

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TOÀN DIỆN CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG DƯỚI 6 TUỔI TRONG MÔ HÌNH ĐIỀU TRỊ LẤY GIA ĐÌNH LÀM TRUNG TÂM

HOÀNG KHÁNH CHI, PHẠM VĂN MINH
Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

TÓM TẮT

Bại não là khuyết tật hàng đầu trong các khuyết tật về thể chất ở trẻ em [1]. Điều trị hướng mục tiêu là phương pháp phục hồi chức năng gắn liền với mô hình điều trị lấy gia đình làm trung tâm [2]. Chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam về hiệu quả của phương pháp này.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng toàn diện của trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi trong mô hình điều trị lấy gia đình làm trung tâm.

Phương pháp: Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng so sánh trước và sau điều trị. 20 trẻ bại não liệt co cứng từ 14 đến 65 tháng tuổi, phục hồi chức năng theo phương pháp điều trị hướng mục tiêu ở 3 lĩnh vực vận động trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu.

Kết quả: GMFM 66 tăng 5,9 điểm, QUEST tăng 2,4 điểm và PEDI tăng 15,9 điểm, mục tiêu GAS đạt được 67%.

Từ khóa: Bại não, điều trị hướng mục tiêu, dịch vụ gia đình làm trung tâm.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFICIENCY OF COMPREHENSIVE REHABILITATION FOR CHILDREN UNDER 6 YEARS OLD IN THE FAMILY CENTRAL - CENTERED TREATMENT

Cerebral palsy is the leading disability among physical disabilities in children [1]. Targeted therapy is a rehabilitation method associated with a family-centered treatment model [2]. There are no studies in Vietnam on the effectiveness of this method.

Objectives: Evaluate the effectiveness of comprehensive rehabilitation of children with spastic cerebral palsy under 6 years old in a family-centered treatment model.

Methods: Conducting research, clinical trials comparing before and after treatment. Twenty spastic cerebral palsy children from 14 to 65 months, rehabilitation by targeted therapies in 3 areas of physical therapy, occupational therapy and speech therapy.

Results: GMFM 66 increased by 5.9 points, QUEST increased by 2.4 points and PEDI increased by 15.9 points, GAS target reached 67%.

Keywords: Cerebral palsy, targeted treatment, family-centered services

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ bại não có nhu cầu phục hồi chức năng toàn diện về các lĩnh vực, đặc biệt ở 3 lĩnh vực chính là vận động trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu [3]. Các phương pháp điều trị khoảng 10 năm gần đây trên thế giới, áp dụng lý thuyết học vận động, huấn luyện các nhiệm vụ cụ thể, có ý nghĩa trong môi trường sống hàng ngày đã chứng minh tính hiệu quả đối với trẻ bại não [4]. Trong vài thập kỷ trở lại đây, vai trò của gia đình đối với trẻ khuyết tật ngày càng được chú trọng, một dịch vụ điều trị mới ra đời, đó là dịch vụ điều trị lấy gia đình làm trung tâm. Hiện nay trên thế giới, đây được coi là phương thức cung cấp dịch vụ tốt nhất trong can thiệp sớm và phục hồi chức năng nhi khoa, đáp ứng được nhu cầu lâu dài của trẻ bại não cũng như các trẻ có khiếm khuyết về thần kinh [5]. Tại Việt Nam, nghiên cứu bại não chủ yếu về các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng hay kết quả điều trị của một số phương pháp phục hồi chức năng riêng lẻ. Mô hình phục hồi chức năng toàn diện cho trẻ bại não - Áp dụng thực hành dựa vào bằng chứng đồng thời trên các lĩnh vực vận động trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu trong mô hình dịch vụ điều trị lấy gia đình làm trung tâm - còn chưa được cập nhật và nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng toàn diện cho trẻ bại não liệt co cứng

Chịu trách nhiệm: Phạm Văn Minh
Email: phamvanminh@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 15/9/2020
Ngày phân biện: 22/10/2020
Ngày duyệt bài: 10/11/2020

dưới 6 tuổi trong mô hình điều trị lấy gia đình làm trung tâm.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

20 bệnh nhi dưới 6 tuổi, chẩn đoán bại não thể co cứng, khám và điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội năm 2019 - 2020, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- Bệnh nhi dưới 6 tuổi
- Bệnh nhi được chẩn đoán xác định là bại não theo định nghĩa bại não Rosenbaum 2007, thể co cứng theo tiêu chuẩn phân loại bại não theo thể lâm sàng của Mạng lưới giám sát bại não Châu Âu. Chẩn đoán khi có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau:

- + Tư thế và/hoặc cử động bất thường.

