

EVALUATION OF MOTOR FUNCTION IMPROVEMENT AFTER INTERVENTION IN CHILDREN WITH ENCEPHALITIS SEQUELAE ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICINE SYNDROME PATTERNS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Nguyen Dinh Khang¹, Lai Thanh Hien², Do Thi Thanh Nhan³, Tran Thanh Phuoc Hong⁴

¹HTC Clinic (No. 10 Le Quy Don, Hai Ba Trung District, Hanoi)

²Hanoi Medical University (No. 1, Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi)

³Central Traditional Medicine Hospital (No. 29, Nguyen Binh Khiem Street, Hai Ba Trung District, Hanoi)

⁴Thanh Nhan Hospital – 42 Thanh Nhan Street, Bach Mai Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 07/04/2026

Revised: 15/05/2026; Accepted: 18/06/2026

SUMMARY

Objectives: Evaluating the effectiveness of motor rehabilitation in children with sequelae of encephalitis according to Traditional Medicine.

Subjectives: Sixty pediatric patients aged ≤ 6 years were diagnosed with sequelae of encephalitis after the acute phase, including motor and mental sequelae with manifestations of motor paralysis

Methods: Clinical intervention, pre- and post-treatment comparison, without a control group. Pediatric patients were classified according to two Traditional Medicine disease types: Yin deficiency and Qi and Blood deficiency. The children underwent a 6-week course of massage and acupressure combined with nursing care. Assessment criteria included the Henry scale and developmental index (DQ) according to the Denver II test.

Results: Before intervention, the Yin deficiency type was predominant (73.3%); the Yin deficiency type had milder paralysis than the Qi and Blood deficiency type (grade IV paralysis accounted for 13.6% compared to 62.5%). After 6 weeks of intervention, motor function improved significantly in both groups ($p < 0.05$). The Yin deficiency type showed better recovery: the percentage of gross and fine motor development indices returning to normal levels was 45.5%, while in the Qi and Blood deficiency type it was 37.5% and 12.5%, respectively

Conclusions: Acupressure combined with nursing care has a good recovery rate in both disease types, with the Yin deficiency type having a better prognosis for functional recovery and developmental indicators compared to the Qi and Blood deficiency type

Keywords: Sequelae of encephalitis, disease types according to Traditional Medicine, acupressure, motor rehabilitation

*Corresponding author

Email: laithanhvien@hmu.edu.vn **Phone:** (+84) 915026526 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i6.5468

ĐÁNH GIÁ SỰ CẢI THIẾN CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG SAU CAN THIỆP Ở TRẺ DI CHỨNG VIÊM NÃO TRÊN CÁC THỂ BỆNH CỦA Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đình Khang¹, Lại Thanh Hiền², Đỗ Thị Thanh Nhân³, Trần Thanh Phước Hồng⁴

¹Phòng khám HTC (Số 10 Lê Quý Đôn, Hai Bà Trưng, Hà Nội)

²Trường Đại học Y Hà Nội Nội (Số 1, Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội)

³Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương (Số 29, Nguyễn Bình Khiêm, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội)

⁴Bệnh viện Thanh Nhân – 42 Thanh Nhân, phường Bạch Mai, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 15/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động trên các thể bệnh theo Y học cổ truyền (YHCT) ở trẻ di chứng viêm não.

Đối tượng: 60 bệnh nhi ≤ 6 tuổi được chẩn đoán di chứng viêm não sau giai đoạn cấp, còn các di chứng vận động và tinh thần với các biểu hiện liệt vận động.

Phương pháp: Can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau điều trị, không có đối chứng. Bệnh nhi được phân loại theo hai thể bệnh của YHCT là Âm hư và Khí huyết lưỡng hư. Các bệnh nhi được thực hiện qui trình xoa bóp bấm huyệt (XBBH) kết hợp chăm sóc điều dưỡng trong 6 tuần. Chỉ tiêu đánh giá gồm thang điểm Henry và chỉ số phát triển (DQ) theo test Denver II.

Kết quả: Trước can thiệp, thể Âm hư chiếm đa số (73,3%); thể âm hư có tình trạng liệt nhẹ hơn thể Khí huyết lưỡng hư (liệt độ IV chiếm 13,6% so với 62,5%). Sau 6 tuần can thiệp, chức năng vận động của hai nhóm đều cải thiện rõ rệt ($p < 0,05$). Ở thể Âm hư khả năng phục hồi tốt hơn: tỷ lệ chỉ số phát triển vận động thô và tinh tế trở về mức bình thường đều đạt 45,5%, trong khi ở thể Khí huyết lưỡng hư lần lượt là 37,5% và 12,5%.

