khám và đánh giá các di chứng về tâm - thần kinh theo y học hiện đại do nghiên cứu sinh và thầy hướng dẫn thực hiện.

- Khám và đánh giá các di chứng bệnh theo tứ chẩn của y học cổ truyền do nghiên cứu sinh và thầy hướng dẫn thực hiện.

- Bệnh nhi được hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng một cách hệ thống theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Xác định phác đồ nền điều trị thống nhất cho 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

- Xác định phác đồ điều trị hào châm, thống nhất kỹ thuật hào châm cho

kỹ thuật viên và nghiên cứu sinh cùng thực hiện.

- Giải thích cho gia đình về hiệu quả của hào châm sau khi can thiệp: Cải thiện về chức năng vận động và tâm trí được đánh giá qua các thang đo mức độ co cứng hoặc mức độ liệt của Henry, thang điểm đánh giá độ co cứng cơ Ashworth cải biên (MAS). Trắc nghiệm đánh giá phát triển tâm-vận động Denver II trước và sau can thiệp.

2.2.4. Nội dung và phương pháp đánh giá nghiên cứu

2.2.4.1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở các bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex

Xác định đối tượng cho nghiên cứu can thiệp có so sánh hai nhóm điều trị, nhóm hào châm + phác đồ nền (gọi là nhóm nghiên cứu) và nhóm chỉ điều trị phác đồ nền đơn thuần (gọi là nhóm chứng). Xác định đối tượng nghiên cứu ở trong nhóm chứng phải tương đồng về tuổi, giới, mức độ di chứng hay bệnh tật với đối tượng nghiên cứu trong nhóm can thiệp hào châm. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 103 bệnh nhi bị di chứng sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex. Các bệnh nhi được chia thành hai nhóm: Nhóm nghiên cứu 53 bệnh nhi, nhóm chứng 50 bệnh nhi bằng dùng phương pháp bắt thăm ngẫu nhiên.

Chung cho cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều sử dụng điều trị phác đồ nền đồng nhất:

***Phác đồ nền:** Được áp dụng chung cho tất cả bệnh nhi bị di chứng điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền.

- Tập luyện cho bệnh nhi mục đích tăng cường cơ lực, vận động chức năng và phòng co rút biến dạng^{70,71,107} do kỹ thuật viên phục hồi chức năng thực hiện.

Kỹ thuật:

+ Vận động trị liệu: Tập vận động theo tâm ở các khớp. Xoa bóp cơ tay chân và thân mình; Tạo thuận vận động: Tạo thuận nâng đầu bằng tay; Tạo thuận lẫy; Thăng bằng ở tư thế ngồi trên sàn hoặc trên ghế; Tạo thuận bò trên đùi, tạo thuận ngồi xổm và ngồi đứng dậy.

+ Hoạt động trị liệu: bao gồm huấn luyện vận động tinh của hai bàn tay; Kỹ năng cầm đồ vật, Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày.

- Liệu trình: làm một lần/ngày, vào buổi sáng sau khi chườm xong 30 phút hoặc buổi chiều, trong suốt thời gian điều trị, kể cả khi nghỉ chườm (Do đây là bệnh cần được sự kết hợp của người nhà và thầy thuốc, gia đình được các kỹ thuật viên hướng dẫn tập luyện cho bệnh nhi (phụ lục 3))

- Thời gian: 15-20 phút/lần.

- Các thủ thuật làm từ nhẹ tăng dần lên, vừa sức chịu đựng của bệnh nhi, chú trọng tới những phần chi có rối loạn trương lực cơ nhiều.

- Thuốc: Liều lượng tùy theo lứa tuổi và cân nặng. Liều lượng ước lượng cho bệnh nhi = (Diện tích bề mặt cơ thể (m^2)) x liều lượng người lớn /1,73 (phụ lục 4)

- Thuốc y học hiện đại

- Thuốc tăng cường tuần hoàn não: Piracetam liều dùng 50mg/kg cơ thể chia 2 lần/ngày, uống sáng - chiều.

- Thuốc y học cổ truyền: Sử dụng một số chế phẩm của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương sản xuất đạt tiêu chuẩn cơ sở SKS: 060712, giúp hỗ trợ. Nâng cao thể trạng và kích thích tiêu hóa: Cốm bổ tỳ 1 gói 10g. Dạng cốm tan bột mịn, giúp bệnh nhi dưới 6 tuổi dễ dàng sử dụng, hấp thu nhanh. Uống 1 gói 1 lần, trước bữa ăn, ngày 2 lần sáng - chiều. Hoà với 50ml nước nóng.

Liều lượng: < 1tuổi: 1 gói/ngày

1 - 3 tuổi: 2 gói/ngày

3 - 6 tuổi: 2-3 gói/ngày

An thần nhẹ, chống kích thích: Chè an thần 3g/gói x 2-3 gói/ngày, mỗi lần dùng 1 gói nhúng vào 100ml nước sôi, uống trưa - tối.

Co cứng nhưng chưa lệch trục cơ thể, ngủ ít: 02 gói/ngày

Co cứng xoắn vặn nhiều, lệch trục cơ thể, vật vã mất ngủ: 03 gói/ngày.

• Nhóm nghiên cứu hay nhóm được hào tâm: được sử dụng phác đồ huyết vị của khoa Nhi Bệnh viện YHCT Trung ương.

***Phương tiện nghiên cứu**

- Kim hào tâm vô khuẩn dùng một lần, làm bằng thép không gỉ, dài 2-3cm, đường kính 0,1mm đầu nhọn. Xuất xứ kim: Hãng Đông Á, Việt Nam.

- Bông vô khuẩn, cồn 70°.

- Pince không máu vô khuẩn, khay quả đậu.

- Trắc nghiệm Denver II (phụ lục 6)

- Thang điểm Henry

- Thang điểm Ashworth

*** Chất liệu nghiên cứu**

+ Công thức huyết: Theo công thức của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương hiện đang sử dụng. Xây dựng dựa trên triệu chứng lâm sàng của các rối loạn về tâm trí, vận động và biến chứng luận trị y học cổ truyền, đã được khẳng định có hiệu quả trong điều trị phục hồi chức năng di chứng viêm não chung, viêm não Nhật Bản qua nhiều nghiên cứu^{66,67, 84,102}.

Bảng 2.2. Công thức huyết điều trị

Di chứng	Huyệt	Thủ thuật
Rối loạn vận động chi trên	Kiên ngưng (II.15), Kiên tinh (XI.21), Khúc trì (II.11), Thủ tam lý (II.10), Ngoại quan (X.5), Hợp cốc (II.4), Bát tà (Ex), Giáp tích C3-C7 (Ex),	Bình bổ bình tả
Rối loạn vận động chi dưới	Hoàn khiêu (XI.30), Phong thị (XI.31), Dương lăng tuyền (XI.34), Tuyệt cốt (XI.39), Giải Khê (III.41), Thái xung (XII.3)	Bình bổ bình tả
	Túc tam lý (III.36), Tam âm giao (IV.6)	Bổ
Rối loạn vận động ở thân	Phong trì (XI.20), Đại chùy (Đc.14), Đại trử (VII.11), Giáp tích C3-C6 (Ex), Giáp tích L2-L5 (Ex)	Bình bổ bình tả
	Thận du (VII.23), Đại trường du (VII.25)	Bổ
Nói khó	Thượng liên tuyền (Ex), Bàng liên tuyền (Ex), Á môn (XIII.15), Chi câu (X.6)	Bình bổ bình tả
Rối loạn Cơ tròn	Trung cực (XIV.3), Quan Nguyên (XIV.4), Khí hải (XIV.6)	Bình bổ bình tả
Rối loạn tâm trí	Nội quan (IX.6), Thần môn (V.7), Tam âm giao (IV.6)	Bổ

- Vị trí và cách xác định các huyệt theo (Phụ lục 4)

Tuy số lượng huyệt trong phác đồ lớn, nhiều huyệt nhưng hàng ngày châm luân phiên 8 - 10 huyệt, thời gian mỗi lần 30 phút ở một trong hai tư thế:

- Tư thế bệnh nhi nằm ngửa: Châm các huyệt ở chân tay.
- Tư thế nằm sấp: Châm các huyệt vùng gáy, lưng, thắt lưng.
- Liệu trình: Hào châm một lần trong ngày, vào buổi sáng.

Mỗi liệu trình: Châm 5 ngày/tuần, nghỉ 2 ngày thứ bảy và chủ nhật, trong 6 tuần.

Chống chỉ định: Tạm thời dừng châm khi bệnh nhi sốt do nhiễm khuẩn cơ hội như viêm phế quản, viêm phổi, viêm đường tiết niệu, thủy đậu... Tuy nhiên số ngày tạm dừng châm không quá bốn ngày.

Chúng tôi chọn thủ thuật châm bổ, bình bổ bình tả do trước vào viện, trẻ vừa trải qua tình trạng bệnh lý cấp tính nên thể trạng đang còn suy kiệt.

Thủ pháp châm^{86,84,89}: Chọn phương pháp bổ-tả theo “Nghênh tùy” (theo hướng của mũi kim châm)

- Châm bổ: Mũi kim châm thuận theo hướng đi của kinh

- Châm tả: Mũi kim châm nghịch với hướng đi của kinh, lưu kim 30 phút.

Châm bình bổ bình tả: Châm kim với tốc độ vừa phải. Sau khi gây được cảm giác đặc khí rồi cường độ kích thích tiếp cũng vừa phải, giữa mức bổ và mức tả. Lưu kim 15 đến 20 phút

Kỹ thuật: Việc châm kim lên huyết phải nhẹ nhàng, dứt khoát, đạt yêu cầu về “Đặc khí”, khi châm xong thấy cảm giác kim bị nút chặt, da vùng huyết đỏ lên.

Đảm bảo vô khuẩn kim và hai bàn tay của người thầy thuốc.

- Các bước tiến hành

+ Thủ thuật

Bước 1.

+ Xác định và sát trùng da vùng huyết

+ Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng châm

Bước 2. Châm kim vào huyết theo các thì sau:

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết, tay phải châm kim qua da vùng huyết nhanh, dứt khoát.

Thì 2: Dùng một lực đều, đẩy kim từ từ theo hướng đã định (hai ngón tay vẫn căng da vùng huyết), đến khi đạt được cảm giác “Đặc khí”.

(Người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim. Người thực hiện cảm giác kim nút chặt tại vị trí huyết).

Bước 3. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

Châm ngày 1 lần, thời gian 30 phút/lần.

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị.

Đánh giá kết quả điều trị và so sánh giữa hai nhóm

*** Nội dung và phương pháp đánh giá các biến nghiên cứu theo y học hiện đại**

- Tuổi bệnh nhi được tính theo tháng, được chia thành 4 nhóm tuổi: 6 đến < 12 tháng, 12 đến <24 tháng, ≥ 24 đến < 36 tháng, ≥ 36 đến 72 tháng. Mốc tuổi này theo cách chia nhóm tuổi của trắc nghiệm Denver II về phát triển tâm- vận động ở trẻ dưới 6 tuổi ^{63,108,109}.

- Sự phân bố bệnh nhi theo giới giữa hai nhóm

- Sự phân bố bệnh nhi theo thời gian mắc bệnh. Chúng tôi lấy mốc dưới 35 ngày (được tính từ khi bệnh nhi mắc bệnh vào điều trị viêm não herpes simplex cấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương đến khi được chuyển sang điều trị phục hồi chức năng tại Khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương) và mốc trên 35 ngày từ khi mắc bệnh dựa trên số bệnh nhi sớm nhất vào khoa điều trị là 25 ngày và vào muộn nhất là 38 ngày. Điều này tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu về thời gian vào điều trị viêm não cấp do vi rút herpes simplex ¹⁰. Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện có trung vị là 5 ngày, sớm nhất 1 ngày muộn nhất 18 ngày. Cộng thời gian điều trị thuốc Acyclovir 21 ngày, thời gian bệnh nhân tạm ổn .

- Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị giữa hai nhóm:

+ Rối loạn ý thức: Chưa nhận biết được, biết lạ quen, tiếp xúc tốt.

+ Rối loạn ngôn ngữ: Thất vận ngôn hoàn toàn, có âm nhưng chưa có tiếng, nói được từ đơn, nói được câu ngắn, không rối loạn

+ Rối loạn nuốt: Chỉ ăn lỏng được, ăn đặc, nuốt bình thường

+ Rối loạn cơ tròn: Chưa tự chủ, tự chủ được theo lứa tuổi

+ Rối loạn thần kinh thực vật: Tăng tiết đờm dãi, tăng tiết mồ hôi, rối loạn thân nhiệt.

- Tình trạng thể chất: SDD độ I, II, III

Tình trạng suy dinh dưỡng được phân loại theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2007 (WHO-2007) ^{110,111}.

- + Không suy dinh dưỡng: trở về cân nặng bình thường theo tuổi.
- + Suy dinh dưỡng độ I: cân nặng còn 70 - < 80% so với cân nặng trẻ bình thường cùng tuổi.
- + Suy dinh dưỡng độ II: cân nặng còn 60 - < 70% so với cân nặng trẻ bình thường cùng tuổi.
- + Suy dinh dưỡng độ III: cân nặng còn dưới 60% so với cân nặng trẻ bình thường cùng tuổi.
- Mức độ liệt theo thang điểm Henry

Bảng 2.3. Đánh giá mức độ liệt theo thang điểm Henry

Mức độ liệt	Triệu chứng
Không liệt	Vận động bình thường
Liệt độ I (nhẹ)	Giảm sức cơ, còn vận động chủ động được
Liệt độ II (vừa)	Nâng được chi lên khỏi mặt giường, hạn chế động tác chủ động
Liệt độ III (nặng)	Còn co duỗi được chi khi tỳ đè lên mặt giường
Liệt độ IV (rất nặng)	Chỉ còn biểu hiện cơ cơ nhẹ
Liệt độ V (hoàn toàn)	Không còn biểu hiện cơ cơ

- Chỉ số phát triển về tâm thần - vận động theo trắc nghiệm Denver II (DQ) trước và sau điều trị, ở bốn khu vực: Cá nhân - xã hội, vận động tinh tế, ngôn ngữ, vận động thô (phụ lục 5) ^{108, 111, 112}.

+ Để tính chỉ số phát triển của trẻ chúng tôi thực hiện như sau: Sử dụng kết quả đánh giá trắc nghiệm Denver II để biết được tuổi phát triển của trẻ ở từng khu vực. Tính tỷ lệ phần trăm giữa tuổi phát triển của trẻ so với tuổi thực để được chỉ số phát triển và xếp loại theo các mốc ^{108,109, 111}.

$$\text{Chỉ số phát triển (DQ)} = \frac{\text{Tuổi phát triển}}{\text{Tuổi thực}} \times 100\%$$

+ Cách đánh giá:

- Phát triển bình thường: $DQ \geq 70\%$.
- Chậm phát triển mức độ nhẹ: $50\% \leq DQ < 70\%$.
- Chậm phát triển mức độ vừa: $30\% \leq DQ < 50\%$.
- Chậm phát triển mức độ nặng: Mức phát triển $< 30\%$

* ***Các biến nghiên cứu lâm sàng theo Y học cổ truyền***

+ Bệnh nhi có sốt, lòng bàn chân tay nóng, đỏ, chất lưỡi hồng hoặc đỏ ít rêu, nước tiểu vàng ít, lơ đờ hoặc kém linh hoạt, không nói.

+ Tinh thần mờ tối, mệt mỏi hay quấy khóc hay nằm im không cử động.

+ Đại tiểu tiện không tự chủ.

- Phân bố các triệu chứng bệnh nhi theo thể bệnh y học cổ truyền:

Giai đoạn sau của viêm não trong y học cổ truyền gặp ba thể là: Âm hư, âm huyết hư sinh phong và khí huyết hư. Nghiên cứu chỉ chọn bệnh nhi ở hai thể âm hư và âm huyết hư sinh phong theo y học cổ truyền do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhi vừa qua giai đoạn cấp, thời gian mắc bệnh dưới 25 ngày^{105,75,76,77}.

2.2.4.2. Đánh giá tác dụng của hào châm trong phục hồi chức năng tâm-vận động ở bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex

Chỉ tiêu theo dõi

- Các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị: Rối loạn ý thức, mức độ liệt vận động, rối loạn trương lực cơ, hội chứng ngoại tháp, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn phản xạ nuốt, rối loạn dinh dưỡng, rối loạn cơ tròn.

- Mức độ liệt được khảo sát theo thang phân độ của Henry (1984)^{61,62,63,71}. Mức độ liệt được tính theo đoạn chi có độ liệt nặng nhất, theo:

- Chỉ số phát triển về tâm thần - vận động theo trắc nghiệm Denver II (DQ) trước và sau điều trị, ở bốn khu vực: Cá nhân-xã hội, vận động tinh tế, ngôn ngữ, vận động thô (phụ lục 5)^{56,108,110,112,113,114}.

Đánh giá kết quả được thực hiện ở các thời điểm: Trong tuần đầu vào viện (T_0), sau 2 tuần điều trị (T_2), sau 4 tuần điều trị (T_4) và sau 6 tuần điều trị (T_6)

*** Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị theo y học hiện đại**

- Đánh giá và so sánh các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị của hai nhóm

+ Rối loạn ý thức: Chia thành các mức độ:

- Rối loạn rất nặng: Ngủ gà.
- Rối loạn nặng: Thức, không tiếp xúc được.
- Rối loạn vừa: Tỉnh, biết lạ quen, khó tiếp xúc.
- Rối loạn nhẹ: Tỉnh, hiểu lời, tiếp xúc chậm.
- Không rối loạn: Tỉnh táo, tiếp xúc tốt (ý thức bình thường).

+ Rối loạn vận động ngôn ngữ: Chia thành các mức độ:

- Rối loạn rất nặng: Thất vận ngôn hoàn toàn.
- Rối loạn nặng: Ú ớ, có âm không có tiếng.
- Rối loạn vừa: Nói được từ đơn.
- Rối loạn nhẹ: Nói được câu ngắn.
- Không rối loạn: Nói bình thường.

+ Rối loạn nuốt: Chia thành các mức độ:

- Rối loạn nặng: Không nuốt được, phải nuôi ăn qua ống xông mũi dạ dày
- Rối loạn vừa: Nuốt chậm, chỉ ăn lỏng được.
- Rối loạn nhẹ: Nuốt khá hơn, đã ăn đặc được, nhưng nuốt còn chậm.
- Không rối loạn: Ăn uống bình thường.

+ Rối loạn cơ tròn: Có chú ý đến đặc điểm sinh lý của trẻ cùng lứa tuổi.

- Rối loạn nặng: Đại tiện tiện không tự chủ.
- Rối loạn vừa: Đại tiện tự chủ, tiểu tiện không tự chủ.
- Rối loạn nhẹ: Đại tiện tiện lúc tự chủ lúc không.
- Không rối loạn: đại tiện tiện tự chủ hoặc trở về mức bình thường của trẻ cùng lứa tuổi.

+ Rối loạn thân kinh thực vật:

- Rối loạn thân nhiệt: Trẻ sốt $\leq 38^{\circ}\text{C}$ nhưng các chỉ số viêm (công thức bạch cầu, CRP) đều âm tính.
- Tăng tiết đờm dãi.

- Tăng tiết mồ hôi.

- Các triệu chứng rối loạn vận động

+ Biên đổi phản xạ gân xương: Có thể tăng, giảm hay hỗn hợp.

- Không rối loạn: phản xạ gân xương bình thường.
- Rối loạn nhẹ: phản xạ gân xương tăng hoặc giảm rất ít so với bình thường, ít ảnh hưởng tới vận động.
- Rối loạn vừa: Phản xạ gân xương tăng hoặc giảm rõ, ảnh hưởng một phần tới vận động.
- Rối loạn nặng: Phản xạ gân xương tăng hoặc giảm rất rõ, ảnh hưởng rất nhiều tới vận động.

+ Trương lực cơ:

- Không rối loạn: Trương lực cơ bình thường.
- Rối loạn nhẹ: Rối loạn trương lực cơ nhẹ ít ảnh hưởng tới vận động, nhưng chưa về mức bình thường.
- Rối loạn vừa: Rối loạn trương lực cơ ảnh hưởng một phần vận động.
- Rối loạn nặng: Rối loạn trương lực cơ ảnh hưởng nhiều đến vận động.

+ Rối loạn vận động: Có thể gặp co cứng nửa người, hay tứ chi hoặc loạn vận động, hoặc thất điều.

+ Đánh giá trương lực cơ theo thang điểm của Ashworth cải biên ^{112,113,115}

- Đánh giá và so sánh điểm Ashworth giữa hai nhóm trước và sau điều trị.

+ Mức độ liệt vận động theo thang điểm Henry

- Đánh giá và so sánh điểm Henry của hai nhóm trước và sau điều trị
- Đánh giá và so sánh điểm Henry chênh trung bình sau điều trị so với trước điều trị của hai nhóm, sau điều trị giữa hai nhóm.
- Đánh giá và so sánh điểm liệt Henry trung bình của hai nhóm trước và sau điều trị.

- Hiệu quả phục hồi chức năng tâm thần-vận động theo trắc nghiệm Denver II

+ Đánh giá và so sánh chỉ số phát triển của hai nhóm trước và sau điều trị ở khu vực vận động thô.

+ Đánh giá và so sánh chỉ số phát triển của hai nhóm trước và sau điều trị ở khu vực vận động tinh tế.

+ Đánh giá và so sánh chỉ số phát triển của hai nhóm trước và sau điều trị ở khu vực ngôn ngữ.

+ Đánh giá và so sánh chỉ số phát triển của hai nhóm trước và sau điều trị ở khu cá nhân - xã hội.

*** *Đánh giá kết quả điều trị theo y học cổ truyền:***

- Đánh giá và so sánh hiệu quả điều trị theo các thể bệnh Y học cổ truyền của hai nhóm.

- Đánh giá tác dụng phụ của phương pháp hào châm tác động đến cơ thể

+ Các diễn biến cơ học không mong muốn xảy ra trong quá trình điều trị bằng hào châm:

Khi hào châm có thể gặp các diễn biến bất thường như vụng châm, nhiễm trùng nơi châm, chảy máu nơi châm, gãy kim...Nhất là khi thực hiện hào châm trên trẻ nhỏ trong nghiên cứu này, do trẻ không hợp tác khi châm. Vì vậy việc theo dõi các diễn biến này và tần suất xuất hiện của từng loại là hết sức cần thiết và được thực hiện trong suốt thời gian nghiên cứu.

+Tác động của hào châm lên các yếu tố huyết học cơ bản: Khảo sát các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu. Các xét nghiệm này được làm tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương hai lần, lúc vào và khi ra viện để so sánh kết quả.

❖ *Phương pháp đánh giá kết quả*

Hiệu quả của hào châm đối với các rối loạn trên được phân theo 3 mức độ: Khỏi, đỡ, không đỡ^{18,116,62,63,22}.

*** *Rối loạn ý thức:***

- Khỏi: Trẻ tỉnh táo, tiếp xúc tốt (ý thức bình thường).

- Đờ: Có chuyển biến tốt hơn, nhưng vẫn chưa về bình thường (tỉnh táo, tiếp xúc tốt). Như từ ngủ gà sang thức, không tiếp xúc được...

- Không đờ: Ý thức không thay đổi hoặc xấu đi, như từ thức, không tiếp xúc được, sang ngủ gà.

* **Rối loạn vận động ngôn ngữ:** thường gặp là mất vận ngôn hoàn toàn, phát âm không thành tiếng, nói khó.

- Khởi: Nói được bình thường

- Đờ: Rối loạn này có thuyên giảm. Như từ chỗ mất vận ngôn hoàn toàn, sang phát được âm không thành tiếng...

- Không đờ: Rối loạn này không có tiến triển gì thêm.

* **Rối loạn nuốt:**

- Khởi: Ăn uống trở lại bình thường.

- Đờ: Ăn uống tốt lên nhưng vẫn chưa trở lại bình thường. Như từ nuôi ăn qua ống thông mũi-dạ dày sang ăn lỏng, từ ăn lỏng sang ăn đặc nhưng nuốt còn chậm.

- Không đờ: Ăn uống vẫn kém như lúc vào hoặc xấu đi, như từ ăn lỏng sang nuôi ăn qua ống thông mũi dạ dày.

* **Rối loạn cơ tròn:**

- Khởi: Trở lại đại tiểu tiện tự chủ.

- Đờ: Đại tiểu tiện lúc tự chủ, lúc không.

- Không đờ: Đại tiểu tiện không tự chủ hoặc vẫn ở mức khi vào viện.

* **Rối loạn thần kinh thực vật:**

+ Tăng tiết đờm dãi:

- Khởi: Hết chảy nước dãi, không còn ho sặc đờm, hết tiếng đờm khò khè khi thở.

- Đờ: Các triệu chứng kể trên đều giảm nhưng chưa hết hẳn.

- Không đờ: Các triệu chứng kể trên không giảm, hoặc nặng thêm.

+ Tăng tiết mồ hôi:

- Khỏi: Hết đổ mồ hôi.
- Đờ: Các triệu chứng kể trên đều giảm nhưng chưa hết hẳn.
- Không đờ: Các triệu chứng kể trên không giảm, hoặc nặng thêm.

+ Rối loạn thân nhiệt:

- Khỏi: Thân nhiệt về bình thường, dưới 37⁰C.
- Đờ: Thân nhiệt có giảm so với lúc vào, nhưng chưa trở về bình thường.
- Không đờ: Thân nhiệt không giảm so với lúc vào hoặc tăng lên.

*** Tình trạng suy dinh dưỡng hoặc suy kiệt:**

- Khỏi: Trở về cân nặng trung bình theo tuổi.
- Đờ: Có lên cân, nhưng chưa đạt được cân nặng trung bình theo tuổi.
- Không đờ: Không lên cân hoặc sụt cân.

*** Các triệu chứng rối loạn vận động:**

+ Biến đổi phản xạ gân xương:

- Khỏi: Phản xạ gân xương về bình thường.
- Đờ: Thay đổi theo chiều hướng tốt lên, như từ giảm phản xạ sang tăng...
- Không đờ: Phản xạ gân xương không thay đổi so với lúc vào.

+ Rối loạn trương lực cơ:

- Khỏi: Trương lực cơ trở về bình thường.
- Đờ: Rối loạn này nhẹ đi, nhưng vẫn chưa về bình thường. Như trương

lực cơ từ giảm sang tăng, hoặc từ quá tăng sang tăng.

- Không đờ: Rối loạn này không thay đổi, hoặc nặng thêm, như từ tăng sang quá tăng.

+ Rối loạn ngoại tháp: Thường phối hợp nhiều rối loạn trên một bệnh nhi.

- Khỏi: Hết hoàn toàn các rối loạn này.
- Đờ: Các rối loạn này trở nên kín đáo hơn, số lượng rối loạn mà mỗi bệnh nhi phải mang cũng giảm bớt.
- Không đờ: Các rối loạn này không thuyên giảm, thậm chí còn tăng

thêm về mặt mức độ hoặc số lượng.

*** Tình trạng liệt vận động:**

- Đánh giá mức độ tăng trương lực của cơ theo thang điểm Ashworth cải biên (Ashworth, 1964; Bohannon & Smith, 1987) ^{70,71,113}.

Bảng 2.4. Thang điểm đánh giá trương lực cơ Ashworth cải biên

Điểm	Triệu chứng
0	Không tăng trương lực cơ.
1	Tăng trương lực cơ nhẹ, biểu hiện bằng giữ lại và thả ra hoặc bằng kháng tối thiểu ở phần cuối của tầm vận động khi các phần chi thể bị ảnh hưởng chuyển động gập duỗi.
1(+)	Có tăng trương lực nhẹ, biểu hiện bằng giữ lại, sau đó có lực cản tối thiểu trong suốt phần còn lại của tầm vận động.
2	Nhiều điểm tăng trương lực cơ trong suốt tầm vận động, nhưng chi thể bị ảnh hưởng vẫn dễ dàng vận động.
3	Tăng trương lực cơ đáng kể, vận động thụ động khó khăn.
4	Chi thể bị ảnh hưởng rất cứng, khó gập duỗi.

- Đánh giá mức độ liệt theo Henry qua mối liên hệ với điểm sức cơ: Thang điểm Henry (1984) đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu tương tự ^{67,101,103,112}. Thang điểm đánh giá sức cơ chia 5 mức độ với số điểm tương ứng được trình bày trong bảng 2.5.

Bảng 2.5. Bảng điểm đánh giá sức cơ tương ứng với mức độ liệt theo thang Henry

Độ liệt theo Henry	Sức cơ	Điểm
Độ 0: không liệt	Co cơ thực hiện được hết tầm hoạt động của khớp, thắng được trọng lực chi thể và sức cản mạnh từ bên ngoài.	5 điểm
Độ I: liệt nhẹ	Co cơ thực hiện được hết tầm vận động của khớp, thắng được trọng lực chi thể và sức cản vừa phải từ bên ngoài.	4 điểm
Độ II: liệt vừa	Co cơ thực hiện hết tầm vận động của khớp và thắng được trọng lực chi thể.	3 điểm
Độ III: liệt nặng	Co cơ thực hiện được hết tầm vận động của khớp với điều kiện loại bỏ trọng lực của chi thể.	2 điểm
Độ IV: liệt rất nặng	Co cơ rất yếu, chỉ có co cơ nhẹ, có thể sờ thấy nhưng không tạo ra cử động của khớp.	1 điểm
Độ V: liệt hoàn toàn	Cơ liệt hoàn toàn, không còn biểu hiện co cơ.	0 điểm

* **Rối loạn tâm lý - vận động theo trắc nghiệm Denver II (DQ):** Đánh giá sự tiến bộ sau điều trị ở bốn khu vực: cá nhân - xã hội, vận động tinh tế, ngôn ngữ, vận động thô (phụ lục 5) ^{63,112}.

* **Đánh giá ảnh hưởng của phương pháp hào châm tác động đến cơ thể:**

- Các diễn biến cơ học không mong muốn của hào châm: theo dõi hàng ngày trong suốt quá trình hào châm, qua ghi chép trong bệnh án nghiên cứu.

- Tác động của hào châm lên các xét nghiệm cơ bản: khảo sát các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, có so sánh trước và sau điều trị.

*** Đánh giá kết quả chung về lâm sàng khi bệnh nhi ra viện:**

Nghiên cứu chủ yếu dựa vào đánh giá khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhi, chia làm bốn mức độ:

- Khởi: bệnh nhi độc lập hoàn toàn trong vui chơi, sinh hoạt.
- Di chứng nhẹ: bệnh nhi cần trợ giúp ít trong vui chơi, sinh hoạt.
- Di chứng vừa: bệnh nhi cần có sự trợ giúp trung bình trong sinh hoạt.
- Di chứng nặng: bệnh nhi cần phục vụ sinh hoạt tại chỗ hoàn toàn.

2.2.4.3. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bằng hào châm

Để tìm các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của hào châm, nghiên cứu tìm trong hồi phục độ liệt theo thang Henry, bao gồm:

- Thời gian mắc bệnh: tính từ khi có triệu chứng bệnh đến khi được điều trị bằng hào châm.

- Tuổi mắc bệnh của trẻ.
- Tình trạng thể chất của trẻ.
- Thể bệnh theo chẩn đoán y học cổ truyền.

- Hình ảnh tổn thương não trên phim chụp cộng hưởng từ: Vị trí tổn thương và số lượng vùng tổn thương não trên một bệnh nhi.

- Đánh giá kết quả chung.

2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU

+ Làm sạch số liệu: số liệu được kiểm tra tích đầy đủ thông tin trong bệnh án nghiên cứu.

+ Nhập số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0.

+ Xử lý và phân tích số liệu:

- Áp dụng thuật toán thống kê mô tả để mô tả đặc điểm thông tin chung bệnh nhi, đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền và YHHĐ của bệnh nhi (tính giá trị trung bình/tỷ lệ).

- Áp dụng trắc nghiệm thống kê test t ghép cặp (so sánh hai giá trị trung bình trước và sau điều trị), McNemar so sánh hai tỷ lệ ghép cặp.

Số liệu được xử lý tại Bộ môn Toán thống kê Trường Đại học Y Hà Nội.

****Phương pháp không chế sai số***

Xét nghiệm PCR và chụp cộng hưởng từ giúp chẩn đoán viêm não do vi rút herpes simplex được làm tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Bệnh nhi nghiên cứu nằm điều trị nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, được hướng dẫn đầy đủ về yêu cầu của điều trị, theo dõi và kiểm soát tốt việc tuân thủ điều trị trong suốt quá trình nằm viện.

Các số liệu được xử lý khách quan và trung thực.

2.4. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Từ tháng 11/2014 - tháng 7/2021. Tất cả các bệnh nhi đưa vào nghiên cứu sẽ được khám điều trị, theo dõi và đánh giá kết quả trong sáu tuần.

2.5. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Khoa nhi, Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương, số 29 Nguyễn Bình Khiêm, Hai Bà Trưng, Hà Nội.

2.6. KHÍA CẠNH ĐẠO ĐỨC CỦA ĐỀ TÀI

Đề tài nghiên cứu chỉ được tiến hành khi được sự đồng ý và cho phép của

- Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội.

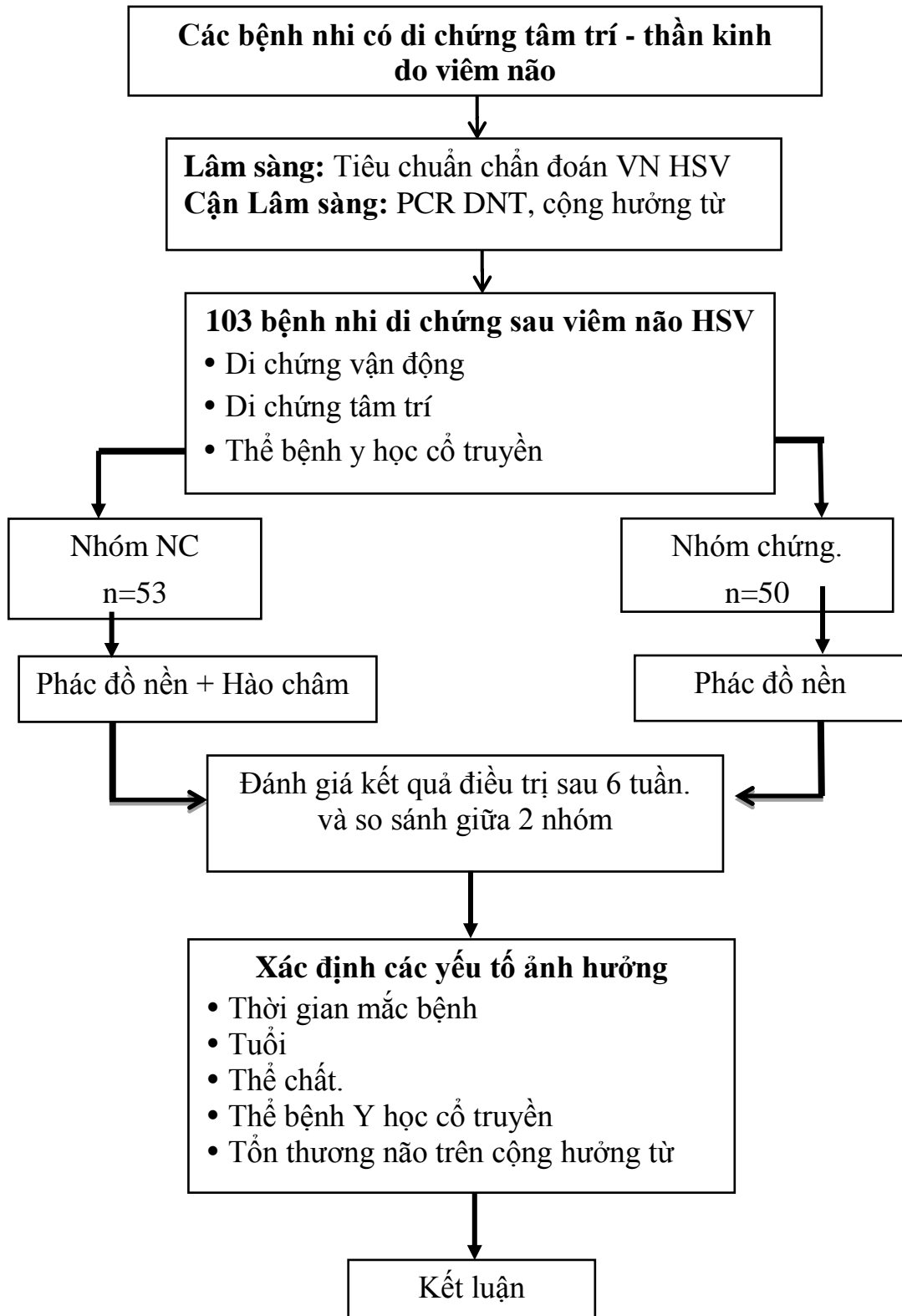
- Ban giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, Khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

Nghiên cứu chỉ nhằm nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhi, không nhằm mục đích nào khác.

Cha mẹ hoặc người giám hộ bệnh nhi đồng ý cho bệnh nhi tham gia nghiên cứu, được giải thích rõ ràng về mục đích, quyền lợi khi tham gia và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào nếu muốn.

- Kết quả của nghiên cứu này để tìm ra phương pháp điều trị hiệu quả, giúp phục hồi chức năng tâm-vận động sớm nhất và nhanh nhất cho các bệnh nhi sau viêm não do vi rút herpes simplex.

2.7. SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

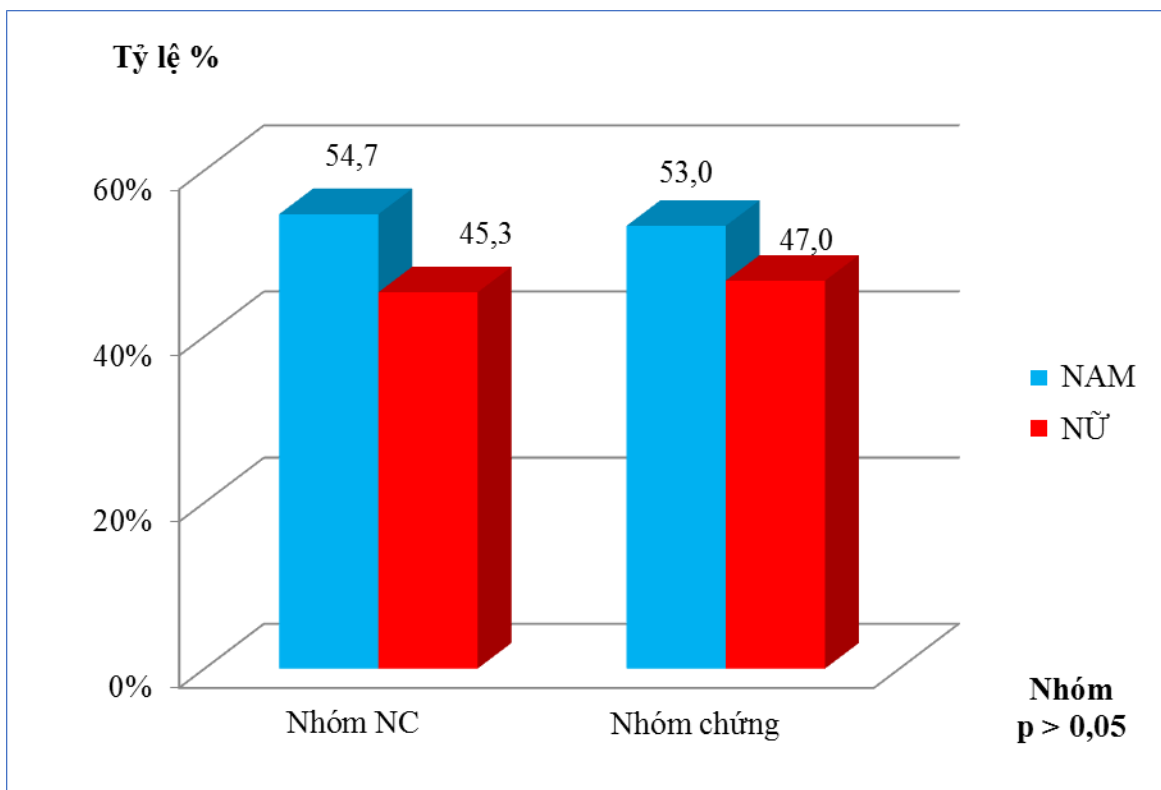


CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Phân bố bệnh nhi theo giới giữa hai nhóm



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhi theo giới giữa hai nhóm.

