

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG BẰNG ĐIỆN CHÂM THỦY CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT

Nguyễn Thị Ngọc Linh¹, Đặng Kim Thanh¹, Nguyễn Diên Hồng²

(1) Khoa Y học cổ truyền, trường Đại học Y Hà Nội

(2) Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bại não là thuật ngữ chỉ một nhóm những rối loạn của hệ thần kinh trung ương gây đa tàn tật về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi. Trẻ mắc bại não trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng phục hồi chức năng (PHCN) vận động của trẻ bại não thể co cứng bằng điện châm, thủy châm và xoa bóp bấm huyệt (XBBH). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng mở, so sánh trước - sau và có nhóm đối chứng tiến hành trên 60 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn chia 2 nhóm theo phương pháp ghép cặp, nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm và thủy châm, nhóm nghiên cứu điều trị bằng điện châm, thủy châm kết hợp XBBH. Thời gian: ngày một lần, 6 ngày/tuần, trong 4 tuần. **Kết quả:** Sau điều trị, 100% bệnh nhi nhóm nghiên cứu đạt kết quả khá và tốt, không có trung bình, đồng thời nhóm nghiên cứu có cải thiện mức co cứng cơ nhiều hơn nhóm chứng, $p < 0,05$. Điện châm, thủy châm kết hợp XBBH có tác dụng PHCN vận động cho trẻ bại não thể co cứng và cải thiện mức co cứng cơ của trẻ.

Từ khóa: Bại não, co cứng, điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt.

Abstract

EVALUATION OF THE RECOVERY EFFECTS OF MOTOR FUNCTION BY ELECTRO-ACUPUNCTURE, POINT INJECTION AND MASSAGE IN CHILDREN WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY

Nguyen Thi Ngoc Linh¹, Dang Kim Thanh¹, Nguyen Dien Hong²

(1) Hanoi Medical University

(2) National Hospital of Acupuncture

Background: Cerebral palsy is a medical term for a group of disorders of the central nervous system causing multiple motor disabilities, intellectual, sensory and behaviors children with cerebral palsy are the burden of family and society. **Purposes:** Evaluate the recovery effect of motor function by electro-acupuncture, point injection and massage in children with spastic cerebral palsy. **Patients and Method:** a controlled, clinical trial. Sixty patients were divided into two groups: a controlled group and a massage group. Two groups were treated electro-acupuncture, point injection and massage was added in the massage group during four weeks, once a day, six times per day. **Results:** after treatment, all of patients in massage group had good and fair levels (100%). The massage group decreased level of spastic muscle more than the controlled group with electro-acupuncture and point injection ($p < 0.05$). **Conclusion:** Electro-acupuncture, point injection combined with massage improved the motor function and level of spastic muscle in children with spastic cerebral palsy.

Keywords: Cerebral palsy, spastic, electro-acupuncture, point injection, massage

- Địa chỉ liên hệ: Đặng Kim Thanh; Email: dangkimthanh58@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2015.2.6

- Ngày nhận bài: 14/2/2015 * Ngày đồng ý đăng: 19/3/2015 * Ngày xuất bản: 30/3/2015

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là thuật ngữ chỉ một nhóm những rối loạn của hệ thần kinh trung ương do tổn thương não không tiến triển gây ra. Bại não gây nên đa tàn tật về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi, thường xảy ra trong thời kỳ phát triển thai nhi, trước, trong và sau khi sinh cho đến năm tuổi. Các rối loạn về vận động gây trở ngại nhiều nhất cho trẻ trong sinh hoạt tối thiểu hàng ngày. Trẻ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó, PHCN vận động cho trẻ là vấn đề hết sức cần thiết.