Kết luận: XBBH kết hợp chăm sóc điều dưỡng có hiệu quả phục hồi tốt trên cả hai thể bệnh, trong đó, thể Âm hư có tiên lượng phục hồi chức năng vận động và các chỉ số phát triển tốt hơn so với thể Khí huyết lưỡng hư.

Từ khóa: Di chứng viêm não, thể bệnh theo YHCT, XBBH, phục hồi chức năng vận động.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não là tình trạng viêm nhiễm của nhu mô não, biểu hiện bằng sự rối loạn chức năng thần kinh - tâm thần khu trú hoặc lan tỏa. Bệnh hay gặp ở trẻ em ở nhiều độ tuổi khác nhau với nhiều nguyên nhân.[1], [2] Dù có những tiến bộ về chẩn đoán và điều trị, nhưng tỷ lệ di chứng của bệnh sau giai đoạn cấp còn cao.[2] Di chứng sau viêm não chủ yếu là các di chứng vận động gây trở ngại cho sinh hoạt hàng ngày của trẻ. Những di chứng vận động sau viêm não có nhiều mức độ, ảnh hưởng đến sức khỏe và sự phát triển của trẻ, ngoài ra cũng ảnh hưởng rất lớn đến cuộc sống sinh hoạt của gia đình và người chăm sóc trẻ.[3]

Điều trị phục hồi di chứng viêm não sau giai đoạn cấp, ngoài các phương pháp dùng thuốc và phục hồi chức năng, thì chăm sóc điều dưỡng và xoa bóp bấm huyệt (XBBH) hàng ngày rất quan trọng, đặc biệt cần thiết ở thời gian ngay sau giai đoạn cấp của bệnh, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị phục hồi các chức năng, nhất là là chức năng vận động.[4] Theo YHCT, di chứng viêm não thuộc

giai đoạn thương âm của chứng Ôn bệnh, trong đó hai thể lâm sàng thường gặp nhất là Âm hư và Khí huyết lưỡng hư.[5] Việc đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động theo các thể bệnh của YHCT giúp các thầy thuốc YHCT sớm tiên lượng bệnh và có kế hoạch điều trị cụ thể cho từng thể bệnh để đạt hiệu quả cao nhất. Tuy nhiên, hiện nay các nghiên cứu chưa đi sâu vào việc so sánh hiệu quả phục hồi cụ thể giữa các thể bệnh YHCT. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động trên các thể bệnh theo YHCT ở trẻ di chứng viêm não”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: 60 bệnh nhi ≤ 6 tuổi, được chẩn đoán di chứng viêm não sau giai đoạn viêm não cấp, điều trị nội trú tại khoa Nội - Nhi Bệnh viện YHCT Trung ương từ

*Tác giả liên hệ

Email: laithanhvien@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 915026526 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5468

tháng 12/2023 đến tháng 12/2024, đã điều trị ổn định qua giai đoạn viêm não cấp, còn các di chứng về tinh thần và vận động với các biểu hiện liệt vận động hoặc rối loạn vận động, ngoài ra có thể có rối loạn ý thức, thất ngôn, rối loạn nuốt, rối loạn cơ tròn...

- Tiêu chuẩn loại trừ: Rối loạn vận động do các bệnh chuyển hóa; Có bệnh mạn tính khác; Không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị, không có đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được lựa chọn theo phương pháp thuận tiện, gồm 60 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

Phương pháp tiến hành

- Chọn đối tượng nghiên cứu. Đánh giá tình trạng và mức độ bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Trước can thiệp, các đặc điểm lâm sàng và mức độ liệt của hai thể bệnh YHCT được so sánh nhằm đánh giá tính tương đồng ban đầu giữa các nhóm.

Bước 2: Thực hiện quy trình XBBH và chăm sóc điều dưỡng.

Quy trình XBBH: theo quy trình XBBH của Bộ y tế số 792/QĐ- BYT ngày 12/3/2013.⁶ Các kỹ thuật bao gồm: xoa, day, lăn, bóp, vờn, vê, bấm huyết và vận động khớp tại các chi bên liệt. Mỗi kỹ thuật thực hiện 3-5 lần trên vùng chi liệt, thời gian 20-30 phút/1 lần, 5 ngày/tuần trong 6 tuần.