Nhận xét: Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 103 bệnh nhi viêm não sau cấp do vi rút herpes simplex. Số bệnh nhi được chia ra hai nhóm: Nhóm nghiên cứu hào châm 53 bệnh nhi, nhóm chứng 50 bệnh nhi. Ở cả hai nhóm nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh ở nam có xu hướng cao hơn nữ, tuy nhiên sự khác biệt về giới giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Phân bố bệnh nhi theo tuổi giữa hai nhóm:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhi theo tuổi giữa hai nhóm

Nhóm Tuổi (tháng)	Nhóm NC (n = 53)		Nhóm chứng (n = 50)	
	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
6 < 12	15	28,3	12	24,0
≥12 – < 24	17	32,1	18	36,0
≥24 – < 36	11	20,7	10	20,0
≥36 – 72	10	18,9	10	20,0
Tuổi trung bình $\bar{x} \pm SD$	23,13± 14,8		22,43± 14,3	
P_{NC-C}	> 0,05			

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 23,13± 14,8 tháng, nhóm chứng là 22,43 ± 14,3 tháng. Bệnh nhi có tuổi dưới 24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm nghiên cứu 60,4%, nhóm chứng 60%. Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Phân bố bệnh nhi theo thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm:

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhi theo thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm.

Thời gian mắc bệnh (ngày)		Nhóm NC (n=53)		Nhóm chứng (n=50)		P _{N-C}
		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Dưới 35 ngày		38	71,7	34	68,0	>0,05
Từ 35 ngày trở lên		15	28,3	16	32,0	
Bệnh nhi vào Khoa Nhi	Sớm nhất	25 ngày				
	Muộn nhất	38 ngày				
Thời gian mắc bệnh trung bình $\bar{x} \pm SD$		30,15 \pm 4,54		29,93 \pm 4,35		>0,05

Nhận xét: Bệnh nhi vào khoa sớm nhất là 25 ngày, muộn nhất 38 ngày. Bệnh nhi có thời gian mắc bệnh dưới 35 ngày chiếm đa số, nhóm nghiên cứu 71,1% và nhóm chứng 68%. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 30,15 \pm 4,54 ngày, nhóm chứng 29,93 \pm 4,35 ngày, không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm $p > 0,05$

3.1.4. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị của hai nhóm.

Bảng 3.3. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị ở hai nhóm

Triệu chứng		Nhóm NC (n=53)		Nhóm chứng (n=50)		P _{NC-C}
		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Rối loạn ý thức	Thức, chưa nhận biết được	41	77,4	40	80,0	>0,05
	Tỉnh, biết lạ quen	12	22,6	10	20,0	
	Tỉnh, hiểu lời	0	0	0	0	
	Tỉnh táo, tiếp xúc tốt	0	0	0	0	
Rối loạn ngôn ngữ	Thất vận ngôn hoàn toàn	33	62,3	32	64,0	>0,05
	Ú ớ, có âm chưa có tiếng	14	26,4	12	24,0	
	Nói được từ đơn	6	11,3	6	12,0	
	Nói được câu ngắn	0	0	0	0	
	Không rối loạn	0	0	0	0	
Rối loạn nuốt	Nuôi ăn qua ống xông	3	5,7	3	6,0	>0,05
	Nuốt chậm, chỉ ăn lỏng được	42	79,3	39	78,0	
	Nuốt chậm, đã ăn đặc được	8	15,9	8	16,0	
	Nuốt bình thường	0	0,0	0	0,0	
Rối loạn cơ tròn	Đại tiểu tiện không tự chủ	41	77,4	38	76,0	>0,05
	Đại tiểu tiện lúc tự chủ lúc không	7	13,2	10	20,0	
	Đại tiểu tiện tự chủ/trở về mức bình thường của lứa tuổi	2	3,8	2	4,0	
Rối loạn thần kinh thực vật	Tăng tiết đờm dãi	42	79,3	37	74,0	>0,05
	Tăng tiết mồ hôi	38	71,7	38	76,0	
	Rối loạn thân nhiệt	16	30,2	15	30,0	

Nhận xét: Các bệnh nhi của hai nhóm lúc vào phần lớn trong tình trạng tổn thương thần kinh tâm trí nặng nề: Chưa nhận biết 77,4% nhóm chứng, 80% nhóm nghiên cứu. 100% bệnh nhi có rối loạn ngôn ngữ ở các mức độ, đa số là thất vận ngôn. Hầu hết bệnh nhi ở hai nhóm đại tiểu tiện không tự chủ, nhóm nghiên cứu là 77,4%, nhóm chứng là 76%. Rối loạn ở mức độ nuốt chậm chỉ ăn lỏng, tỷ lệ ở nhóm nghiên cứu là 71,1%, nhóm chứng là 76%. Tăng tiết đờm dãi 79,3% nhóm nghiên cứu, 76% nhóm chứng. Thời điểm bắt đầu điều trị, nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ về các triệu chứng toàn thân.

Bảng 3.4. Trình trạng dinh dưỡng

Nhóm		Nhóm NC (n =53)		Nhóm chứng (n =50)		P _{NC-C}
		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Phân độ suy dinh dưỡng						
Không suy dinh dưỡng		14	26,4	13	26,0	> 0,05
Suy dinh dưỡng	Độ I	32	60,4	30	60,0	
	Độ II	7	13,2	7	14,0	
	Độ III	0	0,0	0	0,0	
Tổng		53	100	50	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi suy dinh dưỡng ở cả hai nhóm cao, nhóm nghiên cứu là 73,6%, nhóm chứng là 74%. Tuy nhiên không có bệnh nhi nào suy dinh dưỡng mức độ nặng (độ III). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Mức độ liệt vận động theo thang Henry trước điều trị của hai nhóm

Bảng 3.5. Mức độ liệt vận động theo thang Henry trước điều trị

Nhóm Độ liệt	Nhóm NC (n=53)		Nhóm Chứng (n=50)		P _{NC-C}
	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Không liệt	0	0,0	0	0,0	> 0,05
Độ I	2	3,8	2	4,0	
Độ II	8	15,1	8	16,0	
Độ III	22	41,5	21	42,0	
Độ IV	21	39,6	19	38,0	
Độ V	0	0,0	0	0,0	
Độ liệt trung bình $\bar{X} \pm SD$	3,17 ± 0,82		3,13 ± 0,81		>0,05

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhi ở hai nhóm lúc vào đều liệt vận động ở các mức độ khác nhau. Tỷ lệ liệt ở độ III và IV cao nhất, nhóm nghiên cứu là 81,1%, nhóm chứng 80%. Độ liệt trung bình của nhóm nghiên cứu là 3,17 ± 0,82 nhóm chứng là 3,13 ± 0,81. Sự khác biệt về độ liệt trước điều trị giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

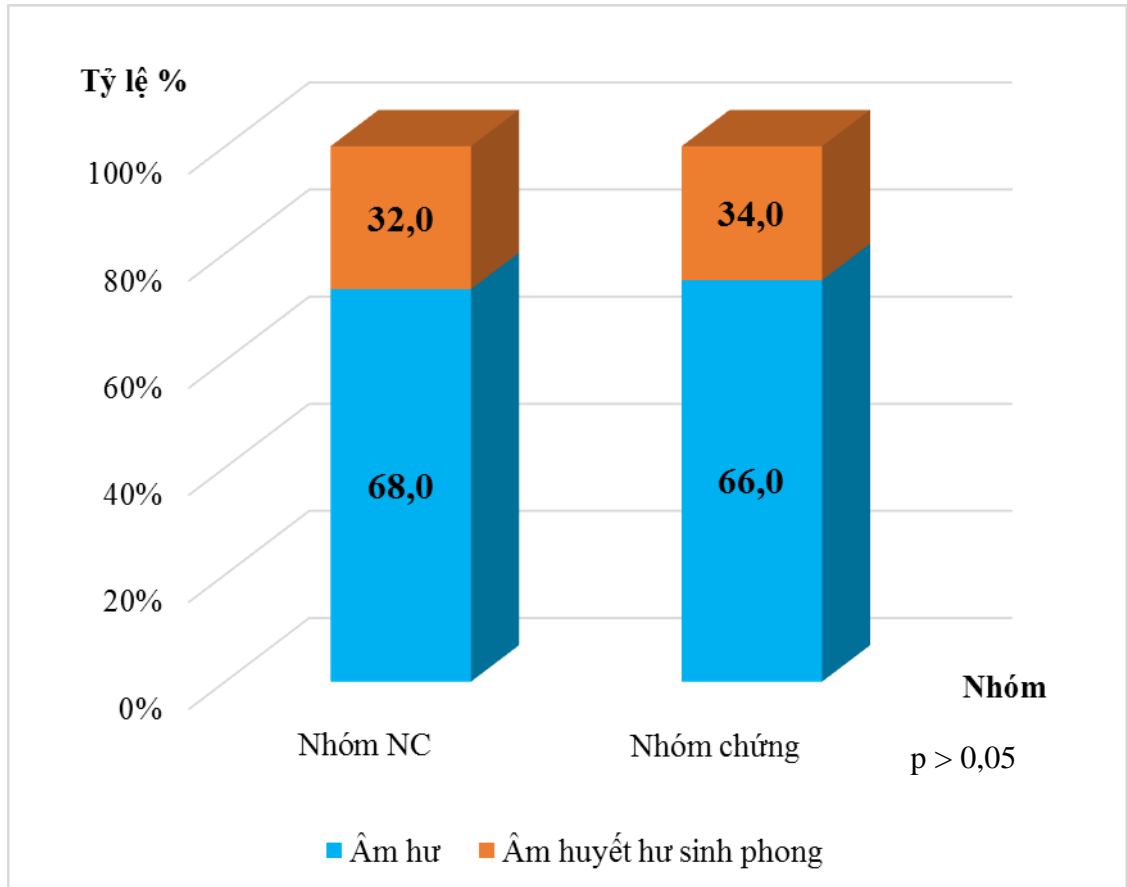
3.1.6. Phân loại bệnh nhi giữa hai nhóm dựa vào chỉ số phát triển theo Trắc nghiệm Denver II

Bảng 3.6. Chỉ số phát triển trước điều trị giữa hai nhóm.

Chỉ số phát triển			Chậm nhẹ	Chậm vừa	Chậm nặng	P _{NC-C}
Khu vực						
Vận động thô	Nhóm NC (n=53)	n	2	8	43	>0,05
		%	3,8	15,0	81,1	
	Nhóm chứng (n=50)	n	2	8	40	
		%	4,0	16,0	80,0	
Vận động tinh tế	Nhóm NC (n=53)	n	0	13	40	>0,05
		%	0,0	24,5	75,5	
	Nhóm chứng (n=50)	n	0	11	39	
		%	0,0	22,0	78	
Ngôn ngữ	Nhóm NC (n=53)	n	0	6	47	>0,05
		%	0,0	11,3	88,7	
	Nhóm chứng (n=50)	n	0	6	44	
		%	0,0	12,0	88,0	
Cá nhân xã hội	Nhóm NC (n=53)	n	0	11	42	>0,05
		%	0,0	20,8	79,3	
	Nhóm chứng (n=50)	n	0	10	40	
		%	0,0	20,0	80,0	

Nhận xét: Ở cả 4 khu vực, bệnh nhi chậm phát triển nặng đều chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Không có bệnh nhi nào phát triển bình thường. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng về chỉ số phát triển trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.7. Phân bố bệnh nhi theo thể bệnh y học cổ truyền



Biểu đồ 3.2. Thể bệnh y học cổ truyền giữa hai nhóm.

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi thể âm hư theo Y học cổ truyền ở cả hai nhóm cao, nhóm nghiên cứu 68%, nhóm chứng 66%. Nhóm nghiên cứu thể âm huyết hư sinh phong 32%, nhóm chứng 34%. Sự khác biệt về thể bệnh y học cổ truyền giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.8. Phân loại thể bệnh theo nhóm tuổi

Bảng 3.7. Phân loại thể bệnh theo nhóm tuổi

Thể bệnh Tuổi (tháng)	Nhóm nghiên cứu (n=53)				Nhóm chứng (n=50)				PNC-C
	Âm hư		Âm huyết hư sinh phong		Âm hư		Âm huyết hư sinh phong		
	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
6 đến dưới 12	10	27,8	5	29,4	7	21,2	5	29,4	>0,05
12 đến dưới 24	13	36,1	4	23,5	13	39,4	5	29,4	
24 đến dưới 36	6	16,7	5	29,4	6	18,2	4	23,5	
36 đến 72	7	19,4	3	17,7	7	21,2	3	20,0	
Tổng	36	100	17	100	33	100	17	100	

Nhận xét: Cả hai thể bệnh y học cổ truyền của hai nhóm đều gặp nhiều nhất ở trẻ dưới 24 tháng tuổi. Thể âm hư của nhóm nghiên cứu chiếm 63,9%, nhóm chứng 60%, thể âm huyết hư sinh phong nhóm nghiên cứu 52,9%, nhóm chứng 60,6%. Sự khác biệt giữa hai nhóm về thể bệnh theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.9. Phân loại thể bệnh theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.8. Phân loại thể bệnh theo thời gian mắc bệnh của hai nhóm

Thể bệnh Thời gian mắc bệnh (ngày)	Nhóm nghiên cứu (n=53)				Nhóm chứng (n=50)				PNC-C
	Âm hư		Âm huyết hư sinh phong		Âm hư		Âm huyết hư sinh phong		
	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Dưới 35 ngày	27	75,0	11	64,7	24	72,7	11	64,7	> 0,05
Từ 35 ngày trở lên	9	25,0	6	35,3	9	27,3	6	35,3	
Tổng	36	100	17	100	33	100	17	100	

Nhận xét: Ở hai thể, thời gian mắc bệnh đa số dưới 35 ngày. Nhóm nghiên cứu thể bệnh âm hư tỷ lệ 75%, nhóm chứng tỷ lệ 72,7%, thể âm huyết hư sinh phong thời gian trên 35 ngày ở hai nhóm 35,3%.

Sự khác biệt giữa hai nhóm về thời gian mắc bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở CÁC BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX

Bảng 3.9. Triệu chứng lâm sàng trước điều trị theo y học cổ truyền của hai nhóm

Triệu chứng		Thể bệnh	Âm hư		Âm huyết hư sinh phong		
			Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Nhóm NC (n=53)	Miệng họng khô		11	30,6	9	52,9	
	Người gầy		27	75,0	12	70,6	
	Dễ bị kích thích, quấy khóc, la hét, vật vã		0	0	12	70,6	
	Trần trọc, khó ngủ		0	0	12	70,6	
	Khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng		19	52,8	0	0,0	
	Sắc mặt đỏ hoặc hồng		34	94,4	15	88,3	
	Da tương đối khô		32	88,9	14	82,4	
	Chất lưỡi hồng hoặc đỏ ít rêu		34	94,4	14	82,4	
	Hơi thở hôi, nhịp thở nhanh		23	63,9	8	47,1	
	Sốt hâm hấp (thân nhiệt $\leq 38^{\circ}\text{C}$)		14	38,9	4	23,6	
	Đại tiện táo bón (dưới 3 lần/tuần)		32	88,9	9	52,9	
	Tiểu tiện ít, vàng sẫm		35	97,2	14	82,4	
	Lòng bàn tay chân nóng đỏ		35	97,2	17	100	
	Chân tay co cứng nhiều/xoắn vặn		0	0	17	100	
	Mạch tế sắc		7	19,4	3	17,7	
	Chi vẩy tay màu tím		29	80,6	14	82,4	
	Tổng			36	100	17	100
		Miệng họng khô		9	27,3	9	52,9
Người gầy			24	72,7	12	70,6	
Dễ bị kích thích, quấy khóc, la hét, vật vã			0	00	12	70,6	

Triệu chứng	Thẻ bệnh	Âm hư		Âm huyết hư sinh phong	
		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Nhóm chứng (n=50)	Khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng	19	57,6	0	0,0
	Trần trọc, khó ngủ	0	0,0	12	70,6
	Sắc mặt đỏ hoặc hồng	32	97,0	16	94,1
	Da tương đối khô	30	90,1	14	82,4
	Chất lưỡi hồng hoặc đỏ ít rêu	32	97,0	14	82,4
	Hơi thở hôi, nhịp thở nhanh	18	54,6	8	47,1
	Sốt hâm hấp (thân nhiệt $\leq 38^{\circ}\text{C}$)	12	36,4	4	23,5
	Đại tiện táo bón (dưới 3 lần/tuần)	27	81,8	9	52,9
	Tiểu tiện ít, vàng sẫm	32	99,0	14	82,4
	Lòng bàn tay chân nóng đỏ	32	97,0	17	100
	Chân tay co cứng nhiều/xoắn vặn	0	0,0	16	94,1
	Mạch tế sắc	7	21,2	3	17,6
	Chỉ vân tay màu tía	26	78,8	14	82,4
	Tổng		33	100	17	100
PNC-C		>0,05			

Nhận xét

Ở cả hai nhóm bệnh nhi có triệu chứng lòng bàn tay, chân nóng chiếm tỷ lệ cao nhất, ở nhóm âm hư là 97,2%, ở nhóm âm huyết hư sinh phong là 100%.

Nhóm chứng: Tương đương nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhi có triệu chứng lòng bàn tay, chân nóng chiếm tỷ lệ cao nhất, với 97% ở nhóm âm hư và 100% ở nhóm âm huyết hư sinh phong. Sự khác biệt giữa hai nhóm về triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. TÁC DỤNG CỦA HÀO CHÂM TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM - VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN SAU VIÊM NÃO CẤP

3.3.1. Kết quả sau điều trị các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm.

Bảng 3.10. Sự thay đổi triệu chứng thần kinh

Thời điểm		T ₀				T ₂				T ₄				T ₆				P _{T6-T0}	
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3		
Phản xạ gân xương	Nhóm NC (n=53)	n	0	0	9	44	0	6	16	31	0	21	23	9	0	24	23	6	<0,05
		(%)	0	0	16,9	83,0	0	11,3	30,2	58,5	0	39,6	43,4	16,9	0	45,3	43,4	11,3	
	Nhóm chứng (n=50)	n	0	0	15	35	0	10	20	20	0	22	13	15	0	18	26	6	<0,05
		(%)	0	0	30,0	70,0	0	20,0	40,0	40,0	0	44,0	26,0	30,0	0	36,0	52,0	12,0	
PNC-C		>0,05				>0,05				>0,05				>0,05					
Trương lực cơ	Nhóm NC (n=53)	n	0	0	12	41	0	4	18	31	0	19	24	10	6	24	16	4	<0,05
		(%)	0	0	22,6	77,4	0	7,6	33,9	58,5	0	35,9	45,3	18,9	11,3	45,3	30,2	7,6	
	Nhóm chứng (n=50)	n	0	0	20	30	0	7	13	30	0	13	21	16	6	17	21	6	<0,05
		(%)	0	0	40,0	60,0	0	14	26,0	60,0	0	26,0	42,0	32,0	12,0	34,0	42,0	12,0	
PNC-C		>0,05				>0,05				>0,05				>0,05					
Dấu hiệu ngoại tháp	Nhóm NC (n=53)	n	0	6	23	24	3	5	24	21	16	21	12	4	17	22	12	2	<0,05
		(%)	0	11,3	43,4	45,3	5,7	9,4	45,3	39,6	30,2	39,6	22,6	7,6	32,1	41,5	22,6	3,8	
	Nhóm chứng (n=50)	n	0	6	14	30	5	8	10	27	6	14	22	8	17	19	12	2	<0,05
		(%)	0	12,0	28,0	60,0	10,0	16,0	20,0	54,0	12,0	28,0	44,0	16,0	34,0	38,0	24,0	4,0	
PNC-C		>0,05				>0,05				>0,05				>0,05					

Chú thích: Các rối loạn thần kinh tương ứng như sau:

0- Không rối loạn 1- Rối loạn nhẹ 2- Rối loạn vừa 3- Rối loạn nặng.

Nhận xét: Sự cải thiện các triệu chứng rối loạn vận động ở mỗi nhóm, trước và sau sáu tuần điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Sự cải thiện triệu chứng thần kinh giữa hai nhóm khác biệt nhau chưa có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3.11. Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị ở hai nhóm.

Triệu chứng		Nhóm	Nhóm NC (n=53)				Nhóm chứng (n=50)			
			Trước ĐT	Sau ĐT			Trước ĐT	Sau ĐT		
			T ₀ n (%)	T ₂ n (%)	T ₄ n (%)	T ₆ n (%)	T ₀ n (%)	T ₂ n (%)	T ₄ n (%)	T ₆ n (%)
Rối loạn ý thức	Thức, chưa nhận biết được	41(77,4)	38(71,7)	26(49,0)	9(16,9)	40(80,0)	36(72,0)	35(70,0)	32(64,0)	
	Tỉnh, biết lạ quen	12(22,6)	15(28,3)	25(47,2)	32(60,4)	10(20)	14(28,0)	15(30,0)	18(36,0)	
	Tỉnh, hiểu lời	0 (0,0)	0(0)	2(3,8)	6(11,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	Tỉnh táo, tiếp xúc tốt	0(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6(11,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	P _{T0-T2}	>0,05				>0,05				
	P _{T0-T4}	>0,05				>0,05				
	P _{T0-T6}	<0,05				>0,05				
	P _{NC-C}	>0,05								
Rối loạn ngôn ngữ	Thất vận ngôn hoàn toàn	33(62,3)	22(41,5)	14(26,4)	11(20,8)	32(64,0)	31(62,0)	28(56,0)	13(26,0)	
	Ú ó, có âm chưa có tiếng	14(26,4)	24(44,0)	21(39,6)	24(45,3)	12(24,0)	13(26,0)	14(28,0)	29(58,0)	
	Nói được từ đơn	6(11,3)	7(13,2)	9(16,9)	9(16,9)	6(12,0)	6(12,0)	8(16,0)	8(16,0)	
	Nói được câu ngắn	0 (0,0)	0 (0,0)	4(0,0)	3(5,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Không rối loạn	0 (0,0)	0 (0,0)	5(0,0)	6(11,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	P _{T0-T2}	> 0,05				> 0,05				
	P _{T0-T4}	> 0,05				> 0,05				
	P _{T0-T6}	> 0,05				> 0,05				
P _{NC-C}	> 0,05									
Rối loạn nuốt	Nuôi ăn qua ống xông	3 (5,7)	1(1,9)	0(0,0)	0(0,0)	3(6,0)	3(6,0)	0 (0)	0 (0)	
	Nuốt chậm, chỉ ăn lông được	42(79,3)	43(81,1)	28(52,8)	23(43,4)	39(78,0)	38(76,0)	39(78,0)	36(72,0)	
	Nuốt chậm, đã ăn đặc được	8(15,9)	9(16,9)	19(35,9)	22(41,5)	8(16,0)	9(18,0)	11(22,0)	14(28,0)	
	Nuốt bình thường	0 (0)	0 (0)	6(11,3)	8(15,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	P _{T0-T2}	> 0,05				> 0,05				
	P _{T0-T4}	> 0,05				> 0,05				
	P _{T0-T6}	<0,05				>0,05				
	P _{NC-C}	< 0,05								

Triệu chứng		Nhóm	Nhóm NC (n=53)				Nhóm chứng (n=50)			
			Trước ĐT	Sau ĐT			Trước ĐT	Sau ĐT		
			T ₀ n (%)	T ₂ n (%)	T ₄ n (%)	T ₆ n (%)	T ₀ n (%)	T ₂ n (%)	T ₄ n (%)	T ₆ n (%)
Rối loạn cơ tròn	Đại tiểu tiện không tự chủ	42(79,3)	39(73,6)	24(45,3)	9(16,9)	39(78,0)	23(46,0)	19(38,0)	20(40,0)	
	Đại tiểu tiện lúc tự chủ, lúc không	11(20,8)	12(22,6)	26(49,0)	32(60,4)	11(22)	29(58,0)	29(58,0)	30(60,0)	
	Đại tiểu tiện tự chủ/về bình thường theo tuổi	0(0,0)	2(3,17)	3(5,7)	12(22,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	P _{T0-T2}	> 0,05				> 0,05				
	P _{T0-T4}	>0,05				> 0,05				
	P _{T0-T6}	< 0,05				> 0,05				
	P _{NC-C}	<0,05								
Rối loạn thần kinh thực vật	Tăng tiết đờm rãi	39(73,6)	21(39,6)	12(22,6)	9(16,9)	38(76,0)	35(70,0)	30(60,0)	16(53,3)	
	Không tăng tiết đờm rãi	14(26,4)	32(60,4)	41(77,4)	44(83,0)	12(24,0)	15(30,0)	20(40,0)	14(46,7)	
	Tăng tiết mồ hôi	38(71,7)	29(54,7)	22(41,5)	16(30,2)	40(80,0)	22(73,3)	19(38),0	17(56,7)	
	Không tăng tiết mồ hôi	15(28,3)	24(45,3)	31(58,5)	37(69,8)	10(20,0)	8(26,7)	11(22,0)	13(43,3)	
	Rối loạn thân nhiệt	16(30,2)	4(7,6)	0(0,0)	0(0,0)	20(40,0)	13(26,0)	8(16,0)	0(0,0)	
	Không rối loạn thân nhiệt	37(69,8)	49(92,5)	53(100)	53(100)	30(60,0)	37(74,0)	42(84,0)	50(100)	
	P _{T0-T2}	> 0,05				> 0,05				
	P _{T0-T4}	> 0,05				> 0,05				
	P _{T0-T6}	< 0,05				> 0,05				
	P _{NC-C}	<0,05								

Nhận xét:

Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị đều cải thiện so với trước điều trị. Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm chứng. Ở nhóm nghiên cứu đều có sự khác biệt sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở tuần thứ sáu (T₆) trừ các triệu chứng rối loạn ý thức và ngôn ngữ. Trong khi nhóm chứng các triệu chứng có cải thiện nhưng chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Tuy nhiên, so sánh giữa hai nhóm sau điều trị, mới chỉ thấy sự khác biệt ở triệu chứng rối loạn ý thức và rối loạn cơ tròn với $p < 0,05$.

Bảng 3.12. Tình trạng dinh dưỡng sau điều trị của hai nhóm

Thời điểm Triệu chứng		Nhóm NC (n=53)				Nhóm chứng (n=50)				P _{NC-C}
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n (%)	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	
Bình thường		14 (26,4)	15(28, 3)	32 (60,4)	37 (69,8)	14 (28,0)	15 (30,0)	15 (30,0)	18 (36,0)	<0,05
Suy dinh dưỡng	Độ I	29 (54,7)	32 (60,4)	19 (35,8)	14 (26,4)	24 (48,0)	23 (46,0)	24 (48,0)	26 (52,0)	
	Độ II	10 (18,9)	6 (11,3)	2 (3,7)	2 (3,7)	12 (24,0)	12 (22,0)	11 (22,0)	6 (12,0)	
	Độ III	0 (0)	0(0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
P _{T0-T2}		>0,05				>0,05				
P _{T0-T4}		<0,05				>0,05				
P _{T0-T6}		<0,001				>0,05				

Nhận xét: Tình trạng suy dinh dưỡng ở cả hai nhóm sau điều trị giảm. Mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng, nhóm nghiên cứu sau điều trị tuần thứ tư (T₄) tình trạng suy dinh dưỡng cải thiện rõ rệt, sau sáu tuần điều trị $p < 0,001$. Nhóm chứng phải đến tuần thứ sáu (T₆) mới cải thiện, nhưng $p > 0,05$. Tỷ lệ không suy dinh dưỡng ở nhóm nghiên cứu là 69,8% cao hơn nhóm chứng 36%. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị là có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.3.2. Kết quả điều trị tình trạng liệt vận động

Bảng 3.13. Thay đổi mức độ liệt vận động theo Henry sau điều trị của hai nhóm

Nhóm Độ liệt	Nhóm NC (n=53)				Nhóm chứng (n=50)				P _{NC-C}
	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	
Không liệt	0(0,0)	0(0,0)	3(5,6)	6(11,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	<0,05
Độ I	2(3,8)	2(3,8)	11(20,7)	41(77,4)	2(4,0)	2(4,0)	3(6,0)	18(36,0)	
Độ II	8(15,9)	8(15,9)	30(56,6)	4(7,5)	8(16,0)	8(16,0)	18(36,0)	17(34,0)	
Độ III	22(41,5)	25(47,2)	6(11,3)	2(3,8)	21(42,0)	25(50,0)	20(40,0)	13(26,0)	
Độ IV	21(39,6)	18(33,9)	3(5,6)	0(0,0)	19(38,0)	15(30,0)	9(18,0)	2(4,0)	
Độ V	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
P_{T2-T0} P_{T4-T0} P_{T6-T0}	1,0* 0,25* 0,03*				1,0* 0,25* 0,05*				<0,05
Độ dịch chuyển độ liệt trung bình	3,17 ± 0,82		1,19 ± 0,76		3,13 ± 0,81		1,87 ± 0,77		<0,05

*Phép kiểm McNemar

Nhận xét: Sau sáu tuần điều trị sự khác biệt về độ liệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với ($p = 0,03$). Nhóm nghiên cứu có 11,3% bệnh nhi khỏi liệt. Mặc khác sự khác biệt về tỷ lệ phân độ liệt ở tuần thứ hai và thứ tư so với ban đầu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị ở nhóm nghiên cứu không còn bệnh nhi nào liệt ở mức độ rất nặng, nhóm chứng còn hai bệnh nhi chiếm 4%. Hầu hết các bệnh nhi liệt ở mức độ nhẹ và vừa, nhóm nghiên cứu 77,4%, nhóm chứng 36%. Tỷ lệ bệnh nhi khỏi liệt ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng. Độ dịch chuyển độ liệt trung bình ở nhóm nghiên cứu là $1,98 \pm 0,82$ cao hơn nhóm chứng là $1,26 \pm 0,73$. Sự khác biệt giữa hai nhóm về độ dịch chuyển độ liệt trung bình sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.14. Dịch chuyển độ liệt sau điều trị theo Henry của hai nhóm

Trước điều trị (T ₀)			Tiến triển độ liệt sau điều trị (T ₆)					
Nhóm NC (n=53)	Độ liệt	Số bệnh nhì	V	IV	III	II	I	0 (khỏi liệt)
	V	0	0					
	IV	21		0			21	
	III	22			2		20	
	II	8				2		6
	I	2				2		
	0	0						
	Tổng số	53	0	0	2	4	41	6
	Tỷ lệ %	100	0,0	0,0	3,8	7,5	77,4	11,3
	P _{T0-T6}	<0,05						
Nhóm chứng (n=50)	V	0	0					
	IV	19		2			17	
	III	21			13	8		
	II	8				8		
	I	2					2	
	0	0						
	Tổng số	50	0	2	13	16	19	0
	Tỷ lệ %	100	0,0	4,0	26,0	32,0	38,0	0,0
	P _{T0-T6}	<0,05						
P _{NC-C}			<0,05					

Nhận xét:

Sau điều trị, nhóm nghiên cứu không còn bệnh nhi nào liệt ở mức độ nặng, có 21 bệnh nhi chuyển từ độ IV sang độ I, có 20 bệnh nhi chuyển từ độ III xuống độ I, có 6 bệnh nhi khỏi liệt. Nhóm chứng còn 2 bệnh nhi độ nặng, tỷ lệ 4%, có 17 bệnh nhi độ IV chuyển sang độ I, có 8 bệnh nhi độ III chuyển sang độ II, không bệnh nhi khỏi liệt. Mức dịch chuyển độ liệt của nhóm nghiên cứu nhiều hơn nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.15. Sự thay đổi điểm sức cơ theo thang Henry sau điều trị

Thời điểm		Nhóm NC (n = 53)						Nhóm chứng (n = 50)						PNC-C
		Độ liệt theo Henry						Độ liệt theo Henry						
		0	I	II	III	IV	V	0	I	II	III	IV	V	
T₀	n	0	2	8	22	21	0	0	2	8	21	19	0	>0,05
	Tỷ lệ (%)	0,0	3,8	15,9	41,5	39,6	0,0	0,0	4,0	16,0	42,0	38,0	0,0	
	Điểm sức cơ trung bình $\bar{X} \pm SD$	1,82 ± 0,85						1,97 ± 0,81						
T₂	n	0	2	8	25	18	0	0	2	8	22	18	0	>0,05
	Tỷ lệ (%)	0,0	3,8	15,9	47,2	33,9	0,0	0,0	4,0	16,0	44,0	36,0	0,0	
	Điểm sức cơ trung bình $\bar{X} \pm SD$	2,32 ± 1,01						2,12 ± 1,01						
T₄	N	3	11	30	6	3	0	0	3	18	20	9	0	>0,05
	Tỷ lệ (%)	5,7	20,8	55,6	11,3	5,7	0,0	0,0	6,0	36,0	40,0	18,0	0,0	
	Điểm sức cơ trung bình $\bar{X} \pm SD$	3,10 ± 0,90						3,10 ± 0,90						

T6	n	6	41	4	2	0	0	0	18	17	13	2	0	>0,05
	Tỷ lệ (%)	11,3	77,4	7,6	3,8	0,0	0,0	0,0	36,0	34,0	26,0	4,0	0,0	
	Điểm sức cơ trung bình $\bar{X} \pm SD$	3,17± 0,82						3,13 ± 0,81						
P_{T0-T2}		> 0,05						> 0,05						>0,05
P_{T0-T4}		> 0,05						> 0,05						>0,05
P_{T0-T6}		< 0,05						> 0,05						<0,05
Mức chênh lệch điểm sức cơ trung bình	$\bar{X}_{T2-T0} \pm SD_{T2-T0}$	0,51±0,93						0,41±0,93						>0,05
	$\bar{X}_{T4-T2} \pm SD_{T4-T2}$	0,78±0,95						0,68±0,95						>0,05
	$\bar{X}_{T6-T4} \pm SD_{T6-T4}$	0,70±0,84						0,60±0,84						>0,05
	$\bar{X}_{T6-T0} \pm SD_{T6-T0}$	1,98 ± 0,81						1,36± 0,77						<0,05

Nhận xét: Mức độ liệt đánh giá theo điểm trung bình sức cơ thang điểm Henry tại thời điểm vào viện T₀ giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không khác biệt với $p > 0,05$. Điểm trung bình Henry sau điều trị bốn tuần (T₄) và sáu tuần (T₆) trong mỗi nhóm tăng so với lúc vào viện (T₀) là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình Henry tại thời điểm T₄ và T₆ giữa hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Mức độ tăng số điểm sức cơ trung bình Henry ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng sau điều trị bốn tuần nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; Phải đến sau sáu tuần điều trị sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.2.1. Đánh giá kết quả điều trị qua sự thay đổi trương lực cơ theo thang điểm Ashworth cải biên.

Bảng 3.16. Sự thay đổi trương lực cơ theo thang điểm Ashworth cải biên của hai nhóm.

Thời điểm Điểm		Trước điều trị	Sau điều trị		
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)
Nhóm NC (n=53)	0	0(0,0)	0(0,0)	3(5,7)	6(11,3)
	1	1(1,9)	1(1,9)	8(15,9)	41(77,4)
	1(+)	1(1,9)	1(1,9)	3(5,7)	0(0,0)
	2	8(15,9)	8(15,9)	30(56,6)	4(7,6)
	3	22(41,5)	25(47,2)	6(11,3)	2(3,7)
	4	21(39,6)	18(33,9)	3(5,7)	0(0,0)
	P _{T0-T2}	>0,05			
	P _{T6-T4}	>0,05			
	P _{T6-T0}	<0,05			
Nhóm chúng (n=50)	0	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
	1	2(4,0)	2(4,0)	3(6,0)	18(36,0)
	1(+)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
	2	8(16,0)	8(16,0)	18(36,0)	17(34,0)
	3	21(42,0)	24(48,0)	20(40,0)	13(26,0)
	4	19(38,0)	16(32,0)	9(18,0)	2(4,0)
	P _{T0-T2}	>0,05			
	P _{T2-T4}	>0,05			
	P _{T0-T6}	<0,05			
P _{NC-C}		<0,05			

Nhận xét: Sau sáu tuần điều trị, ở cả hai nhóm, rối loạn trương lực cơ giảm nhiều so với trước điều trị, có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Nhóm nghiên cứu không còn bệnh nhi tăng trương lực cơ nặng, có 11,3% bệnh nhi trương lực cơ trở về bình thường. Nhóm chứng còn 2 bệnh nhi tăng trương lực cơ, chi thể bị ảnh hưởng rất cứng khó gấp duỗi, không bệnh nhi nào hết tăng trương lực cơ. Mức độ giảm số điểm ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng sau điều trị bốn tuần nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; Nhưng sau sáu tuần điều trị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.2.2. Kết quả điều trị rối loạn tâm lý vận động theo trắc nghiệm Denver II

Bảng 3.17. Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II của hai nhóm.

