

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRẺ BẠI NÃO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Tôn Nữ Vân Anh

Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Bại não là tình trạng tổn thương não không tiến triển, gánh nặng thực sự cho gia đình và xã hội. Tìm hiểu các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, các rối loạn cũng như các bệnh lý kèm theo ở trẻ bại não là cần thiết. Nếu phát hiện sớm, điều trị tích cực và phục hồi chức năng kịp thời sẽ cải thiện đáng kể khả năng vận động, giảm mức độ tàn tật và đưa trẻ hòa nhập vào cộng đồng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trẻ được chẩn đoán bại não, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian từ 6/2012 đến 3/2014. **Kết quả:** Nghiên cứu 45 trẻ bại não: trẻ trên 36 tháng chiếm 60,0%; trẻ nam nhiều hơn nữ 57,8%; co giật là lý do đưa trẻ đến viện chiếm tỷ lệ cao nhất 24,4%. Bại não thể co cứng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,9%, thể thất điều chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,2%; liệt tứ chi chiếm tỷ lệ cao nhất 51,1%; độ V (Không tự hoạt động ngay khi có thiết bị hỗ trợ) chiếm tỷ lệ cao 53,3%; viêm phổi, động kinh và chảy nước bọt là những rối loạn thường gặp nhất ở trẻ bại não; với yếu tố nguy cơ tiền sử ngạt lúc sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%; phát hiện sóng động kinh ở trẻ bại não qua điện não đồ chiếm tỷ lệ cao 53%; có tổn thương thực thể ở não qua CTscanner ở trẻ bại não chiếm tỷ lệ cao 62,5%. **Kết luận:** Tránh các nguy cơ gây bại não đặc biệt trẻ ngạt, đồng thời cần làm các điện não đồ, chẩn đoán hình ảnh để tìm xác định tổn thương não rõ ràng để có dự hậu tốt hơn.

Từ khóa: Bại não

Abstract

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Ton Nu Van Anh

Hue University of Medicine and Pharmacy

Objective: Cerebral palsy is characterized by non-progressive abnormalities in brain, that is the real burden to family and society. Finding the signs of clinical, subclinical, disorders as well as co-morbidities in children with cerebral palsy are needed. If detected early, aggressive treatment and rehabilitation will significantly improve mobility, reduce the level of disability and the child integrate into the community. **Material and methods:** Children diagnosed with cerebral palsy, with cross-sectional descriptive methods. Time from 6/2012 to 3/2014. **Results:** Study on 45 children with cerebral palsy: older than 36 months accounted for 60.0%; boys more than girls accounted 57.8%; seizure is the common reason the child to the hospital (accounted for the highest percentage of 24.4%). Spastic cerebral palsy can account for the highest proportion of 48.9%, ataxia may account for the lowest percentage of 2.2%; quadriplegic highest percentage of 51.1%; level V cerebral palsy (not self- activity even when have supported devices) accounted for a high

- Địa chỉ liên hệ: Tôn Nữ Vân Anh, email: vananhtonnu@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.6.6

- Ngày nhận bài: 31/4/2014 * Ngày đồng ý đăng: 27/12/2014 * Ngày xuất bản: 10/1/2015

proportion of 51.1%, pneumonia, seizures and saliva flow is the most common disorder in children with cerebral palsy, with a history of risk factors for birth asphyxia high proportion least 33.3%; detection epileptic wave in children with cerebral palsy through EEG high proportion of 53%, there is physical injury in the brain in children with cerebral palsy through CTscanner high percentage of 62.5%. **Conclusion:** To avoid the risk of cerebral palsy, special asphyxia, and do the EEG records, imaging diagnostic to identify clearly brain lesions for better outcome.