Chăm sóc điều dưỡng: Tất cả bệnh nhi được áp dụng chế độ chăm sóc chuẩn gồm Chăm sóc tư thế: tránh các tư thế gây xoắn vặn, lệch trục, thường xuyên thay đổi tư thế; Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: nhiệt độ, mạch, nhịp thở; Theo dõi tri giác: tỉnh táo, lơ mơ, kích thích, đáp ứng nhanh hay chậm; Theo dõi diễn biến triệu chứng liệt vận động: vị trí liệt, mức độ liệt, cơn gồng cứng. Theo dõi tình trạng dinh dưỡng, đại tiểu tiện; Phát hiện các dấu hiệu bất thường khi có các biến chứng như viêm phổi, loét, viêm đường tiết niệu; Chăm sóc về tâm lý: giải thích, động viên người nhà và bệnh nhi tin tưởng và phối hợp với nhân viên y tế.

Trong thời gian nghiên cứu, các bệnh nhi tiếp tục điều trị nền theo phác đồ của bệnh viện nếu có, không áp dụng thêm các biện pháp can thiệp phục hồi chức năng chuyên biệt khác ngoài quy trình nghiên cứu nhằm đảm bảo tính tương đối đồng nhất giữa các đối tượng nghiên cứu.

Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- Phân bố thể bệnh (Âm hư, Khí huyết lưỡng hư)

- Mức độ cải thiện độ liệt theo Henry trước-sau can thiệp theo các thể bệnh của YHCT;

- Mức độ cải thiện chỉ số phát triển vận động thô và vận động tinh tế theo test Denver II trước-sau can thiệp theo các thể bệnh của YHCT

Phương pháp đánh giá

- Đánh giá mức độ liệt vận động theo thang điểm Henry (Sử dụng thang 6 bậc thường dùng trong Nhi khoa) để đánh giá sức cơ: Không liệt: vận động bình thường; Liệt độ 1 (nhẹ): giảm sức cơ, còn vận động chủ động được; Liệt độ 2 (vừa):

nâng được chi lên khỏi mặt giường, hạn chế động tác chủ động; Liệt độ 3 (nặng): còn co duỗi được chi khi tỳ đè lên mặt giường; Liệt độ 4 (rất nặng): chỉ còn biểu hiện co cơ nhẹ; Liệt độ 5 (hoàn toàn): không còn biểu hiện co cơ.

- Đánh giá và so sánh điểm Henry trung bình trước và sau can thiệp để đánh giá mức độ cải thiện chức năng vận động.

- Đánh giá chỉ số phát triển về vận động theo test Denver II (DQ) đo lường trước và sau can thiệp ở hai khu vực: vận động thô, vận động tinh tế, kết quả được quy đổi thành chỉ số phát triển (DQ) nhằm lượng hóa mức độ phát triển vận động của trẻ trước và sau can thiệp:

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

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: $DQ < 30\%$.

2.3. Nhập và xử lý số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được thu thập, phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%), so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's Exact test. Điểm Henry là biến thứ bậc, so sánh trước-sau can thiệp bằng kiểm định Wilcoxon signed-rank và so sánh giữa hai thể bệnh bằng kiểm định Mann-Whitney U. Chỉ số phát triển vận động (DQ) được phân loại theo các mức phát triển để đánh giá sự thay đổi trước-sau can thiệp và giữa hai nhóm bằng kiểm định Chi-square. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ 12/2023 đến 12/2024. Địa điểm: Khoa Nội Nhi-Bệnh viện YHCT Trung ương.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Thăng Long (Quyết định số 220828 01/QĐ-ĐHTL ngày 22/8/2022).

- Tất cả bệnh nhi và người giám hộ hợp pháp được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung và các can thiệp của nghiên cứu, đồng thời ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện. Người tham gia có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

- Thông tin cá nhân và dữ liệu nghiên cứu của bệnh nhi được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Các can thiệp trong nghiên cứu đảm bảo tuân thủ nguyên tắc an toàn, không gây hại cho người bệnh. Trong trường hợp xuất hiện bất thường, bệnh nhi sẽ được xử trí và điều trị theo phác đồ phù hợp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng trước can thiệp

Bảng 1. Thể bệnh theo Y học cổ truyền trước can thiệp

Số lượng	Số lượng (n = 60)	
	n	%
Thể âm hư	44	73,3
Thể khí huyết lưỡng hư	16	26,7

Nhận xét: Thể âm hư gặp ở 44 bệnh nhi chiếm 73,3%, thể khí huyết lưỡng hư có 16 bệnh nhi, chiếm 26,7%. Thể âm hư có tỷ lệ cao hơn thể khí huyết lưỡng hư.