- + Tăng trương lực cơ, phản xạ bệnh lý (tăng phản xạ gân xương và/hoặc dấu hiệu tổn thương bó tháp, ví dụ dấu hiệu Babinski).

- Trẻ bại não được xác định Phân loại theo mức độ nặng: Về khả năng vận động thô (GMFCS), khả năng hoạt động hai tay (MACS), khả năng giao tiếp (CFCS) mức độ II, III, IV.

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

* *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhi ra khỏi nghiên cứu*

- Bệnh nhi có liệt vận động do các nguyên nhân khác như:

- + Bệnh thần kinh - cơ, bệnh thoái hóa thần kinh.

- + Bệnh rối loạn chuyển hóa.

- + Bệnh khuyết tật xương khớp, bệnh do tuổi sống, não khác: Dị tật tủy sống, u não...

- Bệnh nhi bại não kèm theo khiếm thính, khiếm thị, trật khớp háng

- Bệnh nhi được xác định GMFCS, MACS và CFCS mức độ I hoặc V

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

2.2. Quy trình điều trị

Các bước thực hiện chương trình điều trị hướng mục tiêu

Bước 1: Mục tiêu GAS dựa trên sự đồng thuận giữa gia đình và nhân viên y tế

* *Trao đổi thông tin*

- Thông tin về trẻ và gia đình (Quá trình phát hiện, chẩn đoán và điều trị, môi trường

sống, sở thích, lịch trình hoạt động trong 1 ngày của trẻ, quan điểm thái độ của những người xung quanh về vấn đề của trẻ...)

- Mong muốn của gia đình khi đưa trẻ đến điều trị

* *Nhà chuyên môn khám, đánh giá trẻ bại não và cùng gia đình xây dựng mục tiêu.*

- Nhà chuyên môn khám, lượng giá chi tiết để xác định tình trạng, *khả năng thực tế.*

- Phân tích nhiệm vụ

- + Đánh giá khả năng thích ứng của môi trường

- + Cấu trúc của nhiệm vụ

- + Các yếu tố của cá nhân cụ thể làm hạn chế khả năng thực hiện

- Gia đình và nhà chuyên môn cùng xây dựng mục tiêu điều trị (Mục tiêu GAS) trên cơ sở mong muốn của gia đình và tình trạng, khả năng thực tế của trẻ.

Bước 2: Lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp, chia sẻ kế hoạch huấn luyện

- Nhà chuyên môn giới thiệu, giải thích về phương pháp điều trị. Gia đình quyết định lựa chọn phương pháp sẽ áp dụng cho trẻ.

- Thống nhất về thời gian, vai trò của nhân viên y tế và gia đình trong quá trình huấn luyện.

Bước 3: Thực hiện huấn luyện và chia sẻ về việc huấn luyện

- Cung cấp thông tin về những việc trẻ làm được trong buổi huấn luyện

- Trao đổi thông tin về khó khăn, thuận lợi khi gia đình tập cho trẻ

Bước 4: Chia sẻ về sự đánh giá kết quả điều trị và xây dựng mục tiêu mới của chương trình điều trị tiếp theo