Key words: Cerebral palsy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là một nhóm các rối loạn của hệ thần kinh trung ương gây nên bởi tổn thương não không tiến triển do các yếu tố ảnh hưởng vào giai đoạn trước sinh, trong sinh và sau sinh đến 5 tuổi với các biến thiên bao gồm rối loạn về vận động, giác quan và hành vi [1]. Đó là một trong các dạng tàn tật có tỷ lệ cao nhất ở trẻ em, chiếm khoảng một phần ba tổng số trẻ em tàn tật [3]. Trong bại não, tổn thương não là không tiến triển nhưng diễn tiến lâm sàng của trẻ bại não phụ thuộc rất nhiều vào sự quan tâm, chăm sóc và thái độ của gia đình và cộng đồng. Trẻ bại não có thể thành người tàn tật rất nặng nề và là gánh nặng thực sự cho gia đình và xã hội nhưng nếu phát hiện sớm, điều trị tích cực và phục hồi chức năng kịp thời sẽ cải thiện đáng kể khả năng vận động, giảm mức độ tàn tật và đưa trẻ hòa nhập vào cộng đồng.

Việc xác định nguyên nhân gây ra bại não thường khó khăn vì tổn thương não trong bại não rất đa dạng và thời gian khác nhau nhưng có những yếu tố nguy cơ đã được xác định có liên quan chặt chẽ tới bại não.

Triệu chứng lâm sàng của trẻ bại não rất đa dạng, có thể nhẹ nhàng hoặc rất nặng nề. Trẻ bại não thường có kèm theo tình trạng bệnh lý khác đòi hỏi phải được điều trị như động kinh, tim bẩm sinh...trẻ cũng dễ mắc một số bệnh như viêm phổi, viêm hô hấp trên....và trẻ thường vào viện vì những bệnh lý này.

Ở Việt Nam, chưa có công trình nghiên cứu nào về bại não ở trẻ em trên toàn quốc nhưng theo những nghiên cứu trong từng vùng hoặc thành phố thì tỷ lệ bại não dao động trong khoảng 0,6 – 1,89% [5], [7].

Việc điều trị bại não đến nay vẫn là một vấn

đề hết sức khó khăn và hạn chế, vì vậy, một đứa trẻ bại não sẽ trở thành một người lớn bại não, đó là gánh nặng rất lớn cho gia đình và xã hội. Tìm hiểu các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, các rối loạn cũng như các bệnh lý kèm theo ở trẻ bại não là cần thiết. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, các thể lâm sàng, cận lâm sàng, các bệnh lý kèm theo của trẻ bại não.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhi dưới 15 tuổi được chẩn đoán bại não vào viện điều trị tại Trung tâm Nhi Khoa Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 6/2012 – 3/2014.

Tiêu chuẩn chẩn đoán bại não - Theo tiêu chuẩn POSTER của Levine (1980) gồm 6 triệu chứng [16]:

1. Dáng điệu hay cử động bất thường
2. Vấn đề về hầu họng (ví dụ lưỡi vận động liên tục, khó nuốt....)
3. Lác mắt
4. Tăng hoặc giảm trương lực cơ
5. Tồn tại dai dẳng phản xạ nguyên thủy hoặc mất phản xạ thăng bằng cơ thể.
6. Tăng phản xạ gân xương, phản xạ Babinski (+).

Trẻ được chẩn đoán bại não khi có $\geq 4/6$ triệu chứng trên.

Trẻ được chẩn đoán bại não hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, được đo điện não đồ, khám mắt, siêu âm thóp ở trẻ còn thóp, chụp CTscanner hoặc MRI sọ não tại Khoa Nhi, khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Trung ương Huế.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố trẻ bại não theo tuổi

	< 6 tháng	6 - 36 tháng	> 36 tháng	Tổng
n	5	13	27	45
%	11,1	28,9	60,0	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu trẻ bại não trên 36 tháng chiếm tỷ lệ cao 60,0%.

Bảng 2. Phân bố trẻ bại não theo giới

Giới	Nam	Nữ	Tổng
n	26	19	45
%	57,8	42,2	100

Nhận xét: Trẻ bại não gặp nhiều ở trẻ nam hơn nữ 57,8%

Bảng 3. Lý do trẻ bại não vào viện

Lý do vào viện	Co giật	Sốt	Khó thở	Nôn	Khác	Tổng
Bệnh nhân	11	9	9	4	13	45
%	24,4	20	20	8,9	28,9	100

Nhận xét: Co giật là lý do đưa trẻ đến viện chiếm tỷ lệ cao nhất 24,4%.