Bảng 2. Phân bố độ liệt Henry trước can thiệp theo các thể bệnh Y học cổ truyền

Triệu chứng \ Thể bệnh		Âm hư		Khí huyết lưỡng hư		Tổng
		n	%	n	%	
Số lượng (n = 60)	Không liệt	0		0		0
	Liệt độ I	2	4,5	0		2
	Liệt độ II	20	45,5	2	12,5	22
	Liệt độ III	14	31,8	6	37,5	20
	Liệt độ IV	8	18,2%	8	50,0%	16
	Liệt độ V	0		0		0
	Tổng	44	100	16	100	60
p		p < 0,01				

Nhận xét: Thể âm hư có liệt độ II chiếm tỷ lệ cao nhất: 20 bệnh nhi (45,5%); sau đó đến liệt độ III với 14 bệnh nhi chiếm 31,8%. Thể khí huyết lưỡng hư có số bệnh nhi liệt độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất: 8 bệnh nhi chiếm 50%; sau đó đến liệt độ III với 6 bệnh nhi chiếm 37,5%. Tỷ lệ bệnh nhi liệt nặng (Độ IV) theo Henry ở thể khí huyết lưỡng hư là 50% cao hơn thể âm hư (18,2%) và tỷ lệ bệnh nhi liệt nhẹ và vừa (Độ I, II) ở thể âm hư cao hơn thể khí huyết lưỡng hư. Sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,01.

3.2. Hiệu quả phục hồi chức năng vận động trên các thể bệnh của YHCT

Bảng 3. Sự chuyển dịch độ liệt Henry trước và sau can thiệp theo thể bệnh YHCT

Thể bệnh Độ liệt		Âm hư (1)				Khí huyết lưỡng hư (2)			
		Trước CT		Sau CT		Trước CT		Sau CT	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Số lượng (n = 60)	Không liệt	0	0	8	18,1	0	0	0	0
	I	2	4,5	20	45,5	0	0	8	50
	II	16	36,4	16	36,4	6	37,5	6	37,5
	III	20	45,5	0	0	0	0	2	12,5
	IV	6	13,6	0	0	10	62,5	0	0
	V	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tổng	44	100	44	100	16	100	16	100
p _{T0-T6}		< 0,05				< 0,05			
p ₍₁₎₋₍₂₎		< 0,05							

Nhận xét: Thể bệnh âm hư: Trước can thiệp, bệnh nhi tập trung chủ yếu trong nhóm liệt độ III (chiếm 45,5%), sau can thiệp nhóm bệnh nhi liệt độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05; Nhóm thể bệnh khí huyết lưỡng hư: Trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhi trong nhóm liệt độ IV chiếm đa số (chiếm 62,5%),

sau can thiệp, đa số bệnh nhi liệt độ I (50%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sau can thiệp thể âm hư không có bệnh nhi liệt độ III, IV; ở thể khí huyết lưỡng hư tỷ lệ bệnh nhi còn liệt độ III, IV là 12,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4. Sự thay đổi chỉ số phát triển vận động thô theo các thể bệnh YHCT

Thể bệnh Chi số phát triển		Âm hư				Khí huyết lưỡng hư			
		Trước CT		Sau CT		Trước CT		Sau CT	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Số lượng (n=60)	Bình thường	0	0	20	45,5	0	0	6	37,5
	Chậm nhẹ	10	22,7	14	31,8	2	12,5	2	12,5
	Chậm vừa	10	22,7	10	22,7	2	12,5	4	25
	Chậm nặng	24	54,6	0	0	12	75	4	25
	Tổng	44	100	44	100	16	100	16	100
p _{T0-T6}		< 0,05				< 0,05			
p ₍₁₎₋₍₂₎		< 0,05							

Nhận xét: Sau can thiệp, thể âm hư có 20 bệnh nhi có chỉ số phát triển vận động thô bình thường (45,5%); thể khí huyết lưỡng hư có 6 bệnh nhi có chỉ số phát triển vận động thô bình thường (37,5%). Sau can thiệp, thể âm hư không có bệnh nhi có chỉ số phát triển ở mức chậm nặng; thể khí huyết lưỡng hư số bệnh nhi ở mức này có 4 (25%). Sự khác biệt trước và sau can thiệp ở mỗi thể có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Thể âm hư có sự phục hồi tốt hơn thể khí huyết lưỡng hư (p<0,05).