Trên thế giới, theo thống kê những năm gần đây cho thấy bại não chiếm tỷ lệ 1,5 - 4/1000 trẻ sơ sinh sống [1], [5], [6], [7]. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ bại não ở trẻ dưới 8 tuổi là 3,6/1000 trẻ sơ sinh sống [9], và hàng năm có khoảng 500.000 trẻ mắc bại não, chiếm tỷ lệ 0,2% tổng số trẻ. Ở Việt Nam, chưa có số liệu điều tra quốc gia về tỷ lệ hiện mắc bại não, nhưng theo thống kê trên thì có khoảng 125.000 - 150.000 trẻ em Việt Nam mắc bệnh này.

Việc phục hồi chức năng vận động cho trẻ còn gặp rất nhiều khó khăn. Y học hiện đại (YHHĐ) và Y học cổ truyền (YHCT) đều tìm các phương pháp điều trị với hiệu quả tối ưu cho trẻ bại não. Tuy nhiên, việc phối hợp điều trị của YHCT tỏ ra có vai trò tích cực và mang lại kết quả khả quan.

Trong những năm gần đây, số lượng trẻ bại não đến điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương (BVCCTW) ngày càng tăng. Theo số liệu thống kê năm 1998, tại khoa Nhi, số trẻ mắc bại não là 394 trẻ (chiếm 25,7% tổng số bệnh nhi). Năm 2002, con số này lên đến 912 trẻ, tăng gần gấp 3 lần so với năm 1998 (chiếm 47,3% tổng số bệnh nhi), đến năm 2011 tỷ lệ trẻ bại não chiếm 74,61% tổng số bệnh nhi. Trong đó, bệnh nhi thể co cứng chiếm tỷ lệ cao nhất (60 - 70% tổng số trẻ bại não).

Trên thực tế, phục hồi vận động cho trẻ bại não phối hợp điện châm, thủy châm và XBBH đang được áp dụng tại khoa Nhi BVCCTW, có mang lại hiệu quả, nhưng chưa có đánh giá tổng kết. Với mong muốn nâng cao hiệu quả phục hồi vận động cho trẻ, giúp trẻ sớm hòa nhập với gia đình và xã hội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng PHCN vận động của trẻ bại não thể co cứng bằng điện châm, thủy châm kết hợp XBBH.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

Máy điện châm M7. Thuốc thủy châm: Vitamin B1 100mg/1ml, Vitamin B12 1000µg/1ml, Novocain 3% 60mg/2ml. Kim châm cứu: kim thép không rỉ dài, 6 - 8cm, đường kính 0,2 - 1mm. Bông vô khuẩn, bơm tiêm 3ml, cồn 70°, panh inox, khay inox.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhi từ 12 - 72 tháng không phân biệt giới được chẩn đoán bại não thể co cứng được khám và điều trị nội trú tại Khoa Nhi BVCCTW trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2012.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhi

- Bệnh nhi được chẩn đoán xác định là bại não thể co cứng theo Y học hiện đại (YHHĐ): dựa vào định nghĩa bại não của Viện bệnh lý thần kinh quốc gia Hoa Kỳ năm 1985 [1], bao gồm hai tiêu chuẩn: Rối loạn vận động do tổn thương não cố định nhưng không phải do tổn thương não tiến triển. Rối loạn vận động xảy ra trong giai đoạn từ khi sinh đến khi sinh nhật lần thứ năm.

* Bệnh nhi được chẩn đoán là bại não liệt vận động thể co cứng gồm 3 tiêu chuẩn:

+ Tuổi khởi phát dưới 5 tuổi

+ Rối loạn về chức năng hệ thần kinh trung ương: Trương lực cơ luôn tăng ở các mức độ khác nhau. Tăng phản xạ gân xương. Dấu hiệu tổn thương bó tháp: dấu hiệu Babinski, Hoffman. Bất thường về kiểm soát vận động có chủ ý các cơ chân tay, thân mình

+ Sự phát triển trí tuệ: bình thường hoặc chậm phát triển.

- Bệnh nhi được chẩn đoán mắc chứng ngũ tri thể can thận hư tổn theo Y học cổ truyền (YHCT) [10] với biểu hiện: răng mọc chậm, ngồi không vững, chân tay co cứng, co vận, cổ gáy cứng, chân tay cử động chậm, khi đứng chân co rút, bước không thẳng, nói không rõ, phát dục chậm, tinh thần chậm chạp, lưỡi đỏ, mạch vi sắc.