Bảng 4. Phân bố bại não theo các thể lâm sàng

Thể lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Co cứng	22	48,9
Loạn vận động	11	24,4
Thất điều	1	2,3
Phối hợp	11	24,4
Tổng	45	100

Nhận xét: Bại não thể co cứng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,9%. Bại não thể thất điều chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,2%

Bảng 5. Phân loại trẻ bại não theo giải phẫu

Liệt	Nửa người	Hai chân	Tứ chi	Một chi	Tổng
n	5	14	23	3	45
%	11,1	31,1	51,1	6,7	100

Nhận xét: Liệt tứ chi chiếm tỷ lệ cao nhất 51,1%

Bảng 6. Phân loại bại não theo mức độ vận động (GMFCS)

Mức độ	n	Tỷ lệ (%)
I	3	6,7
II	3	6,7
III	11	24,4
IV	4	8,9
V	24	53,3
Tổng	45	100

Nhận xét: Độ V (Không tự hoạt động ngay khi có thiết bị hỗ trợ) chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%

Bảng 7. Những rối loạn kèm theo trẻ bại não

Bệnh kèm	n (45)	Tỷ lệ (%)
Động kinh	26	57,8
Tim bẩm sinh	4	8,9
Vấn đề về thị giác	4	8,9
Viêm phổi	28	62,2
Chảy nước bọt	22	48,9

Nhận xét: Viêm phổi, động kinh và chảy nước bọt là những rối loạn thường gặp nhất ở trẻ bại não

Bảng 8. Phân bố các yếu tố nguy cơ ở trẻ bại não

Yếu tố nguy cơ	n	%
Tiền sử gia đình có trẻ bại não	3	6,7
Mẹ sốt trong 3 tháng đầu	4	8,9
Sinh non tháng	6	13,3
Ngạt	15	33,3
Không rõ	17	37,8

Nhận xét: Tiền sử ngạt lúc sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%

Bảng 9. Nồng độ hemoglobin ở trẻ bại não

Hemoglobin	n	%
Bình thường	24	53,3
Thiếu máu nhẹ	11	24,4
Thiếu máu vừa	8	17,8
Thiếu máu nặng	2	4,5
Tổng	45	100

Nhận xét: Đa số trẻ có nồng độ Hb trong giới hạn bình thường, trẻ có biểu hiện thiếu máu nặng chỉ chiếm 4,5%

Bảng 10. Đặc điểm điện não đồ ở trẻ bại não

EEG	n(17)	%
Nhọn kích phát	7	41,2
Chậm	2	11,8
Bình thường	8	47,0

Nhận xét: Phát hiện sóng động kinh ở trẻ bại não qua điện não đồ chiếm tỷ lệ cao 53%

Bảng 11. Đặc điểm hình ảnh trên chẩn đoán hình ảnh sọ não ở trẻ bại não

Chẩn đoán hình ảnh	Chưa phát hiện bất thường	Teo não	Nhuễn hóa chất trắng	Não úng thủy/ Dị dạng mạch máu não
n (16)	6	3	4	3
%	37,5	18,75	25,0	18,75

Nhận xét: Có tổn thương thực thể ở não qua chẩn đoán hình ảnh ở trẻ bại não chiếm tỷ lệ cao 62,5%

4. BÀN LUẬN

Trong 45 bệnh nhân bị bại não vào viện tại Trung tâm Nhi khoa- Bệnh viện Trung ương Huế có tuổi nhỏ nhất là 1,5 tháng tuổi, lớn nhất là 13 tuổi, tập trung nhiều ở độ tuổi trên 36 tháng, trong đó nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (57,8%: 42,2%). Lý do vào viện thường gặp nhất là co giật.

Về đặc điểm lâm sàng

Thể lâm sàng: Năm 1984, Bengt và Hagberg đã nghiên cứu hồ sơ của 861 trẻ bại não tại vùng Tây Nam- Thụy Điển cho thấy về mặt lâm sàng, bại não thể co cứng chiếm 73,1%, thể thất điều chiếm 14,4%, thể múa vờn chiếm 12,5%[9]. Tại Việt Nam, theo tác giả Trần Thị Thu Hà nghiên cứu tại Viện Nhi Trung ương năm 2002 thì bại não thể co cứng chiếm 63%; thể múa vờn chiếm 21%; thể phối hợp 14%; các thể khác rất hiếm gặp [2]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khá phù hợp với thể co cứng chiếm tỷ lệ cao 48,9%, sau đó là loạn vận động và phối hợp với 24,4%.