Bảng 5. Sự thay đổi chỉ số phát triển vận động tinh theo các thể bệnh YHCT

Thể bệnh		Âm hư (1)				Khí huyết lưỡng hư (2)			
		Trước CT		Sau CT		Trước CT		Sau CT	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Số lượng (n=60)	Bình thường	0	0	20	45,5	0	0	2	12,5
	Chậm nhẹ	8	18,2	6	13,6	0	0	4	25
	Chậm vừa	8	18,2	8	18,2	2	12,5	4	25
	Chậm nặng	28	63,3	10	22,7	14	87,5	6	37,5
	Tổng	44	100	44	100	16	100	16	100
p _{T0-T6}		< 0,05				< 0,05			
p ₍₁₎₋₍₂₎		< 0,05							

Nhận xét: Thể âm hư, trước can thiệp có 28 trẻ ở mức chậm nặng (63,3%); sau can thiệp chỉ còn 10 bệnh nhi (22,7%). Sau can thiệp thể âm hư có 20 trẻ có chỉ số phát triển trở về bình thường chiếm 45,5%; Thể khí huyết lưỡng hư trước can thiệp có 14 trẻ ở mức chậm nặng, chiếm 87,5%; sau can thiệp chỉ còn 6 trẻ, chiếm 37,5%. Sau can thiệp thể khí huyết hư có 2 trẻ có chỉ số phát triển trở về bình thường (12,5%). Tỷ lệ trẻ có chỉ số phát triển vận động tinh tế chậm vừa và chậm nặng ở thể âm hư là 40,9% thấp hơn thể khí huyết lưỡng hư là 62,5%; đồng thời thể âm hư có tỷ lệ trẻ trở

về chỉ số phát triển bình thường là 45,5% cao hơn thể khí huyết hư là 12,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở cả hai thể bệnh đều có sự cải thiện rối loạn vận động tinh tế, và thể âm hư có sự cải thiện tốt hơn thể khí huyết lưỡng hư, sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhi thể âm hư cao hơn so với thể khí huyết lưỡng hư (73,3% và 26,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Minh Hằng (2003) (74,4%), của Nguyễn Kim Ngọc (2014) (73,3%). [4], [6] Kết quả này cho thấy sau giai đoạn viêm não cấp đoạn cấp thì di chứng viêm não thường gặp thể âm hư theo YHCT. Điều này có thể lý giải do viêm não thuộc chứng ôn bệnh, nguyên nhân do ôn nhiệt tà gây nên. Nhiệt tà phục trong cơ thể làm hao tổn tân dịch dẫn đến âm hư, nên thể bệnh âm hư cũng thường gặp sau giai đoạn viêm não cấp.

Theo kết quả ở bảng 3.2, tỷ lệ bệnh nhi liệt mức độ nặng theo phân loại của Henry ở thể khí huyết lưỡng hư (50%) cao hơn thể âm hư (18,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy có thể thấy rằng các triệu chứng lâm sàng ở thể khí huyết lưỡng hư nặng hơn thể âm hư. Kết quả này có thể lý giải được mức độ tổn thương ở thể khí huyết lưỡng hư nặng hơn do có thể bị suy giảm đồng thời cả khí và huyết nên sẽ ảnh hưởng nhiều hơn đến chức năng vận động.

Trước can thiệp, thể âm hư có tỷ lệ nhóm liệt độ III (45,5%), sau can thiệp tập trung chủ yếu trong nhóm liệt độ I (45,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thể bệnh khí huyết lưỡng hư, trước can thiệp nhóm bệnh nhân liệt độ IV chiếm đa số (62,5%), sau điều trị nhóm bệnh nhân liệt độ I chiếm đa số (50%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc (2014), thể âm hư trước can thiệp chủ yếu trong nhóm liệt độ III (45,5%), sau can thiệp tập trung chủ yếu trong nhóm liệt độ I (45,5%); thể khí huyết lưỡng hư trước can thiệp chủ yếu nhóm liệt độ IV (62,5%), sau can thiệp tập trung ở nhóm liệt độ II (75%). [6] Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với Lê Thị Liên và cộng sự (2025) dùng thang Henry đánh giá độ liệt cho tỷ lệ phục hồi đạt 76,92%, khẳng định hiệu quả của phương pháp điều trị trong phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não. [7]

Bảng 3.4 cho thấy, sau can thiệp khả năng phục hồi vận động thô về bình thường ở thể âm hư tốt hơn so với ở thể khí huyết lưỡng hư (45,5% so với 37,5%). Đồng thời tỷ lệ chậm nhẹ của thể âm hư sau can thiệp chiếm ưu thế hơn (31,8% so với 12,5%) và không còn bệnh nhi nào ở mức chậm nặng. Trong khi đó, ở thể khí huyết lưỡng hư, vẫn còn tình trạng phục hồi chưa hoàn toàn (25%).