- Phân độ co cứng theo thang điểm Ashworth cải tiến [3]: độ 1, độ 1+, độ 2.

- Không có bệnh viêm nhiễm mạn tính. Gia đình trẻ hợp tác, tự nguyện tham gia

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhi

- Bệnh nhi liệt vận động do nguyên nhân khác theo YHHĐ, thể khác theo YHCT

- Bệnh nhi động kinh
- Phân độ co cứng theo thang điểm Ashworth cải tiến độ 3, độ 4

- Bệnh nhi thể trạng yếu, không thích hợp điều trị điện châm, thủy châm. Tự bỏ hoặc không có điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng mở, so sánh trước-sau và có nhóm đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chúng tôi lấy cỡ mẫu chủ đích để thực hiện nghiên cứu: lấy đủ 60 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ (như mục 2.2.1, 2.2.2).

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

60 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu chia hai nhóm theo phương pháp ghép cặp, đồng đều mức độ liệt, mức độ co cứng cơ.

- Nhóm nghiên cứu (NC) (30 bệnh nhi): điều trị điện châm, thủy châm, XBBH.

- Nhóm đối chứng (ĐC) (30 bệnh nhi): điều trị điện châm và thủy châm.

- Các bệnh nhi đều được hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Theo dõi biểu hiện lâm sàng trong quá trình điều trị. Đánh giá kết quả sau 4 tuần điều trị, so sánh giữa các nhóm. Đánh giá kết quả theo thang điểm GMFM (Gross Motor Function Measure) [7], đánh giá mức co cứng cơ theo thang điểm Ashworth cải tiến.

2.3.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2012 đến tháng 7/2012 tại Khoa Nhi BVCCTW.

2.3.5. Phác đồ điều trị

Nhóm nghiên cứu (NC): Điều trị điện châm, thủy châm, XBBH

***Phác đồ điện châm:** Chọn huyệt theo công thức của Nguyễn Tài Thu [2].

- *Tư thế nằm ngửa:* Châm tả: Kiên ngung, Khúc trì, Hợp cốc, Bát tà, Giải khê. Châm hữu: Huyệt hải, Dương lăng tuyền.

- *Tư thế nằm sấp:* Châm tả: Phong trì, Giáp tích D1 - D3, Giáp tích L1 - L5, Kiên ngung, Ngoại quan, Hợp cốc, Trật biên, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn. Châm hữu: Túc tam lý, Tam âm giao.

- *Kỹ thuật điện châm:* Mắc máy điện châm sau châm. Tần số: Châm hữu: 1 - 3 Hz, châm tả: 4 - 6 Hz. Cường độ: 2 μ A - 50 μ A (theo ngưỡng bệnh nhi). *Liệu trình:* 20 - 30 phút/ngày vào buổi sáng

trong 4 tuần trừ các ngày chủ nhật, luân phiên hai tư thế sấp và ngửa.

*** Phác đồ thủy châm:** Công thức huyệt: Khúc trì, Túc tam lý. Kỹ thuật thủy châm: Thuốc thủy châm trong 1 ngày: Vitamin B1 100mg x 1 ống, Vitamin B12 1000 μ g x 1 ống, Novocain 3% x 1/2 ống. Thử test mũi đầu trước thủy châm. Thủy châm mỗi huyệt 0,5ml, sâu 0,5 - 1 thốn. Liệu trình: 1 lần/ngày vào buổi sáng trong 4 tuần trừ các ngày chủ nhật, luân phiên hai huyệt.

***Thủ thuật xoa bóp:** Xát, xoa, day, bóp, vê, vận động chi bị liệt, bấm các huyệt đã châm. Liệu trình: 15 phút/lần, ngày 1 lần vào buổi sáng trong 4 tuần, trừ các ngày chủ nhật.