Phân loại theo giải phẫu: Theo nghiên cứu của chúng tôi trong 45 bệnh nhân có 51,1% liệt tứ chi, 31,1% bệnh nhân liệt 2 chân, 11,1% bệnh nhân liệt nửa người. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Thị Hùng, Nguyễn Thị Thu Thảo [4] khi nghiên cứu trên 130 trẻ bại não tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình và Trung tâm Phục hồi chức năng trẻ tàn tật tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 với liệt một nửa người 18,5%, liệt hai chi dưới 25%, tứ chi 62,3%. Tuy nhiên theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Hà thì tỷ lệ bệnh nhân liệt tứ chi còn chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều (87% tổng số bệnh nhân bại não) [2].

Có tới 53,3% bệnh nhân bại não của chúng tôi ở mức độ V, không thể tự hoạt động ngay cả khi có thiết bị hỗ trợ, điều đó có lẽ là lý do khiến trẻ dễ bị bệnh, bị nặng khi mắc bệnh và phải vào viện.

Các rối loạn và bệnh lý kèm theo: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì viêm phổi, động kinh và chảy nước bọt là những rối loạn thường gặp nhất ở trẻ bại não. Có tới 57,8% tổng số trẻ của

chúng tôi có động kinh, tương tự Kaushik với 54% trẻ bại não có động kinh[11], cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hà với tỷ lệ trẻ bại não có động kinh trên lâm sàng chiếm 30,4% hay Okumura và cộng sự thì tỷ lệ này là 28,5%[14]. Điều này là dễ hiểu vì chúng tôi nghiên cứu ở bệnh viện và một trong những lý do chính khiến trẻ bại não phải vào viện là co giật do động kinh. Có 6,7% trẻ bị giảm thính lực, đó cũng là một trong những nguyên nhân gây chậm phát triển trí tuệ và ngôn ngữ ở trẻ bại não sau này, kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phúc và Đoàn Thị Minh Xuân với 1,8% trẻ bại não bị giảm thính lực [6] nhưng thấp hơn 9% trong nghiên cứu của Trần Thị Thu Hà [2] hay 10% ở nghiên cứu của Hedge[10]. Một số rối loạn khác kèm theo là tim bẩm sinh và giảm thị giác cũng gặp với tỷ lệ 8,9%, cao hơn nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Hà với 5% trẻ bại não bị giảm thị lực.

Về yếu tố nguy cơ đối với trẻ bại não: Đáng chú ý là tỷ lệ trẻ có tiền sử ngạt lúc sinh trong 45 trẻ bại não mà chúng tôi nghiên cứu chiếm tới 33,3%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài như Laisram và Srivastava với 24,5%[13] hay 25,2% ở nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thủy [8] nhưng lại thấp hơn 37,3% trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Hà [2].

Tỷ lệ đẻ non ở trẻ bại não trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 13,3%, tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Thủy với 14,8% và thấp hơn 29,4% trong nghiên cứu của Trần Thị Thu Hà.

Một số tiền sử khác mà chúng tôi ghi nhận được là mẹ có sốt trong 3 tháng đầu là 8,9% và gia đình có anh em ruột bại não là 6,9 %.

Về đặc điểm cận lâm sàng

Công thức máu: Theo ghi nhận của chúng tôi có 46,7% bệnh nhân bại não có thiếu máu, trong đó thiếu máu nặng chiếm 4,45%, điều này một phần do chế độ dinh dưỡng ở trẻ bại não không

đầy đủ, trẻ ăn uống khó khăn, mặt khác trẻ bại não thường dễ bị bệnh.

Điện não đồ: Trong 45 bệnh nhân bại não của chúng tôi có 17 bệnh nhân có đo điện não, bệnh nhân có điện não bất thường chiếm 53%, tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Koeda, Takeshita [12] với 91,7% trẻ bại não liệt cứng hai chân có hoạt động điện não bất thường, phù hợp với Kaushik [11] với 60% trẻ bại não có điện não bất thường. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu Hà [2] thì tỷ lệ trẻ bại não có điện não bất thường cũng cao hơn chúng tôi nhiều với 82,3%.