Chỉ số phát triển		Thời điểm	Sau điều trị			
		Trước điều trị	T ₂	T ₄	T ₆	
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	
	Bình thường	0(0)	0(0)	0(0)	6(11,3)	
Nhóm NC (n=53)	Chậm nhẹ	2(3,8)	3(6,0)	19(35,8)	38(71,7)	
	Chậm vừa	8(15,0)	16(30,2)	26(49,0)	7(13,2)	
	Chậm nặng	43(81,1)	34(64,2)	8(15,9)	2(3,8)	
	P _{T0-T2}	>0,05				
	P _{T0-T4}	>0,05				
	P _{T0-T6}	<0,05				
Nhóm chứng (n=50)	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0)	0(0,0)	
	Chậm nhẹ	2(4,0)	2(4,0)	3(6,0)	18(36,0)	
	Chậm vừa	5(10,0)	6(12,0)	21(42,0)	30(60,0)	
	Chậm nặng	43(86,0)	42(84,0)	26(52,0)	2(4,0)	
	P _{T0-T2}	>0,05				
	P _{T0-T4}	>0,05				
	P _{T0-T6}	<0,05				
P _{NC-C}		<0,05				

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ chậm nặng chỉ còn 3,8% ở nhóm nghiên cứu và 4% ở nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhi chậm nhẹ cao nhất ở hai nhóm nghiên cứu 71,7%, nhóm chứng chậm vừa cao nhất 60%. Nhóm nghiên cứu có 11,3% bệnh nhi vận động trở về bình thường, nhóm chứng chưa có bệnh nhi nào. Sau sáu tuần điều trị, nhóm nghiên cứu có sự cải thiện vận động thô tốt hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.18. Sự thay đổi chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II

Chỉ số phát triển		Thời điểm	Sau điều trị			
		Trước điều trị	T ₂	T ₄	T ₆	
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	
Nhóm NC (n=53)	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(11,3)	
	Chậm nhẹ	0(0,0)	0(0,0)	7(13,2)	38(71,7)	
	Chậm vừa	13(24,5)	17(32,1)	14(26,4)	7(13,2)	
	Chậm nặng	40(75,7)	36(67,9)	32(60,4)	2(3,8)	
	p _{T0-T2}		>0,05			
	p _{T0-T4}		>0,05			
	p _{T0-T6}		<0,05			
Nhóm chứng (n=50)	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	Chậm nhẹ	0(0,0)	0(0,0)	2(4,0)	18(36,0)	
	Chậm vừa	7(14,0)	14(28,0)	14(28,0)	30(60,0)	
	Chậm nặng	43(86,0)	36(72,0)	34(64,0)	2(4,0)	
	p _{T0-T2}		>0,05			
	p _{T0-T4}		>0,05			
	p _{T0-T6}		<0,05			
p _{NC-C}		<0,05				

Nhận xét: Phải sau điều trị sáu tuần, sự tiến bộ về vận động tinh tế ở mỗi nhóm mới thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau điều trị, nhóm nghiên cứu còn 3,8% bệnh nhi chậm phát triển nặng, trở về bình thường 11,3%. Nhóm chứng còn 4% bệnh nhi chậm phát triển nặng, không bệnh nhi nào về bình thường. Sau sáu tuần điều trị, nhóm nghiên cứu có sự cải thiện vận động tinh tế tốt hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.19. Sự thay đổi chỉ số phát triển ở khu vực ngôn ngữ sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II

Thời điểm		Trước điều trị	Sau điều trị			
			T ₀ n (%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)
Chỉ số Phát triển	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(11,3)	
	Chậm nhẹ	0(0,0)	2(3,8)	11(20,7)	12(22,6)	
	Chậm vừa	6(11,3)	5(9,4)	28(52,8)	33(62,3)	
	Chậm nặng	47(88,7)	46(86,8)	14(26,4)	2(3,8)	
	P_{T0-T2}	> 0,05				
	P_{T0-T4}	> 0,05				
	P_{T0-T6}	> 0,05				
Nhóm NC (n=53)	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	Chậm nhẹ	0(0,0)	0(0,0)	8(16,0)	9(18,0)	
	Chậm vừa	6(12,0)	7(14,0)	26(52,0)	35(70,0)	
	Chậm nặng	44(88,0)	43(86,0)	16(32,0)	6(12,0)	
	P_{T0-T2}	>0,05				
	P_{T0-T4}	>0,05				
	P_{T0-T6}	>0,05				
Nhóm chứng (n=50)	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	Chậm nhẹ	0(0,0)	0(0,0)	8(16,0)	9(18,0)	
	Chậm vừa	6(12,0)	7(14,0)	26(52,0)	35(70,0)	
	Chậm nặng	44(88,0)	43(86,0)	16(32,0)	6(12,0)	
	P_{T0-T2}	>0,05				
	P_{T0-T4}	>0,05				
	P_{T0-T6}	>0,05				
P_{NC-C}		>0,05				

Nhận xét: Phải sau điều trị sáu tuần, tình trạng rối loạn ngôn ngữ ở mỗi nhóm mới cải thiện rõ so với trước điều trị, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Tình trạng rối loạn ngôn ngữ mức độ nặng ở cả hai nhóm vẫn cao. Tỷ lệ bệnh nhi hết rối loạn ngôn ngữ ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng 11,3% so với 0%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.20. Sự thay đổi chỉ số phát triển ở khu vực cá nhân - xã hội sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II

Thời điểm		Trước điều trị	Sau điều trị			
		trị	T ₂	T ₄	T ₆	
Chỉ số phát triển		T ₀	T ₂	T ₄	T ₆	
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Nhóm NC (n=53)	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	5(9,4)	6(11,3)	
	Chậm nhẹ	0(0,0)	0(0,0)	11(20,8)	29(54,7)	
	Chậm vừa	11(29,7)	15(28,3)	16(30,2)	16(30,2)	
	Chậm nặng	42(79,3)	38(71,7)	21(39,6)	2(3,8)	
	P _{T0-T2}	> 0,05				
	P _{T0-T4}	> 0,05				
	P _{T0-T6}	< 0,05				
Nhóm chứng (n=50)	Bình thường	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	Chậm nhẹ	0(0,0)	0(0,0)	3(6,0)	12(24,0)	
	Chậm vừa	11(22,0)	14(28,0)	21(42,0)	32(64,0)	
	Chậm nặng	39(78,0)	36(72,0)	26(52,0)	6(12,0)	
	P _{T0-T2}	>0,05				
	P _{T0-T4}	>0,05				
	P _{T0-T6}	<0,05				
P _{NC-C}		<0,05				

Nhận xét: Sau sáu tuần điều trị, chỉ số phát triển ở khu vực cá nhân - xã hội ở mỗi nhóm mới thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Số bệnh nhi nhóm nghiên cứu chậm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 54,7% có 11,3% bệnh nhi trở về phát triển bình thường. Nhóm chứng tỷ lệ chậm nặng 12%, chậm vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 64%, không có bệnh nhi trở về bình thường. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.3. Kết quả điều trị theo thể bệnh y học cổ truyền.

Bảng 3.21. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau điều trị theo thể bệnh y học cổ truyền.

Triệu chứng	Thể bệnh	Trước ĐT	Sau điều trị				P _{T0-T6}	Trước ĐT	Sau điều trị				P _{T0-T6}
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	T ₀ n(%)		T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)			
Nhóm NC (n=53)		Âm hư (n=36)						Âm huyết hư sinh phong (n=17)					
	Miệng họng khô	11 (30,6)	11 (30,6)	8 (22,2)	2 (5,6)	<0,05	9 (52,9)	8 (47,0)	5 (29,4)	2 (11,8)	<0,05		
	Người gầy	27 (75,0)	24 (66,7)	16 (44,4)	14 (38,9)	>0,05	12 (70,6)	12 (70,6)	7 (41,2)	2 (11,8)	<0,05		
	Dễ bị kích thích, quấy khóc, la hét, vật vờ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		12 (70,6)	8 (47,0)	5 (29,4)	2 (11,8)	<0,05		
	Khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng	19 (52,8)	18 (50,0)	18 (50,0)	16 (44,4)	>0,05	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)			
	Trần trọc, khó ngủ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		12 (70,6)	8 (47,0)	6 (35,3)	5 (29,4)	>0,05		
	Sắc mặt đỏ hoặc hồng	34 (94,4)	29 (80,6)	26 (72,2)	12 (33,3)	<0,05	16 (94,1)	12 (70,6)	8 (47,0)	4 (23,5)	<0,05		
	Da tương đôi khô	32 (88,9)	31 (86,1)	24 (66,7)	13 (36,1)	<0,05	12 (70,6)	8 (47,1)	7 (41,2)	2 (11,8)	<0,05		
	Chất lưỡi hồng hoặc đỏ ít rêu	34 (94,4)	28 (77,8)	22 (61,1)	18 (50,0)	>0,05	12 (70,6)	8 (57,1)	8 (57,1)	6 (42,9)	>0,05		

	Hơi thở hôi, nhịp thở nhanh	23 (63,9)	18 (50,0)	18 (50,0)	18 (50,0)	>0,05	8 (47,0)	2 (11,8)	2 (11,8)	1 (5,9)	<0,05
	Sốt hâm hấp ≤ 38 ⁰ C	14 (38,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<0,05	4 (23,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,05
	Đại tiện táo bón (< 3 lần/tuần)	32 (88,9)	22 (61,1)	8 (22,2)	7 (19,4)	<0,05	9 (52,9)	7 (41,2)	6 (35,3)	4 (23,5)	>0,05
	Tiểu tiện ít, vàng sẫm	35 (97,2)	22 (61,1)	16 (44,4)	9 (25,0)	<0,05	12 (70,6)	9 (52,9)	8 (47,0)	5 (29,4)	<0,05
	Lòng bàn tay chân nóng đỏ	35 (97,2)	34 (94,4)	34 (94,4)	32 (88,9)	>0,05	17 (100)	17 (100)	16 (94,1)	15 (88,2)	>0,05
	Chân tay co cứng nhiều / xoắn vặn	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		17 (100)	16 (93,0)	11 (64,7)	9 (52,9)	>0,05
	Mạch hoạt sắc, tế sắc	8 (22,2)	6 (16,7)	6 (16,7)	6 (16,7)	>0,05	2 (11,8)	2 (11,8)	1 (5,9)	1 (5,9)	>0,05
	Chi vẩy tay màu tía	28 (77,8)	22 (61,1)	16 (44,4)	11 (30,6)	<0,05	12 (70,6)	9 (52,9)	9 (52,9)	9 (52,9)	>0,05
	P_{T0- T2}		>0,05				>0,05				
	P_{T0- T4}		>0,05				>0,05				
	P_{T0- T6}		>0,05				>0,05				
		Âm hư (n=33)					Âm huyết hư sinh phong (n=17)				
Nhóm Chứng (n=50)	Miệng họng khô	9 (27,3)	8 (24,2)	6 (18,2)	2 (6,1)	<0,05	9 (52,9)	8 (47,1)	5 (29,4)	2 (11,8)	<0,05
	Người gầy	24 (72,7)	18 (90,0)	16 (80,0)	14 (70,0)	>0,05	12 (70,6)	12 (70,6)	7 (41,2)	2 (11,8)	<0,05
	Dễ bị kích thích, quấy khóc, la hét, vật vã	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		12 (70,6)	8 (47,1)	5 (29,4)	2 (11,8)	>0,05
	Khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng	27 (81,3)	24 (72,7)	18 (54,6)	16 (48,5)	>0,05	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Trần trọc, khó ngủ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		12 (70,6)	8 (47,0)	6 (35,3)	5 (29,4)	>0,05
Sắc mặt đỏ hoặc hồng	32 (97,0)	29 (87,9)	26 (78,8)	12 (36,4)	>0,05	16 (94,1)	12 (70,6)	8 (47,1)	5 (29,4)	>0,05
Da tương đôi khô	30 (90,9)	31 (93,9)	24 (72,7)	13 (48,5)	>0,05	12 (70,6)	8 (47,1)	7 (41,2)	4 (23,5)	<0,05
Chất lưỡi hồng hoặc đỏ ít rêu	32 (97,0)	27 (81,8)	22 (66,7)	16 (44,5)	>0,05	12 (70,6)	12 (70,6)	9 (52,9)	9 (52,9)	>0,05
Hơi thở hôi, nhịp thở nhanh	18 (54,5)	16 (48,5)	16 (48,5)	16 (48,5)	>0,05	8 (47,1)	3 (17,6)	3 (17,6)	2 (11,8)	<0,05
Sốt hâm hấp ≤ 38°C	12 (36,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,05	4 (23,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,05
Đại tiện táo bón (< 3lần/tuần)	27 (81,8)	24 (72,7)	8 (24,2)	6 (18,2)	<0,05	9 (52,9)	7 (41,2)	6 (35,3)	4 (23,5)	>0,05
Tiểu tiện ít, vàng sẫm	32 (97,0)	30 (90,9)	28 (84,9)	21 (63,6)	<0,05	12 (70,6)	9 (52,9)	8 (47,1)	5 (29,4)	>0,05
Lòng bàn tay chân nóng đỏ	32 (97,0)	31 (93,9)	31 (93,9)	29 (87,9)	>0,05	17 (100)	17 (100)	16 (94,1)	15 (88,2)	>0,05
Chân tay co cứng nhiều / xoắn vặn	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		15 (88,2)	15 (88,2)	15 (88,2)	11 (64,7)	>0,05
Mạch hoạt sắc, tế sắc	7 (21,2)	6 (18,2)	6 (18,2)	6 (18,2)	>0,05	4 (23,5)	4 (23,5)	2 (11,8)	2 (11,8)	>0,05
Chỉ vẩy tay màu tía	26 (78,8)	26 (78,8)	21 (63,6)	11 (33,3)	>0,05	14 (82,4)	14 (82,4)	9 (52,9)	8 (47,1)	>0,05
P_{T0- T2}	>0,05					>0,05				
P_{T0- T4}	>0,05					>0,05				
P_{T0- T6}	<0,05					>0,05				
P_{NC-C}	<0,05									

Nhận xét:

Nhóm nghiên cứu sau điều trị, các triệu chứng đều có xu hướng giảm ở cả hai nhóm thể bệnh:

Thể âm hư, số bệnh nhi có triệu chứng miệng họng khô, đại tiện táo (< 3 lần/tuần) sắc mặt đỏ hoặc hồng, da tương đối khô, sốt hâm hấp, tiểu tiện ít, vàng sẫm, chỉ vân tay màu tía...giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thể âm huyết hư sinh phong, số bệnh nhi có triệu chứng mất ngủ, quấy khóc la hét, mạch tế sắc,...giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm chứng:

Ở thể bệnh âm hư, sau điều trị các triệu chứng miệng họng khô, đại tiện táo (< 3 lần/tuần), sốt hâm hấp $\leq 38^{\circ}\text{C}$, da tương đối khô, tiểu tiện ít có xu hướng giảm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở thể bệnh âm huyết hư sinh phong, các triệu chứng hầu như không có sự cải thiện, các triệu chứng miệng họng khô, da tương đối khô, hơi thở hôi, sốt hâm hấp $\leq 38^{\circ}\text{C}$ giảm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.22. Thay đổi mức độ liệt Henry theo thể bệnh Y học cổ truyền.

Thể bệnh		Trước ĐT	Sau điều trị				Trước ĐT	Sau điều trị			
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)		
Nhóm NC (n=53)		Âm hư (n=36)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)					
	0	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,3)	6 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	I	2 (5,6)	2 (5,6)	6 (16,7)	29 (80,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (23,5)	12 (70,6)		
	II	8 (22,2)	9 (25,0)	8 (22,2)	1 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (29,4)	3 (17,6)		
	III	14 (38,9)	14 (38,9)	12 (33,3)	0 (0,0)	8 (47,0)	9 (52,9)	7 (41,2)	2 (11,8)		
	IV	12 (33,3)	11 (30,6)	7 (19,4)	0 (0,0)	9 (52,9)	8 (47,0)	1 (5,9)	0 (0,0)		
	V	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
	Tổng	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)		
	P_{T0-T2}	>0,05				>0,05					
	P_{T0-T4}	<0,05				<0,05					
	P_{T0-T6}	<0,05				<0,05					
Nhóm chứng (n=50)		Âm hư (n=33)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)					
	0	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	I	2 (6,1)	2 (6,1)	2 (6,1)	2 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	2 (11,8)		
	II	8 (24,2)	8 (24,2)	8 (24,2)	16 (48,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (23,5)	4 (23,5)		
	III	13 (39,3)	14 (42,4)	17 (51,5)	13 (39,4)	8 (47,1)	9 (52,9)	7 (41,2)	9 (52,9)		
	IV	10 (30,3)	9 (27,2)	6 (18,2)	2 (6,1)	9 (52,9)	8 (47,1)	4 (23,5)	2 (11,8)		
V	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)			
Tổng		33(100)	33(100)	33(100)	33(100)	17(100)	17(100)	17(100)	17(100)		
P_{T0-T2}		>0,05				>0,05					
P_{T0-T4}		>0,05				>0,05					
P_{T0-T6}		<0,05				>0,05					
P_{NC-C}		<0,05									

Nhận xét: Sau sáu tuần điều trị, cả hai nhóm sự cải thiện mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu có 16,7% bệnh nhi khỏi liệt vận động, sự cải thiện liệt vận động tốt hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.23. Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô sau điều trị ở các thể bệnh Y học cổ truyền

Thể bệnh		Âm hư				Âm huyết hư sinh phong			
		Trước ĐT	Sau điều trị			Trước ĐT	Sau điều trị		
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)
Chỉ số phát triển		Âm hư (n=36)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)			
	Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Chậm nhẹ	2 (5,6)	3 (8,3)	15 (41,7)	25 (69,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (23,5)	11 (64,7)
	Chậm vừa	5 (13,9)	7 (19,4)	17 (47,2)	5 (13,9)	3 (17,7)	9 (52,9)	9 (52,9)	4 (23,5)
	Chậm nặng	29 (80,6)	26 (72,2)	4 (11,1)	0 (0,0)	14 (82,4)	8 (47,0)	4 (23,5)	2 (11,8)
	Tổng	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)
	P_{T0-T2}	>0,05				>0,05			
	P_{T0-T4}	>0,05				>0,05			
	P_{T0-T6}	<0,05				<0,05			
	Nhóm NC (n=53)								

		Âm hư (n=33)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)			
		Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nhóm Chứng (n=50)	Chậm nhẹ	2 (6,1)	3 (9,1)	12 (36,4)	16 (48,5)	0 (0,0)	2 (17,6)	2 (11,8)	2 (11,8)
	Chậm vừa	5 (15,2)	7 (21,2)	15 (45,5)	17 (51,5)	9 (52,9)	8 (47,1)	9 (52,9)	13 (76,5)
	Chậm nặng	26 (78,8)	23 (69,7)	6 (18,2)	0 (0,0)	8 (47,1)	7 (41,2)	6 (35,3)	2 (11,8)
	Tổng	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)
	P _{T0-T2}	>0,05				>0,05			
	P _{T0-T4}	>0,05				>0,05			
	P _{T0-T6}	<0,05				<0,05			
P _{N-C}		< 0,05							

Nhận xét: Ở khu vực vận động thô, phải sau 6 tuần điều trị, cả hai nhóm sự cải thiện mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu có sự cải thiện vận động thô tốt hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.24. Chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế sau điều trị ở các thể bệnh Y học cổ truyền.

Thể bệnh		Âm hư				Âm huyết hư sinh phong			
		Trước ĐT	Sau điều trị			Trước ĐT	Sau điều trị		
			T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)		T ₆ n(%)	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T_{4} n(%)	T_{6} n(%)
Nhóm NC (n=53)		Âm hư (n=36)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)			
	Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Chậm nhẹ	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (19,4)	23 (63,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (17,6)
	Chậm vừa	4 (11,1)	7 (19,4)	2 (5,56)	7 (19,4)	9 (52,9)	10 (58,8)	11 (64,7)	12 (70,6)
	Chậm nặng	32 (88,9)	29 (80,6)	27 (75,0)	0 (0,0)	8 (47,1)	7 (41,2)	5 (29,4)	2 (11,8)
	Tổng	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)
	P_{T0-T2}	>0,05				>0,05			
	P_{T0-T4}	>0,05				>0,05			
	P_{T0-T6}	<0,05				>0,05			

		Âm hư (n=33)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)			
Nhóm chứng (n=50)	Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Chậm nhẹ	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,1)	15 (45,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)
	Chậm vừa	4 (12,1)	7 (21,2)	6 (18,2)	18 (54,5)	3 (17,6)	5 (29,4)	12 (70,6)	13 (76,5)
	Chậm nặng	29 (87,9)	26 (78,8)	25 (75,8)	0 (0,0)	14 (82,4)	12 (70,6)	5 (29,4)	2 (11,8)
	Tổng	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)
	P_{T0-T2}	>0,05				>0,05			
	P_{T0-T4}	>0,05				>0,05			
	P_{T0- T6}	<0,05				>0,05			
P_{N-C}		> 0,05							

Nhận xét: Ở khu vực vận động tĩnh tế, sau sáu tuần điều trị nhóm nghiên cứu sự cải thiện chỉ số phát triển có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, còn nhóm chứng tuy có cải thiện, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.25. Chỉ số phát triển ở khu vực ngôn ngữ sau điều trị theo các thể bệnh y học cổ truyền

Chỉ số phát triển		Thể bệnh	Âm hư				Âm huyết hư sinh phong			
			Trước ĐT	Sau điều trị			Trước ĐT	Sau điều trị		
		T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)	T ₆ n(%)	
Nhóm NC (n=53)		Âm hư (n=36)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)				
	Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Chậm nhẹ	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (30,6)	5 (13,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (41,2)	
	Chậm vừa	1 (2,8)	2 (5,6)	22 (61,1)	25 (69,4)	4 (23,5)	5 (29,4)	6 (35,3)	8 (47,0)	
	Chậm nặng	35 (97,2)	34 (94,4)	3 (8,3)	0 (0,0)	13 (76,5)	12 (70,6)	11 (64,7)	2 (11,8)	
	Tổng	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	
	P_{T0-T2}	>0,05				>0,05				
	P_{T0-T4}	<0,05				>0,05				
	P_{T0-T6}	<0,05				>0,05				

Nhóm chứng (n=50)		Âm hư (n=33)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)			
		Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Chậm nhẹ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Chậm Vừa	4 (12,2)	5 (15,2)	9 (27,3)	22 (66,7)	3 (17,6)	6 (35,3)	10 (58,8)	15 (88,2)	
Chậm nặng	29 (87,9)	28 (84,9)	24 (72,7)	0 (0,0)	14 (82,4)	11 (64,7)	7 (41,2)	2 (11,8)	
Tổng		33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	
P _{T0-T2}		>0,05				>0,05			
P _{T0-T4}		>0,05				>0,05			
P _{T0- T6}		<0,05				>0,05			
P _{Nc-C}		> 0,05							

Nhận xét: Chỉ số phát triển ngôn ngữ sau điều trị ở nhóm nghiên cứu có xu hướng cao hơn nhóm chứng. Ở thể âm hư, chỉ số phát triển của nhóm nghiên cứu có xu hướng cao hơn nhóm chứng. Nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng chưa có ý thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3.26. Chỉ số phát triển ở khu vực cá nhân - xã hội sau điều trị ở các thể bệnh Y học cổ truyền

Thể bệnh		Âm hư				Âm huyết hư sinh phong			
		Trước ĐT	Sau điều trị			Trước ĐT	Sau điều trị		
			T ₀ n(%)	T ₂ n(%)	T ₄ n(%)		T ₆ n(%)	T ₀ n(%)	T ₂ n(%)
Nhóm NC (n=53)		Âm hư (n=36)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)			
	Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Chậm nhẹ	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (19,4)	13 (36,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Chậm vừa	3 (8,3)	6 (16,7)	23 (63,9)	12 (33,3)	8 (47,1)	9 (52,9)	10 (58,8)	15 (88,2)
	Chậm nặng	33 (91,7)	30 (83,3)	6 (16,7)	5 (13,9)	9 (52,8)	8 (47,1)	7 (41,2)	2 (11,8)
	Tổng	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)
	P_{T0-T2}	>0,05				>0,05			
	P_{T0-T4}	<0,05				>0,05			
	P_{T0-T6}	<0,05				>0,05			
	P_{T0-T6}	< 0,05							

		Âm hư (n=33)				Âm huyết hư sinh phong (n=17)			
Nhóm Chứng (n=50)	Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Chậm nhẹ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Chậm vừa	6 (18,2)	9 (27,3)	18 (54,6)	17 (45,0)	3 (17,6)	5 (29,4)	6 (35,3)	12 (70,6)
	Chậm nặng	27 (81,8)	24 (72,7)	15 (45,5)	11 (30,0)	14 (82,4)	12 (70,6)	11 (64,7)	5 (29,4)
	Tổng	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)
	P_{T0-T2}	>0,05				>0,05			
	P_{T0-T4}	<0,05				>0,05			
	P_{T0-T6}	<0,05				>0,05			
	P_{T0-T6}	> 0,05							
	P_{N-C}		> 0,05						

Nhận xét:

Chỉ số phát triển cá nhân xã hội sau điều trị ở thể âm hư của mỗi nhóm có xu hướng cao hơn thể âm huyết hư sinh phong, $p < 0,05$

Ở thể âm hư, chỉ số phát triển của nhóm nghiên cứu có xu hướng cao hơn nhóm chứng, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$

Chỉ số phát triển cá nhân xã hội sau điều trị của nhóm nghiên cứu có xu hướng cao hơn nhóm chứng, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

3.3.4. Theo dõi tác dụng không mong muốn trong điều trị.

Bảng 3.27. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhi (n=53)	
	n	Tỷ lệ (%)
Vụng châm	0	0
Chảy máu	2	3,8
Nhiễm trùng nơi châm	0	0
Gãy kim khi châm	0	0
Khác	0	0

Nhận xét: Trong suốt 6 tuần điều trị bằng hào châm, tất cả các bệnh nhi chưa gặp trường hợp nào xảy ra các tác dụng không mong muốn như vụng châm, nhiễm trùng tại vùng châm, gãy kim khi châm.

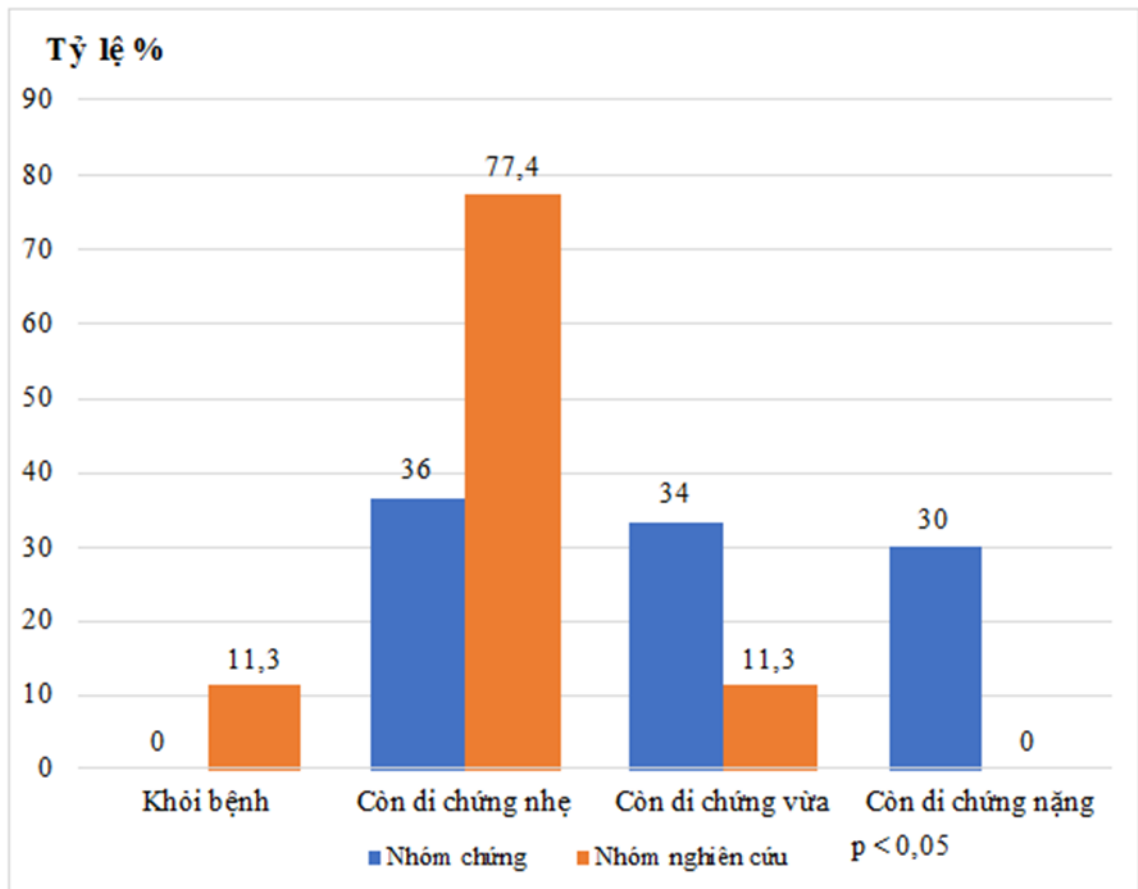
Riêng chảy máu nơi châm gặp ở hai trẻ nhóm chứng (3,8%), mỗi trẻ chỉ gặp một lần khi rút kim trong suốt liệu trình hào châm.

Bảng 3.28. Tác dụng không mong muốn trên chỉ số huyết học

Nhóm			Nhóm NC (n= 53)	Nhóm Chứng (n=50)	P _{Nc-C}
Chỉ số huyết học					
Hồng cầu (T/l)	$\bar{X} \pm SD$	T ₀	4,41 ± 0,60	4,44 ± 0,46	> 0,05
		T ₆	4,54 ± 0,47	4,55 ± 0,32	
	P _{T6-T0}		> 0,05	> 0,05	
Bạch cầu (G/l)	$\bar{X} \pm SD$	T ₀	6,67 ± 1,49	9,42 ± 1,60	
		T ₆	6,68 ± 1,08	8,68 ± 1,06	
	P _{T6-T0}		> 0,05	> 0,05	
Tiểu cầu (G/l)	$\bar{X} \pm SD$	T ₀	324,33 ± 43,37	321,73 ± 43,99	
		T ₆	322,26 ± 43,63	321,43 ± 43,15	
	P _{T6-T0}		> 0,05	> 0,05	
Huyết sắc tố (g/dl)	$\bar{X} \pm SD$	T ₀	11,66 ± 1,23	11,66 ± 1,16	
		T ₆	12,90 ± 1,43	12,35 ± 1,12	
	P _{T6-T0}		> 0,05	> 0,05	
Hematocrit (%)	$\bar{X} \pm SD$	T ₀	29,95 ± 3,27	29,98 ± 3,24	
		T ₆	31,09 ± 2,16	31,38 ± 3,14	
	P _{T6-T0}		> 0,05	> 0,05	

Nhận xét: Trong mỗi nhóm, sự thay đổi chỉ số trung bình bạch cầu, hồng cầu, tiểu cầu, huyết sắc tố, hematocrit khi vào viện và kết thúc điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các chỉ số huyết học trung bình giữa hai nhóm khi vào viện và kết thúc điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nhóm nghiên cứu, chỉ số hồng cầu có xu hướng tăng hơn so với nhóm chứng, nhưng vẫn trong giới hạn bình thường, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.5. Đánh giá kết quả chung về lâm sàng sau điều trị



Biểu đồ 3.3. Kết quả chung về lâm sàng sau điều trị

Nhận xét: Sau sáu tuần nhóm nghiên cứu có 11,3% khỏi bệnh, di chứng nhẹ 77,4%, nhóm chứng đa số bệnh nhi còn di chứng nhẹ và vừa 70%, di chứng nặng 30% sự khác biệt giữa sau điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. KẾT QUẢ XÁC ĐỊNH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN.

3.4.1. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị làm giảm độ liệt theo Henry.

Bảng 3.29. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị làm giảm độ liệt theo thang Henry.

Đặc tính		Độ liệt		Trước điều trị (T ₀)					Sau điều trị (T ₆)				
		0	I	II	III	IV	V	0	I	II	III	IV	V
Tuổi	< 24 tháng (n=32)		2	2	15	13		6	24	2			
	Tỷ lệ %		3,8	3,8	28,3	24,5		11,3	45,3	3,8			
	>24 tháng (n=21)			6	7	8			17	2	2		
	Tỷ lệ %			11,3	13,2	15,9			32,1	3,8	3,8		
		P _{T0-T6} <0,05											
Thời gian mắc bệnh	<35 ngày (n=38)		2	6	15	15		6	29	2	1		
	Tỷ lệ %		3,8	11,3	28,3	28,3		11,3	54,7	3,8	1,9		
	>35 ngày (n=15)			2	7	6			12	2	1		
	Tỷ lệ %			3,8	13,2	11,3			22,6	3,8	1,9		
		P _{T0-T6} <0,05											
Rối loạn nuốt	Nuôi ăn qua ống thông (n=3)					3				2	1		
	Tỷ lệ %					5,7				3,8	1,9		
			P _{T0-T6} <0,05										
Thể chất	Bình thường (n=14)		2	8	4			6	8				
	Tỷ lệ %		3,8	15,9	7,6			11,3	15,9				
	SDD độ I (n=29)				15	14			27	2			
	Tỷ lệ %				28,3	26,4			50,9	3,8			
	SDD độ II (n=10)				3	7			6	2	2		
	Tỷ lệ %				5,7	13,2			11,3	3,8	3,8		
		P _{T0-T6} <0,05											
Hệ Y học cổ truyền	Âm hư (n=36)		2	8	14	12		6	29	1			
	Tỷ lệ %		3,8	15,9	26,4	22,6		11,3	54,7	1,9			
	Âm huyết hư sinh phong (n=17)				8	9			12	3	2		
	Tỷ lệ %				15,9	16,9			22,6	5,7	3,8		
			P _{T0-T6} <0,05										

Nhận xét: Nhìn chung tuổi bệnh nhi càng lớn, thời gian mắc bệnh càng dài, phải nuôi ăn qua ống thông mũi-dạ dày, trẻ bị suy dinh dưỡng và ở thể bệnh âm huyết hư sinh phong theo y học cổ truyền là những yếu tố hạn chế kết quả hào châm của nhóm nghiên cứu trong phục hồi liệt vận động, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4.2. Liên quan giữa tổn thương não trên hình ảnh cộng hưởng từ và sự thay đổi độ liệt theo thang Henry.

Bảng 3.30. Liên quan giữa định khu tổn thương não trên cộng hưởng từ và sự thay đổi độ liệt theo thang Henry.

Định khu tổn thương		Độ liệt	Trước điều trị (T ₀)					Sau điều trị (T ₆)					Tổng số bệnh nhi
			0	I	II	III	IV	0	I	II	III	IV	
Nhóm nghiên cứu (n=53)	Đồi thị	n =13	0	1	2	6	4	2	3	8	0	0	13
		Tỷ lệ %	0	1,9	3,8	11,3	7,6	3,8	5,7	16,9	0	0	24,5
	Chất trắng	n = 6	0	0	2	4	0	1	2	3	0	0	6
		Tỷ lệ %	0	0	3,8	7,6	0	1,9	3,8	5,7	0	0	11,3
	Thùy trán	n = 9	0	0	1	2	6	0	2	7	0	0	9
		Tỷ lệ %	0	0	1,9	3,8	11,3	0	3,8	13,2	0	0	16,9
	Thùy thái dương	n=44	0	1	2	20	21	1	28	12	2	1	44
		Tỷ lệ %	0	1,9	3,8	37,7	39,6	1,9	52,8	22,6	3,8	1,9	83,0
	Thùy đỉnh	n =34	0	0	0	13	21	2	23	9	0	0	34
		Tỷ lệ %	0	0	0	24,5	39,6	3,8	43,4	16,9	0	0	64,2
	Teo não	n=4	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	4
		Tỷ lệ %	0	0	0	0	7,6	0	0	7,6	0	0	7,6
	Xuất huyết não	n=3	0	0	0	0	3	0	0	0	2	1	3
		Tỷ lệ %	0	0	0	0	5,7	0	0	0	3,8	1,9	5,7
	Dịch hóa	n=3	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0	3
		Tỷ lệ %	0	0	3,8	1,9	0	0	3,8	1,9	0	0	5,7
Tổng số vùng tổn thương			0	2	9	46	59	6	60	44	4	2	116/53

Nhận xét: Số vùng tổn thương não rất đa dạng, từ một đến nhiều vị trí trên cùng một bệnh nhi. Vị trí tổn thương trên cộng hưởng từ của các bệnh nhi này gặp nhiều nhất ở thùy thái dương (một bên hoặc hai bên). Nhóm nghiên cứu 44/53, chiếm tỷ lệ cao nhất 83%. Sau sáu tuần, bệnh nhi tổn thương thùy thái dương phục hồi liệt chậm hơn tổn thương các vùng khác. Sự khác biệt sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

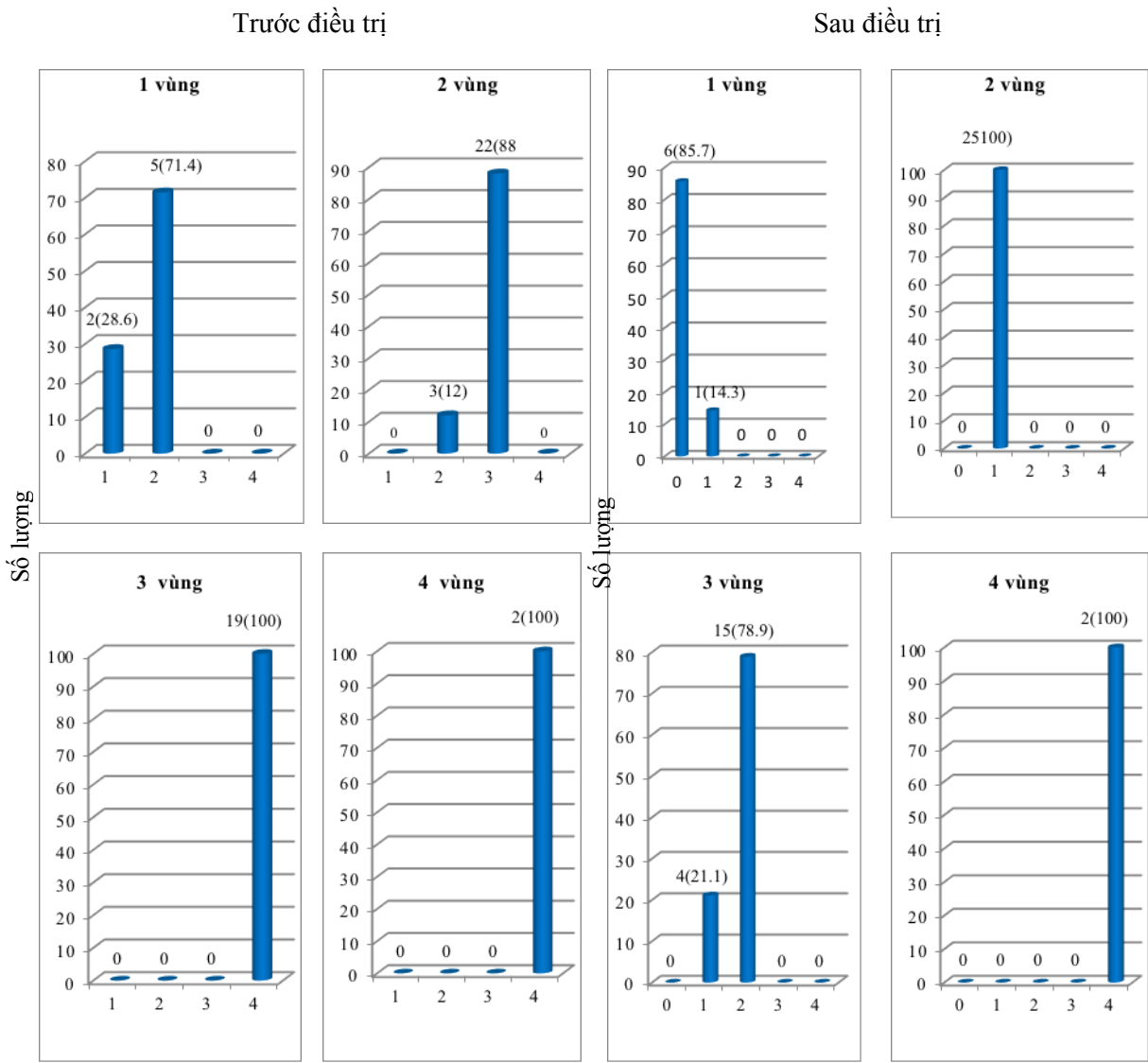
Bảng 3.31. Liên quan giữa số lượng vị trí tổn thương não trên một bệnh nhi theo cộng hưởng từ và sự thay đổi độ liệt theo thang Henry.