Nhóm đối chứng (ĐC): Điều trị điện châm và thủy châm theo phác đồ như nhóm NC.

2.3.6. Các chỉ số nghiên cứu

***Cách tính điểm thang điểm GMFM:** thang điểm chia làm 5 mốc vận động: lẫy (4 động tác), ngồi (15 động tác), bò - quỳ (10 động tác), đứng (13 động tác), đi - nhảy (24 động tác). Mỗi động tác được tính 0-3 điểm, tính điểm GMFM trung bình cho từng mốc vận động, và cộng điểm các mốc rồi chia trung bình được tổng điểm GMFM trung bình. Đánh giá kết quả tại hai thời điểm T₀ và T₄.

***Phân loại mức độ tiến bộ vận động thô:** theo điểm GMFM sau điều trị dựa vào chênh lệch giữa GMFM sau và GMFM trước (GMFM sau - GMFM trước = Chênh lệch), quy định:

- + Tốt: Mức chênh $\geq 20\%$

- + Khá: Mức chênh từ 10 - 19%

- + Trung bình: Mức chênh từ 5 - 9%

- + Kém: Mức chênh $< 5\%$

*** Đánh giá mức co cứng cơ theo thang điểm Ashworth cải tiến:** Phân độ co cứng cho trẻ với 3 mức: độ 1, độ 1+ và độ 2, quy ước: Độ 0: không co cứng; Độ 1, 1+: co cứng nhẹ; Độ 2: co cứng vừa; Độ 3, 4: co cứng nặng. Đánh giá kết quả hai nhóm sau 4 tuần.

2.4. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y - sinh học SPSS 16.

2.5. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học, Phòng Quản lý Sau đại học Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Nhi BVCCTW và Khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội. Đề tài chỉ nghiên cứu đối tượng tự nguyện tham gia và được sự đồng

ý của gia đình đối tượng tham gia nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Kết quả nghiên cứu chỉ sử

dụng cho bệnh nhi, nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho con người, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả điều trị theo thang điểm GMFM

Bảng 3.1. Mức tiến bộ chung của hai nhóm sau điều trị

Mức tiến bộ	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	9	30,00	2	6,67	p < 0,05
Khá	21	70,00	21	70,00	
Trung bình	0	0	7	23,33	
Tổng	30	100,00	30	100,00	

Mức tiến bộ khá chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Mức tiến bộ tốt ở nhóm NC cao hơn nhóm ĐC, p < 0,05. Nhóm NC không có trẻ nào tiến bộ mức trung bình.

Bảng 3.2. So sánh tổng điểm GMFM trước và sau điều trị của hai nhóm

Thời gian	Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
T₀	49,70 ± 14,50	49,25 ± 14,76	p > 0,05
T₄	67,11 ± 12,72	60,62 ± 14,71	p > 0,05
P	p < 0,01	p < 0,01	

Cả hai nhóm, tổng điểm GMFM sau điều trị tăng lên rõ rệt so với trước điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.3. So sánh điểm GMFM trung bình tại các mốc vận động trước và sau điều trị của nhóm NC

Mốc vận động	T ₀ (n=30)	T ₄ (n=30)	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Lấy	98,33 ± 6,34	100,00	p > 0,05
Ngồi	65,55 ± 21,63	87,22 ± 14,73	p < 0,05
Bò - quỳ	58,08 ± 25,64	83,07 ± 18,72	
Đứng	18,37 ± 12,43	40,94 ± 22,02	
Đi - nhảy	7,50 ± 5,72	24,48 ± 15,80	