Chụp cắt lớp vi tính ở trẻ bại não: Theo nghiên cứu của tác giả Saginova [15] và tác giả Trần Thị

Thu Hà thì có trên 80% tỷ lệ trẻ bại não có tổn thương trên phim cộng hưởng từ hay cắt lớp vi tính sọ não. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62,5% bệnh nhân có chụp cắt lớp vi tính có tổn thương ở não. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy với những trẻ bại não có tổn thương trên phim cắt lớp vi tính có nguy cơ bị chậm phát triển trí tuệ cao hơn trẻ bại não khác.

5. KẾT LUẬN

Trẻ bại não để lại nhiều dư hậu cho trẻ cũng như gia đình và xã hội, dự phòng bằng cách tránh các nguy cơ gây bại não đồng thời cần làm các điện não đồ, chẩn đoán hình ảnh để tìm xác định tổn thương não rõ ràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Trọng Hải, Trần Thị Thu Hà (1993), *Bại não và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 3-64.
2. Trần Thị Thu Hà (2002), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng của trẻ bại não*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phạm Đình Hùng (2001), “Mô hình trẻ tàn tật Huyện Lương Sơn tỉnh Hòa Bình năm 2001”, *Kỷ yếu Công trình nghiên cứu khoa học- Hội Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 101-107.
4. Nguyễn Thị Hùng, Nguyễn Thị Thu Thảo (2009), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phân loại 130 bệnh nhân bại não tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình và trung tâm phục hồi chức năng trẻ tàn tật Thành phố Hồ Chí Minh*”.
5. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Trọng Hải, Cao Minh Châu (1995), “Phục Hồi chức năng bại não”, *Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 634-647.
6. Nguyễn Hồng Phúc, Đoàn Thị Minh Xuân và cộng sự (2001), “Tình hình và kết quả phục hồi chức năng trẻ bại não tại Trung tâm Phục hồi chức năng trẻ tàn tật Thừa Thiên Huế 5 năm 1996- 2000”, *Kỷ yếu công trình Nghiên cứu khoa học- Hội Phục hồi chức năng*, số 7, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.144- 151.
7. Hoàng Trung Thông (2001), “Tình hình trẻ bại não của tỉnh Khánh Hòa”, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học- Hội phục hồi chức năng*, NXBYH Hà Nội, tr. 227-280.
8. Nguyễn Thị Minh Thủy (2001), “Kết quả bước đầu điều tra dịch tễ học bại não tại tỉnh Hà Tây”, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học- Hội Phục hồi chức năng*, số 7, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 292- 303.
9. Bengt, Hagberg G (1984), “Prenatal and Perinatal risk factors in a survey of 681 Swedish cases. Epidemiology of Cerebral Palsies”, *Clinics in Developmental Medicine, No. 87, London : Spastic International Medical Publications*, pp. 116-134.
10. Hedge M.N. (1998), *Pocket guide to assessment in speech- language pathology*, Singular publishing group, Inc. San Diego. London, pp. 70- 73.
11. Kaushik A., Agarwal R.P., Sadhna (1997), “Association of cerebral palsy with epilepsy”, *J Indian Med Assoc*, 95 (10), pp. 552-4,565.
12. Koeda T., Takeshita K. (1998), “Electroencephalographic coherence abnormalities in preterm diplegia”, *Pediatric neurology*, 18(1), pp. 51-56.
13. Laisram N., Srivastava V.K., Srivastava R.K. (1992), “Cerebral palsy- An etiological study”, *Indian J Pediatr*, 59, pp. 723- 28.
14. Levine D, (1980), “Cerebral palsy Diagnosis in children over age 1 year Standard criteria”, *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 1980, sep, 61, 385-9.
15. Okumura A., Hayakawa F., Kata T., Kuno K. et al (2000), “Epilepsy in patients with spastic cerebral palsy: Correlation with MRI findings at 5 years of age”, *Brain- Dev*, 21(8), pp. 540- 3.
16. Saginova T., Yamaguchi K., Kuniyoshi K. et al. (1998), “MRI imaging of cerebral palsy”, *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi*, 56(7), pp. 490-495.