Số lượng vị trí tổn thương		Độ liệt	Trước điều trị (T ₀)					Sau điều trị (T ₆)					Tổng số bệnh nhi	
			0	I	II	III	IV	0	I	II	III	IV		
Nhóm nghiên cứu (n=53)	Một vị trí	n=7	0	2	5	0	0	6	1	0	0	0	7	
		Tỷ lệ %	0	3,8	9,4	0	0	11,3	1,9	0	0	0	13,2	
	Hai vị trí	n=25	0	0	3	22	0	0	25	0	0	0	25	
		Tỷ lệ %	0	0	5,7	41,5	0	0	47,2	0	0	0	47,2	
	Ba vị trí	n=19	0	0	0	0	19	0	15	4	0	0	19	
		Tỷ lệ %	0	0	0	0	5,9	0	28,3	7,6	0	0	35,9	
	Nhiều hơn ba vị trí	n=2	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	
		Tỷ lệ %	0	0	0	0	3,8	0	0	0	3,8	0	3,8	
	Tổng số vị trí tổn thương			0	2	11	44	63	6	96	12	6	0	116/53

Nhận xét:

Vị trí tổn thương trên não mỗi bệnh nhi đa dạng. Phổ biến nhất là tổn thương hai vị trí, 47,2%. Ít nhất là tổn thương nhiều hơn ba vị trí, với ba bệnh nhi (10%) liệt độ IV.

Sau điều trị, số vị trí tổn thương càng ít khả năng phục hồi liệt vận động càng tốt. Phục hồi liệt tốt nhất là các bệnh nhi tổn thương não chỉ một vị trí, với bảy bệnh nhi loại này lúc vào, sau điều trị có sáu bệnh nhi khỏi liệt.



Phân độ liệt

Phân độ liệt

Phép kiểm chi bình phương $p < 0,001$

Biểu đồ 3.4. Phân bố mức độ liệt ở đối tượng nghiên cứu theo vị trí tổn thương não trên MRI ở thời điểm trước và sau điều trị

Nhận xét: Trước điều trị tổn thương 1 vùng có 2 bệnh nhi liệt độ I và 5 bệnh nhi liệt độ II, Sau điều trị còn 1 bệnh nhi liệt độ I, và 6 bệnh nhi khỏi liệt. Tổn thương 2 vùng trước điều trị có 3 bệnh nhi độ II và 22 bệnh nhi độ III, sau điều trị có 25 bệnh nhi từ độ độ III chuyển sang độ I. Tổn thương 4 vùng không có bệnh nhi nào khỏi liệt. Có giá trị thống kê $p < 0,001$.

Bảng 3.32. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị hào châm trên sức cơ bệnh nhi nhóm nghiên cứu (n=53)

Biến số	Điểm số sức cơ theo thang Henry				
	Hệ số (Coefficient)	SE	t	p*	95% KCT
Giới (Nam)	0,01	0,11	0,09	0,92	-0,21: 0,23
Tuổi (Tháng)	-0,003	0,004	-0,70	0,48	-0,009 : 0,005
Thời gian mắc bệnh (Trên 35 ngày)	-0,48	0,19	-2,54	0,01	-0,86 : -0,09
Thể bệnh YHCT (Âm huyết hư sinh phong)	-0,49	0,20	-2,43	0,02	-0,91 : -0,08
Suy dinh dưỡng					
<i>Bình thường</i>					
<i>Suy dinh dưỡng độ I</i>	-0,02	0,11	-0,22	0,8	-0,25 : 0,19
<i>Suy dinh dưỡng độ II</i>	-0,009	0,18	-0,05	0,9	-0,38 : 0,36
Số vùng tổn thương trên cộng hưởng từ.					
<i>1</i>	-	-	-	-	-
<i>2</i>	-0,85	0,11	-7,14	<0,001	-1,09 : -0,61
<i>3</i>	-0,88	0,20	-4,38	<0,001	-1,29 : -0,47
<i>4</i>	-2,16	0,26	-8,19	<0,001	-2,69 : -1,63
$R^2=0,93, p<0,001$					
*Hồi quy tuyến tính đa biến SE: Sai số chuẩn t: kiểm định t KTC: khoảng tin cậy					

Nhận xét: Qua mô hình hồi quy đa biến tổng quát của điểm số phân loại sức cơ (theo Henry) sau 6 tuần điều trị với các yếu tố độc lập như giới tính (nam và nữ), tuổi (tháng), thời gian mắc bệnh (<35 ngày và ≥35 ngày), thể bệnh YHCT (âm hư và âm huyết hư sinh phong), tình trạng suy dinh dưỡng (bình thường, suy dinh dưỡng độ I, suy dinh dưỡng độ II) và số vùng tổn thương não trên MRI, thì thời gian mắc bệnh tăng trên 35 ngày ảnh hưởng đến suy giảm điểm số sức cơ có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$. Tương tự, đối tượng với thể âm huyết hư sinh phong có liên quan đến điểm số sức cơ kém hơn có ý nghĩa thống kê vì $p=0,02$. Số vùng tổn thương não trên MRI có ảnh hưởng đến điểm số sức cơ qua sáu tuần điều trị có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$, trong đó, bệnh nhi có số vùng thương tổn càng nhiều liên quan đến sức cơ kém hơn các nhóm còn lại. Mô hình hồi quy có thể giải thích sự thay đổi của kết quả điều trị ở sức cơ theo các biến số độc lập được khảo sát khoảng 93%.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã thu thập được 103 bệnh nhi bị di chứng sau viêm não do vi rút herpes simplex nhập khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương từ tháng 11/2014 đến tháng 7/2021 để điều trị phục hồi chức năng tâm-vận động. Với 103 bệnh nhân có 53 bệnh nhi được điều trị thực hiện hào châm nội trú tại bệnh viện đồng thời kết hợp với phác đồ nền như tập vận động phục hồi chức năng đề phòng co rút biến dạng và 50 bệnh nhi chỉ tập phục hồi chức năng, tạo thuận vận động, chống co rút cơ. Bệnh viêm não do vi rút herpes simplex nhập Bệnh viện Nhi Trung ương hiện vẫn đứng hàng thứ hai sau viêm não Nhật Bản⁶, Tuy rằng viêm não Nhật Bản trước đây 20-30 năm thường tạo thành ổ dịch lớn tại các địa phương trong toàn quốc lẫn át các bệnh viêm não khác. Do chương trình tiêm phòng viêm não Nhật Bản, hiện nay bệnh đã giảm đi rất nhiều. Viêm não do vi rút herpes simplex ở giai đoạn cấp thường rất nặng vì gây viêm não hoại tử chảy máu nhu mô não chủ yếu gặp ở vùng thái dương. Bệnh nhi qua khỏi giai đoạn này thường có di chứng thần kinh rất nặng đặc biệt khả năng vận động tùy vùng não bị tổn thương. Các bệnh nhi viêm não HSV thường mắc động kinh nặng nên được chuyển viện Bệnh viện Y học cổ truyền chậm vì bệnh nhi phải lưu trú để tiếp tục điều trị các biến chứng nặng như co giật động kinh. Các loại viêm não Nhật Bản và viêm não do các loại vi rút khác thường không gây viêm hoại tử chảy máu nhưng thường gây tổn thương não lan toả ở hai bán cầu.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện hào châm phối hợp với phác đồ điều trị nền qui ước cho mọi bệnh nhân có di chứng về vận động hoặc tâm thần do các nguyên nhân khác với mong muốn “liệu hào châm có đem lại hiệu quả để phục hồi chức năng vận động nhanh không?”. Chúng tôi thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở có đối chứng để so sánh kết quả trước và sau điều trị.

Kết quả nghiên cứu trước điều trị hào châm của nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng về giới tính gần tương đương không có ý nghĩa thống kê (biểu đồ 3,1).

Tuổi trung bình của hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là $23,13 \pm 14,8$ và $22,43 \pm 14,3$ với khác biệt không có ý nghĩa thống kê (bảng 3.1).

Thời gian mắc bệnh trung bình giữa 2 nhóm là $30,15 \pm 4,54$ và $29,93 \pm 4,35$ không có khác biệt ý nghĩa (bảng 3.2).

Mức độ nặng của bệnh được thể hiện trên các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm về rối loạn ý thức, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn nuốt, rối loạn cơ tròn, rối loạn thần kinh thực vật được đánh giá cụ thể trên từng mức độ thống nhất giữa hai nhóm không thấy khác biệt có ý nghĩa.

Tình trạng suy dinh dưỡng thường bao giờ cũng xảy ra đối với bệnh nhi bị viêm não do hôn mê phải nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá hoặc nuôi ăn qua ống xông dạ dày cũng thấy tương đương giữa hai nhóm.

Mức độ liệt vận động phân loại theo thang Henry được đề cập ở kết quả nghiên cứu rõ ràng và các chỉ số phát triển thần kinh (vận động thô, vận động tinh tế, ngôn ngữ, cá nhân xã hội) theo bảng 3.5 và 3.6 đều không có khác biệt có ý nghĩa.

Đánh giá lúc đầu trước khi thực hiện hào châm theo phương pháp y học cổ truyền trong viêm não sau giai đoạn cấp ở hai thể âm hư và âm huyết hư sinh phong giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không thấy khác biệt, đặc biệt thể âm hư với số bệnh nhân chiếm ưu thế ở cả hai nhóm.

Rõ ràng các kết quả nghiên cứu trên đây phản ánh cho việc chọn đối tượng nghiên cứu cho thực hiện thử nghiệm lâm sàng so sánh về tác dụng hào châm là hoàn toàn hợp lý. Nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là phải tương đương nhau để kết quả so sánh đạt được độ tin cậy.

4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở CÁC BỆNH NHI SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX.

Viêm não herpes simplex là một bệnh trong ôn bệnh của y học cổ truyền. Bệnh này do nhân khí chính khí của bệnh nhi bị suy kém, cảm phải tà khí (ôn tà và dịch lệ) gây nên^{78, 105}. Bệnh tiến triển tuần tự, đầu tiên vào phần vệ (sốt, gai rét, đau đầu, đau họng...), rồi tiếp đó truyền rất nhanh vào phần khí (sốt cao, khát, đau đầu dữ dội, nôn, cổ gáy cứng...), cuối cùng đến phần dinh huyết (thêm dấu hiệu li bì, hôn mê, co giật, nôn nâu hoặc đại tiện phân nhão đen như bã cà phê...) nặng thì có thể vong dương¹⁰⁵. Bệnh diễn biến nhanh hay chậm, nặng hay nhẹ một phần do sức tấn công mạnh hay yếu của tà khí, một phần do mức độ thịnh hay suy của chính khí (sức đề kháng của trẻ). Nếu chính khí mạnh thì có thể lấn át được tà khí, bệnh tà lui. Nếu chính khí suy bị tà khí lấn át thì thành bệnh. Trên lâm sàng, ba giai đoạn của viêm não do vi rút herpes simplex theo Y học cổ truyền có sự tương đương như sau⁷⁸:

- Thời kỳ khởi phát: Tà vào vệ, khí.
- Thời kỳ toàn phát: Tà vào đến dinh huyết.
- Thời kỳ bệnh lui (tương đương với giai đoạn sau cấp và kéo dài của bệnh): Là giai đoạn ôn bệnh mới khởi, chính khí chưa hồi phục. Do ở giai đoạn toàn phát tà đã vào sâu trong dinh huyết, làm dinh huyết hao kiệt, tân dịch bị suy tổn, cân mạch bị hư suy, các khiếu bị đàm trọc che mờ... Chưa hồi phục ngay được nên để lại di chứng liệt, rối loạn tinh thần, trí tuệ, cảm xúc...

Theo Y học cổ truyền, ở trẻ em nhất là trẻ dưới ba tuổi có thể chất “thuần dương vô âm”, hoặc “trĩ âm trĩ dương”. Nghĩa là thể chất trẻ em ở trạng thái non nớt, chưa thành thực, tạng phủ còn non yếu, bệnh dễ theo dương, theo nhiệt^{75,76}. Chân âm chưa đủ (trĩ âm), nhu không giúp được cương, can tà dễ động, can tà động, mộc can sinh hỏa, hỏa can sinh phong. Phong nhiệt kết hợp với nhau làm huyết hư, sinh cân căng, choáng váng, uốn cong người, co giật, cứng đờ (kinh phong), là triệu chứng thường gặp trong viêm não do vi rút herpes simplex.

Viêm não do vi rút herpes simplex thuộc phạm vi ôn bệnh của y học cổ truyền. Giai đoạn sau cấp và thời kỳ đầu của giai đoạn kéo dài chính là giai đoạn ôn bệnh mới khởi, chính khí chưa hồi phục. Qua theo dõi 103 trường hợp chúng tôi thấy:

Thể âm hư chiếm đa số, nhóm nghiên cứu 67,9% (36 bệnh nhi). Nhóm chứng 66% (33 bệnh nhi). Còn thể âm huyết hư sinh phong chỉ gặp 32% (17 trường hợp) nhóm nghiên cứu, 17 trường hợp 34% nhóm chứng (theo bảng 3.7). Tỷ lệ giữa thể âm hư và âm huyết hư sinh phong là 2/1.

Cả hai thể này triệu chứng lòng bàn tay, chân nóng đều chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm chứng 97% với thể âm hư và 100% với thể âm huyết hư sinh phong theo (bảng 3.9). Nhóm nghiên cứu thể âm hư 97,2%, thể âm huyết hư sinh phong 100%.

- Vọng: Lòng bàn tay bàn chân nóng đỏ 97,2%, sắc mặt hồng hoặc đỏ 94,4%, chất lưỡi đỏ, ít rêu 94,4%, da tương đối khô 88,9%, chỉ văn tay màu tía lần lượt là 80,6%, và 82,4% người gầy 75%.

- Văn: Hơi thở hôi 63,9%, tiếng khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng 52,8%.

- Vấn: Tiểu vàng sẫm màu 97,2%, đại tiện táo 88,9%.

- Thiết: Lòng bàn tay, bàn chân nóng 97,2%.

- Tỷ lệ bệnh nhi đại tiện táo và tiểu vàng ở thể âm hư khá cao, lần lượt là 88,9% và 97,2%. Đây là hai triệu chứng thực thể thường gặp ở bệnh nhi có hội chứng âm hư nội nhiệt. Theo dõi sự tiến triển của các triệu chứng này có thể đánh giá được tình trạng tiến triển của bệnh trong giai đoạn thương âm di chứng.

Thể này không gặp các triệu chứng quấy khóc, la hét, vật vã, chân tay co cứng nhiều, xoắn vặn, trần trọc khó ngủ.

Thể âm huyết hư sinh phong, ngoài các triệu chứng như thể âm hư kể trên, còn thêm các triệu chứng sau:

Nhóm nghiên cứu

- Vọng: Chân tay co cứng, co vắn, co giật hoặc run giật, múa vờn, múa giật liên tục hoặc từng cơn (100%).
- Vãn: Kích thích quấy khóc, vật vã, la hét (70,6%).
- Vãn: Khó ngủ, mất ngủ kéo dài (70,6%).
- Thiết: Lòng bàn tay, bàn chân nóng (100%).

Thể này không gặp các triệu chứng khóc nhỏ yếu, không thành tiếng.

Ở thể bệnh âm hư, sau điều trị các triệu chứng miệng họng khô, đại tiện táo (<3 lần/tuần), sốt hâm hấp $\leq 38^{\circ}\text{C}$, da tương đối khô, tiểu tiện ít có xu hướng giảm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở thể bệnh âm huyết hư sinh phong, các triệu chứng hầu như không có sự cải thiện.

Các triệu chứng theo tứ chẩn của hai thể bệnh kể trên đều xuất hiện khá thường xuyên trên các bệnh nhi nghiên cứu, với tỷ lệ thấp nhất là 52,8%. Đó chính là những triệu chứng chỉ điểm giúp người thầy thuốc y học cổ truyền phân thể âm hư hay âm huyết hư sinh phong cho bệnh nhi di chứng ôn bệnh trên lâm sàng.

Giữa hai thể trên có mối liên hệ chặt chẽ. Nhiều bệnh nhi lúc vào có các biểu hiện của thể âm hư điển hình, nhưng sau một thời gian ngắn từ chỗ trương lực cơ giảm hoặc tăng nhẹ chuyển sang quá tăng, làm trẻ co cứng, co vắn các chi, lệch trục cơ thể. Một số trường hợp thấy xuất hiện dần các động tác ngoại tháp như run, múa giật, múa vờn. Đó là những triệu chứng điển hình của thể âm huyết hư sinh phong. Tuy nhiên để được tạm xếp vào thể này, còn cần thêm triệu chứng quấy khóc, la hét, vật vã, mất ngủ, là biểu hiện của thử nhiệt quá thịnh, làm tổn thương sâu đến âm huyết, gây phiền nhiệt. Đây là các triệu chứng thường gặp trong các bệnh có hội chứng âm huyết hư.

Quan sát triệu chứng đầu vào của 103 bệnh nhi nghiên cứu này thấy hoàn toàn phù hợp với lý luận y học cổ truyền về bệnh ôn bệnh và thể chất

của bệnh nhi. Trong đó 73 bệnh nhi mắc bệnh dưới 35 ngày, 30 bệnh nhi mắc bệnh trên 35 ngày (bảng 3.8), tương đương với thời kỳ đầu của giai đoạn bán cấp, mới thoát hôn mê theo y học hiện đại và thử ôn mới khởi của y học cổ truyền. Ngay sau giai đoạn cấp, bệnh nhi mắc bệnh mới 30-60 ngày, do tình trạng tổn thương não chưa ổn định hẳn, các triệu chứng lâm sàng về y học hiện đại còn nhiều và đa dạng. Bên cạnh các rối loạn vận động, còn nhiều các rối loạn thần kinh thực vật như sốt hâm hấp kéo dài, mặt đỏ, lòng bàn chân tay nóng đỏ... Tương đương với thể âm hư và âm huyết hư sinh phong.

Thường sau 60 ngày, là thời kỳ cuối của giai đoạn bán cấp hoặc giai đoạn kéo dài, các tổn thương viêm não dần khu trú lại, trẻ chủ yếu chỉ còn các rối loạn vận động và tâm trí, các rối loạn thần kinh thực vật giảm rõ.

4.2.1. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị.

Sau viêm não cấp các bệnh nhi viêm não do vi rút herpes simplex để lại rất nhiều rối loạn trên lâm sàng.

Rối loạn ý thức: Tất cả các bệnh nhi nghiên cứu đều có rối loạn ý thức mức độ vừa và nặng, không có bệnh nhi nào ý thức bình thường. Tỷ lệ bệnh nhi rối loạn ý thức mức độ nặng “thức, chưa nhận biết được”. Nhóm nghiên cứu 77,4%, nhóm chứng 80% (bảng 3.3).

So với các nghiên cứu về viêm não Nhật Bản trước đây, kết quả này thấp hơn. Nhưng với nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003), phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động cho 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp, tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương cũng có tỷ lệ rối loạn ý thức là 98,4%¹⁸. So với một số tác giả khác, tỷ lệ rối loạn ý thức lại cao hơn. Theo Nguyễn Thị Tú Anh (2001), nghiên cứu tại Bệnh viện châm cứu Trung ương, sử dụng điện châm phục hồi vận động cho 116 trẻ viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp (chỉ có 61,2% mắc bệnh dưới 30 ngày) tỷ lệ này là 68,1%¹⁷. Theo Nguyễn Thị Thanh Vân (2001)

khảo sát trên 75 bệnh nhi viêm não Nhật Bản giai đoạn di chứng là 60,8%⁶⁵. Kết quả này cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc (2013), đánh giá hiệu quả phục hồi rối loạn tâm thần-vận động của Lục vị hoàn phối hợp điện châm cho 60 bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp, các bệnh nhi lúc bắt đầu điều trị đều có rối loạn ý thức, trong đó mức có rối loạn ý thức nặng chiếm đa số, nhóm nghiên cứu chiếm 73,3% và nhóm chứng chiếm 80%. Sau điều trị, nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng, cụ thể là 16,7% ở mức tỉnh táo tiếp xúc tốt; ở mức tỉnh biết lạ quen, có 50% bệnh nhi ở nhóm chứng và 43,3% bệnh nhi ở nhóm nghiên cứu⁶⁷. Điều này có thể lý giải do khác nhau giữa tổn thương của viêm não herpes simplex để lại di chứng nặng nề hơn viêm não Nhật Bản, chưa nhận biết được còn 24%.

Thông thường với các bệnh nhi sau khi qua khỏi giai đoạn cấp, trẻ thoát khỏi hôn mê nhưng vẫn còn rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau. Các bệnh nhi nghiên cứu sau khi điều trị qua giai đoạn cấp ở Bệnh viện Nhi Trung ương, được chuyển sang phục hồi chức năng rất sớm, 71,7% trẻ mắc bệnh dưới 35 ngày, sớm nhất là 25 ngày (bảng 3.2). Vì vậy, tất cả đều còn rối loạn ý thức. Còn ở các nghiên cứu về viêm não Nhật Bản kể trên, có thể do thời gian mắc bệnh của các bệnh nhi này dài hơn, nguyên nhân gây bệnh khác nhau và lứa tuổi của các bệnh nhi viêm não Nhật Bản cũng lớn hơn, tổn thương cũng nhẹ hơn viêm não herpes simplex, nên ý thức đã được phục hồi một phần.

Rối loạn ngôn ngữ: Tất cả các bệnh nhi nghiên cứu đều có rối loạn ngôn ngữ ở các mức độ, đa số là thất vận ngôn và ú ớ có âm chưa có tiếng, tỷ lệ này nhóm nghiên cứu 88,7%, nhóm chứng 88%. Đặc điểm rối loạn ngôn ngữ này gặp ở hầu hết bệnh nhi và xuất hiện sớm từ giai đoạn khởi phát. Bệnh nhi thường có biểu hiện nói khó hoặc không nói được. Đây là các dấu hiệu gợi ý có thể bệnh nhi bị tổn thương vùng ngôn ngữ Wernicke (nằm ở trước trong của thùy thái dương) và vùng Broca (nằm ở hồi trán lên, phía trước rãnh

Rolando). Đây là hai vùng hay bị tổn thương nhất trong viêm não herpes simplex, gây ra biểu hiện nói không trôi chảy, rối loạn dùng âm của từ ngữ, lặp lại kém và sự hiểu lời bị suy giảm, không nói được, cho dù trước mắc bệnh trẻ tự sinh hoạt và đã nói tốt, đó là điều trăn trở nhất khi chúng tôi gặp phải trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

So với các nghiên cứu viêm não Nhật Bản trước đây, kết quả của nghiên cứu viêm não herpes simplex chiếm 82% là tương đương. Như nghiên cứu của Nguyễn Thị Tú Anh (2001), sử dụng điện châm phục hồi chức năng vận động cho 116 trẻ viêm não Nhật bản sau giai đoạn cấp, tỷ lệ thất ngôn thấp hơn là 73,3%¹⁷. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Vân (2001) trên 75 bệnh nhi viêm não Nhật Bản lại là 62,8%⁶⁵, thấp hơn nghiên cứu này. Như nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003), phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi vận động cho 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản, có tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ là 95,1%¹⁸. Có lẽ tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ cao của nghiên cứu này là do đối tượng nghiên cứu khác với các nghiên cứu trên, tổn thương do vi rút herpes simplex để lại di chứng nặng nề hơn.

Rối loạn phản xạ nuốt: Tỷ lệ bệnh nhi nghiên cứu có rối loạn nuốt là 100% trong đó nhóm nghiên cứu có 3 bệnh nhi (5,7%) phải nuôi dưỡng bằng ống xông mũi-dạ dày. Nhóm chứng có 3 bệnh nhi 6%. Hầu hết rối loạn ở mức độ nuốt chậm chỉ ăn lỏng với tỷ lệ là 78%. Nhóm nghiên cứu 79,3%, nhóm chứng 78%. Nguyên nhân viêm não herpes simplex là do tổn thương dây thần kinh sọ IX, X, XI làm rối loạn nuốt kèm rối loạn ý thức.

Nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003), trên 60 bệnh nhi viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp cho kết quả thấp hơn, chỉ có 77,4% bệnh nhi rối loạn nuốt¹⁸. Sự khác nhau này có thể do tổn thương của viêm não herpes simplex nặng nề hơn viêm não Nhật Bản.

Rối loạn cơ tròn: Hầu hết bệnh nhi nghiên cứu có rối loạn cơ tròn biểu hiện bằng đại tiểu tiện không tự chủ hoặc lúc tự chủ lúc không, thường gặp trong giai đoạn ý thức bệnh nhi còn kém, với tỷ lệ nhóm nghiên cứu 77,4%, nhóm chứng 76%.

Kết quả này tương đương với nghiên cứu viêm não Nhật Bản của Đặng Minh Hằng là 87,1% rối loạn cơ tròn¹⁸, Lê Thị Hồng Anh 82,35%¹¹⁷, viêm não chung của Nguyễn Thị Vinh 73,3%¹⁰².

Một số nghiên cứu khác cho kết quả tỷ lệ rối loạn cơ tròn thấp hơn của Nguyễn Thị Tú Anh (2001), nghiên cứu áp dụng phương pháp điện châm để phục hồi chức năng vận động cho 116 trẻ viêm não Nhật bản sau giai đoạn cấp là 67,2%¹⁷, Nguyễn Thị Thanh Vân là 54,9%⁶⁵. Có thể do tình trạng rối loạn ý thức trong nghiên cứu của chúng tôi 77,4% - 80% nặng hơn nên mức độ rối loạn cơ tròn cũng nặng hơn.

Rối loạn thần kinh thực vật

Tình trạng tăng tiết đờm dãi nhóm nghiên cứu 79,3%, nhóm chứng 74% của viêm não herpes simplex, cao hơn so với Đặng Minh Hằng viêm não Nhật Bản (46,77%)¹⁸ và tương đồng với nghiên cứu viêm não Nhật Bản của Lê Thị Hồng Anh (64,71%)¹¹⁷; 76% có tăng tiết mồ hôi, cao hơn so với 29,4% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Vân⁶⁵ và Nguyễn Thị Vinh (63,3%)¹⁰².

Kết quả này có thể do sự khác biệt về tuổi của bệnh nhi nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi bệnh nhi thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trên. Ở trẻ nhỏ, tỷ lệ tăng tiết đờm và tăng tiết mồ hôi thường cao hơn so với các trẻ lớn^{17,18} (theo bảng 3.3).

Điều này có thể là do sự khác biệt về cơ mẫu cũng như loại nguyên nhân gây viêm não của các nghiên cứu.

Tình trạng dinh dưỡng: Tỷ lệ bệnh nhi nghiên cứu có suy dinh dưỡng nhóm nghiên cứu 73,6%, nhóm chứng 74%. Tuy nhiên không có bệnh nhi nào suy dinh dưỡng mức độ nặng (độ III) (theo bảng 3.4). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của một số tác giả khác⁶⁷.

Theo Đặng Minh Hằng (2003), nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động cho 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản, tỷ lệ suy dinh dưỡng là 74,1%, trong đó có 14,5% trẻ suy kiệt⁶⁵. Và cũng tương đương với Nguyễn Kim Ngọc (2013) theo dõi 60 bệnh nhi di chứng viêm não chung, có tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm nghiên cứu là 70%, nhóm chứng là 76,7%⁶⁷.

Viêm não do vi rút herpes simplex thường để lại các di chứng nặng nề. Các công trình nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều nhận thấy các biểu hiện di chứng sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex là liệt vận động, liệt tứ chi, liệt nửa người..., liệt nửa người thường chiếm đa số, liệt vận động không đồng đều ở các mức độ khác nhau. Điều này có thể suy ra tổn thương não do HSV thường gây nổi trội ở một bên bán cầu. Các dấu hiệu tổn thương hệ tháp con co cứng hay co cứng toàn thân (bại não thể co cứng) và các rối loạn ngoại tháp (bại não loạn trương lực), mất ngôn ngữ, rối loạn ý thức, động kinh^{6,118}

Đặng Minh Hằng (2003) nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động cho 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản, có 81,2% tăng trương lực cơ¹⁸. Nguyễn Thị Thanh Vân gặp 72,6% viêm não Nhật Bản⁶⁵. Viêm não là tình trạng viêm nhiễm của hệ thần kinh trung ương gây ra các rối loạn chức năng thần kinh - tâm trí. Các rối loạn vận động trong viêm não chủ yếu biểu hiện liệt cứng với trương lực cơ tăng, phản xạ gân xương tăng.

4.2.2. Mức độ liệt vận động theo thang Henry

Tất cả các bệnh nhi nghiên cứu đều liệt vận động ở các mức độ khác nhau. Tỷ lệ liệt ở độ III và IV cao nhất, nhóm nghiên cứu 81,1%, nhóm chứng 80%. Độ liệt trung bình của nhóm nghiên cứu là $3,17 \pm 0,82$, nhóm chứng $3,13 \pm 0,81$. Một số tác giả khác cũng cho kết quả tương tự. Theo Đặng Minh Hằng (2003), nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động trên 60 bệnh nhi di chứng viêm não

Nhật Bản, có 100% trẻ liệt vận động, trong đó có 90,3% trẻ liệt độ III, IV¹⁸. Nguyễn Thị Tú Anh nghiên cứu 116 trẻ viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp, tỷ lệ trẻ liệt độ III - V là 76,7%¹⁷. Nguyễn Thị Thanh Vân thấy 90,2% trẻ bị liệt vận động⁶⁵. Theo Nguyễn Kim Ngọc, thì có 100% bệnh nhi viêm não liệt vận động ở các mức độ khác nhau⁶⁷. Đây là triệu chứng thường gặp nhất trong viêm não và đã được nhiều tác giả mô tả.

Độ liệt trung bình do viêm não herpes simplex nhóm nghiên cứu $3,17 \pm 0,82$, nhóm chứng $3,13 \pm 0,81$. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu viêm não chung của Nguyễn Thị Vinh $3,5 \pm 1,38$ ¹⁰². Có sự khác biệt này là do thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu này dài hơn so với trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Vinh, vì vậy chức năng vận động của bệnh nhi đã được phục hồi một phần.

4.2.3. Chỉ số phát triển theo trắc nghiệm Denver II trước điều trị

Sự lớn lên của trẻ từ lúc chào đời, bao gồm sự tăng trưởng về thể chất và sự phát triển về tâm thần - vận động. Tăng trưởng thể chất đánh giá dễ dàng được thông qua các chỉ tiêu nhân trắc. Sự phát triển tâm thần - vận động khó đánh giá hơn. Trắc nghiệm Denver là một trắc nghiệm sàng lọc được áp dụng lần đầu tiên vào năm 1967 tại Hoa Kỳ nhằm đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động để phát hiện sớm các trạng thái chậm phát triển ở trẻ nhỏ. Sau hơn 25 năm được sử dụng trắc nghiệm Denver I đã được nghiên cứu sâu hơn và hoàn thiện thành trắc nghiệm Denver II từ năm 1990. Trắc nghiệm Denver II được sử dụng trong nhiều nghiên cứu để theo dõi, đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động ở trẻ dưới 6 tuổi, phát hiện sớm sự chậm phát triển tâm thần - vận động trong một số bệnh lý thần kinh, nội tiết.

Nghiên cứu này sử dụng trắc nghiệm Denver II để đánh giá tình trạng phát triển của trẻ ở bốn khu vực: Vận động thô, vận động tinh tế, ngôn ngữ và cá nhân xã hội^{119,120}.

Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô: Bệnh nhi chậm phát triển nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,1%. Điều này phù hợp với mức độ liệt trước điều trị. Hầu hết các bệnh nhi đều liệt ở mức độ III - IV nhóm nghiên cứu 81,1%, nhóm chứng 80%.

Chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế: Hầu hết các bệnh nhi đều chậm phát triển mức độ nặng với tỷ lệ là 80%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu viêm não chung của Nguyễn Kim Ngọc (2013), tỷ lệ bệnh nhi chậm phát triển mức độ nặng ở nhóm nghiên cứu là 75,5%, nhóm chứng là 76,7%⁶⁷, có thể do tổn thương ở viêm não do vi rút herpes simplex có tổn thương khu trú, nặng nề hơn các nguyên nhân khác. Điều này phù hợp với mức độ liệt trước điều trị. Hầu hết các bệnh nhi đều liệt ở mức độ III, IV. Ở giai đoạn sau viêm não, trung tâm vận động ở vỏ não tổn thương nặng nề, trẻ không thực hiện được các động tác vận động cả về vận động thô và vận động tinh tế.

Chỉ số phát triển ở khu vực ngôn ngữ: Chỉ số chậm phát triển ngôn ngữ mức độ nặng có tỷ lệ là 88,7%. Điều này phù hợp với triệu chứng rối loạn ngôn ngữ đã nêu ở trên và nghiên cứu của một số tác giả khác⁶, tất cả các bệnh nhi đều có rối loạn ngôn ngữ, đa số là thất vận ngôn.

Chỉ số phát triển ở khu vực cá nhân - xã hội: Về mặt cá nhân - xã hội, hầu hết bệnh nhi đều chậm phát triển mức độ nặng với tỉ lệ 84%. Trẻ bị tổn thương não, kèm theo mức độ rối loạn ý thức nặng nên các chỉ số về cá nhân - xã hội đều thấp. Tương tự, trong nghiên cứu viêm não Nhật Bản của Đặng Minh Hằng có 83,8% trẻ rối loạn tâm trí, bao gồm rối loạn trí nhớ, rối loạn hành vi tác phong, rối loạn cảm xúc¹⁸. Nguyễn Kim Ngọc nghiên cứu viêm não chung đánh giá hiệu quả phục hồi rối loạn tâm thần - vận động của Lục vị hoàn phối hợp điện châm trên 60 bệnh nhi viêm não, tỷ lệ ở nhóm nghiên cứu là 73,3%, nhóm chứng là 80%⁶⁷.

4.3. TÁC DỤNG CỦA HÀO CHÂM TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM - VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN SAU VIÊM NÃO CẤP DO VI RÚT HERPES SIMPLEX

Viêm não do vi rút herpes simplex sau giai đoạn cấp đã bộc lộ các di chứng thần kinh trầm trọng như co giật, liệt vận động, co cứng cũng có thể loạn vận động, bên cạnh còn có các rối loạn tâm trí, mất ngôn ngữ, rối loạn phản xạ, rối loạn cơ tròn...co giật. Co giật xảy ra trong giai đoạn cấp kể cả sau giai đoạn cấp (bảng 3.3). Đó là lý do khi chúng tôi quyết định chọn Hào châm phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex mà không chọn điện châm, vì sử dụng dòng điện trong trường hợp này có thể tăng kích thích gây động kinh. Hào châm thích hợp điều trị cho bệnh nhân có di chứng sau viêm não herpes simplex trong lứa tuổi 6 tháng đến 6 tuổi, hào châm giúp người châm chủ động được cường độ, tốc độ, phương pháp bỏ tả, châm theo đường kinh, châm vừa sức bệnh nhân.

Các phương pháp không dùng thuốc của y học cổ truyền, ngoài tác dụng phục hồi chức năng cho trẻ mang di chứng viêm não như y học hiện đại, còn có nhiều ưu điểm giúp nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng.

4.3.1. Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Châm cứu theo y học hiện đại tăng cường tuần hoàn và dinh dưỡng tại chỗ cho vùng cơ liệt. Nâng cao khả năng tự hồi phục chức năng của cơ thể với các vùng tổn thương. Theo y học cổ truyền với các huyệt tại chỗ, châm cứu có tác dụng thông kinh lạc, giúp khí huyết cơ thể tuần hoàn theo kinh lạc đi nuôi vùng tổn thương và cơ thể. Với các huyệt toàn thân, châm cứu giúp điều hoà âm dương, hỗ trợ khả năng phục hồi chính khí bị thương tổn.

Sau điều trị các triệu chứng lâm sàng đều được cải thiện so với trước điều trị.

Rối loạn ý thức: Trước điều trị tất cả các bệnh nhi đều rối loạn ý thức ở mức độ vừa và nặng, chủ yếu rối loạn ở mức độ nặng, nhóm nghiên cứu 77,4%, nhóm chứng 80%, có mức ý thức chưa nhận biết. Không có bệnh nhi nào rối loạn ý thức nhẹ hoặc không rối loạn ý thức. Sau điều trị đã có sự dịch chuyển số bệnh nhi rối loạn ý thức ở mức này giảm, nhóm nghiên cứu 16,9%, nhóm chứng 64%, nhóm nghiên cứu có 11,3% ý thức trở về bình thường.

Như vậy, sau điều trị ý thức đều được cải thiện so với trước điều trị, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). So sánh với nghiên cứu của Đặng Minh Hằng có 49,1% trẻ ý thức trở về bình thường, 19,3% trẻ còn rối loạn ý thức nặng¹⁸. Nguyễn Thị Tú Anh (2001), nghiên cứu áp dụng phương pháp điện châm để phục hồi chức năng vận động cho 116 trẻ VNNB sau giai đoạn cấp, sau điều trị thấy 67,1% khỏi, 17,7% đỡ và 15,2% không có tiến triển về ý thức¹⁷. Mức độ cải thiện ý thức trong hai nghiên cứu trên cao hơn của chúng tôi. Có thể do đối tượng của hai nghiên cứu trên là các bệnh nhi bị viêm não Nhật Bản, còn các bệnh nhi của chúng tôi là bị viêm não do vi rút herpes simplex với đặc điểm viêm não gây tổn thương hoại tử chảy máu vì vậy, bệnh sẽ nặng hơn nên khả năng hồi phục kém hơn. Mặt khác tình trạng rối loạn ý thức ở các bệnh nhi của chúng tôi nặng nề hơn 80%. Viêm não do vi rút herpes simplex là loại viêm não khu trú thường tổn thương vùng thái dương, thái dương-trán, với tính chất hoại tử, hoặc chảy máu. Qua chụp cộng hưởng từ bệnh nhi có những hình ảnh tổn thương trên não. Nhưng nhìn chung kết quả cải thiện ý thức sau điều trị có tốt hơn, nhóm nghiên cứu 60,4%, nhóm chứng 36% bệnh nhi tỉnh biết lạ quen, nhóm nghiên cứu có 11,3% tỉnh hiểu lời nói, tiếp xúc tốt. Nhóm chứng chưa bệnh nhi nào tiếp xúc tốt. Theo y học cổ truyền, bệnh viêm não do nhiệt tà xâm nhập vào cơ thể, trải qua các giai đoạn vệ, khí, dinh, huyết, làm tổn thương âm huyết rất nặng. Nhiệt vào phần huyết kéo dài làm tân dịch bị hao tổn cô lại sinh đàm, đàm mê tâm khiếu dẫn đến hôn mê, á khẩu. Nhiệt có thể nhập tâm bào, bế tâm khiếu sinh hôn mê, rối loạn ý thức.