Khu vực vận động tinh tế (bảng 3.5) với nhóm thể âm hư, nhóm bệnh nhi thể âm hư chủ yếu ở mức chậm nặng (63,3%), sau can thiệp tỷ lệ phát triển bình thường tăng rõ rệt (45,5%). Ở thể khí huyết lưỡng hư, trước can thiệp tỷ lệ bệnh nhi ở mức chậm nặng là 87,5%, sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhi về mức bình thường là 12,5%. Tỷ lệ bệnh nhi chậm vừa và chậm nặng sau can thiệp ở thể âm hư là 40,9%, thể khí huyết lưỡng hư là 62,5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Liên (2025), ghi nhận sự cải thiện đáng kể về chức năng vận động và khả năng sinh hoạt ở trẻ di chứng

viêm não sau điều trị, với 83,09% trẻ đạt mức độ I-III, phản ánh việc phục hồi chức năng đã giúp cải thiện khả năng thực hiện các hoạt động vận động cơ bản. [7] Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu tổng quan hệ thống của Novak I (2013) nhận định biện pháp phục hồi chức năng vận động có khả năng cải thiện rõ rệt ở trẻ em có tổn thương hệ thần kinh trung ương. [8] Sự phục hồi cả chỉ số phát triển vận động thô và vận động tinh tế sau can thiệp đều tốt hơn ở thể Âm hư so với thể khí huyết lưỡng hư với $p < 0,05$. Điều này có thể là do thể khí huyết lưỡng hư thường là giai đoạn di chứng muộn hơn, lúc này ngoài phần âm huyết bị hao tổn thì phần khí cũng bị suy kiệt nhiều nên khả năng hồi phục sẽ khó hơn. Kết quả này rất có ý nghĩa trên lâm sàng giúp cho các bác sĩ YHCT có thể tiên lượng sớm và xây dựng phương pháp điều trị phù hợp với từng thể bệnh.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp chăm sóc điều dưỡng trên 60 bệnh nhi di chứng viêm não tại Bệnh viện Y học cổ truyền trung ương cho thấy: trước can thiệp, thể khí huyết lưỡng hư có xu hướng tổn thương nặng hơn so với thể âm hư ($p < 0,01$). Sau 6 tuần can thiệp, cả hai thể đều cải thiện vận động có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tuy nhiên thể âm hư đạt tỷ lệ phục hồi vận động tốt hơn thể khí huyết lưỡng hư, sự khác biệt với $p < 0,05$.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phượng V. T. M., Thủy P. T. B., Cường N. M., và An P. N., “Đặc điểm dịch tễ và căn nguyên viêm não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021-2022”, Tạp Chí Học Việt Nam, vol 549, tháng 4 2025, doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v549i1.13508>.
- [2] Trần Thị Thu Hương, “Nghiên cứu căn nguyên, đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng bệnh viêm não cấp ở trẻ em Việt Nam”, 2019.
- [3] Nam Đ. H., Sơn N. H., Hùng P. V., và Lâm N. V., “Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến di chứng bệnh viêm não Nhật Bản ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2/6/2018 - 2/9/2019)”, J. 108 - Clin. Med. Pharmacy, tháng 9 2021, doi: <https://doi.org/10.52389/jdls.v16i6.839>.
- [4] 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”, 2003.
- [5] Khoa Y học cổ truyền, Nhi khoa Y học cổ truyền. NXB Y học, 2016.
- [6] Nguyễn Kim Ngọc, “Tác dụng phục hồi chức năng vận động bằng điện châm kết hợp lực vị hoàn ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp”, vol 87, số p.h 2, tr 138-142, 2014.
- [7] Liên T. T., Thanh T. V., và Vân P. H., “Hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não do virus tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2022-2023”, Tạp Chí Học Cộng Đồng, vol 66, số p.h 5, tháng 9 2025, doi: <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3093>.
- [8] I. Novak và c.s., “A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence”, Dev. Med. Child Neurol., vol 55, số p.h 10, tr 885-910, tháng 10 2013, doi: <https://doi.org/10.1111/dmcn.12246>.