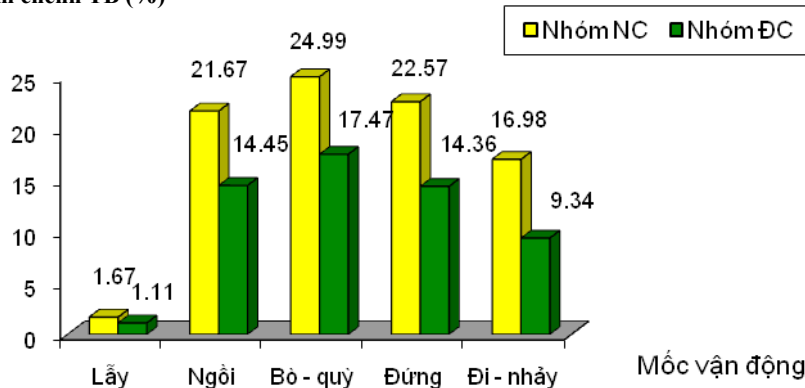
Sau điều trị, điểm GMFM trung bình tại các mốc ngồi, bò - quỳ, đứng, đi - nhảy đều tăng hơn so với trước điều trị, p < 0,05.

Bảng 3.4. So sánh điểm GMFM trung bình tại các mốc vận động trước và sau điều trị của nhóm ĐC

Mốc vận động	T ₀ (n=30)	T ₄ (n=30)	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Lấy	98,06 ± 6,81	99,17 ± 4,56	p > 0,05
Ngồi	67,63 ± 22,90	82,07 ± 17,36	p < 0,05
Bò - quỳ	56,90 ± 25,47	74,37 ± 24,11	
Đứng	17,34 ± 11,75	31,71 ± 22,77	
Đi - nhảy	6,69 ± 4,68	16,03 ± 12,69	

Sau điều trị, điểm GMFM trung bình tại các mốc ngồi, bò - quỳ, đứng, đi - nhảy đều tăng hơn so với trước điều trị, p < 0,05.

Điểm chênh TB (%)



Biểu đồ 3.1. Điểm chênh trung bình GMFM tại các mốc vận động sau điều trị giữa hai nhóm

Điểm chênh trung bình GMFM tại mốc bò - quỳ, mốc ngồi là tiến bộ hơn ở cả hai nhóm, thấp nhất ở nhóm lẫy và đi, sự khác biệt giữa các mốc vận động có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, tại các mốc ngồi, bò - quỳ, đứng và đi điểm chênh trung bình nhóm NC cao hơn nhóm ĐC, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Mức co cứng cơ theo thang điểm Ashworth cải tiến

Bảng 3.5. Đánh giá mức co cứng cơ theo thang điểm Ashworth cải tiến

Mức co cứng	Nhóm NC				Nhóm ĐC				P ₂₋₄
	T ₀ (1)		T ₄ (2)		T ₀ (3)		T ₄ (4)		
	n	TL (%)	n	TL (%)	n	TL (%)	n	TL (%)	
Không co cứng	0		6	20,00	0		2	6,67	p < 0,05
Co cứng nhẹ	20	66,67	24	80,00	21	70,00	25	83,33	p > 0,05
Co cứng vừa	10	33,33	0		9	30,00	3	10,00	
Tổng	30	100,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00	

Trước điều trị, tỷ lệ trẻ co cứng nhẹ chiếm chủ yếu ở cả hai nhóm ($p > 0,05$). Sau điều trị, cả hai nhóm đều giảm mức co cứng: nhóm NC có 6/30 trẻ không còn co cứng, nhóm ĐC tỷ lệ này là 2/30 trẻ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đặc biệt nhóm NC không còn trẻ có mức co cứng vừa.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị theo thang điểm GMFM

GMFM là một trong những thang điểm đánh giá chức năng vận động thô cho trẻ bại não rất chính xác và hiệu quả, mang tính khách quan cao, được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới. Thang điểm gồm 66 mục chia theo 5 mốc vận động chính của trẻ: lẫy, ngồi, bò - quỳ, đứng, đi - nhảy. Sau 4 tuần điều trị, cả hai nhóm có sự tiến bộ về tổng điểm GMFM trung bình và điểm GMFM trung

bình tại các mốc vận động, thể hiện rõ ở các mốc ngồi, bò - quỳ, đứng và đi - nhảy. Trong đó, điểm GMFM trung bình cao nhất ở các mốc lẫy, ngồi, bò - quỳ và đa số bệnh nhi hạn chế mốc đứng và đi - nhảy, thể hiện điểm GMFM thấp nhất. Kết quả cho thấy, bệnh nhi hạn chế vận động nhiều, khó tự chăm sóc bản thân, phụ thuộc nhiều vào gia đình, do đó phục hồi vận động cho trẻ càng sớm càng tốt là rất cần thiết. Như vậy, kết hợp điện châm và thủy châm hay kết hợp 3 phương pháp điện châm, thủy châm và XBBH đều cho thấy sự tiến triển trong phục hồi vận động thô cho trẻ.