Trong điều trị chúng tôi sử dụng các huyết Bách hội, Ngoại quan, Hợp cốc, Thái xung... Bách hội là huyết hội của mạch Đốc và 6 kinh dương, là hội của kinh túc quyết âm can, hội của huyết thủ túc dương minh kinh. Châm huyết này sẽ làm thông dương, an thần, khai quan tiết, làm thanh tĩnh đầu não. Ngoại quan là huyết lạc của kinh thủ thiếu dương tam tiêu với kinh thủ quyết âm tâm bào nên khi châm có thể thanh nhiệt ở tâm bào. Hợp cốc và Thái xung là nhóm huyết thứ 12 trong 34 công thức huyết, có tác dụng vận hành khí huyết, trấn can, trừ phong, chủ trị các chứng điên cuồng, đầu thống. Hợp cốc là huyết nguyên của kinh thủ dương minh đại trường, Thái xung là huyết nguyên, huyết du (thuộc thổ) của kinh túc quyết âm can. Hợp cốc chủ về khí, Thái xung chủ về huyết. Hợp cốc có công năng điều khí, phát hãn giải biểu, Thái xung lại có công năng điều huyết, khai lợi quan tiết, đuổi phong, trấn áp được nổi lo sợ. Phối hợp hai huyết sẽ điều được khí huyết, hòa được âm dương, trừ phong, bình can khí.

Rối loạn ngôn ngữ: Trước điều trị, tất cả các bệnh nhi đều có rối loạn ngôn ngữ, tỷ lệ này rất cao, nhóm nghiên cứu 88,7%, nhóm chứng 88%. Trong điều trị chúng tôi châm bình bổ bình tả các huyết Á môn, Thượng liên tuyền, Bàng liên tuyền, Đại chùy. Á môn là huyết thứ 15 của mạch Đốc, hội của mạch Đốc với mạch Dương duy. Theo thiên Trướng Luận (Linh Khu 35) huyết Liêm tuyền và Ngọc đường là con đường đi của tân dịch. Vì thế, đây là những huyết đặt hiệu để trị chứng khát. Theo Thiên Khí Phủ Luận (Tổ Vấn 59): Khí của kinh túc Thiếu âm Thận và túc quyết âm can lộ ra ở 2 huyết rất quan trọng là huyết Liêm tuyền và Đại đôn. Đây là những huyết nổi khí âm với khí dương, huyết Liêm tuyền và Á môn có tác dụng khác nhau, cả 2 huyết đều liên quan đến cuống lưỡi, một ở phía trước, một ở phía sau, cả 2 đều được dùng trị thất ngôn, mất tiếng. Tuy nhiên Liêm tuyền dùng thông lạc ở lưỡi, bổ ích cho gốc lưỡi chuyên về trị bệnh thất ngôn, không nói được do gốc tại lưỡi

bị bệnh không nói được. Á môn có tác dụng khai âm khiếu ích não tăng âm, thiên về trị thất ngôn không nói được do bệnh tại não (di chứng não), Liêm tuyền chuyên trị ở họng lưỡi, thanh lợi yết hầu, thông đều lạc của lưỡi. Sau điều trị tình trạng rối loạn ngôn ngữ cải thiện so với trước điều trị, ở nhóm nghiên cứu cải thiện so với trước điều trị là 20,8%, nhóm chứng chưa có sự cải thiện. Tình trạng rối loạn ngôn ngữ mức độ rất nặng (thất ngôn) và nặng (ú ớ) nhóm chứng vẫn cao 26,7%. Rối loạn ngôn ngữ có thể do tổn thương não hoặc tình trạng rối loạn ý thức. Sau điều trị ý thức của bệnh nhi được cải thiện tốt hơn. Vì vậy triệu chứng rối loạn ngôn ngữ cũng giảm hơn so với trước điều trị. Nghiên cứu của các tác giả khác cho kết quả cao hơn chúng tôi. Theo Đặng Minh Hằng tỷ lệ khỏi rối loạn ngôn ngữ là 67,7%¹⁸, theo Nguyễn Thị Tú Anh nghiên cứu, áp dụng phương pháp điện châm để phục hồi chức năng vận động cho 116 trẻ VNNB sau giai đoạn cấp là 47,4%¹⁷.

Rối loạn cơ tròn: Trước điều trị, tất cả các bệnh nhi đều rối loạn cơ tròn ở các mức độ khác nhau. Hầu hết rối loạn ở mức độ nặng (đại tiểu tiện không tự chủ), tỷ lệ nhóm nghiên cứu là 79,3%, nhóm chứng 76%. Chúng tôi châm bình bổ bình tả ở các huyệt Trung cực, Nội quan, Thần môn, Quan nguyên, Khí hải. Trung cực có tác dụng điều huyết thất bào cung, ôn tinh cung, lợi bàng quang, trợ khí hoá, lý hạ tiêu, lợi thấp nhiệt; Quan nguyên là một trong bốn huyệt hội khí của âm dương, huyết được coi là cửa của nguyên khí, huyết hội của các kinh cân - cơ của tỳ, thận và can, tác dụng bồi thận, cố bản, bổ khí, hồi dương, ôn điều, huyết thất, tinh cung, khử hàn thấp, âm lãnh, phân thanh biệt trọc, điều nguyên tán tà, tăng sức, phòng bệnh, bổ các chứng hư tổn, suy nhược toàn thân. Sau điều trị, tình trạng rối loạn cơ tròn đều giảm so với trước điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ đại tiểu tiện không tự chủ vẫn cao, nhóm nghiên cứu 77,3%, nhóm chứng 60%. Cao hơn so với nghiên cứu viêm não Nhật Bản của Đặng Minh Hằng sau điều trị còn 37%

trẻ đại tiểu tiện không tự chủ¹⁸, Nguyễn Thị Tú Anh là 28,8%¹⁷. Các nghiên cứu này có kết quả phục hồi tốt hơn chúng tôi. Rối loạn cơ tròn ngoài liên quan đến định khu tổn thương ở vỏ não còn liên quan đến tình trạng rối loạn ý thức. Trong nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003), nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động cho 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản, sau điều trị chỉ còn 19,3% trẻ rối loạn ý thức nặng¹⁸, Nguyễn Thị Tú Anh (2001), nghiên cứu, áp dụng phương pháp điện châm để phục hồi chức năng vận động trên 116 trẻ viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp là 15,2%¹⁷, của chúng tôi nhóm nghiên cứu 16,9%, nhóm chứng 40%.

Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vinh (nhóm chứng là 70%, nhóm nghiên cứu là 76,7%¹⁰² và thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc (nhóm chứng là 0%, nhóm nghiên cứu là 20%)⁶⁷. Điều này được lý giải bằng số lượng bệnh nhi vào viện có rối loạn cơ tròn hoàn toàn và tuổi của bệnh nhi trong nghiên cứu. Số bệnh nhi lúc vào rối loạn cơ tròn hoàn toàn của Nguyễn Kim Ngọc là 83,4%, chúng tôi ở nhóm nghiên cứu 79,3%, nhóm chứng 78%, Nguyễn Thị Vinh là 56,7%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc là $28,67 \pm 22,98$ tháng, chúng tôi là $23,13 \pm 14,8$ tháng, Nguyễn Thị Vinh là $5,01 \pm 3,88$ tuổi^{67,102}. Trên các đối tượng bệnh nhi nhỏ tuổi, sức đề kháng kém, bệnh thường nặng hơn, tình trạng rối loạn cơ tròn lúc đầu cũng nặng hơn, khả năng hồi phục cũng kém hơn.

Vì vậy, tỷ lệ các trẻ còn rối loạn cơ tròn cũng thấp hơn của chúng tôi. Ở đây chúng tôi chọn hào châm kết hợp phác đồ nền trong điều trị. Đây là phương pháp đã được chứng minh đem lại hiệu quả trong điều trị các di chứng thần kinh sau viêm não qua các nghiên cứu đã được công bố^{18,67,102}.

Rối loạn thần kinh thực vật: Gồm tăng tiết đờm dãi, tăng tiết mồ hôi, rối loạn thân nhiệt.

Tăng tiết đờm dãi: Có sự cải thiện, sự khác biệt giữa sau điều trị và trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ còn nhóm nghiên cứu 16,9%, nhóm chứng 52% có tăng tiết đờm dãi.

Tăng tiết mồ hôi: Có sự cải thiện, khác biệt sau điều trị và trước điều trị còn nhóm nghiên cứu 30,2%, nhóm chứng 52%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau giai đoạn cấp của viêm não, bệnh nhi thường có các rối loạn thần kinh thực vật như tăng tiết mồ hôi. Ngoài ra, sau giai đoạn cấp, bệnh nhi dù không còn sốt cao nhưng vẫn trong tình trạng thân nhiệt cao hơn mức bình thường. Khi cơ thể bị nóng thì phản ứng sinh lý là tăng tiết mồ hôi để thải nhiệt. Vì vậy, tỷ lệ trẻ có tăng tiết mồ hôi trước điều trị chiếm tỷ lệ nhóm nghiên cứu 71,7%, nhóm chứng 80%. Sau 6 tuần điều trị, tình trạng bệnh của bệnh nhi ổn định, thân nhiệt trở về mức bình thường, giảm tỷ lệ bệnh nhi có rối loạn thần kinh thực vật, do vậy giảm tỷ lệ bệnh nhi có tăng tiết mồ hôi.

Rối loạn thân nhiệt lúc vào nhóm nghiên cứu có 16 bệnh nhi 30,2% sốt dưới 38°C , sau điều trị 100% bệnh nhi hết sốt. Nhóm chứng 12 bệnh nhi 40%.

Lý luận y học cổ truyền quan niệm thể chất trẻ em là “thuần dương vô âm”. Theo y học hiện đại, ở trẻ em quá trình chuyển hóa năng lượng để sinh trưởng, phát triển luôn diễn ra mạnh mẽ, giải phóng ra nhiệt lượng nhiều. Do vậy, vốn dĩ trẻ đã nóng hơn những đối tượng khác. Thêm vào đó, sau giai đoạn cấp của viêm não, bệnh nhi dù không còn sốt cao nhưng vẫn trong tình trạng sốt hâm hấp, thân nhiệt thường dưới $38,5^{\circ}\text{C}$. Khi cơ thể bị nóng thì phản ứng sinh lý là bài tiết mồ hôi. Nhưng ở trẻ đi chứng viêm não sự bài tiết này thường bị rối loạn theo chiều hướng tăng thêm. Chính bởi những thay đổi của hệ thần kinh thực vật khiến triệu chứng tăng tiết mồ hôi của bệnh nhi càng rầm rộ hơn.

Qua quan sát theo dõi 103 bệnh nhi có những rối loạn triệu chứng thần kinh thời điểm trước điều trị phục hồi tâm-vận động. Sau điều trị đều có sự dịch chuyển mức độ rối loạn từ nặng sang nhẹ hơn và giảm số bệnh nhi rối loạn nặng.

4.3.2. Sự thay đổi các rối loạn vận động

Phản xạ gân xương: Thời điểm vào viện trước điều trị, tất cả các bệnh nhi đều trong tình trạng rối loạn phản xạ gân xương nặng và vừa. Theo bảng 3.11, có số bệnh nhi rối loạn phản xạ gân xương nặng, nhóm nghiên cứu 44 trường hợp (chiếm 83%) và rối loạn vừa là 9 trường hợp (chiếm 16,9%). Nhóm chứng nặng 35 trường hợp 70%, vừa 15 trường hợp 30%. Sau điều trị đều có sự dịch chuyển mức độ rối loạn từ nặng sang nhẹ hơn và giảm số lượng bệnh nhi nặng hơn với $p < 0,05$. Chỉ còn 9 bệnh nhi (chiếm 16,9%) có rối loạn nặng, còn lại là 23 bệnh nhi (chiếm 43,4%) rối loạn vừa và 21 bệnh nhi (chiếm 39,6%) rối loạn nhẹ sau điều trị bốn tuần, sau điều trị sáu tuần số bệnh nhi rối loạn nặng chỉ còn 6 (chiếm 11,3%), rối loạn vừa là 23 (chiếm 43,4%) và rối loạn nhẹ tăng lên 24 bệnh nhi (chiếm 45,4%). Nhóm chứng sau 6 tuần điều trị còn 6 bệnh nhi rối loạn nặng chiếm 12%, còn 26 bệnh nhi (chiếm 52%), rối loạn nhẹ 18 bệnh nhi, chiếm 36%. Không có bệnh nhi nào trong cả hai nhóm khỏi được rối loạn phản xạ gân xương. Điều này cho thấy khả năng tồn tại rối loạn phản xạ gân xương là khá dai dẳng, khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả^{6,17}. Cũng có thể với thời gian thực hiện điều trị chưa đủ để rối loạn phản xạ gân xương phục hồi hoàn toàn, hi vọng sẽ có những nghiên cứu đủ thời gian tiếp tục đánh giá sự phục hồi của rối loạn này.

Trương lực cơ: Rối loạn trương lực cơ lúc vào viện trước điều trị là 41 trường hợp nặng (chiếm 77,4%) và 12 trường hợp vừa (chiếm 22,6%). Gặp nhiều nhất là tăng trương lực cơ. Sau điều trị có sự dịch chuyển rất lớn số

lượng bệnh nhi và mức độ rối loạn từ nặng sang nhẹ hơn, sau điều trị bốn tuần giảm số bệnh nhi rối loạn nặng chỉ còn 10 trường hợp (chiếm 18,9%) còn lại là 24 trường hợp (chiếm 45,3%) rối loạn vừa và 19 trường hợp (chiếm 35,9%) rối loạn nhẹ, sau điều trị sáu tuần số bệnh nhi rối loạn nặng chỉ còn 4 trường hợp (chiếm 7,5%), rối loạn vừa và nhẹ là 40 trường hợp (chiếm 75,5%) đặc biệt có 6 trường hợp (chiếm 11,3%) phục hồi hoàn toàn. Nhận thấy sự phục hồi trương lực cơ nhanh và thấy rõ hơn so với phản xạ gân xương. Nhóm chứng còn 6 bệnh nhi tăng trương lực cơ mức độ nặng chiếm 12%, chi thể bị ảnh hưởng rất cứng khó gấp duỗi, không bệnh nhi nào hết tăng trương lực cơ. Mức độ giảm số điểm ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng sau điều trị bốn tuần nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; Nhưng sau sáu tuần điều trị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Rối loạn ngoại tháp: Hệ thống ngoại tháp tham gia vào sự điều chỉnh trương lực cơ (trương lực dáng bộ hay trương lực tư thế), các động tác không hữu ý và các động tác tự động khác. Khi rối loạn thường có những biểu hiện phối hợp rất phức tạp gây rối loạn trương lực tư thế, co cứng kiểu ngoại tháp, làm các động tác chậm, mất các động tác phối hợp. Bên cạnh đó rối loạn ngoại tháp còn làm mất các động tác tự động đóng góp nhất định vào tạo dáng vẻ, điệu bộ của vận động và tư thế. Rối loạn ngoại tháp còn gây xuất hiện các động tác bất thường như: Run, múa giật, múa vờn... Kèm các động tác tự động khác, cũng có những rối loạn lại gây giảm động. Nói chung rối loạn ngoại tháp gây ra các rối loạn vận động rất phức tạp^{62,22}.

Trong số các bệnh nhi lúc vào viện trước khi điều trị, tổng số bệnh nhi rối loạn ngoại tháp từ nhẹ tới nặng là 53 trường hợp (chiếm 100%). Theo bảng 3.11 với 24 bệnh nhi rối loạn nặng (chiếm 45,3%), 23 bệnh nhi rối loạn vừa (chiếm 43,4%) và 6 bệnh nhi rối loạn nhẹ (chiếm 11,3%). Sau điều trị bốn tuần có sự dịch chuyển mức độ rối loạn sang nhẹ hơn, số lượng bệnh nhi rối loạn

nặng giảm, biểu hiện có 16 bệnh nhi không còn rối loạn ngoại tháp (chiếm 30,2%), 21 trường hợp rối loạn nhẹ (chiếm 39,6%), 12 trường hợp rối loạn vừa (chiếm 22,6%) chỉ còn 4 trường hợp biểu hiện rối loạn nặng (chiếm 7,5%). Sau sáu tuần điều trị số bệnh nhi không còn rối loạn là 17 trường hợp (chiếm 32%), còn 34 bệnh nhi rối loạn nhẹ và vừa (chiếm 64,2%), chỉ còn 2 trường hợp rối loạn nặng (chiếm 3,8%), sự dịch chuyển này là rất lớn và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3.3. Kết quả điều trị tình trạng liệt vận động

Thay đổi mức độ liệt vận động theo thang điểm Henry: Trước điều trị, tất cả các bệnh nhi đều bị liệt vận động ở các mức độ khác nhau. Nhóm chứng tỷ lệ liệt độ III và độ IV cao nhất là 81,1%. Sau điều trị còn 2 bệnh nhi liệt độ III tỷ lệ 3,8%. Hầu hết các bệnh nhi liệt độ I và độ II, với tỷ lệ là 84,9%, tỷ lệ bệnh nhi không liệt là 11,3%. Đặng Minh Hằng nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động trên 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản, sau điều trị có 9,6% trẻ khỏi liệt hoàn toàn, tỷ lệ trẻ liệt độ I và II là 59,6%, không còn trẻ nào liệt độ V¹⁸. Nguyễn Thị Tú Anh thấy 49,1% trẻ khỏi liệt, 43,1% liệt độ I và II, không có trẻ nào liệt độ V¹⁷. Có thể do đối tượng của hai nghiên cứu trên là các trẻ viêm não Nhật Bản, độ tuổi trung bình lớn hơn chúng tôi nên độ liệt sau điều trị thấp hơn chúng tôi. Nhưng nhìn chung, hào châm đều có tác dụng tốt trong phục hồi chức năng vận động cho trẻ sau viêm não. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Độ liệt trung bình sau điều trị đều giảm so với trước điều trị. Độ liệt trung bình của sau điều trị thấp hơn. Nhóm nghiên cứu trước điều trị độ liệt trung bình là $3,17 \pm 0,82$. Sau điều trị độ liệt trung bình là $1,19 \pm 0,76$. Nhóm chứng trước điều trị $3,13 \pm 0,81$ sau điều trị $1,87 \pm 0,77$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Như đã trình bày ở trên, viêm não do ôn nhiệt xâm nhập vào cơ thể làm tổn thương tân dịch, rối loạn tuần hành khí huyết, ảnh hưởng đến dinh dưỡng của cân cơ gây nên các di chứng liệt vận động. Khi điều trị phải hành khí hoạt huyết, thông kinh lạc. Để thông kinh hoạt lạc, điều trị các rối loạn vận động chúng tôi sử dụng một số huyệt trên kinh Dương minh: Kiên ngung, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc, Túc tam lý, Giải Khê... Theo lý luận của y học cổ truyền, Dương minh là kinh đa khí đa huyết, khi châm vào đó khí huyết vận hành tốt sẽ lưu thông, giúp điều trị các chứng liệt. Ngoài ra, chúng tôi châm thêm các huyệt Giáp tích vùng cổ và thắt lưng. Đây là nơi thoát ra của các rễ đám rối thần kinh cánh tay và đám rối thắt lưng cùng. Châm vào đó sẽ kích thích khả năng vận động của các chi.

Tóm lại, sau điều trị các triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhi đều được cải thiện so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) đã chứng tỏ hiệu quả điều trị của hào châm.

4.3.4. Đánh giá kết quả điều trị qua sự thay đổi trương lực cơ theo thang điểm Ashworth cải biên.

Sau sáu tuần điều trị, ở cả hai nhóm, rối loạn trương lực cơ giảm nhiều so với trước điều trị, có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Nhóm nghiên cứu không còn bệnh nhi tăng trương lực cơ nặng, có 11,3% bệnh nhi trương lực cơ trở về bình thường. Nhóm chứng còn 2 bệnh nhi tăng trương lực cơ, chi thể bị ảnh hưởng rất cứng khó gấp duỗi, không bệnh nhi nào hết tăng trương lực cơ. Mức độ giảm số điểm ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng sau điều trị bốn tuần nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; Nhưng sau sáu tuần điều trị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3.5. Kết quả điều trị theo trắc nghiệm Denver II

Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô: Trước điều trị, tất cả các bệnh nhi đều chậm phát triển ở các mức độ, trong đó đa số là chậm nặng chiếm 81,1%. Sau điều trị có sự cải thiện khả năng vận động thô của bệnh

nhì. Tỷ lệ bệnh nhì chậm nặng còn 3,8%. Tỷ lệ chậm nhẹ là 71,7%. Có 6 bệnh nhì vận động trở về bình thường chiếm 11,3%. Sự khác biệt về chỉ số phát triển vận động thô sau điều trị có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với kết quả về mức độ liệt vận động của bệnh nhì sau điều trị. Sau điều trị độ liệt trung bình của bệnh nhì giảm đi tương ứng với khả năng vận động tăng lên. Vì vậy, các chỉ số phát triển về vận động thô được cải thiện so với trước điều trị. Nhóm chứng chưa có bệnh nhì nào trở về bình thường. Sau sáu tuần điều trị, nhóm nghiên cứu có sự cải thiện vận động thô tốt hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế: Khu vực vận động tinh tế gồm 29 mục để đánh giá khả năng nhìn, khả năng phối hợp các ngón tay tạo sự khéo léo để nhặt đồ vật, khả năng vẽ của bệnh nhì. Trước điều trị hầu hết các bệnh nhì đều chậm phát triển ở mức độ nặng, tỷ lệ 75,7%. Không có bệnh nhì nào phát triển bình thường. Sau điều trị có sự chuyển dịch chỉ số phát triển từ mức độ chậm nặng sang chậm vừa, chậm nhẹ và khỏi, chậm nặng còn 3,8%. Sau điều trị khả năng vận động của bệnh nhì nhóm nghiên cứu được cải thiện bao gồm cả vận động thô và vận động tinh tế, có sáu bệnh nhì chiếm 11,3% vận động thô trở về bình thường, vận động tinh tế có sáu bệnh nhì chiếm 11,3%. Vận động tinh tế có vẻ phục hồi chậm hơn so với vận động thô.

Chỉ số phát triển ở khu vực ngôn ngữ: Khu vực ngôn ngữ gồm 39 mục để đánh giá khả năng nghe nói, khả năng thực hiện mệnh lệnh của bệnh nhì. Trước điều trị hầu hết bệnh nhì đều chậm phát triển ngôn ngữ ở mức độ nặng, tỷ lệ là 88,7%. Không có bệnh nhì nào phát triển ngôn ngữ bình thường. Sau điều trị có sự cải thiện khả năng ngôn ngữ của bệnh nhì, chậm nặng còn 3,8%. Đa số bệnh nhì chậm phát triển vừa với tỷ lệ là 62,3%. Tỷ lệ bệnh nhì phát triển bình thường có 6, nhóm nghiên cứu tỷ lệ 11,3%, nhóm chứng 20%. Kết quả này phù hợp với mức độ cải thiện về rối loạn ngôn ngữ ở trên.

Chỉ số phát triển ở khu vực cá nhân - xã hội: Khu vực cá nhân xã hội gồm 25 mục đánh giá khả năng tiếp cận của trẻ với mọi người xung quanh và cách tự chăm sóc bản thân. Trước điều trị hầu hết bệnh nhi ở tình trạng chậm phát triển nặng 79,3%. Sau điều trị có sự cải thiện chỉ số phát triển so với trước điều trị. Tỷ lệ chậm nặng nhóm nghiên cứu 3,8%, nhóm chứng 12%. Tỷ lệ phát triển bình thường là 11,3%. Sau điều trị, ý thức và vận động của bệnh nhi được cải thiện vì vậy khả năng giao tiếp, khả năng chăm sóc bản thân của bệnh nhi cũng được cải thiện hơn so với trước điều trị. So với các chỉ số khác, mức độ cải thiện về cá nhân xã hội có vẻ chậm hơn. Sau điều trị bệnh nhi khu vực vận động thô, vận động tinh tế và ngôn ngữ còn 3,8% trẻ chậm phát triển nặng, còn tỷ lệ này ở khu vực cá nhân xã hội nhóm nghiên cứu 3,8%, nhóm chứng 12%. Sự phát triển cá nhân xã hội bao gồm tổng hòa các nhân tố như: Ý thức, tâm thần, vận động, khả năng giao tiếp, các kỹ năng sống nên khả năng phục hồi chậm hơn.

Phục hồi chức năng bằng y học cổ truyền cho trẻ di chứng viêm não tốt nhất là trong năm đầu của bệnh, khi chưa chuyển sang di chứng muộn, với 3-5 đợt trong năm. Sau giai đoạn này chủ yếu tập phục hồi chức năng theo y học hiện đại, nhưng vẫn có thể phối hợp các phương pháp y học cổ truyền với các đợt làm thưa hơn.

4.3.6. Đánh giá kết quả điều trị bằng hào châm trong phục hồi chức năng tâm - vận động theo y học cổ truyền

4.3.6.1. Sự chuyển dịch độ liệt theo thể bệnh y học cổ truyền

Trong nghiên cứu chúng tôi chọn các bệnh nhi thuộc hai thể của y học cổ truyền là thể âm hư và âm huyết hư sinh phong (bảng 3.22)

Trước điều trị nhóm nghiên cứu hầu hết các bệnh nhi đều liệt độ III và độ IV ở cả hai thể. Tỷ lệ ở thể âm hư là 72,2%, thể âm huyết hư sinh phong là 100%. Thể âm hư sau điều trị tỉ lệ bệnh nhi tập trung chủ yếu trong nhóm liệt độ I chiếm 80,5%, không còn bệnh nhi nào liệt độ III - IV, có 16,7%

bệnh nhi hết liệt, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thể âm huyết hư sinh phong còn 11,8% bệnh nhi liệt độ III, 17,6% bệnh nhi liệt độ II, 70,6% liệt độ I, chưa có bệnh nhi nào hết liệt.

Như vậy cho thấy khả năng phục hồi liệt vận động ở thể âm hư tốt hơn thể âm huyết hư sinh phong.

Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc, nhóm thể bệnh âm hư trước điều trị chủ yếu trong nhóm liệt độ III (chiếm 45,5%), sau điều trị, tập trung chủ yếu trong nhóm liệt độ I (chiếm 45,5%); nhóm thể bệnh âm huyết hư sinh phong trước điều trị chủ yếu trong nhóm liệt độ IV (chiếm 62,5%), sau điều trị tập trung ở nhóm liệt độ II (chiếm 75,0%)⁶⁷.

Đặng Minh Hằng (2003) nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyết cổ truyền phục hồi chức năng vận động trên 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản cũng cho kết quả tương tự, thể âm hư dịch chuyển độ liệt sau điều trị tốt hơn thể âm huyết hư sinh phong (với $p < 0,01$)¹⁸. Trong nghiên cứu chúng tôi có sử dụng huyết Tam âm giao, đây là huyết hội của ba kinh âm. Châm bổ Tam âm giao làm cho chức năng của 3 tạng can, tỳ, thận hoạt động mạnh lên, bệnh không biến chuyển sang thể âm huyết hư sinh phong và khí huyết lưỡng hư.

Theo quan điểm của y học cổ truyền, bệnh viêm não (ôn bệnh) do nhiệt tà xâm nhập vào cơ thể, trải qua các giai đoạn vệ, khí, dinh, huyết, thương âm thấp trở ở kinh lạc (giai đoạn di chứng). Ở giai đoạn di chứng, bệnh diễn biến thành 3 giai đoạn: Giai đoạn âm hư do nhiệt độc làm tổn thương tân dịch, không nuôi dưỡng được phần âm; âm huyết hư lâu ngày sinh phong làm cân cơ, kinh lạc bế tắc, các khiếu không thông, bệnh chuyển biến sang giai đoạn âm huyết hư sinh phong; phần âm huyết hư tồn lâu ngày không nuôi dưỡng được phần dương khí gây tình trạng khí huyết lưỡng hư. Như vậy, thời gian bị bệnh của thể âm huyết hư sinh phong thường dài hơn so với thể âm hư, bệnh thường diễn biến nặng hơn, khả năng phục hồi cũng kém hơn.

4.3.6.2. Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô sau điều trị ở các thể bệnh y học cổ truyền

Chỉ số phát triển vận động thô ở thể âm hư cũng cao hơn thể âm huyết hư sinh phong. Sau điều trị thể âm hư có 16,7% bệnh nhi mức phát triển trở về bình thường, 69,4% chậm nhẹ, không còn bệnh nhi nào chậm phát triển nặng. Thể âm huyết hư sinh phong còn 11,8% bệnh nhi chậm nặng, 64,7% chậm nhẹ, không bệnh nhi nào mức phát triển trở về bình thường.

Như vậy, chỉ số phát triển vận động thô sau điều trị ở thể âm hư có xu hướng hồi phục cao hơn thể âm huyết hư sinh phong.

4.3.6.3. Chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế sau điều trị ở các thể bệnh y học cổ truyền

Chỉ số phát triển vận động tinh tế ở thể âm hư cũng cao hơn thể âm huyết hư sinh phong. Sau điều trị, thể âm hư không còn bệnh nhi chậm phát triển nặng, 16,7% bệnh nhi mức phát triển trở về bình thường. Thể âm huyết hư sinh phong còn 11,8% chậm nặng. Nhưng chưa có bệnh nhi nào mức phát triển trở về bình thường.

Như vậy, chỉ số phát triển vận động tinh tế sau điều trị ở thể âm hư có xu hướng hồi phục cao hơn thể âm huyết hư sinh phong.

4.3.6.4. Chỉ số phát triển ở khu vực ngôn ngữ sau điều trị ở các thể bệnh y học cổ truyền.

Chỉ số phát triển ngôn ngữ ở thể âm hư cũng cao hơn thể âm huyết hư sinh phong. Sau điều trị thể âm hư có 16,7% bệnh nhi có chỉ số phát triển ngôn ngữ về bình thường, còn 69,4% bệnh nhi chậm vừa. Thể âm huyết hư sinh phong, tỷ lệ chậm phát triển nặng còn 11,8%, không bệnh nhi nào mức phát triển trở về bình thường.

4.3.6.5. *Chỉ số phát triển cá nhân xã hội sau điều trị ở các thể bệnh Y học cổ truyền.*

Chỉ số phát triển cá nhân xã hội ở thể âm hư cũng cao hơn thể âm huyết hư sinh phong. Sau điều trị có 16,7% bệnh nhi thể âm hư có chỉ số phát triển về bình thường. Thể âm huyết hư sinh phong chưa có bệnh nhi nào, tỷ lệ trẻ chậm phát triển mức độ nặng vẫn còn 11,8%.

Như vậy, chỉ số phát triển cá nhân - xã hội sau điều trị ở thể âm hư có xu hướng hồi phục cao hơn thể âm huyết hư sinh phong.

4.3.6.6. *Ảnh hưởng của phương pháp hào châm tác động đến cơ thể.*

Tác dụng không mong muốn của hào châm.

Hào châm là một phương pháp điều trị không dùng thuốc kinh điển của y học cổ truyền, không sử dụng các phương tiện trợ giúp, người thầy thuốc trực tiếp tác động lên cơ thể bệnh nhi thông qua cây kim. Điều này giúp khi châm dễ điều chỉnh phù hợp với phản ứng của bệnh nhi, nhất là bệnh nhi lứa tuổi nhỏ những thao tác điều chỉnh phù hợp đóng vai trò quyết định kết quả.

Các tác dụng không mong muốn của hào châm trong y văn cổ có nhiều loại. Trong phạm vi nghiên cứu này, với đối tượng nghiên cứu đặc biệt là các bệnh nhi nhỏ tuổi, đa phần dưới 24 tháng, rất ít hợp tác khi châm, chúng tôi quan tâm tới các tác dụng không mong muốn có thể gặp trên lâm sàng như vụng châm, chảy máu nơi châm, nhiễm khuẩn và gãy kim khi châm. Ngoài ra các tác dụng cơ học không mong muốn khác vẫn được theo dõi.

Vụng châm xảy ra thường do bệnh nhi quá sợ hãi hoặc xúc động khi được áp dụng thủ thuật châm. Để hạn chế và dự phòng tác dụng này, người thầy thuốc phải có sự giải thích rõ ràng đối với bệnh nhi và động viên họ trước khi tiến hành thủ thuật. Tuy nhiên trên các bệnh nhi trong nghiên cứu do là đối tượng trẻ dưới sáu tuổi và phần lớn có rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau, nên việc giải thích động viên này gặp nhiều khó khăn. Tuy nhiên trong quá trình thực hiện hào châm theo quy trình nghiên cứu, chúng tôi chưa gặp trường hợp nào vụng châm.

Nguyên nhân gây chảy máu thường do châm không an toàn làm tổn thương các mạch máu dưới da vùng huyết, nguy hiểm hơn là tổn thương các tĩnh mạch lớn hoặc động mạch. Để phòng tránh tác dụng này đòi hỏi người thầy thuốc khi tiến hành thủ thuật phải thật sự cẩn thận, thực hiện đầy đủ quy trình châm và có kiến thức giải phẫu của huyết tốt. Trong quá trình thực hiện đề tài chỉ xảy ra hai trường hợp chảy máu khi châm. Tất cả các trường hợp này đều là chảy máu tĩnh mạch, máu chảy khi rút kim lượng vừa phải và chảy từ từ, thường xảy ra khi châm ở vùng đầu, nơi có nhiều tĩnh mạch và trẻ dễ dựa nhiều khi châm. Nhưng sau khi xử trí cầm máu bằng bông vô khuẩn khô đều thành công và không có gì nguy hiểm cho trẻ.

Nhiễm khuẩn là tai biến xảy ra chủ yếu do quy trình vô khuẩn không đảm bảo, làm cho vi khuẩn xâm nhập vào mô và nhu mô dưới da thông qua đường vào của kim châm. Vì vậy, thực hiện đầy đủ và đúng quy trình vô khuẩn gần như không chế được khả năng nhiễm khuẩn vùng châm trên cơ thể bệnh nhi. Nghiên cứu sử dụng kim vô khuẩn sử dụng một lần và thực hiện nghiêm túc quy trình sát khuẩn nơi châm, nên chưa gặp trường hợp nào xảy ra nhiễm khuẩn.

Không có trường hợp nào gãy kim trong quá trình châm do nghiên cứu sử dụng thủ thuật châm rút kim ngay với những trẻ không hợp tác. Thủ thuật này được làm như sau: Sau khi châm kim vào huyết kích thích đạt đặc khí, thì thực hiện bỏ tả... Cho những bệnh nhi không hợp tác với châm, nên tránh được tai biến này.

Các tai biến khác như sau châm làm bệnh nhi mệt thêm, đặc biệt xuất hiện cơn co giật cũng chưa gặp lần nào.

Như vậy, về quan sát lâm sàng trong quá trình thực hiện đề tài, nghiên cứu chưa gặp trường hợp nào gây ra tác dụng cơ học không mong muốn nghiêm trọng trên lâm sàng.

Sự thay đổi các chỉ số huyết học.

Nghiên cứu theo dõi các chỉ số huyết học máu và công thức máu (theo bảng 3.28). Nhìn chung đều tăng chỉ số nhưng vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Điều này cũng phản ánh được quá trình phục hồi của bệnh nhi và phù hợp với sự tốt lên của toàn trạng, tình trạng dinh dưỡng được cải thiện, giảm dần hoặc không còn. Các chỉ số về số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu thay đổi không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

4.3.6.7. Đánh giá kết quả chung về lâm sàng sau điều trị.

Về kết quả điều trị, sau sáu tuần điều trị. Nhóm nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhi khỏi chiếm 11,3%, di chứng nhẹ 77,4%, di chứng vừa 11,3%. Kết quả này tương đương với kết quả của một số nghiên cứu khác^{67,102}. Bệnh nhi sau điều trị có kết quả không đổi 2%, nhóm chứng đa số di chứng nhẹ và vừa, di chứng nhẹ 77,4%, di chứng nặng 30%.

Quá trình phục hồi di chứng của các bệnh nhi viêm não do vi rút herpes simplex, theo nhiều tác giả, là một quá trình lâu dài^{17,18}. Các di chứng thuyên giảm một cách chậm chạp và trở nên ngày càng đơn giản hơn, kể cả sau khi đã trở thành vĩnh viễn (sau khi mắc bệnh ba năm). Nghiên cứu mới theo dõi được tiến triển của di chứng sau giai đoạn cấp của bệnh, còn rất ngắn so với cả quá trình phục hồi. Nếu có điều kiện các bệnh nhi này cần được tiếp tục theo dõi.

4.4. XÁC ĐỊNH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

4.4.1. Thời gian mắc bệnh

Chưa có tài liệu nghiên cứu chi tiết về thời gian mắc bệnh ảnh hưởng tới khả năng phục hồi của các bệnh nhi sau viêm não, nhưng theo một số tác giả nghiên cứu nhận định trên lâm sàng thì khả năng hồi phục nhanh nhất là khoảng 3 tháng đầu sau khi bị viêm não, chậm dần trong khoảng 6 tháng tiếp theo và rất chậm trong khoảng 12 tháng bị bệnh. Chính vì vậy, các bệnh nhi sau viêm não (tạm ổn định các dấu hiệu sinh tồn) sẽ được chuyển ngay sang giai đoạn điều trị phục hồi chức năng để đảm bảo quá trình phục hồi sớm và hiệu quả nhất.

Bệnh nhi qua giai đoạn cấp của viêm não, khi các dấu hiệu sinh tồn tạm ổn định, được chuyển đến chúng tôi và chia thành hai nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 35 ngày và trên 35 ngày. Đa số bệnh nhi có thời gian mắc bệnh dưới 35 ngày, chiếm tỷ lệ 76%. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu $30,15\% \pm 4,54$ ngày, nhóm chứng $29,93 \pm 4,35$ ngày. Kết quả này phù hợp với diễn biến lâm sàng của viêm não cấp tính¹²¹. Sau khi hết giai đoạn cấp, bệnh nhi mới được chuyển về chúng tôi điều trị. Nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho kết quả tương tự. Trong nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003), nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động cho 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản, có 68,7% bệnh nhi mắc bệnh dưới 35 ngày¹⁸. Nghiên cứu của Bùi Việt Chung (2013), đánh giá tác dụng phương pháp điện châm kết hợp thủy châm methycobal phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi sau viêm não cho 60 bệnh nhi, có 76,7% mắc bệnh dưới 35 ngày¹⁰¹. Nguyễn Kim Ngọc (2013), đánh giá hiệu quả phục hồi rối loạn tâm thần - vận động của lục vị hoàn phối hợp điện châm cho 60 bệnh nhi viêm não, có 76,7% bệnh nhi có thời gian mắc bệnh dưới 30 ngày⁶⁷. Nguyễn Thị Vinh (2014), đánh giá tác dụng của Tri bá địa hoàng thang kết hợp hào châm, trong phục hồi chức năng vận động - tâm trí ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp, có thời gian mắc bệnh dưới 30 ngày là 83,4%¹⁰². Về cơ bản, thời gian này phù hợp với diễn biến của viêm não. Đây cũng là yếu tố giúp tiên lượng kết quả phục hồi chức năng cho bệnh nhi. Những trường hợp bệnh có dấu hiệu sinh tồn ổn định chậm, như tình trạng hôn mê sâu hoặc hôn mê kéo dài, viêm phổi có suy hô hấp, phải thở máy, ăn qua ống thông dạ dày kéo dài, diễn biến thường nặng, khả năng phục hồi sẽ kém hơn nhóm không hôn mê, không thở máy và không ăn qua ống thông, thời gian mắc bệnh ngắn. Điều này đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước đề cập đến^{17,102}.

Mức độ liệt trung bình sau điều trị theo thời gian mắc bệnh: Độ liệt trung bình sau điều trị của nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 35 ngày thấp

hơn nhóm có thời gian mắc bệnh trên 35 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Chúng tôi cho rằng có thể sử dụng châm cứu ngay từ khi trẻ đang điều trị hồi sức nội khoa ở giai đoạn cấp nhằm mục tiêu phục hồi chức năng sớm. Nhưng để phù hợp với việc điều trị của y học hiện đại, lúc này chỉ nên sử dụng hào châm, với thủ thuật châm rút kim ngay dành cho trẻ nhi. Như vậy, bệnh nhi được điều trị càng sớm thì mức độ phục hồi chức năng vận động càng tốt. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc “Đánh giá tác dụng của điện châm phối hợp với Lục vị hoàn trong phục hồi chức năng tâm thần - vận động ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp”, Nguyễn Thị Vinh, đánh giá tác dụng của Tri bá Địa hoàng thang, trong phục hồi chức năng tâm trí-vận động ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp, cũng cho kết quả tương tự^{67,102}. Như vậy, thời gian mắc bệnh càng ngắn, bệnh nhi được phục hồi chức năng càng sớm, thì kết quả càng khả quan. Các tổn thương của viêm não do vi rút HSV, nhu mô não sau giai đoạn cấp một phần có xu hướng tự phục hồi, những vùng không thể phục hồi được sẽ bị dịch hóa thành nang dịch và để lại di chứng vĩnh viễn. Việc can thiệp điều trị càng sớm, càng tích cực trong giai đoạn tổn thương có khả năng hồi phục, giúp giảm bớt các di chứng nói chung, di chứng vận động nói riêng.

Ở giai đoạn này trẻ cần nằm điều trị nội trú vì các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật, các rối loạn thần kinh và tâm trí còn khá nhiều, khả năng bội nhiễm cao. Tuy nhiên sau một đợt phục hồi chức năng đa số trẻ vẫn còn di chứng, cần điều trị thêm nhiều đợt nữa để đảm bảo quá trình phục hồi là nhanh và hiệu quả nhất. Nhưng do thời gian dài trẻ phải nằm điều trị nội trú nên khó có thể tiếp tục nằm viện điều trị tiếp. Việc phục hồi chức năng tâm - vận động cho bệnh nhi sau viêm não cấp là rất quan trọng và cần thiết. Để đảm bảo sự liên tục điều trị, ngoài kỹ thuật chuyên môn cần có sự kiên trì của thầy thuốc và người nhà bệnh nhi. Vì vậy cũng cần tính đến yếu tố thuận lợi giúp bệnh nhi có thể điều trị liên tục được trong mọi hoàn cảnh. Do đó hào châm cần được phổ biến rộng rãi đến các tuyến điều trị.

4.4.2. Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhi mắc bệnh gặp ở độ tuổi từ 6 tháng đến 72 tháng tuổi, trong đó tập trung nhiều nhất ở lứa tuổi dưới 24 tháng, chiếm 26,5% tổng số bệnh nhi, tuổi trung bình $23,13 \pm 14,8$ tháng. Điều này phù hợp với nghiên cứu của M.Koskiniemi và cộng sự: Tần suất viêm não là 10,5/100.000 trẻ/năm với tỷ lệ cao nhất ở trẻ dưới 1 tuổi ($18,4/100.000$ trẻ/năm)⁵⁶. Có thể ở giai đoạn này sức đề kháng của trẻ còn yếu lại chưa có thuốc tiêm phòng nên dễ mắc bệnh.

Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lê Trọng Dụng (2008), viêm não do vi rút herpes simplex gặp chủ yếu ở trẻ dưới 1 tuổi, chiếm 53,8%⁶. Tuổi trung bình là $21,40 \pm 14,16$ tháng, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Nhật An (trung bình 21,8 tháng) và Trịnh Thị Luyên ($2 \pm 0,3$ tuổi)¹⁰, Trần Thị Thu Hương ($1,81 \pm 2,48$ tuổi). Lê Trọng Dụng gặp viêm não do vi rút herpes simplex chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi (89,75%) trong đó 53,8% là trẻ dưới 1 tuổi⁶. Như vậy, các nghiên cứu có thể khác biệt đôi chút về tuổi thường gặp và tỷ lệ bệnh, nhưng nhìn chung đối tượng hay mắc viêm não do vi rút herpes simplex là trẻ nhỏ.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhi ở độ tuổi thấp, trên 60,2% dưới 2 tuổi và ở độ tuổi này ít gặp viêm não Nhật Bản mà hay gặp viêm não do vi rút herpes simplex.

Viêm não do vi rút herpes simplex gặp đa số ở trẻ dưới 3 tuổi, chiếm 80%. Đây cũng là một trong những căn nguyên khá phổ biến gây ra viêm não, được thống kê chiếm 24,3% trong tổng số các trường hợp viêm não vào Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2012 đến tháng 6/2013, thống kê trong năm 2012 chiếm 31,9% trong tổng số 147 trường hợp xác định được căn nguyên^{115,122}.

Mức độ liệt trung bình sau điều trị theo nhóm tuổi: Sau điều trị, độ liệt trung bình ở nhóm bệnh nhi trên 24 tháng thấp hơn nhóm bệnh nhi dưới 24 tháng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nghiên cứu của Đặng Minh Hằng

(2003), nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyệt cổ truyền phục hồi chức năng vận động trên 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản cũng cho kết quả tương tự. Sự chuyển dịch độ liệt III, IV sang độ nhẹ hơn có ý nghĩa ở bệnh nhi trên 4 tuổi¹⁸. Theo nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc (2013), sự dịch chuyển độ liệt III, IV sang độ nhẹ hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhi trên 24 tháng⁶⁷. Có thể ở độ tuổi này, hệ thần kinh và hệ miễn dịch của bệnh nhi phát triển hoàn chỉnh hơn nên khả năng hồi phục tốt hơn.

4.4.3. Thể bệnh theo y học cổ truyền

Viêm não thuộc phạm vi chứng Ôn bệnh của y học cổ truyền. Do nhiệt tà xâm nhập từ biểu vào lý, nhiệt cực sinh phong, tân dịch giảm sinh đàm nên xuất hiện các chứng sốt cao, co giật, mê sảng. Đàm làm tắc các khiếu gây hôn mê, chứng nội bế ngoại thoát (trụy tim, co mạch ngoại biên). Sau giai đoạn cấp là lúc ôn bệnh mới khỏi, chính khí chưa hồi phục. Nhiệt tà vào đến phần huyết làm rối loạn tuần hành khí huyết, ảnh hưởng đến dinh dưỡng của cân cơ và các khiếu sẽ để lại di chứng liệt tứ chi, câm, điếc, thần trí bất minh... Nhiệt tà chưng đốt tân dịch làm tổn thương phần âm của cơ thể gây chứng âm hư với các biểu hiện: Sốt hâm hấp kéo dài, người gầy róc, lòng bàn tay bàn chân nóng đỏ, tinh thần mờ tối, nằm yên ít cử động, khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng, đại tiện táo, nước tiểu vàng, miệng họng khô, môi lưỡi đỏ, ít rêu hoặc không rêu, mạch tế sắc. Âm hư không nuôi dưỡng được can huyết làm can huyết hư sinh phong gây co giật, chân tay tê bại, co quắp, run rẩy... Đó là biểu hiện của thể âm hư và âm huyết hư sinh phong. Đến giai đoạn kéo dài, âm huyết hư lâu ngày ảnh hưởng đến phần dương dẫn đến khí huyết đều hư.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhi vừa qua giai đoạn cấp, thời gian mắc bệnh đa số dưới 35 ngày. Vì vậy, chúng tôi chọn các bệnh nhi ở hai thể âm hư và âm huyết hư sinh phong theo y học cổ truyền. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi thể âm hư chiếm đa số, nhóm

ngiên cứu 67,9%, nhóm chứng 66,7%, thể âm huyết hư sinh phong, nhóm nghiên cứu 32%. Nhóm chứng 33%. Nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003), nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp bấm huyết cổ truyền phục hồi chức năng vận động trên 60 bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản, cũng cho kết quả tương tự, thể âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất (77,4%)¹⁸. Trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc (2013), tỷ lệ bệnh nhi thể âm hư chiếm đa số, nhóm nghiên cứu là 73,3%, nhóm chứng là 66,7%⁶⁷. Theo y học cổ truyền, trẻ em vốn thuần dương vô âm nay lại mắc phải nhiệt tà gây sốt cao, mất tân dịch làm tổn thương phần âm của cơ thể, làm cho phần âm càng suy yếu.

4.4.4. Thể chất

Rối loạn dinh dưỡng: Số lượng bệnh nhi suy dinh dưỡng khi vào viện khá nhiều, nhóm nghiên cứu có 39 bệnh nhi chiếm 73,6%. Trong đó, đa số suy dinh dưỡng độ I, nhóm nghiên cứu 60,4%, nhóm chứng 60%. Việc phục hồi di chứng không thể tách rời thể trạng chung của trẻ, sau điều trị có sự chuyển dịch tỷ lệ suy dinh dưỡng từ độ II sang độ I và hết suy dinh dưỡng. Cụ thể sau điều trị tỷ lệ bệnh nhi hết suy dinh dưỡng trở về bình thường, nhóm nghiên cứu 69,8%, nhóm chứng 36,7%. So với nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003), điều trị rối loạn dinh dưỡng tỷ lệ khỏi và đỡ là 86,9%¹⁸. Trước vào viện, trẻ vừa trải qua tình trạng bệnh lý cấp tính nên thể trạng suy kiệt. Thêm vào đó việc rối loạn ý thức, rối loạn phản xạ nuốt mức độ nặng cũng cản trở việc ăn uống của trẻ. Sau điều trị, ý thức của trẻ được cải thiện tốt hơn, phản xạ nuốt cũng được hồi phục nên việc ăn uống dinh dưỡng được bổ sung tốt hơn. Vì vậy tình trạng dinh dưỡng của trẻ được cải thiện. Trong giai đoạn phục hồi di chứng này, dinh dưỡng đầy đủ có ý nghĩa vô cùng quan trọng, ảnh hưởng nhiều đến tiên lượng phục hồi. Bên cạnh đó đặc điểm sinh lý của trẻ em là cơ thể trẻ không ngừng phát triển, khả năng tái sinh và phục hồi nhanh. Còn theo y học cổ truyền thể chất trẻ em vốn “trĩ âm trĩ dương”,

nghĩa là cơ thể trẻ không ngừng phát triển theo chiều hướng đi lên cả về cơ sở vật chất và hoạt động chức năng, cả hai mặt âm và dương của cơ thể. Do đó, trẻ nhanh chóng phục hồi được cân nặng, tỷ lệ suy dinh dưỡng giảm nhiều.

Rối loạn phản xạ nuốt: Trước điều trị hầu hết các bệnh nhi đều bị rối loạn phản xạ nuốt, tỷ lệ này là 100% cả hai nhóm. Tỷ lệ rối loạn nuốt ở mức độ nặng (nuốt chậm chỉ ăn lỏng được 76%). Nhóm nghiên cứu 79,3%, nhóm chứng có 5,7%, nhóm chứng có hai bệnh nhi 6,7%. Có 3 bệnh nhi (6,7%) không nuốt được phải nuôi dưỡng bằng ống xông dạ dày. Sau điều trị tỷ lệ bệnh nhi nuốt bình thường nhóm nghiên cứu có 30 bệnh nhi (56,6%), nhóm chứng 12 bệnh nhi 40%. So với báo cáo của Nguyễn Kim Ngọc (2013) có sự khác biệt, 96,67% biểu hiện rối loạn nuốt nhưng hầu như ở mức nuốt chậm có nghẹn sặc hoặc không nghẹn sặc, nhưng không có bệnh nhi nào phải nuôi ăn qua ống xông dạ dày⁶⁷. Có thể sự khác biệt này là do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng của 2 nghiên cứu không giống nhau. Rối loạn nuốt ảnh hưởng rất lớn đến quá trình nuôi dưỡng, do đó gián tiếp ảnh hưởng lên sự phục hồi toàn trạng nói chung, phục hồi di chứng viêm não do vi rút herpes simplex nói riêng. Kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn so với thống kê của Đặng Minh Hằng (74,19%)¹⁸ và Bùi Việt Chung¹⁰¹. Hai tác giả này đều nghiên cứu trên đối tượng di chứng viêm não Nhật Bản, viêm não chung, có thể do vậy mà tình trạng liệt các dây sọ não gây rối loạn nuốt thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, thực hiện trên tất cả các trường hợp được xác định là viêm não do vi rút herpes simplex.

Rối loạn phản xạ nuốt do tổn thương dây thần kinh sọ IX, X, XI và rối loạn ý thức. Việc điều trị bằng châm cứu giúp phục hồi ý thức và giảm tình trạng liệt, do vậy tình trạng rối loạn nuốt cũng được phục hồi tỷ lệ thuận với tình trạng ý thức tốt lên. Ở đây chúng tôi châm các huyệt kích thích vào các nhóm cơ ở gốc lưỡi (Thượng liêm tuyền, Bàng liêm tuyền) kết hợp huyệt Á môn, Hợp cốc để chữa các chứng nói khó, nuốt khó góp phần cải thiện tình trạng nuốt của bệnh nhi.

Bệnh nhi vừa trải qua tình trạng bệnh lý cấp tính nên thể trạng suy kiệt. Thêm vào đó việc rối loạn ý thức, rối loạn phản xạ nuốt mức độ nặng cũng cản trở việc ăn uống của bệnh nhi, gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

4.4.5. Tổn thương não trên cộng hưởng từ

Viêm não do vi rút herpes simplex là loại viêm não khu trú thường tổn thương vùng thái dương, thái dương - trán, với tính chất hoại tử hoặc chảy máu. Những vùng tổn thương nếu điều trị muộn thường không thể hồi phục. Mặc dù bệnh thường xảy ra rải rác trong năm, không thành dịch, nhưng diễn biến nặng, gây tử vong hoặc để lại nhiều di chứng. Theo một số nghiên cứu viêm não cấp do vi rút herpes simplex phát hiện bất thường lên đến 97,2% tổng số bệnh nhi và chỉ có 2 bệnh nhi không có bất thường trên phim chụp MRI, trong đó tổn thương hay gặp nhất là tổn thương thùy thái dương (70,8%), thùy đỉnh (29,2%), thùy trán (13,9%), thùy chẩm (13,9%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24,5% bệnh nhi có tổn thương đôi thị, tuy nhiên không có trường hợp nào bệnh nhi chỉ có tổn thương duy nhất đôi thị mà đều kết hợp với tổn thương nhu mô khác đặc biệt là thùy thái dương. Tương tự các nghiên cứu khác tỉ lệ phát hiện bất thường trên MRI ở bệnh nhi viêm não cấp do vi rút herpes simplex rất cao theo Granerod tỉ lệ này là 89%, đặc biệt người ta nhận thấy tổn thương trên phim chụp MRI ở bệnh nhi viêm não cấp do vi rút herpes simplex đặc hiệu đến 87,5% và có thể dùng để chẩn đoán thay thế xét nghiệm PCR nếu xét nghiệm này âm tính^{123,124}. Tuy nhiên tổn thương thùy thái dương không phải là tổn thương chỉ gặp ở bệnh nhi viêm não cấp do vi rút herpes simplex mà gặp ở các viêm não căn nguyên khác như viêm não Nhật Bản, Phế cầu...

Về vị trí tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ não

Hình ảnh tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ não rất đa dạng và phức tạp có thể tổn thương một hoặc nhiều vị trí trên cùng một bệnh nhi theo

(bảng 3.31). Vị trí tổn thương trên cộng hưởng từ của viêm não herpes simplex gặp nhiều nhất ở thùy thái dương (một bên hoặc hai bên) 44/53 (83%), thùy đỉnh 34/53 (64%), thùy trán 9/53 (18%), đồi thị 13/53 (83%). Sau hào chàm bệnh nhi có tổn thương thùy thái dương phục hồi độ liệt chậm hơn vị trí tổn thương các vùng khác, tỷ lệ liệt độ III-IV còn 3,8%, có 6 bệnh nhi khỏi liệt ở các vị trí tổn thương khác nhau trên cộng hưởng từ, chiếm tỷ lệ 11,3%.

Về số vùng tổn thương của mỗi bệnh nhi trên phim cộng hưởng từ sọ não.

Theo (bảng 3.31) bệnh nhi có tổn thương nhiều vùng trên não, cao nhất tổn thương hai vùng chiếm 47,2%, ba vùng 35,8%. Nhìn chung, bệnh nhi có tổn thương nhiều vị trí trên não thì mức độ liệt càng cao và khả năng phục hồi càng chậm.

Một số nhận xét về ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu

Phác đồ điều trị sử dụng trong nghiên cứu này được đề ra gồm 34 huyết điều trị rối loạn tâm-vận động và một số huyết điều chỉnh các rối loạn toàn thân, dựa trên kinh nghiệm của các tác giả nghiên cứu về phục hồi vận động ở trẻ bị viêm não Nhật Bản trước, được Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương áp dụng điều trị đạt kết quả tốt (bảng 2.1). Qua thực tế sử dụng, chúng tôi thấy những huyết được ghi nhận trên đây thực sự có hiệu quả và nên sử dụng trong phục hồi chức năng tâm-vận động, cho các bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex:

Rối loạn tâm thần: Nội quan (IX.6), Thần môn (V.7), Tam âm giao (IV.6).

Rối loạn vận động chi trên: Giáp tích C₃-C₇, Kiên ngưng (II.15), Khúc trì (II.11), Thủ tam lý (II.10), Ngoại quan (X.5), Hợp cốc (II.4).

Rối loạn vận động chi dưới: Giáp tích L₂-S₁ (Ex), Hoàn Khiêu (XI.30), Dương lăng tuyền (XI.34), Túc tam lý (III.36), Giải khê (III.41).

Rối loạn vận động cơ ở gáy và thân: Giáp tích C₃-C₇ (Ex), Phong trì (XI.20), Đại trử (VII.11), Thận du (VII.23), Đại trường du (VII.25), Giáp tích L₂-S₁ (Ex).

Bệnh nhi nào không hợp tác với châm có thể sử dụng kỹ thuật châm rút kim ngay, sau khi châm đã đạt “đắc khí”. Hào châm chỉ nên sử dụng đơn thuần khi bệnh nhi có rối loạn trương lực cơ không nhiều, làm các chi chỉ hạn chế độ ve vẩy, gấp duỗi. Phác đồ huyết vị của khoa Nhi Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương qua nghiên cứu này chứng tỏ có hiệu quả tác dụng và an toàn đối với bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex.

Trong quá trình phục hồi chức năng, cần kết hợp xoa bóp và tập vận động cho các bệnh nhi, đặc biệt chú trọng tới những phần chi có rối loạn trương lực cơ nhiều, gây co cứng hoặc co vắn, làm góc vận động của chi bị hạn chế nhiều. Khi làm, nên sử dụng những động tác vừa sức chịu đựng của bệnh nhi nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị, như day, bóp, vê, bấm và nhất là không được quên vận động vùng bị bệnh. Một số động tác đơn giản như day, bóp, vê, có thể hướng dẫn gia đình bệnh nhi làm thêm cho trẻ ở nhà.

Thời gian từ sau giai đoạn cấp đến dưới một năm tuổi bệnh, trước khi chuyển sang di chứng muộn là quãng thời gian vàng cho phục hồi chức năng của bệnh nhi di chứng viêm não. Trẻ cần được phục hồi chức năng sớm và nhiều đợt, khoảng 3-5 đợt trong năm, để tận dụng tối đa thời gian này.

Việc phục hồi chức năng được tiến hành càng sớm cho kết quả càng tốt. Chưa có chống chỉ định hỗ trợ điều trị bằng châm cứu ở giai đoạn cấp, mà ngược lại, phương pháp phục hồi chức năng sớm sẽ giúp giảm nhẹ di chứng cho các bệnh nhi¹⁷.

Việc điều trị di chứng viêm não cho đến nay, qua các nghiên cứu kể trên, cho thấy điều trị y học cổ truyền đã khẳng định được hiệu quả tốt. Tuy nhiên, cũng như y học hiện đại, việc làm này chỉ mới dừng lại ở mức điều trị triệu chứng, nên vẫn cần tiếp tục nghiên cứu, để nâng cao thêm nữa hiệu quả điều trị, giúp bệnh nhi nhanh chóng tái hoà nhập với xã hội.

Nghiên cứu này tiến hành trên bệnh nhi mắc bệnh dưới ba tháng, khi mà khả năng tự hồi phục rất lớn, nhưng tình trạng toàn thân và di chứng

thường nặng nề, đòi hỏi trẻ phải được nằm viện điều trị. Phương pháp điều trị được nghiên cứu là hào châm. Những điều thực tế làm cho việc thiết kế mô hình nghiên cứu đối chứng không điều trị gì, để đánh giá khả năng thoái triển của bệnh, là chưa thể thực hiện được. Trong nghiên cứu này, chúng tôi được chọn 50 bệnh nhi điều trị bằng phác đồ nền làm nhóm đối chứng. Từ ban đầu thực hiện đề tài chúng tôi đã xác định mục đích làm sao giảm bớt phần nào những tổn thương cơ thể do di chứng mà bệnh nhân và gia đình của trẻ đang đối mặt. Với mong muốn nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng tâm thần - vận động cho các trẻ mang di chứng, sớm đưa trẻ trở lại hoà nhập với gia đình và xã hội. Thời gian hào châm theo kết quả nghiên cứu về chức năng vận động và tâm thần phải đến thời điểm T_6 (sau 6 tuần hào châm) mới đánh giá được kết quả rõ rệt.

Phục hồi chức năng tâm - vận động bằng hào châm cho bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp do vi rút Herpes simplex là đề tài lần đầu tiên được thực hiện tại Việt Nam và nước ngoài, nên chúng tôi gặp rất nhiều khó khăn trong sưu tầm để học tập kinh nghiệm và so sánh với kết quả của nghiên cứu này.

KẾT LUẬN

Qua kết quả điều trị phục hồi chức năng tâm - vận động cho 103 bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex chúng tôi xin rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền.

- Bệnh nhi thể âm hư theo y học cổ truyền cao hơn thể âm huyết hư sinh phong ở cả hai nhóm chiếm tỷ lệ 66-68%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

- Triệu chứng lòng bàn tay, chân nóng; chất lưỡi hồng hoặc đỏ ít rêu, tiểu tiện ít, vàng sẫm gặp ở hầu hết các bệnh nhi ở hai nhóm, với tỷ lệ 97-100%. Sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

2. Hào châm có tác dụng phục hồi chức năng tâm - vận động cho bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex

- Giảm tình trạng rối loạn ý thức so với nhóm chứng với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Phục hồi chức năng vận động

+ Chức năng vận động trở về bình thường ở nhóm nghiên cứu là 11,3% nhóm chứng không có bệnh nhi nào. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

+ Giảm độ co cứng qua đánh giá thang điểm Ashworth của hai nhóm, với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

+ Tác dụng hồi phục vận động theo thang Henry đều có ý nghĩa khi so sánh với nhóm chứng với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

+ Giảm độ liệt trung bình sau điều trị ở nhóm nghiên cứu từ $3,17 \pm 0,82$ xuống $1,19 \pm 0,85$ thấp hơn so với nhóm chứng từ $3,13 \pm 0,81$ xuống $1,87 \pm 0,77$ với $p < 0,05$.

- Tăng chỉ số phát triển theo Test Denver II ở cả 4 khu vực vận động thô, vận động tinh tế, ngôn ngữ, cá nhân xã hội sau điều trị ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa, đặc biệt ở vận động thô ($p < 0,05$)

- Chỉ số phát triển theo trắc nghiệm Denver II sau điều trị ở thể âm hư có xu hướng tốt hơn thể âm huyết hư sinh phong ở cả hai nhóm. Riêng thể âm hư, nhóm nghiên cứu phục hồi tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$).

- Cải thiện một số triệu chứng lâm sàng sau điều trị: Rối loạn ý thức, rối loạn nuốt, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn dinh dưỡng, rối loạn cơ tròn ở nhóm nghiên cứu có xu hướng tốt hơn nhóm chứng. Tuy nhiên, chỉ thấy sự khác biệt giữa hai nhóm ở triệu chứng rối loạn ý thức và rối loạn cơ tròn ($p < 0,05$).

- Khả năng phục hồi liệt vận động ở thể âm hư có xu hướng tốt hơn thể âm huyết hư sinh phong ở cả hai nhóm. Riêng thể âm hư, nhóm nghiên cứu phục hồi tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

- Đánh giá chung khi bệnh nhi ra viện: Nhóm nghiên cứu có kết quả tốt hơn so với nhóm chứng 11,3% khỏi bệnh, di chứng nhẹ 77,4%, di chứng vừa 11,3%. Có kết quả tốt hơn so với thời gian trước hào châm.

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Xác định được bốn yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phục hồi sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex là:

- Bệnh nhi nhỏ tuổi kết quả phục hồi tốt hơn (Bệnh nhi dưới 24 tháng có kết quả phục hồi cao hơn nhóm trên 24 tháng) ($p < 0,05$)

- Thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi được điều trị phục hồi càng ngắn kết quả điều trị càng cao. Nhóm mắc bệnh dưới 35 ngày (11,3%) khỏi liệt, nhóm trên 35 ngày không bệnh nhi khỏi liệt ($p < 0,05$)

- Bệnh nhi ở cả hai nhóm thể âm hư cho kết quả tốt hơn thể âm huyết hư sinh phong. Sau điều trị thể âm hư có 11,3% khỏi liệt ($p < 0,05$). Riêng thể âm hư nhóm nghiên cứu phục hồi tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$)

- Tổn thương não trên cộng hưởng từ: Bệnh nhi có tổn thương thùy thái dương chiếm đa số, bệnh nhi có tổn thương thùy thái dương hai bên, hoại tử xuất huyết, vị trí tổn thương trên não càng đa dạng phức tạp kết quả điều trị càng kém. Phục hồi liệt tốt hơn ở bệnh nhi tổn thương não ở một vị trí.

Kết luận: Hào châm có hiệu quả trong phục hồi chức năng tâm-vận động ở bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex, thường kết quả thấy được sau 6 tuần điều trị hào châm.

KIẾN NGHỊ

Nên kết hợp hào châm với các phương pháp điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp do vi rút herpes simplex.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Phạm Ngọc Thủy, Đặng Minh Hằng, Nguyễn Văn Thắng (2017). Hào châm trong phục hồi chức năng tâm - vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não, *Tạp chí Y học thực hành*, 1(1032): 27-29.
2. Phạm Ngọc Thủy, Đặng Minh Hằng, Nguyễn Văn Thắng. (2017). Hào châm trong phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp do vi rút herpes simplex và vi rút đường ruột. *Tạp chí Y học thực hành* 5 (1042): 43-45
3. Phạm Ngọc Thủy, Đặng Minh Hằng, Nguyễn Văn Thắng (2018). Hào châm trong phục hồi chức năng tâm - vận động ở bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút Herpes simplex, *Tạp chí Y học thực hành*, 3, 97-100.
4. Phạm Ngọc Thủy, Đặng Minh Hằng, Nguyễn Văn Thắng (2021). Đánh giá tác dụng của hào châm trong điều trị phục hồi chức năng tâm - vận động ở bệnh nhi sau viêm não cấp do vi rút Herpes simplex, *Tạp chí Y Dược học*, 5,62-71.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Nhật An và cs. "Căn nguyên VN ở trẻ em tại bệnh viện nhi TW 2011-2012", *Báo cáo hội nghị nhi khoa toàn quốc*, 2012, tr. 222-228.
2. Lê Trọng Dụng. *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng VN do Herpes*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II Đại học Y Hà Nội, 2008.
3. Lê Huy Chính. "Vi sinh vật y học", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007, tr. 333- 335.
4. Johnson R.T. Acute encephalitis. *Clin Infect Dis*, 1996, 23(2), 219-224; quiz 225-216.
5. Fidan Jmor et al. "The incidence of acute encephalitis syndrome in Western industrialised and tropical countries", *Virology*. 2008, 5.
6. Lê Trọng Dụng, Phạm Nhật An. Viêm não do virus Herpes simplex typ 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 2011, 75(4): 6-10.
7. Lê Đức Hình. *Viêm não và bệnh não*. Thần kinh học trong thực hành đa khoa. Nhà xuất bản y học, viêm não Nhật Bản, 2009, 164, 140-141.
8. Hồ Hữu Lương. *Viêm não virus*. Nhiễm khuẩn hệ thần kinh, Nxb y học, 2005, 7- 24.
9. Bùi Đại. *Viêm não do virus*. Bệnh học truyền nhiễm, Nxb y học, 2001, Tr. 339-340.
10. Phạm Nhật An và cộng sự. Căn nguyên viêm não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương 2011-2012. *Tạp chí Y học Việt nam*, 2012, 397: 222-228.
11. Khúc Văn Lập. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh do Cytomegalovirus ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. 2009.

12. Chen, Hsiung. "Combining Multiplex reverse transcription-PCR and a diagnostic Micro assay to detect and differentiate enterovirus 71 and Coxsackievirus A 16", *J. Clin. Microbiol.* 2006, 44, 2212-2219.
13. Gharbi J, Jaidane H. "Epidemiological study of non-polio enterovirus neurological infections in children in the region of Monastir, Tunisie", *Diag. Micro. Infect. Dis.* 2006. 54, 31-36.
14. Hoàng Bảo Châu, Trịnh Thị Nhã. "Hồi cứu 70 bệnh án viêm não Nhật Bản được điều trị tại Viện Y học cổ truyền dân tộc". *Đề tài cấp Bộ nghiệm thu 1993.* 1993.
15. Nguyễn Tài Thu, Phạm Văn Giao. "Kinh nghiệm châm một số huyết điều trị phục hồi di chứng cho bệnh nhi sau viêm não", *Tạp chí Châm cứu Việt Nam*, 1996. số 3, tr.3.
16. Nguyễn Việt Thái, Phạm Văn Giao. "Điện châm phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp", *Tạp chí châm cứu Việt Nam*, 1999, 34, 1216.
17. Nguyễn Thị Tú Anh. *Nghiên cứu tác dụng của điện châm phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y. 2001.
18. Đặng Minh Hằng. *Nghiên cứu phối hợp hào châm và xoa bóp Y học cổ truyền phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não Nhật Bản*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2003. 1-5-7-20-24-39-42.
19. Venkatesan A, Tunkel A.R, Bloch K.C et al. Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. *Clin Infect Dis*, 2013, 57 (8), 1114-1128.

20. Bộ Y Tế. "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm" (Ban hành kèm theo Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31-12-2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế); Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2015.
21. Bùi Đại. Bệnh học truyền nhiễm, NXB Y học, Hà Nội, 2002. 339.
22. Lê Đức Hình, Nguyễn Chương. *Thần kinh học trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001. 68-75, 177-191, 357-368, 403-408.
23. Bệnh viện Nhi Đồng II thành phố Hồ Chí Minh, "Viêm não", *Phác đồ điều trị nhi khoa 2010*, tr.303 – 308.
24. Lipke M, Karasek E. Meningitis and encephalitis in Poland in 2011, *Przeql Epidemiol*, 2013. 67(2), 207-12,327-30.
25. Min-Shi Leei et al. Incidence Rates of Enterovirus 71 Infections in Young Children during a Nationwide Epidemic in Taiwan, 2008–09, *PLoS Negl Trop Dis*. 2012. 6(2).
26. Peiris JS, Amerasinghe FP. Japanese Encephalitis in Sri Lanka- the Study of an epidemic: vector incrimination, porcine infection and human disease, *Trans- R- trop - med- Hyg*. 1992, 86 (3): 307-320.
27. Casrouge A, Zhang SY. Herpes simplex virus encephalitis in human UNC-93B deficiency, *Science*. 2006. 314(5797): 308-12.
28. Lê Thanh Hải, Trần Minh Điền. *Bài giảng chuyên khoa định hướng nhi*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012. 357-363.
29. Anders Hjalmarsson, Paul Blomqvist. Herpes simplex encephalitis in Sweden 1990 – 2001 incidence, morbidity and mortality. *Clinical Infectious Diseases*; 2007, 45: 875-880.
30. Kneen R, Michael B.D, Menson E et al. Management of suspected viral encephalitis in children - Association of British Neurologists and British Paediatric Allergy, Immunology and Infection Group national guidelines. *J Infect*, 2012. 64(5), 449-477.

31. Hamid JS et al. Potential risk factors associated with human encephalitis: application of canonical correlation analysis. *BMC medical research methodology*, 2011. 11.
32. Whitley R.J, Kimberlin D.W. Herpes simplex encephalitis: Children and adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis*; 2005. 16: 17-23
33. Jouanguy E, Zhang SY, Chapgier A, et al. *Human primary immunodeficiencies of type 1 interferons*; *Biochimie*. Jun-Jul; 2007, 89(6-7): 878-83.
34. Hinson V K, William Tyor W R. Update on viral encephalitis, *Current Opinion in Neurology*, 2001, 14, 369-374.
35. Téllez de Meneses M., Vila MT., Barbero Aguirre P., et al. Viral encephalitis in children. *Medicina (B Aires)*, 2013, 73(1), 83 – 92.
36. Whitley R J, Gnann J W. Viral encephalitis: familiar infections and emerging pathogens, *The Lancet*. 2002. 359.
37. Allen J.Aksamit. Herpes simplex encephalitis in adult and older children. *Current treatment options in neurology*. 2005, Vol 5, March, 53-57.
38. Vũ Minh Điền. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm não Herpes simplex tại Bệnh viện nhiệt đới Trung ương*” Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2011.
39. American social health association - herpes resource center. Website, <http://www.ashastd.org/herpes/herpes.10/8/2007,1-6>.
40. McCabe K, Tyler K, Tanabe J. Diffusion-Weighted MRI abnormalities as a clue to the diagnosis of herpes simplex encephalitis. *Neurology*; 2003, 61:1015- 6.
41. Whitley RJ, Soong SJ, Linneman CTr, et al. *Herpes simplex encephalitis: Diagnosis presentation and outcome*. *JAMA*; 1989, 262:234-9.

42. Nguyễn Thị Ích. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhi viêm não herpes*. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Bệnh viện Bạch Mai, 2013, 38- 47.
43. Hollinger P, Matter L, Sturzenegger M. *Normal MRI findings in herpes simplex virus encephalitis*; *J Neurol*; 2000, 247:799- 80.
44. Lê Văn Phước. “*Cộng hưởng từ sọ não*”, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 2011. Tr.118.
45. Mekan SF, Wasay M, Khelaeni B. Herpes simplex encephalitis: Analysis of 68 cases from a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan; *J Pak Med Assoc*. 2005, 55 (4): 146-8.
46. Lê Văn Tuấn và Nguyễn Thị Thùy Vân. “*Các yếu tố liên quan đến động kinh tại Viện Nhi đồng 2*”. 2013.
47. Demaerel P, Wilms G, Robberecht W, et al. “*MRI of Herpes simplex encephalitis*”. *Neuroradiology*; 2002, 34:490-3.
48. Vandvik B, Vartdal F, Norrby E. Herpes simplex virus encephalitis: intrathecal synthesis of oligoclonal virus-specific IgG, IgA and IgM antibodies. *J Neurol*, 1982, 228(1), 25-38.
49. Whitley RJ, Roizman B. “*Herpes simplex virus infection*”, *Lancet*; 2001. 357:1513-1518.
50. Brunel D, Jacques J, Motte J, Andreoletti L. *Fatal Echovirus 18 leukoencephalitis in a child*, *J Clin Microbiol*. 2007; (6):2068-71.
51. Linde A, Klapper P.E, Monteyne P et al. Specific diagnostic methods for herpesvirus infections of the central nervous system: a consensus review by the European Union Concerted Action on Virus Meningitis and Encephalitis. *Clin Diagn Virol*, 1997. 8(2), 83-104.
52. Boriskin Y.S, Rice P.S, Stabler R.A et al. DNA microarrays for virus detection in cases of central nervous system infection. *J Clin Microbiol*, 2004. 42(12), 5811-5818.

53. Tạ Thành Văn. "*PCR và một số kỹ thuật Sinh học phân tử*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2010. 15-28.
54. Tyler K.L. Herpes simplex virus infections of the central nervous system: encephalitis and meningitis, including Mollaret's. *Herpes*, 2004. 11 Suppl 2, 57a-64a.
55. Tyler K.L. Update on herpes simplex encephalitis. *Rev Neurol Dis*, 2004. 1(4), 169-178.
56. Koskiniemi M. "Epidemiology of encephalitis in children. A prospective multicentre study", *European journal of pediatric*, 1997. Volume 156, Number 7 (1997): 541-545.
57. Kimberlin D.W, Lakeman F.D, Arvin A.M et al. Application of the polymerase chain reaction to the diagnosis and management of neonatal herpes simplex virus disease. National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. *J Infect Dis*, 1996. 174 (6), 1162-1167.
58. Johnson G, Nelson S, Petric M, Tellier R. Comprehensive PCR-based assay for detection and species identification of human herpesvirus; *J Clin Microbiol*.2000, 38: 3274-3279.
59. Nguyễn Văn Kính. *Bài giảng bệnh học truyền nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011, 256-263; 279-285.
60. Behzad-Behbahani A, Abdolvahab A, Gholamali YP, et al. Clinical signs as a guide for performing HSV – PCR in correct diagnosis of herpes simplex virus encephalitis. *Neurol India*. 2003, 51(3): 341 – 4.
61. Ninh Thị Ứng. *Lâm sàng bệnh thần kinh trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2010, 28-96-101-238-239.
62. Lê Đức Hình. *Thần kinh học trong thực hành đa khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2009, 35-140-142.