So sánh điểm chênh GMFM trung bình giữa hai nhóm: nhóm NC có điểm GMFM chênh cao hơn nhóm ĐC, $p < 0,05$. Đặc biệt các mốc ngồi, bò - quỳ, đứng. Về mức tiến bộ chung, 100% nhóm NC kết hợp XBBH đạt mức tiến bộ tốt và khá, không có trung bình, nhóm ĐC có 6,67% đạt tốt,

còn 23,33% tương ứng 7/30 trẻ ở mức trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Điều này, cho thấy việc kết hợp XBBH ở nhóm NC cho hiệu quả cao hơn so với nhóm chỉ điều trị bằng điện châm kết hợp thủy châm.

Các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành điều trị theo phác đồ của Nguyễn Tài Thu [2]. Trẻ bị bại não theo quan niệm của YHCT là do thận, tỳ và can hư tổn. Chính vì vậy trong quá trình điều trị phải dùng phép “bổ” để tư âm dưỡng huyết, thư cân hoạt lạc. Trong phác đồ, chúng tôi châm bổ huyết Huyết hải, Túc tam lý và Dương lăng tuyền với mục đích huyết được tăng cường và lưu thông tốt, đi nuôi dưỡng cơ thể, nuôi dưỡng cơ nhục đầy đủ, đến các chi giúp phục hồi các cơ bị liệt nhanh chóng. Ngoài ra, châm tả một số huyết, đa số trên kinh Dương minh vì Kinh Dương minh là bể của năm tạng sáu phủ, chủ nhu nhuận tôn cân, lưu lợi các khớp (Sách Tổ Vắn), do đó gân cơ không bị co rút, các khớp co duỗi dễ dàng. Châm các huyết Giáp tích để kích thích các đám rối thần kinh nhằm tăng cường vận động các cơ liệt chi trên và chi dưới. Chúng tôi có sử dụng vitamin B1 và vitamin B12 thủy châm cho trẻ, là hai vitamin đều cần thiết cho việc chuyển hóa bình thường của tế bào thần kinh, sự phối hợp này tăng cường mạnh hiệu quả điều trị hơn so với hiệu quả của từng vitamin trên khi dùng riêng lẻ.

4.2. Sự dịch chuyển mức co cứng cơ theo thang điểm Ashworth cải tiến

Chúng tôi tiến hành phân độ mức co cứng của trẻ theo hai nhóm cơ: cơ nhị đầu và cơ tứ đầu đùi. Chúng tôi chọn mức co cứng cơ của trẻ theo thang điểm Ashworth cải tiến là độ 1, 1+, 2, tương đương với mức độ co cứng nhẹ và vừa, tầm vận động của trẻ bị hạn chế một phần. Tuy nhiên, gây ảnh hưởng không nhỏ đến sinh hoạt hàng ngày của trẻ, tạo các tư thế không tốt cho trẻ. Qua số liệu nghiên cứu,

trước điều trị, tỷ lệ trẻ co cứng nhẹ chiếm chủ yếu ở cả hai nhóm: Nhóm NC là 66,67%, nhóm ĐC là 70,00%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Sau điều trị, cả hai nhóm đều giảm mức co cứng, nhóm NC kết hợp xoa bóp bấm huyệt có sự dịch chuyển độ co cứng đáng kể: tỷ lệ trẻ không co cứng là 20,00% (6/30 trẻ) (trước điều trị không có trẻ nào) và không có trẻ nào mức co cứng vừa; nhóm ĐC có tỷ lệ trẻ không co cứng là 6,67% và 10,00% trẻ ở mức co cứng vừa. Như vậy, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Nhóm NC phối hợp điều trị XBBH với các thủ thuật tác động từ da tới cơ, đến các vùng vận động của khớp, tác động trên các huyết giúp các chi bị liệt của trẻ được tăng cường nuôi dưỡng, điều hòa rối loạn trương lực cơ, làm mềm cơ co cứng, tăng cường nuôi dưỡng đến các khớp, giúp phục hồi vận động tốt hơn. Thể hiện ở mức co cứng cơ của cả hai nhóm đều có cải thiện, đặc biệt ở nhóm NC mức co cứng cải thiện rõ rệt hơn nhóm ĐC điều trị bằng điện châm và thủy châm. Hơn nữa, các thủ thuật xoa bóp rất đơn giản, dễ làm, có thể hướng dẫn người nhà trực tiếp làm cho trẻ, giúp trẻ phục hồi nhanh hơn.

5. KẾT LUẬN

Kết hợp xoa bóp bấm huyệt với điện châm và thủy châm có tác dụng phục hồi chức năng vận động cho trẻ bại não thể co cứng, đồng thời cải thiện mức co cứng cơ của trẻ tốt hơn 2 phương pháp trị liệu cũ bằng điện châm và thủy châm với ý nghĩa thống kê.

Lời cảm ơn: Để hoàn thành nghiên cứu này, chúng tôi xin chân thành cảm ơn Phòng Đào tạo Sau đại học Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y Hà Nội và tập thể y bác sĩ Khoa Nhi Bệnh viện Châm cứu TW.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Trọng Hải (1995). Phục hồi chức năng cho trẻ bại não, *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 634-647.
2. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997). *Châm cứu sau Đại học*, Nhà xuất bản Y học, 246- 205, 145- 8, 117- 8.
3. Akmer Mutlu, Ayse Livanelioglu, Mintaze Kerem Gunel (2008). Reliability of Ashworth and Modified Ashworth Scales in Children with Spastic Cerebral Palsy. *BMC Musculoskelet Disord*, 9: 44.
4. Arneson CL, Durkin MS, Benedict RE, Kirby RS, Yeargin-Allsopp M, Van Naarden Braun K, Doernberg NS (2009). Prevalence of Cerebral Palsy: Autism and Developmental Disabilities

- Monitoring Network, Three Sites, United States, 2004. *Disability and Health Journal*, 2(1), 45–48.
5. Bhasin TK, Brocksen S, Avchen RN, Van Naarden Braun K.(2006). Prevalence of four developmental disabilities among children aged 8 years – Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program, 1996 and 2000. *MMWR. Surveillance Summaries*, 55(1), 1–9.
 6. Paneth N, Hong T, Korzeniewski S. (2006). The descriptive epidemiology of cerebral palsy. *Clinics in Perinatology*, 33(2), 251–267.
 7. Russell DJ, Avery LM, Rosenbaum PL, Raina PS, Walter SD, Palisano RJ (2001). Improved scaling of the gross motor function measure for children with cerebral palsy: evidence of reliability and validity. *Can Child, Centre for Childhood reliability Research*, Room 408, Institute for Applied Health Sciences, Memaster university, 1400 Main St W, Hamilton Ontario, Canada.
 8. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. (2002). Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44(9), 633–640.
 9. Yeargin- Allsops M, Van Naarden Braun K, Doernberg NS, et al. (2002), “Prevalence of cerebral palsy in 8-year-old children in three areas of the United States in 2002: a multisite collaboration”. *Pediatrics* 2008: 121:547.
 10. Uông Thụ Truyền (2002), “Ngũ trì, ngũ nhuyển”, *Trung y Nhi khoa học*, Nhà xuất bản Trung Y dược Trung Quốc, tr. 174-9 (汪受传(2002),“五迟, 五软”, 中医儿科学, 中国中医药出版社, p. 174-9).