63. Lê Đức Hình. “*Đánh giá sự phát triển tâm lý - vận động*”, Thần kinh học trẻ em, Nhà xuất bản Y học, 2010, 68-75.
64. Rzakiewicz E; Lipowski D. *Seizure attacks in viral encephalitis: influence on a course and outcome*, 2011, 15: 329.
65. Nguyễn Thị Thanh Vân (2001). *Nhận xét đặc điểm lâm sàng một số di chứng của viêm não Nhật Bản ở trẻ em*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
66. Hoàng Thế Kiên. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng di chứng viêm não Nhật Bản giai đoạn muộn theo Y học cổ truyền*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
67. Nguyễn Kim Ngọc. *Đánh giá tác dụng của điện châm phối hợp với Lục vị hoàn trong phục hồi chức năng tâm thần - vận động ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp*, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.
68. Bệnh viện Nhi Đồng II thành phố Hồ Chí Minh. “*Viêm não*” *Phác đồ điều trị nhi khoa 2010*, 2010. 303-308.
69. Bộ môn Phục hồi chức năng, Trường Đại học Y Hà Nội. “*Phục hồi chức năng cho trẻ chậm phát triển tâm thần*”, *Bài giảng vật lý trị liệu - phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2003.231–237.
70. Cao Minh Châu. *Phục hồi chức năng*, NXB Y học, Hà Nội. 2009.
71. Nguyễn Xuân Nghiên. “*Phục hồi chức năng sau viêm não*”, *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2010. 669-671.
72. Trần Thị Thu Hà - Trần Trọng Hải, “*Phát hiện sớm, can thiệp sớm một số dạng tàn tật ở trẻ em Việt Nam*”, NXB Y học, 2005.
73. Ma. Lucia Mirasol Magallona, *Manual for CBR workers and Caregivers*, C&E Publishing Inc, 2005.
74. *Giáo trình Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng*, NXB Y học, 2000.

75. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. “Viêm não cấp do virus ở trẻ em”, *Nhi Khoa Y học cổ truyền*, NXB Y học, Hà Nội, 2017. 358-377.
76. Trần Thúy. “Bệnh viêm não và vấn đề điều trị kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền”, *Điều trị học kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1996. 79-99.
77. Trần Thúy, Đào Thanh Thủy, Trương Việt Bình. “Điều lý khí ôn bệnh vừa phục hồi”, *Chuyên đề nội khoa Đông y*, Hà Nội, 1995, 107-108.
78. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. “Khái niệm”, *Ôn bệnh*, NXB Y Học, Hà Nội, 2005. tr.5.
79. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. Bài giảng Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2005.
80. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. “Các bài thuốc bổ”, *Bài giảng Y học cổ truyền, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2005. tr.365.
81. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. *Thuốc Đông y: Cách sử dụng và một số bài thuốc hiệu nghiệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2006. tr.265.
82. Nguyễn Nhược Kim. “Lục vị”, *Phương tễ học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2009. 160-162.
83. Phạm Văn Trinh. “Bài thuốc bổ”, *Phương tễ học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2009. 147-171.
84. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt. “Cơ chế tác dụng của châm cứu”, “Điện châm”, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2008, 192-203, 223-225.
85. Hoàng Bảo Châu. *Châm cứu học trong Nội kinh, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2014.

86. Nguyễn Tài Thu. *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 1994, 112-142.
87. Hoàng Bảo Châu. “Giá trị chẩn đoán của hệ kinh lạc và huyết”, Hội thảo hiện đại hóa Y học cổ truyền nhưng vẫn giữ gìn bản sắc dân tộc, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội. 2000.
88. Hoàng Bảo Châu và cộng sự. Tài liệu nghiên cứu biên dịch về Linh khu, Chương trình Quốc gia y học cổ truyền, NXB Y học, Hà Nội. 1996.
89. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy. *Châm cứu sau đại học*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 1997,
90. Dean Tang. “Principles of the action of acupuncture and moxi bustion”, The second China’s congress on acupuncture and analgesia, Beijing. 1984.
91. 何绍奇, “流行乙型脑炎”, 现代中医内科学, 中国中医药出版社出版, 130至133页, 1994. Hà Triệu Kỳ, Dịch tễ viêm não B, Trung Quốc nội khoa hiện đại, nhà xuất bản Trung y dược Trung Quốc, 1994, 130-133.
92. 上海中医内科学院主编. “内科学”, 上海人民 出版社, 121-124页, 2009920, 1975 Học viện Trung Quốc nội khoa Thượng Hải, chủ biên (5/1975), Nội khoa học, Nhà xuất bản nhân dân Thượng Hải, 121-124.
93. 张晓蕾, 邓方阁. 合康复治疗乙型脑炎后遗症41例疗效观察. 中国 康复理论与 实践, 2001, 7(2):88-89.
Trương Hiểu Luy, Đặng Phương Các. Quan sát hiệu quả trị liệu của phương pháp phục hồi chức năng tổng hợp trị liệu 41 trường hợp viêm não Nhật Bản B sau di chứng. Trung Quốc kháng phục lý luận và thực tiễn, 2001. 7(2): 88-89.
94. 李忠诚, 中西医结合治疗乙型脑炎 86 例. 现代中医药杂志. 3 月第 18 卷第 2 期. 2007.
Lý Trung Thành. Trung - Tây Y kết hợp điều trị 86 trường hợp viêm não Nhật Bản B. *Tạp chí Trung Y Dược Hiện đại*. Tháng 3 quyển 18 kỳ thứ 2. 2007.
95. 李丽华, 朱黎伟, 中西医结合治疗流行性乙型脑炎 41 例疗效观察. 云南中医中药杂志. 29 卷第 5 期 9. 2008. Lý Lệ Hoa, Chu Lệ Vĩ. Quan sát hiệu quả lâm sàng của Trung-Tây Y kết hợp trong việc điều trị 41 trường hợp viêm não Nhật Bản B lưu hành. *Tạp chí Trung Y Dược Vân Nam*. Quyển 29 chương thứ 5 kỳ 9. 2008.

96. 周海兰, 李华东. 中西医结合治疗流行性乙型脑炎的比较研究. 湖北中医杂志. 1 月第 33 卷第 1 期.2011.
- Châu Hải Lan, Lý Hóa Đông. Nghiên cứu so sánh hiệu quả của Trung - Tây Y kết hợp điều trị viêm não Nhật Bản B lưu hành. *Tạp chí Trung Y Hồ Bắc*. 2011. Tháng 1 quyển 33 kỳ 1.
97. 朱翠华. 中西医结合治疗小儿病毒性脑炎对脑损伤早期恢复的效果探讨. 医学美容, 2013, 21(2): 31-32.
- Zhu Cui Hua Nghiên cứu hiệu quả Đông - Tây Y kết hợp điều trị viêm não do vi rút ở trẻ em trong việc phục hồi tổn thương não giai đoạn sớm. *Tạp chí thẩm mỹ*, 2013. 21(2): 31-32.
98. 胡林春, 刘雁飞, 王珉. 中西医结合治疗小儿病毒性脑炎临床分析. 中国实用医药, 2013, 8(13): 91-92. Hồ Lâm Xuân, Lưu Nhận Phi, Vương Mân. Phân tích lâm sàng Trung - Tây Y kết hợp điều trị viêm não do vi rút ở trẻ em. *Tạp chí Y Dược thực hành Trung Quốc*, 2013. 8(13): 91-92.
99. Nguyễn Tài Thu, Nguyễn Viết Thái và cộng sự. “Điện châm điều trị chứng liệt di chứng viêm não, Bộ khoa học công nghệ và môi trường, Bộ Y tế - Viện Châm cứu”, Đề tài KHCN 11-06B, Hà Nội, 2001. 168-177; 241 – 253
100. Nguyễn Bá Quang. Đánh giá tác dụng của điện mãng châm phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhi viêm não Nhật Bản, *Tạp chí Y học thực hành*, 2004, số 9, 6-10.
101. Bùi Việt Chung. *Đánh giá tác dụng phương pháp điện châm kết hợp thủy châm Methycobal phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi sau viêm não*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.
102. Nguyễn Thị Vinh. *Đánh giá tác dụng của Tri bá địa hoàn thang kết hợp hào châm, trong phục hồi chức năng vận động - tâm trí ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp*, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội. 2014.

103. Hoàng Ngọc Tám. *So sánh tác dụng cây chỉ và hào sâm trong phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi sau viêm não giai đoạn 3 đến 12 tháng*, Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
104. Venkatesan A, Tunkel A.R, Bloch K.C et al Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. *Clin Infect Dis*, 2013. 57(8), 1114-1128.
105. Bộ Y tế. "Bệnh ngoại cảm ôn bệnh", *Bệnh học và điều trị Đông y*, NXB Y học, Hà Nội, 2007, 62-47.
106. Viện sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương, *Phương pháp nghiên cứu khoa học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2018. tr.56-74
107. Nguyễn Xuân Nghiên. "Phục hồi chức năng cho trẻ bại não", *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2008, 182-192.
108. Frankenburg, W.K., Dodds, J., Archer, P. et al. The DENVER II: A major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, 1992. 89: 91-97.
109. Bệnh viện Nhi Trung ương. *Hướng dẫn thực hành Denver II*, Hà Nội. 2004.
110. WHO. "WHO child growth standards based on height, weight and age", *Acta paediatrica*, 2006, suppl 450, 76-85.
111. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices, Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, D.C., USA, 2008, 2-10.
112. Daniel Trương, Lê Đức Hình, Nguyễn Thị Hùng. *Thần kinh học lâm sàng Textbook of Clinical neuroglogy*, NXB Y học, chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh, 2004. tr. 242.
113. Nguyễn Văn Thắng. "Đặc điểm hệ thần kinh trẻ em", *Bài giảng Nhi khoa tập 2*, NXBY học Hà Nội, 2013. 244-247.

114. Bộ Y Tế. "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại não" (Ban hành kèm theo Quyết định số 5623/QĐ-BYT ngày 21/9/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế); Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2018.
115. Lê Nam Trà, Nguyễn Gia Khánh, Nguyễn Thị Phương. "*Sự phát triển tâm thần vận động ở trẻ em*" Bài giảng Nhi khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2013, 27-36.
116. Nauschuetz WF, Learmoth SL. "Clinical Virology. Textbook of Diagnostic Microbiology", 3rd ed. Philadelphia, PA: W.B.Saunders, 2006. 835-836.
117. Lê Thị Hồng Anh. *Nghiên cứu tác dụng của điện mãng châm phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhi Viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2003.36-52
118. Trần Thị Thu Hương, Phạm Nhật An. Các yếu tố tiên lượng viêm não cấp ở trẻ em theo căn nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2018. 11(1): 127-130
119. Hồ Đắc Hải Miên. "*Đánh giá tâm lý vận động của trẻ bằng Test Denver II*", Viện Nghiên cứu Giáo dục, Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh. 2009.
120. Trần Văn Linh. *Áp dụng thử nghiệm test Denver II đánh giá sự phát triển tâm thần – vận động ở trẻ em trường mẫu giáo thị xã Đào Dương, huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên*, Luận văn Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004.
121. Trần Ngọc Tài. *Chẩn đoán và điều trị viêm não cấp do Herpes simplex ở người lớn*, Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Chợ Rẫy. 2007, 41- 49.
122. Trịnh Thị Luyến. *Nghiên cứu căn nguyên, đặc điểm dịch tễ học lâm sàng viêm não cấp ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2012 đến tháng 6/2013*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.

123. Granerod J et al. "Causes of encephalitis and differences in their clinical presentations in England: a multicentre, population- based prospective study". *Lancet Infect disease*, 2010. 10: 835-44.
124. Domingues R.B, Fink M.C, Tsanaclis A.M et al. Diagnosis of herpes simplex encephalitis by magnetic resonance imaging and polymerase chain reaction assay of cerebrospinal fluid. *J Neurol Sci*, 1998. 157(2), 148-153.

PHỤ LỤC 1: BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

STT

1. Hành chính

1.1. Họ và tên:..... Tuổi (tháng):..... Giới:

1.2. Địa chỉ:.....

1.3. Họ và tên bố/mẹ/người bảo trợ:.....

Số điện thoại liên lạc của bố/mẹ/người bảo trợ:.....

1.4. Ngày vào viện:.....Số bệnh án lưu trữ:

1.5. Ngày ra viện:.....

2. Lý do vào viện:

nếu có (+)

nếu không (-)

ngghi ngờ (±)

Chưa ngồi được Chưa đi được Chưa nói được

Liệt hoặc bại nửa người hoặc tứ chi:

Co giật, co cứng, vặn xoắn:

Các triệu chứng khác:

3. Bệnh sử

(Lưu ý: số ngày mắc bệnh, số ngày nuôi ăn qua ống xông, số ngày hôn mê, có kèm viêm phổi không...)

3.1. Thời gian mắc bệnh

- Thời gian mắc bệnh khi chưa đi Bệnh viện: ngày

- Thời gian điều trị tại Khoa..... Bệnh viện Nhi Trung ương ngày

- Tổng thời gian từ khi có triệu chứng bệnh đầu tiên đến khi vào Khoa Nhi Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương:ngày

3.2. Triệu chứng nổi bật ở giai đoạn cấp:

- Số ngày nuôi ăn qua ống thông mũi-dạ dày:ngày

- Số ngày điều trị trong phòng hồi sức cấp cứu:ngày

- Số lần co giật (mà gia đình chứng kiến hoặc biết):lần

- Khác:

3.3. Nơi điều trị giai đoạn cấp:

.....

3.4. Chẩn đoán lâm sàng:

.....

3.5. Chẩn đoán huyết thanh:

.....

3.6. Các bệnh kèm theo khác:

.....

4. Tiền sử

4.1. Tiền sử sản khoa: Con thứ Đẻ đủ tháng Dễ khó

Sức khoẻ của mẹ lúc có thai:

4.2. Tiền sử nuôi dưỡng và phát triển

< 1 tuổi: bú mẹ, nhân tạo, hỗn hợp:

> 1 tuổi: cháo, cơm

Tháng cai sữa:

Lấy Bò..... Ngồi Đứng.....

Đi Mọc răng..... Nói.....

4.3. Các bệnh đã mắc:

Nhiễm khuẩn:

Dinh dưỡng:

Dị tật bẩm sinh:

Phản ứng với thuốc:

Bệnh khác:

4.4. Tiêm chủng:

- Tiêm chủng bắt buộc:

.....

- Tiêm chủng mở rộng (chú ý đến vắc xin Viêm não Nhật Bản):

.....

- Tiêm phòng khác:

5. Khám bệnh

5.1. Khám theo YHHD:

* Khám toàn thân:

- Thể trạng:..... Trọng lượng:..... Chiều cao:..... Vòng đầu:.....cm

- Mạch:.....lần/phút Nhiệt độ:⁰C Huyết áp:.....

- Nhịp thở:lần/phút

- Hạch ngoại biên:

- Tình trạng da, niêm mạc:.....

- Tim mạch:.....

- Hô hấp:.....

- Tiêu hoá:.....

- Các bộ phận khác:.....

Dấu hiệu		Trước ĐT T ₀	Sau ĐT		
			T ₂	T ₄	T ₆
Toàn trạng	Nhiệt độ <36 ⁰ c				
	36 -37 ⁰ c				
	37-38 ⁰ c				
	>38 ⁰ c				

*** Khám thần kinh:**

Chỉ số theo dõi	Trước ĐT	Sau ĐT		
	T ₀	T ₂	T ₄	T ₆
Rối loạn ý thức Ngủ gà Thức, chưa tiếp xúc được Tỉnh biết lạ quen Tỉnh hiểu lời, tiếp xúc chậm Tỉnh táo, tiếp xúc tốt				
Liệt vận động (độ liệt theo Henry)				
Rối loạn vận động ngôn ngữ Thất vận ngôn hoàn toàn Ú ớ, có âm chưa có tiếng Nói được từ đơn Nói được câu ngắn Không rối loạn				
Rối loạn nuốt Nuôi ăn qua ống thông mũi-dạ dày Nuốt chậm, chỉ ăn lỏng được Nuốt chậm, đã ăn đặc được Nuốt bình thường				
Rối loạn cơ tròn Đại tiểu tiện không tự chủ Đại tiểu tiện lúc tự chủ lúc không Đại tiểu tiện tự chủ/về bình thường theo tuổi				
Suy dinh dưỡng (độ suy dinh dưỡng)				
Phản xạ gân xương				
Trương lực cơ				
Dấu hiệu ngoại tháp				

Chú thích: Các rối loạn vận động tương ứng như sau:

0- Không rối loạn

2- Rối loạn vừa

1- Rối loạn nhẹ.

3- Rối loạn nặng.

*** Chỉ số phát triển tâm thần – vận động theo test Denver II:**

Chỉ số phát triển	Trước ĐT T ₀	Sau ĐT		
		T ₂	T ₄	T ₆
Khu vực cá nhân - xã hội				
Khu vực vận động tinh tế				
Khu vực ngôn ngữ				
Khu vực vận động thô				

Ghi chú: chỉ số phát triển được chia thành 4 mức với các quy ước đánh số như sau:

- Bình thường: 1

- Chậm vừa: 3

- Chậm nhẹ: 2

- Chậm nặng: 4

Khám thần kinh vận động	Trước ĐT (T ₀)	Sau ĐT		
		T ₂	T ₄	T ₆
Trương lực cơ Gáy nâng được không nâng được đầu gáy cứng Thân ngồi được bình thường ngồi được, lưng còn gập ưỡn cong lưng kiểu uốn ván, xoắn vận lưng mềm, chưa ngồi được Chi trên (P) ngọn gốc (T) ngọn gốc Chi dưới (P) ngọn gốc (T) ngọn gốc Dấu hiệu Kernig quay mắt, quay đầu sang một bên				

Phản xạ Mút (bốn phương) Nhị đầu C5-C6 Trâm quay C8 Hoffmann (P) (T) Bánh chè L2-L4 Rung giật bàn chân Babinski (P) (T) Lê Văn Thành (P) (T)				
Liệt vận động (độ)				
Vận động Liệt nửa người (P) (T) Liệt chi dưới (P) (T) Liệt một chi (P) (T) Liệt tứ chi Co giật Động tác tự động run múa giật múa vờn				
Cảm giác Bình thường Tăng cảm giác đau Có cảm giác đau nhưng chậm Không rõ				
Thần kinh thực vật Tăng tiết đờm rãi Tăng mồ hôi Cơn đỏ mặt Khác				
Thần kinh sọ III IV V Động tác nhãn cầu P T				

Động tử co				
Giãn				
VII				
Rãnh mũi má				
Chảy rãi về bên (P)				
(T)				
IX X XI				
Phản xạ nuốt				
Dây khác				

5.2. Khám theo y học cổ truyền:

Tứ chẩn		Biểu hiện			
		Trước ĐT (T ₀)	Sau ĐT		
			T ₂	T ₄	T ₆
Vọng	Sắc mặt đỏ				
	Hai gò má đỏ				
	Mặt trắng nhợt				
	Tinh, ánh mắt nhanh nhẹn				
	Tinh, ánh mắt chậm chạp				
	Mắt nhìn trực diện				
	Hình thể gầy				
	Dáng đi chậm chạp				
	Cử động các bộ phận bị bệnh khó khăn				
	Loét vùng tý đê				
	Chất lưỡi	Đầu lưỡi đỏ			
Đỏ tím					
Hồng nhuận					
Nhợt					
Bệu					

		Góc lưỡi tím đen				
	Rêu lưỡi	Mõng				
		Dày				
		Ít rêu				
		Không rêu				
		Vàng				
		Trắng				
		Ánh vàng				
		Khô				
		Ướt				
		Môi khô đỏ				
	Miệng khô					
	Lòng bàn tay đỏ					
	Lòng bàn chân đỏ					
	Chỉ văn	Màu	Đỏ			
			Tía			
			Xanh			
			Nhợt			
			Khác			
		Độ dài	Phong quan			
			Khí quan			
			Mệnh quan			
		Nổi chìm	Nổi			
			Chìm			
			Khác			
		Hoạt trệ	Hoạt			

			Trệ				
Vấn	Tiếng nói, tiếng khóc nhỏ						
	Tiếng nói, tiếng khóc lớn						
	Tiếng ho nhỏ yếu						
	Tiếng ho nặng nề						
	Ho khan						
	Ho đờm khò khè						
	Hơi thở hôi						
	Phân nặng mùi						
	Nước tiểu khai						
Vấn	Đại tiện táo phải thụt mới đi được						
	Đại tiện táo nhưng tự đi được						
	Đại tiện lỏng						
	Đại tiện nát						
	Đại tiểu tiện tự chủ						
	Đại tiểu tiện không tự chủ						
	Đại tiểu tiện lúc được lúc không						
	Tiểu tiện ngắn đò						
	Tiểu tiện vàng sẫm						
	Tiểu tiện trong dài						
	Ra mồ hôi trộm nhiều						
	Ra mồ hôi trộm ít						
	Không ra mồ hôi						
	Vật vã, kích thích						
	Quấy khóc, khó ngủ						
La hét, kích động							

	Nôn						
	Buồn nôn						
	Ăn uống kém						
	Đờm trắng						
	Đờm đục						
	Đờm khạc khó ra						
	Tay chân nóng						
	Tay chân lạnh						
	Tay chân đau						
	Khác						
Thiết	Đầu trán nóng						
	Đầu trán lạnh						
	Tay chân bên bệnh co cứng						
	Tay chân bên bệnh run giật						
	Tay chân bên bệnh yếu nhẽo						
	Lòng bàn tay nóng						
	Lòng bàn chân nóng						
	Mạch	Phù					
		Trầm					
		Trì					
		Tế					
		Sác					
		Có lực					
		Vô lực					

*Chẩn đoán:

Bát cương: Lý hư nhiệt

Lý hư trung hiệp thực nhiệt

Nguyên nhân: Ôn tà

Bệnh danh: Di chứng ôn bệnh

Thể bệnh: Âm hư

Âm huyết hư sinh phong

5. Cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản

Loại XN	Chỉ số	
	Trước ĐT (T ₀)	Sau ĐT (T ₆)
Công thức máu		
Sinh hóa máu		

6. Tác dụng cơ học không mong muốn của hào châm

Tác dụng không mong muốn	Thời điểm gặp					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Vụng châm						
Chảy máu						
Nhiễm trùng nơi châm						
Gãy kim						
Khác						

7. Điều trị: Theo phác đồ:

Châm cứu: Phương huyết:

+ Ở chi trên: Kiên ngưng Kiên Trinh Kiên tỉnh

Khúc trì Thủ tam lý Ngoại quan

Hợp cốc Bát tà Giáp tích C3-C7

Đại chùy Phong trì Ngoại quan

+ Ở chi dưới: Phong thị Hoàn khiêu Dương lăng tuyền

- Giải khê Tuyệt cốt Thái xung
- Giáp tích L2-L5 Túc tam lý Tam âm giao
- + Nói khó: Thượng liên tuyền Bàng liên tuyền
- Á môn Chi câu.
- + Lung: Giáp tích
- + Toàn thân: Phong trì Phong trì Đại lãng
- Hậu khê Dũng tuyền Khí hải
- Đại chùy Đại trử Giáp tích
- + Rối loạn cơ tròn: Trung cực. Quan nguyên.
- Khí hải.
- + Rối loạn tâm trí: Nội quan. Thần môn. Tam âm giao

8. Đánh giá kết quả chung:

- Số ngày điều trị:

- Kết quả điều trị:

- Về vận động

+ Đánh giá theo lâm sàng: Tốt Khá TB Kém

+ Đánh giá triệu chứng thần kinh: Khỏi Đờ Không đờ

+ Triệu chứng ngoại tháp: Khỏi Đờ Không đờ

- Khỏi bệnh

- Còn di chứng nhẹ

- Còn di chứng vừa

- Còn di chứng nặng

- Còn di chứng rất nặng

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm.....

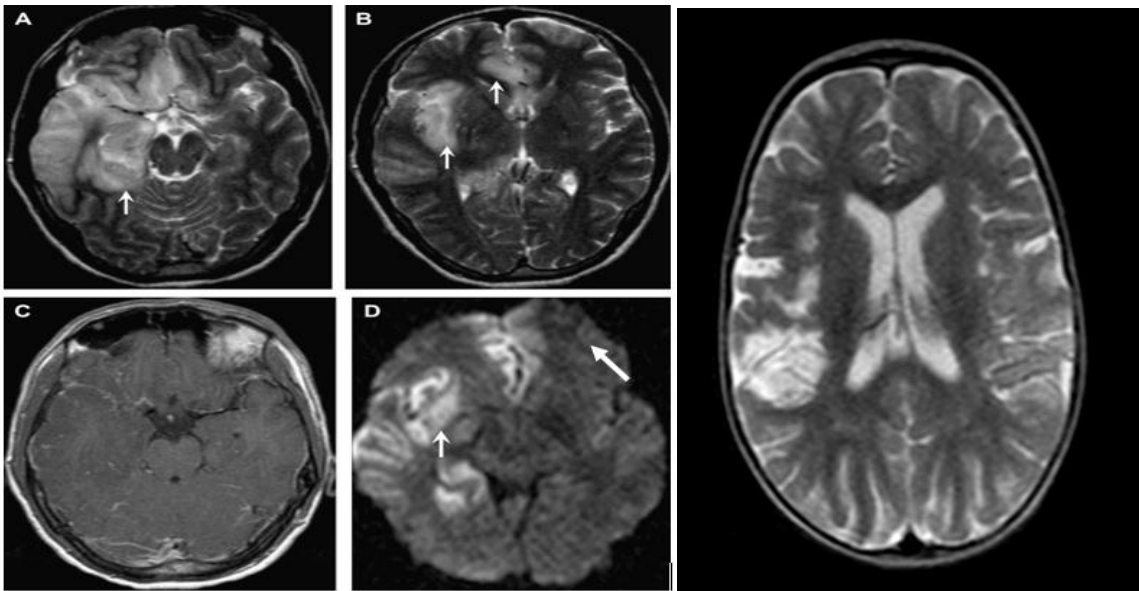
BS điều trị

PHỤ LỤC 2

MỘT SỐ HÌNH ẢNH TỒN THƯƠNG NÃO TRÊN CỘNG HƯỞNG TỬ



Ảnh 1. Bệnh nhi nam, Nguyễn Kim Hoàng P., 1 tuổi viêm não HSV
Hình ảnh teo não hai bên bán cầu đại não, dịch hoá nhu mô.



Ảnh 2. Bệnh nhi nữ, Hoàng Thị Hà M., 4 tuổi, viêm não HSV1
Tổn thương vùng thái dương, vùng trán

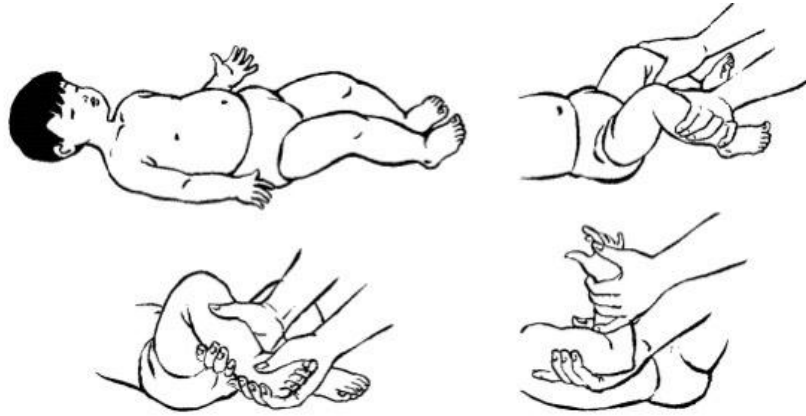
PHỤ LỤC 3 KỸ THUẬT VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU

Giáo trình vật lý trị liệu phục hồi chức năng nhà xuất bản Y học 2000, Trần Thu Hà, Trần Trọng Hải 2005, Phát hiện sớm can thiệp sớm một số dạng tàn tật ở trẻ em Việt Nam.

Kỹ thuật tạo thuận kiểm soát đầu cổ - lẫy

Bài tập 1. Tạo thuận vận động của các khớp ở tư thế nằm ngửa

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm ngửa, đầu - thân mình - chân tay thẳng. Ta gập - duỗi, dạng - khép tại các khớp háng, gối, cổ chân, vai, khuỷu, cổ tay từ từ.



Bài tập 2. Tạo thuận nâng đầu ở tư thế nằm sấp

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm sấp trên giường hoặc trên đùi ta, hai tay trẻ chống xuống giường. Hai tay ta đặt trên hai vai trẻ, ấn xuống. Một tay ta giữ vai, một tay đặt trên đầu trẻ và đẩy nhẹ về phía sau.



Bài tập 3. Tạo thuận nâng đầu bằng tay

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm sấp ở tư thế gập háng và gối. Một tay ta cố định trên mông trẻ, tay kia dùng ngón trỏ và ngón giữa ấn day mạnh dọc theo hai bên đốt sống từ cổ xuống thắt lưng.



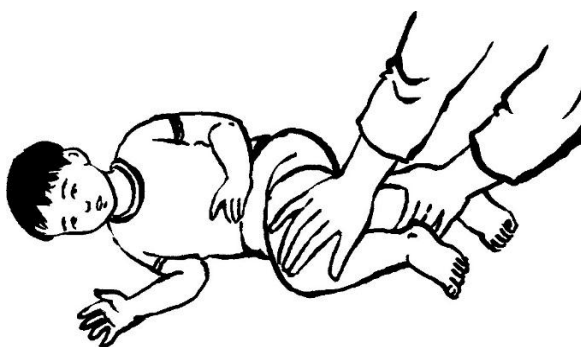
Bài tập 4. Kỹ thuật tạo thuận gập đầu - cổ bằng tay ở tư thế nằm ngửa

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm ngửa. Ta đặt hai bàn tay dưới gáy trẻ, hai khuỷu tay đè nhẹ vào vai trẻ để gập cổ trẻ.



Bài tập 5. Tạo thuận lẫy

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm ngửa. Chân phía dưới duỗi. Gập một chân trẻ và nhẹ nhàng đưa chéo qua người trẻ. Khi trẻ đã nằm nghiêng ta từ từ đẩy thân mình trẻ sang bên đó và đợi trẻ tự lật nghiêng người.



Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường

Bài tập 6. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở hai chân

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm ngửa, ta dùng hai bàn tay cố định khớp dưới gối. Từ từ xoay ngoài khớp háng, dạng háng, tách hai chân trẻ ra.



Bài tập 7. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở khớp cổ chân

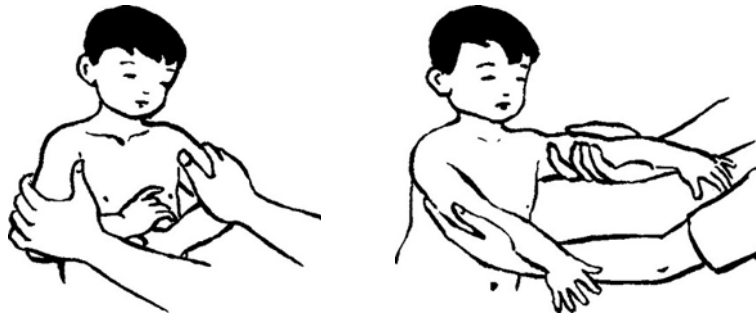
Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm ngửa. Ta dùng một tay cố định trên khớp gối, tay kia kéo dẫn gân gót

bằng các ngón tay và dùng lòng bàn tay để đẩy bàn chân trẻ từ từ về vị trí gập mu bàn chân.



Bài tập 8. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở hai tay

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi. Dùng hai tay cố định dưới khớp khuỷu trẻ. Từ từ đưa tay trẻ lên ra trước và xoay ngoài khớp vai rồi kéo về phía trước.

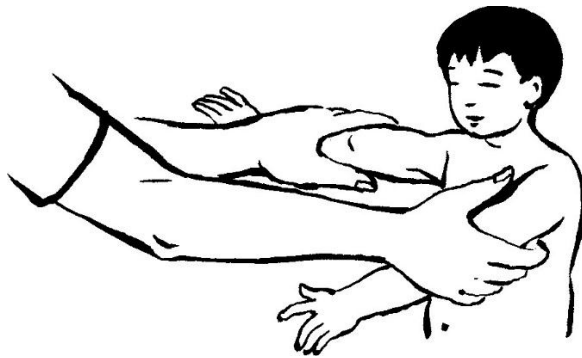


Tập bàn tay:



Bài tập 9. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở tay trẻ thể múa vờn

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi. Ta dùng hai bàn tay cố định dưới khớp khuỷu. Từ từ đưa tay trẻ lên ra trước và xoay trong khớp vai rồi kéo về phía trước.



Kỹ thuật tạo thuận kiểm soát thân mình - ngồi

Bài tập 10. Tạo thuận kéo ngồi dậy ở tư thế nằm ngửa

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm ngửa. Ta dùng hai tay đưa vai trẻ ra phía trước trong khi khuỷu tay duỗi và từ từ kéo trẻ ngồi dậy.



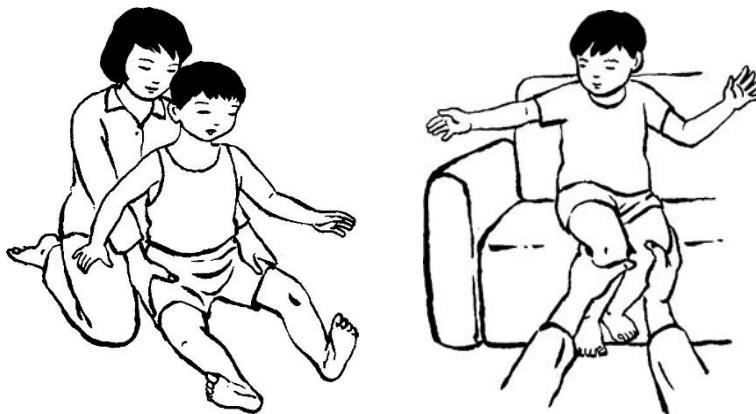
Bài tập 11. Tạo thuận ngồi dậy ở tư thế nằm sấp trên sàn

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm sấp trên sàn. Một tay ta cố định trên mông trẻ, tay kia cố định vào dưới nách trẻ. Từ từ kéo háng trẻ lên đưa ra sau và ấn xuống. Hỗ trợ tại nách trẻ bằng cách kéo ra trước và lên trên.



Bài tập 12. Thăng bằng ở tư thế ngồi trên sàn, hoặc trên ghế

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi trên sàn (trên đùi). Dùng hai tay cố định hai đùi trẻ. Đẩy nhẹ người trẻ sang bên, ra trước sau. Để trẻ tự điều chỉnh thân mình để giữ thăng bằng ngồi.



Bài tập 13. Thăng bằng ở tư thế ngồi trên người

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi dạng hai chân trên bụng, lưng tựa vào đùi ta. Nắm hai tay trẻ, di chuyển chân sang từng bên trong lúc hai tay vẫn duỗi thẳng. Để trẻ tự điều chỉnh và giữ thăng bằng đầu cổ, thân mình.



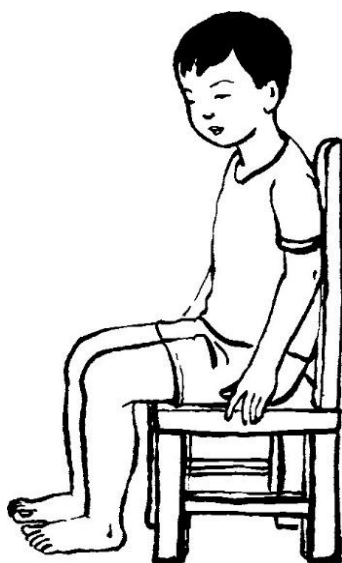
Bài tập 14. Ngồi duỗi thẳng chân

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi hai chân dạng háng, duỗi gối. Dùng hai tay đè lên 2 đùi trẻ, hoặc ngồi phía sau cố định đùi trẻ.



Bài tập 15. Ngồi trên ghế

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi trên ghế lưng thẳng, khớp háng và gối gập vuông góc, bàn chân đặt chắc trên nền cứng.



Kỹ thuật tạo thuận bò - quỳ

Bài tập 16. Tạo thuận quỳ bốn điểm

Kỹ thuật: Đặt trẻ quỳ trên hai tay và hai gối. Dùng hai tay giữ thân mình trẻ hoặc dùng một gối tròn hỗ trợ nâng thân trẻ khi trẻ quỳ. Bảo trẻ nhặt đồ chơi bằng từng tay bỏ vào rổ.



Bài tập 17. Tạo thuận bò trên đùi ta

Kỹ thuật: Đặt trẻ quỳ trên đùi ta, chân dưới gập, chân trên duỗi thẳng. Dùng một tay cố định trên mông trẻ, tay kia giữ bàn chân trẻ. Đẩy nhẹ vào gót chân trẻ về phía trước và hỗ trợ nâng thân trẻ bằng đùi ta khi trẻ bò.



Bài tập 18a. Tạo thuận từ ngồi sang quỳ trên hai gối

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi nghiêng một bên. Dùng hai tay giữ nhẹ ở hai bên hông trẻ. Khuyến khích trẻ quỳ trên hai gối bằng cách giơ đồ chơi lên phía trên đầu trẻ.



Bài tập 18b. Tạo thuận đứng dậy từ tư thế ngồi

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi trên một đùi ta (trên ghế nhỏ). Ta dùng hai tay giữ ở hai gối trẻ. Đẩy mạnh xuống hai gối trẻ rồi bỏ tay ra. Làm như vậy vài lần. Gập gối trẻ và đẩy người ra trước sao cho đầu trẻ đưa ra phía trước gối.



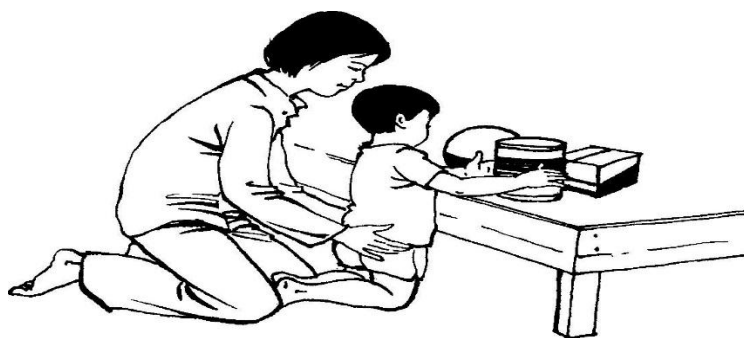
Bài tập 19. Thăng bằng có trợ giúp ở tư thế quỳ trên hai gối

Kỹ thuật: Đặt trẻ quỳ trên hai gối. Ta quỳ phía sau trẻ và dùng hai tay giữ hai bên hông trẻ và đẩy nhẹ trẻ ra phía trước và sau. Để trẻ lấy lại thăng bằng.



Bài tập 20. Tạo thuận thay đổi trọng lượng ở tư thế quỳ hai điểm

Kỹ thuật: Đặt trẻ quỳ trên hai gối trước một cái bàn ngang mức ngực trẻ. Ta đặt hai tay ở hai bên hông trẻ. Nhẹ nhàng đẩy hông trẻ sang từng bên sao cho trọng lượng của trẻ được dồn từ bên này sang bên kia. Không cho phép trẻ gập háng.



Bài tập 21. Thăng bằng ở tư thế quỳ một chân

Kỹ thuật: Đặt trẻ quỳ trên một gối, người đỡ nhẹ ra sau và sang trái để giữ cho chân phải đưa ra trước. Khuyến khích trẻ với tay ra phía trước, sang hai bên để lấy đồ chơi. Tay quỳ phía sau trẻ và dùng hai tay giữ nhẹ hai bên hông trẻ để cố định khi cần giúp trẻ giữ thăng bằng.



Kỹ thuật tạo thuận đứng - đi

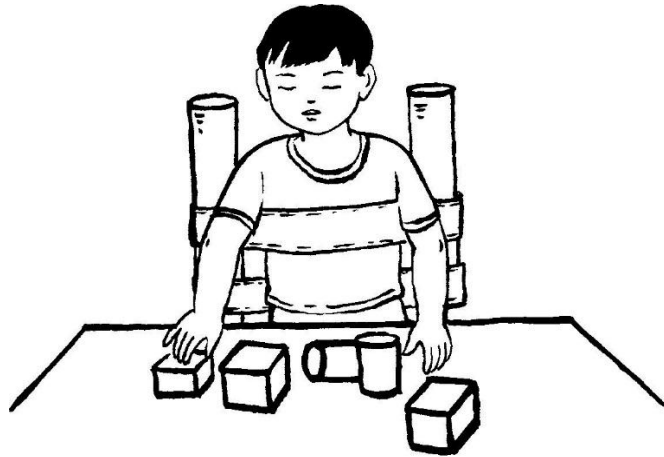
Bài tập 22. Tạo thuận đứng trong bàn đứng

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm sấp trên bàn đứng với hai chân để rộng hơn vai, đai cố định ở gối, háng và ngực trẻ. Sau đó nghiêng bàn đứng cạnh bàn. Đặt vài đồ chơi trên bàn. Khuyến khích trẻ với tay ra phía trước, sang hai bên để lấy đồ chơi.



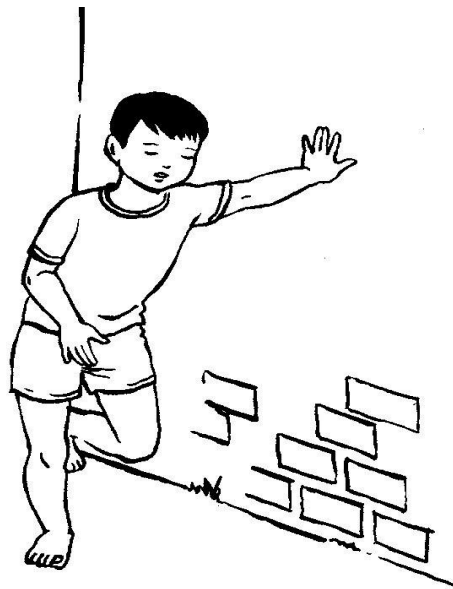
Bài tập 23. Tạo thuận đứng giữa hai cột có đai cố định

Kỹ thuật: Đặt trẻ đứng giữa hai cột với hai chân để rộng hơn vai, đai cố định ở gôi, háng và ngực trẻ. Bảo trẻ đưa tay lấy đồ chơi



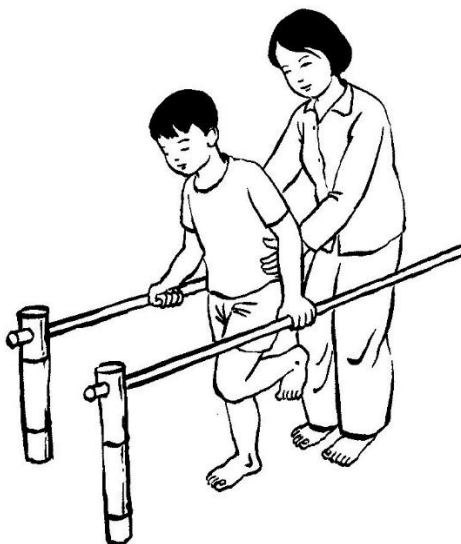
Bài tập 24. Tạo thuận dồn trọng lượng lên từng chân

Kỹ thuật: Đặt trẻ đứng bám vào tường với hai chân để rộng hơn vai. Yêu cầu trẻ co một chân lên để trọng lượng dồn vào chân kia. Ta trợ giúp hai bên hông khi cần. Lặp lại với chân kia bằng cách đổi bên đứng bám.



Bài tập 25. Tập đi trong thanh song song

Kỹ thuật: Đặt trẻ đứng bám vào hai thanh song song với hai chân để rộng hơn vai. Yêu cầu trẻ co một chân lên để trọng lượng dồn vào chân kia khi bước đi. Ta trợ giúp hai bên hông khi cần.



Bài tập 26. Tập đi với khung đi

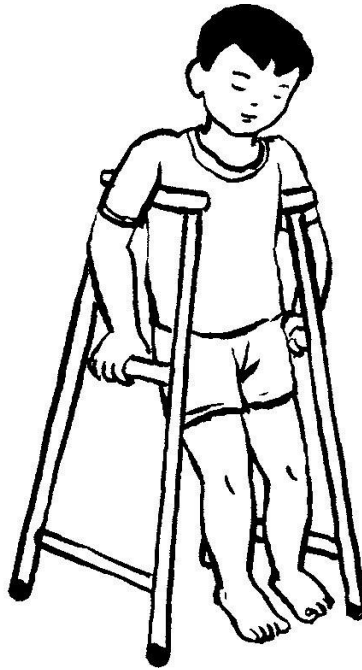
Kỹ thuật: Đặt trẻ đứng bám vào hai tay cầm của khung đi với hai chân để rộng hơn vai. Yêu cầu trẻ co một chân lên để trọng lượng dồn vào chân kia khi bước đi. Ta trợ giúp hai bên hông khi cần.



Bài tập 27. Tập đi bằng nạng

Kỹ thuật: Đặt trẻ đứng tựa lên hai nạng nách với hai chân để rộng hơn vai.

Yêu cầu trẻ đưa hai nạng ra trước. Sau đó co hai chân lên đu người theo.



QUY TRÌNH HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU

Hoạt động trị liệu là một lĩnh vực của phục hồi chức năng, sử dụng các hoạt động đặc hiệu/phương pháp đặc hiệu để phát triển, cải thiện và/ hoặc phục hồi các chức năng cần thiết bù trừ cho sự rối loạn chức năng, và/hoặc hạn chế tối đa sự giảm chức năng của người tàn tật.

CHỈ ĐỊNH

Trẻ có bất kỳ giảm chức năng, mất chức năng hoặc rối loạn chức năng về vận động và tinh thần dẫn đến tình trạng khó khăn trong việc thực hiện các nhu cầu của cuộc sống

CHUẨN BỊ

Phương tiện

Phù hợp với hoạt động sẽ dạy trẻ như: ghế tựa, bàn, dụng cụ học tập...

Bệnh Nhi:

Không trong giai đoạn ốm sốt

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mục đích: Trẻ có thể thực hiện kỹ năng vận động tinh của bàn tay.

Tư thế trẻ

Tư thế ngồi trên ghế

Trẻ ngồi trên ghế lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)

Háng gập gần 90 độ

Hai chân đặt vuông góc tại khớp gối (gót chân hơi đưa vào trong so với khớp gối)

Bàn chân đặt chắc chắn xuống sàn (hơi gập mu bàn chân)

Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể cho thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)

Hai tay đặt trên bàn.

Tư thế ngồi duỗi thẳng hai chân dưới sàn:

Trẻ ngồi trên sàn, lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)

Háng gập gần 90 độ

Hai chân duỗi thẳng

Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)

Hai tay đặt trên bàn

Nếu trẻ chưa tự ngồi: Tốt nhất cho trẻ ngồi vào ghế đặc biệt hoặc ghế góc.

Thực hiện kỹ thuật

Kỹ năng với đồ vật

Bước 1: Gập khớp vai

Một tay kỹ thuật viên cố định nhẹ tại sau vai trẻ

Tay kia cố định tại khớp khuỷu gập dần cánh tay từ 0 độ đến 90 độ

Bước 2: Duỗi khớp khuỷu + ngửa cẳng tay

Một tay kỹ thuật viên cố định nhẹ tại khớp khuỷu

Tay kia cầm vào 1/3 dưới cẳng tay duỗi dần cánh tay về 0 độ cùng một lúc ngửa cẳng tay.

Bước 3: Gập mu bàn tay + dạng ngón cái + gập đốt ngón II, III, IV, V

Một tay kỹ thuật viên cố định nhẹ tại 1/3 dưới cẳng tay

Tay kia đặt dưới lòng bàn tay trẻ + đầu ngón II, III, IV, V; dạng ngón cái và gập mặt mu bàn tay.

Bước 4: Phối hợp các bước 1,2,3 để đưa tay về phía đồ vật

Kỹ năng cầm nắm

Bước 1: Chọn đồ vật cho trẻ tập cầm phù hợp với mức độ phát triển của trẻ và đặt trên bàn trước mắt trẻ.

Bước 2: Mô tả động tác cầm nắm bằng lời nói và làm mẫu.

Bước 3: Cầm tay trẻ đưa về phía đồ vật + thực hiện các thành phần của động tác với đồ vật: Gập vai, duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, gập mu bàn tay, dạng ngón cái. Yêu cầu trẻ nhìn vào tay và đồ vật.

Bước 4: Cầm tay trẻ thực hiện động tác cầm đồ vật: Gập mu bàn tay, dạng ngón cái, duỗi đốt I ngón II, III, IV để lòng bàn tay ôm vào vật.

Bước 5: Giữ chặt vật trong lòng bàn tay.

Kỹ năng thả vật ra

Bước 1: Mô tả động tác thả 1 vật bằng lời nói và làm mẫu.

Bước 2: Cầm tay trẻ đang giữ vật đưa về phía cần thả đồ vật: thực hiện một số thành phần của động tác với đồ vật (gập vai, duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay). Yêu cầu trẻ nhìn vào tay, đồ vật.

Bước 3: Thực hiện động tác thả vật ra:

Gập mu bàn tay hơn 1 chút

Dạng ngón cái hơn 1 chút

Duỗi đốt bàn I, II, III của các ngón II, III, IV, V hơn một chút

Đồ vật được thả lỏng trong bàn tay.

Chú ý:

Chỉ dẫn bằng lời và làm mẫu cho trẻ động tác bạn yêu cầu trẻ tập

Yêu cầu trẻ nhìn vào tay, đồ vật

Khi trẻ đã tiến bộ hơn thì giảm bớt sự trợ giúp

Khen ngợi kịp thời sau mỗi động tác tốt

Nếu chưa làm đúng thì phải nói và làm mẫu cho trẻ hiểu

Trong khi tập tay này thì tay kia của trẻ phải đặt trên mặt bàn.

Luôn luôn chỉnh lại tư thế ngồi đúng cho trẻ.

Để trẻ giữ vật ở trong tay mình một cách chắc chắn sẽ giúp cho trẻ phát triển cảm giác bằng lòng bàn tay (hình dáng, độ nhẵn, nóng lạnh, mềm cứng...) chuyển về não → não phản hồi xung điện về lòng bàn tay → hình thành phản xạ cầm nắm (nhận thức của não về việc cầm nắm và cảm giác của tay về đồ vật).

Khi trẻ đã nhặt được các đồ vật gần, hãy để đồ vật xa dần để kích thích phản xạ với - cầm của trẻ.

Tiêu chuẩn thành đạt

Trẻ làm được theo hướng dẫn hoặc tự làm

Gia đình tự tập cho trẻ được.

PHỤ LỤC 4

CÁCH TÍNH LIỀU LƯỢNG THUỐC CHO TRẺ EM

Thuốc được kê toa, phải ghi thêm tổng số liều cần dùng cho một đợt điều trị, tên bệnh nhân, tuổi, cân nặng (và chiều cao nếu cần).

1/ Theo kinh nghiệm:

- Trẻ sơ sinh dùng liều = 1/8 liều người lớn
- Trẻ dưới 6 tháng dùng liều = 1/5 liều người lớn.
- Trẻ 1 tuổi dùng liều = 1/4 liều người lớn.
- Trẻ 3-4 tuổi dùng liều = 1/3 liều người lớn
- Trẻ 7 tuổi dùng liều = 1/2 liều người lớn.
- Trẻ 12 tuổi dùng liều = 2/3 liều người lớn.
- Trẻ 15 tuổi dùng liều = liều người lớn.

2/ Theo cân nặng:

Ví dụ: Người lớn dùng 1mg/kg cân nặng thì:

- Trẻ < 1 tuổi là 2 mg/kg
- Trẻ 1- 4 tuổi là 1,75mg/kg
- Trẻ 4-7 tuổi là 1,5 mg/kg
- Trẻ 7-15 tuổi là 1,25mg/kg
- Trẻ >15 tuổi là 1 mg/kg

3/ Theo diện tích da:

Diện tích da trẻ em(m²) x liều người lớn

Liều lượng thuốc = -----

1,73 m²

*Bảng đối chiếu diện tích da của cơ thể : cân nặng(kg); Diện tích da(m²):

P(kg)	.....3,5	.....7	.....12	.....19	.....30	.....40	.....50
S(m ²)	.....0,25	.....0,35	.....0,5	.....0,75	.....1	.....1,25	.....1,5

Bảng Liều lượng thuốc cho trẻ em

Tuổi	Cân nặng lý tưởng (kg)	Chiều cao (cm)	Diện tích bề mặt cơ thể (m ²)	Phần trăm liều người lớn
Sơ sinh	3,4	50	0,23	12,5
1 tháng	4,2	55	0,26	14,5
3 tháng	5,6	59	0,32	18
6 tháng	7,7	67	0,40	22
1 năm	10	76	0,47	25
3 năm	14	94	0,62	33
5 năm	18	108	0,73	40
7 năm	23	120	0,88	50
12 năm	37	148	1,25	75
Người lớn				
Nam	68	173	1,80	100
Nữ	56	163	1,50	100

PHỤ LỤC 5

VỊ TRÍ CÁC HUYỆT TRONG PHÁC ĐỒ

STT	Tên huyết	Ký hiệu	Vị trí
1	Á môn	XIII.15	Nằm ở điểm chính giữa cổ và chân tóc gáy. Từ chân tóc vào 0,5 thốn, ở giữa đốt 1 và 2.
2	Phong thị	XI.31	Nằm mặt ngoài đùi, phần đường rãnh 2 gân mặt ngoài đùi trước và đùi sau. Duỗi thẳng 2 tay, ngón tay giữa áp vào phần cơ căng cân đùi, cách đầu khớp gối 7 thốn, chỗ lõm ngón tay giữa chạm đến là huyết
3	Dương lăng tuyền	XI.34	Ở chỗ lõm phía trước và dưới đầu nhỏ của xương mác, nơi thân nối với đầu trên xương mác, khe giữa cơ mác bên dài và cơ duỗi chung các ngón chân.
4	Tuyệt cốt	XI.39	Phía trên đỉnh mác cá chân ngoài 3 thốn, giữa bờ sau xương mác và gân cơ mác bên dài, cơ mác bên ngắn
5	Phong trì	XI.20	Góc lõm phía bờ ngoài cơ thang và bờ bên trong cơ ức đòn chũm
6	Đại chuy	Đc.14	Nằm ngay ở dưới chỗ lồi lớn tại phần ụ xương của đốt sống thứ 7
7	Đại trử	VII.11	Nằm 2 bên xương sống, phía dưới đốt sống thứ nhất, đo ngang ra 1,5 thốn.
8	Thượng liên tuyền	Ex	Chính giữa hàm dưới xuống cách 1 thốn, chỗ lõm giữa xương móng và bờ xương hàm dưới.
9	Bàng liên tuyền	Ex	Từ huyết Liên tuyền sang ngang mỗi bên 0,5 thốn.

10	Kiên ngưng	II.15	Giữa mỏm cùng vai và máu chuyển lớn xương cánh tay, ngay chính giữa phần trên cơ Delta.
11	Thận du	VII.23	Từ giữa L2-L3 đo ra 1,5 thốn
12	Kiên tĩnh	XI.21	Ở giữa con đường từ C7-D1 đến mỏm cùng vai đòn, trên cơ thang.
13	Khúc trì	II.11	Tận cùng đầu ngoài nếp gấp khuỷu tay, giữa khối cơ trên lồi cầu.
14	Thủ tam lý	II.10	Dưới huyết Khúc trì 2 thốn, trên đường nối từ huyết Khúc trì đến huyết Dương Khê.
15	Hợp cốc	II.4	Kẽ xương đốt bàn tay 1-2, trên cơ liên đốt mu bàn tay 1, phía dưới trong xương đốt bàn tay 2.
16	Ngoại quan	X.5	Từ cổ tay đo lên 2 thốn, đối xứng với huyết nội quan bên trong.
17	Bát tà	Ex	Hơi nắm bàn tay, huyết ở khe nối đầu xương bàn tay, trên mu bàn tay cạnh các khớp xương bàn ngón, cả hai bên tổng cộng là 8 huyết.
18	Khí hải	XIV.6	Từ rốn đo xuống 1,5 thốn trên đường trắng giữa dưới rốn
19	Trung cực	XIV.3	Từ rốn đo xuống 4 thốn trên đường trắng giữa dưới rốn
20	Quang nguyên	XIV.4	Từ rốn đo xuống 3 thốn trên đường trắng giữa dưới rốn
21	Đại trường du	VII.25	Giữa liên đốt L4-L5 đo ra 1,5 thốn
22	Chi câu	X.6	Trên lằn cổ tay đo lên 3 thốn , giữa khe xương trụ và xương quay, trên huyết ngoại quan 1 thốn
23	Hoàn khiêu	XI.30	Chỗ lõm phía trên máu chuyển lớn xương đùi, trên cơ hông to.
24	Túc tam lý	III.36	Dưới huyết Độc ty (hõm dưới ngoài xương bánh chè) 3 thốn, cách mào trước xương chày 1 khoát ngón tay, chỗ lõm ngang với củ cơ căng chân trước và xương chày.
25	Tam âm giao	IV.6	Chính giữa lồi cao mắt cá trong xương chày đo thẳng lên

			3 thốn, cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay.	
26	Thái xung	XII.3	Kẽ ngón chân 1-2 đo lên 2 thốn về phía mu chân.	
27	Giải Khê	III.41	Chỗ trắng phía trước cổ chân, giữa gân cơ duỗi chung và gân cơ duỗi riêng ngón cái.	
28	Giáp tích	C3-6	Ex	Từ mỏm gai đốt sống... đo ngang ra 0,5 thốn.
		L2-5	Ex	Từ mỏm gai đốt sống... đo ngang ra 0,5 thốn.
29	Nội quan	IX.6	Từ lằn chỉ cổ tay đo lên 2 thốn, huyết ở giữa gân cơ gan tay lớn và gân cơ gan tay bé.	
30	Thần môn	V.7	Trên lằn chỉ cổ tay, huyết ở chỗ lõm giữa xương đậu và đầu dưới xương trụ, phía ngoài chỗ bám gân cơ trụ trước	

PHỤ LỤC 6

Đánh giá tâm lý vận động của trẻ bằng Test Denver II

Theo Trung tâm Đánh giá và Kiểm định chất lượng giáo dục

Viện Nghiên cứu Giáo dục¹¹⁹

1. Lịch sử ra đời của Test Denver

Tên đầy đủ của test Denver là Denver Developmental Screening Test (DDST). Test Denver còn được gọi là “Trắc nghiệm Đánh giá sự phát triển tâm lý - vận động” cho trẻ nhỏ. Nhóm tác giả xây dựng test Denver là William K. Pranken Burg, Josian B. Doss và Alma W. Fandal thuộc Trung tâm Y học Denver (Colorado, Hoa Kỳ). Test Denver được áp dụng lần đầu tiên vào năm 1967 tại Mỹ nhằm đánh giá sự phát triển tâm thần vận động để phát hiện sớm các trạng thái chậm phát triển ở trẻ nhỏ. Sau hơn 25 năm được sử dụng test Denver I đã được nghiên cứu sâu hơn và hoàn thiện thành test Denver II từ năm 1990. Test Denver II được sử dụng trong nhiều nghiên cứu để theo dõi, đánh giá sự phát triển tâm lý - vận động ở trẻ dưới 6 tuổi, phát hiện sớm sự chậm phát triển tâm lý - vận động trong một số bệnh lý thần kinh, nội tiết.

Tại Việt Nam, test Denver đã được áp dụng đầu tiên tại Khoa thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội từ năm 1977 (gọi là test Denver I).

Từ năm 2000, Khoa Tâm bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương tiếp tục nghiên cứu và chuẩn hoá thành Test Denver II và từ đó đến nay đã có nhiều đơn vị khác trong nước tiếp tục triển khai thực hiện. Test Denver II có một số thay đổi và điều chỉnh so với Test Denver I cho phù hợp với môi trường và văn hoá Việt Nam.

2. Mục đích của Test Denver II

Test Denver không phải là loại trắc nghiệm đánh giá phát triển về trí tuệ (test IQ), vì các trắc nghiệm đánh giá về trí tuệ chỉ được áp dụng cho những trẻ em từ 7 tuổi trở lên.

Mục đích chính của Test Denver II là nhằm đánh giá mức độ phát triển tâm lý – vận động ở trẻ nhỏ từ sơ sinh đến 6 tuổi và giúp phát hiện sớm những tình trạng chậm phát triển ngay từ trong giai đoạn 6 năm đầu đời, từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời.

Test Denver còn được dùng để so sánh sự phát triển của trẻ ở các lĩnh vực trên với các trẻ khác ở cùng độ tuổi.

3. Mô tả Test Denver

3.1. Dụng cụ làm test:

– Dụng cụ chính:

- + Phiếu làm test
- + Một quả bóng làm bằng len đỏ
- + Mười quả nho khô
- + Xúc sắc có cán
- + 10 khối gỗ vuông (2,5 cm)
- + 1 lọ nhỏ sạch có miệng (2cm)
- + Một quả bóng tennis
- + Một cây bút chì
- + Một búp bê và bình sữa (muỗng)
- + Một cốc nhựa có quai
- + Giấy trắng

– Dụng cụ hỗ trợ:

- + Bàn ghế làm test
- + Khăn hay đệm để trên bàn để trẻ nằm
- + Đồ chơi để làm quen với bé

3.2. Các khu vực được kiểm tra:

Test kiểm tra một cách khá toàn diện sự phát triển của trẻ, tập trung vào 4 lĩnh vực:

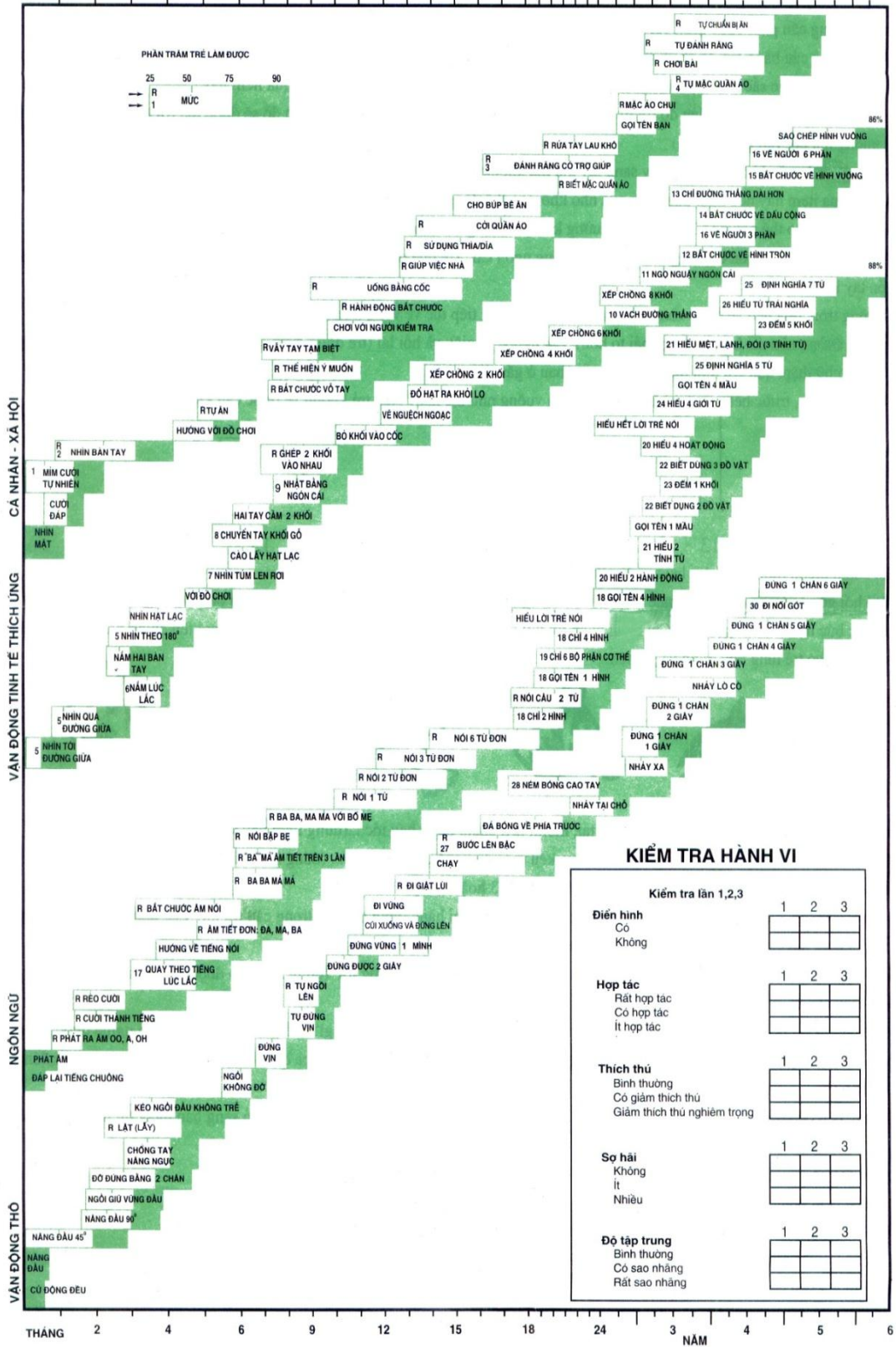
- *Khu vực cá nhân - xã hội:* gồm 25 mục đánh giá khả năng nhận biết bản thân, chăm sóc bản thân và thiết lập quan hệ tương tác với người khác.
- *Khu vực vận động tinh tế - thích ứng:* gồm 29 mục đánh giá khả năng vận động khéo léo của đôi tay và khả năng quan sát tinh tế của đôi mắt.
- *Khu vực ngôn ngữ:* gồm 39 mục đánh giá khả năng lắng nghe và đáp ứng với âm thanh, khả năng phát âm, và sau cùng là khả năng phát triển ngôn ngữ (nghe hiểu và nói).
- *Khu vực vận động thô:* gồm 32 mục đánh giá khả năng phát triển các vận động toàn thân và khả năng giữ thăng bằng của cơ thể.

Denver II

Người kiểm tra :
Ngày :

Họ tên :
Ngày sinh :
Mã :

THÁNG 2 4 6 9 12 15 18 24 3 NĂM 4 5 6



PHỤ LỤC 7

THANG ĐIỂM HENRY ĐÁNH GIÁ ĐỘ LIỆT

Phân độ liệt	Lượng giá	Điểm sức cơ
Độ 0: Không	Vận động bình thường	5
Độ I: Nhẹ	Giảm sức cơ, còn vận động chủ động được	4
Độ II: Vừa	Nâng được chi lên khỏi mặt giường, hạn chế động tác chủ động	3
Độ III: Nặng	Còn co duỗi được chi khi tỳ đè lên mặt giường	2
Độ IV: Rất nặng	Chỉ còn biểu hiện co cơ nhẹ	1
Độ V: Hoàn toàn	Không còn biểu hiện co cơ	0

PHỤ LỤC 8
MỘT SỐ HÌNH ẢNH RỐI LOẠN TÂM - VẬN ĐỘNG Ở
BỆNH NHI VIÊM NÃO HERPES SIMPLEX



Trước điều trị



Sau 6 tuần điều trị

Ảnh 3. Bệnh nhi mã hồ sơ 4244, 1 tuổi



Trước điều trị



Sau 6 tuần điều trị

Ảnh 4. Bệnh nhi mã hồ sơ 3843, 48 tháng tuổi



Trước điều trị

Ảnh 5. Bệnh nhi mã hồ sơ 5339, 3 tuổi



Sau 6 tuần điều trị

HÌNH ẢNH MINH HỌA



Ảnh 6. KIM CHÂM CỨU ĐÔNG Á

BỆNH ÁN MINH HOẠ

BỆNH ÁN 1

Bệnh nhi: HOÀNG THỊ HÀ M....nữ, 48 tháng (Mã hồ sơ 3843)

Vào viện: 18/8/2015

Ra viện: 28/9/2015

Bệnh sử: Khởi phát trẻ sốt cao, đau đầu, sau hai ngày xuất hiện co giật, vào Bệnh viện tỉnh, bé co giật hôn mê, chuyển Bệnh viện Nhi Trung ương, điều trị Acyclovir 21 ngày, chuyển Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương điều trị phục hồi chức năng.

Khám lúc vào:

Không sốt, nhiệt độ 36,5 độ C, ngủ gà từng lúc, thất ngôn

Người gầy yếu, suy kiệt

Liệt nửa người (T), phản xạ gân xương tăng bên (T)

Rối loạn trương lực cơ với đặc điểm

Tay (T) co cứng duỗi, chân (T) co cứng duỗi.

Tăng tiết đờm dãi. Phổi rale ẩm.

Xét nghiệm: - Máu: tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng 72%

- PCR: HSV (+)

- MRI sọ não: tổn thương thùy thái dương bên trái

Chẩn đoán: Y học hiện đại: Di chứng sau viêm não herpes simplex

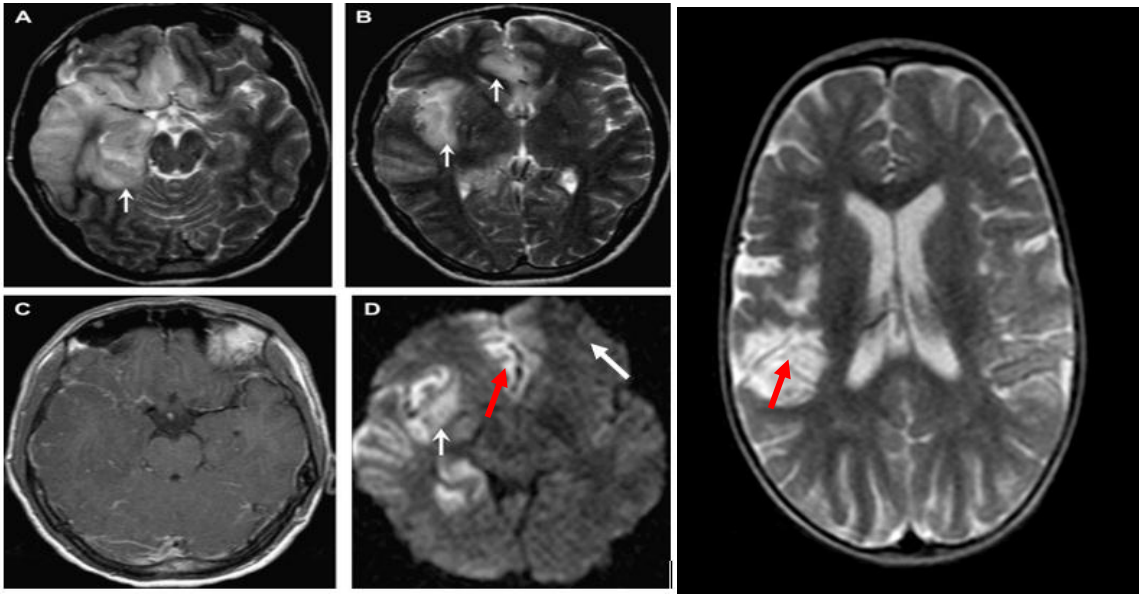
Y học cổ truyền: Di chứng ôn bệnh, thể âm hư.

Phương pháp điều trị: Hòa châm

Châm bình bổ bình tả các huyết sau

Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Giáp tích C₃ - C₇, Kiên ngung, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Hợp cốc, Giáp tích L₂ - S₁, Hoàn Khiêu, Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Giải Khê, Phong trì, Đại trử, Thận du, Đại trường du, Thượng liên tuyền, Bàng liên tuyền, Á môn, Chi câu.

Diễn biến: Tiếp tục sốt nhẹ sau bốn tuần, nhiệt độ cao nhất 38độ C. Sau 6 tuần điều trị trẻ tỉnh táo dần, nhận được người thân, hiểu lời, bắt đầu nói được, nhưng từ đơn, ngồi được, đi được. Lúc ra còn liệt nhẹ, liệt độ IV chuyển sang độ I.



Hình ảnh tổn thương vùng thái dương, vùng trán trên MRI



Trước điều trị

Sau 6 tuần điều trị

Bệnh nhi mã hồ sơ 3843, 48 tháng tuổi

BỆNH ÁN 2

Bệnh nhi: NGUYỄN KIM HOÀNG P...nam, 11 tháng (Mã hồ sơ 4244)

Vào viện: 14/6/2017

Ra viện: 28/7/2017

Bệnh sử: Khởi phát trẻ sốt cao, co giật, vào Bệnh viện tỉnh, bé co giật hôn mê, chuyển Bệnh viện Nhi Trung ương, điều trị Acyclovir 21 ngày, chuyển Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương điều trị phục hồi chức năng.

Khám lúc vào:

Sốt nhẹ, nhiệt độ 37,5 độ C

Thức, không tiếp xúc được.

La hét, rầy rụa, kích thích nhiều, kể cả ban đêm

Người gầy yếu.

Liệt tứ chi, phản xạ gân xương tăng hai bên

Rối loạn trương lực cơ với đặc điểm

Cơ co cứng, mắt nhìn lên trên, gáy cứng ngửa ra sau, uốn cong lưng kiểu uốn ván.

Hai chi trên co cứng duỗi, bàn tay nắm chặt

Tay (T) co cứng duỗi, chân (T) co cứng duỗi, tăng trương lực cơ.

Tay (P) co cứng duỗi, chân (P) co cứng duỗi.

Tăng tiết đờm dãi. Phổi rale âm.

Xét nghiệm: - Máu: tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng 74%

- PCR:HSV (+)

- MRI sọ não: hình ảnh teo não, tổn thương thùy thái dương trái

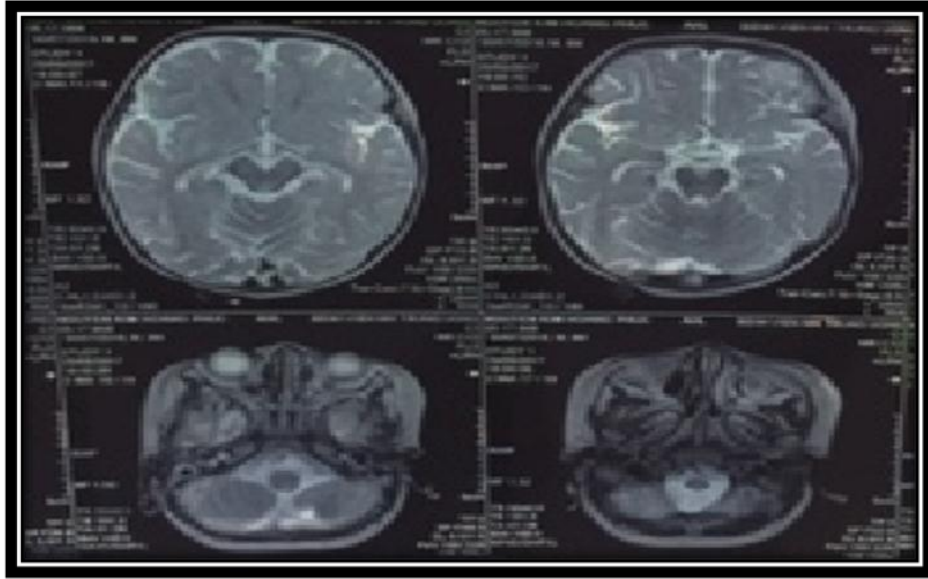
Chẩn đoán: Y học hiện đại: Di chứng sau viêm não herpes simplex

Y học cổ truyền: Di chứng ôn bệnh, thể âm huyết hư sinh phong

Phương pháp điều trị: Hào châm

Châm bình bổ bình tả các huyết sau

Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Giáp tích C₃ - C₇, Kiên ngưng, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Hợp cốc, Giáp tích L₂ - S₁, Hoàn Khiêu, Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Giải Khê, Phong trì, Đại trử, Thận du, Đại trường du.
Biến biến: Sau bốn tuần điều trị trẻ tỉnh táo dần, giữ được đầu, ngồi được, các cơ giảm co cứng. Lúc ra còn liệt nhẹ, liệt độ IV chuyển sang độ I



Hình ảnh tổn thương teo não trên MRI



Trước điều trị
Mã hồ sơ 4244, 11 tháng tuổi



Sau 6 tuần điều trị

BỆNH ÁN 3

Bệnh nhi DƯƠNG ĐĂNG K. nam, 24 tháng (Mã hồ sơ 4721)

Vào viện: 7/10/2015

Ra viện: 2/12/2015

Bệnh sử: Khởi phát trẻ sốt cao, co giật, vào Bệnh viện tỉnh, bé co giật hôn mê, chuyển Bệnh viện Nhi Trung ương, điều trị Acyclovir 21 ngày, chuyển Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương điều trị phục hồi chức năng.

Khám lúc vào:

Sốt nhẹ, nhiệt độ 37,5 độ C

Thức, không tiếp xúc được.

La hét, rầy rụa, kích thích nhiều, kể cả ban đêm

Người gầy yếu.

Yếu nửa người phải, phản xạ gân xương tăng hai bên

Rối loạn trương lực cơ với đặc điểm

Cơ co cứng, mắt nhìn lên trên, gáy cứng ngửa ra sau, uốn cong lưng kiểu uốn ván.

Hai chi trên co cứng duỗi, bàn tay nắm chặt

Tay (T) co cứng duỗi, chân (T) co cứng duỗi, tăng trương lực cơ.

Tay (P) co cứng duỗi, chân (P) co cứng duỗi.

Tăng tiết đờm dãi. Phổi rale âm.

Xét nghiệm: - Máu: tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng 74%

- PCR: HSV (+)

- MRI sọ não: hình ảnh teo não, tổn thương thùy thái dương trái

Chẩn đoán: Y học hiện đại: Di chứng sau viêm não herpes simplex

Y học cổ truyền: Di chứng ôn bệnh, thể âm huyết hư sinh phong

Phương pháp điều trị: Hào châm

Châm bình bổ bình tả các huyết sau

Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Giáp tích C₃ - C₇, Kiên ngưng, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Hợp cốc, Giáp tích L₂ - S₁, Hoàn Khiêu, Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Giải Khê, Phong trì, Đại trử, Thận du, Đại trường du.
Biến biến: Sau bốn tuần điều trị trẻ tỉnh táo dần, giữ được đầu, ngồi được, các cơ giảm co cứng. Lúc ra còn liệt nhẹ, liệt độ IV chuyển sang độ I



Trước điều trị

Mã hồ sơ 4721, 24 tháng tuổi



Sau điều trị