- Kết quả mục tiêu GAS và các thang điểm đánh giá

- Xây dựng mục tiêu mới

Kỹ thuật viên thực hiện phương pháp điều trị hướng mục tiêu

- Vận động trị liệu: 30 phút/ngày

- Hoạt động trị liệu: 30 phút/ngày

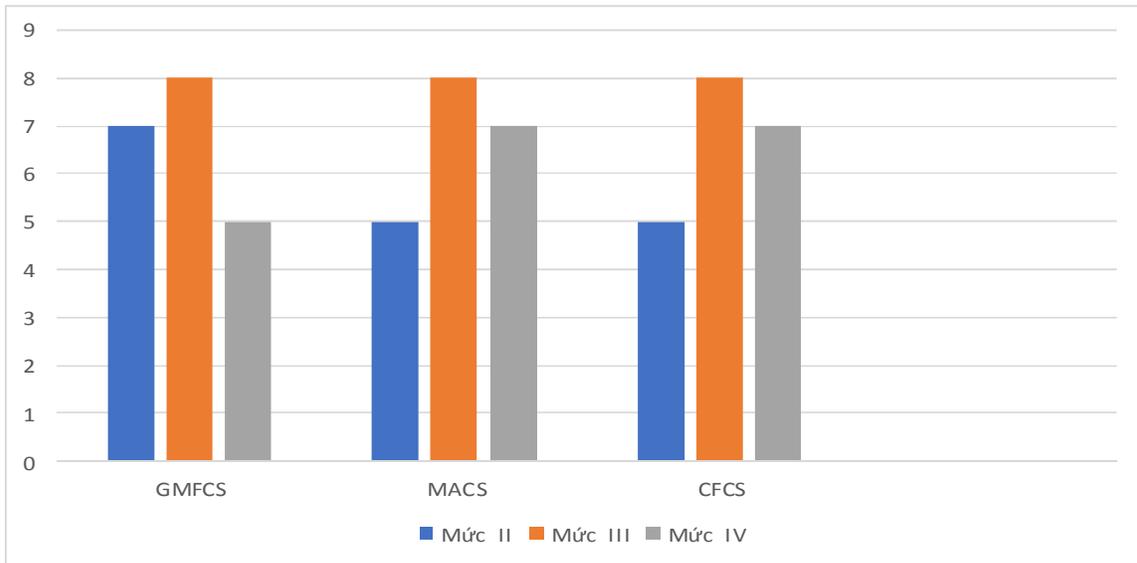
- Ngôn ngữ trị liệu: 30 phút/ngày

Thực hiện 5 ngày/tuần, trong 3 tháng

KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm lâm sàng

- 20 trẻ bại não liệt cơ cứng dưới 6 tuổi tham gia vào nghiên cứu, tuổi từ 14 tháng đến 65 tháng, tuổi trung bình 36,5 tháng, gồm 12 trẻ nam (60%) và 8 trẻ nữ (40%). 5 trẻ dưới 2 tuổi (25%), 10 trẻ từ 2 đến 4 tuổi (50%) và 5 trẻ từ 4 đến 6 tuổi (25%).



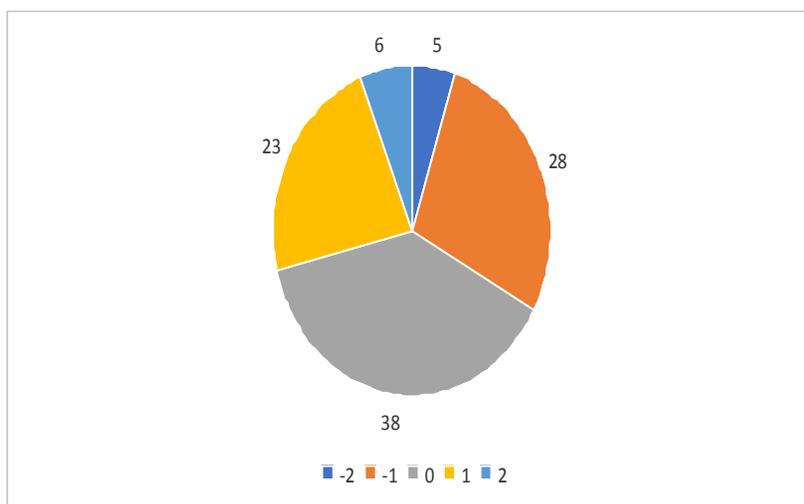
Biểu đồ 1. Phân loại về mức độ nặng

Nhận xét: Trong 20 trẻ bại não tham gia nghiên cứu: Phân loại về chức năng vận động thô GMFCS: 7 trẻ mức độ II, 8 trẻ mức độ III, 5 trẻ mức độ IV. Phân loại về khả năng sử dụng 2 tay MACS: 5 trẻ mức độ II, 8 trẻ mức độ III, 7 trẻ mức độ IV. Phân loại về khả năng giao tiếp CFCS: 5 trẻ mức độ II, 8 trẻ mức độ III, 7 trẻ mức độ IV.

2. Kết quả sau 3 tháng phục hồi chức năng

Kết quả đạt mục tiêu GAS

Trong 3 tháng điều trị 20 trẻ bại não trên cả 3 lĩnh vực vận động trí liệu, hoạt động trí liệu và ngôn ngữ trí liệu, 151 mục tiêu GAS đã được xác định, 5 mục tiêu ở lĩnh vực cấu trúc chức năng ((Tăng tầm vận động khớp cổ chân), 1 mục tiêu ở lĩnh vực về sự tham gia (Ngồi vững trên sàn để chơi cùng các bạn), 140 mục tiêu ở lĩnh vực hoạt động (Tự xúc ăn, mặc áo chui đầu, bước lên cầu thang...)).



Biểu đồ 2. Mức độ đạt mục tiêu GAS

Nhận xét: 33% mục tiêu GAS ở mức dưới mong đợi (-2, -1 điểm). 38% đạt mức mong đợi (0 điểm) và 29% trên mức kì vọng (1, 2 điểm).

Điểm GMFM

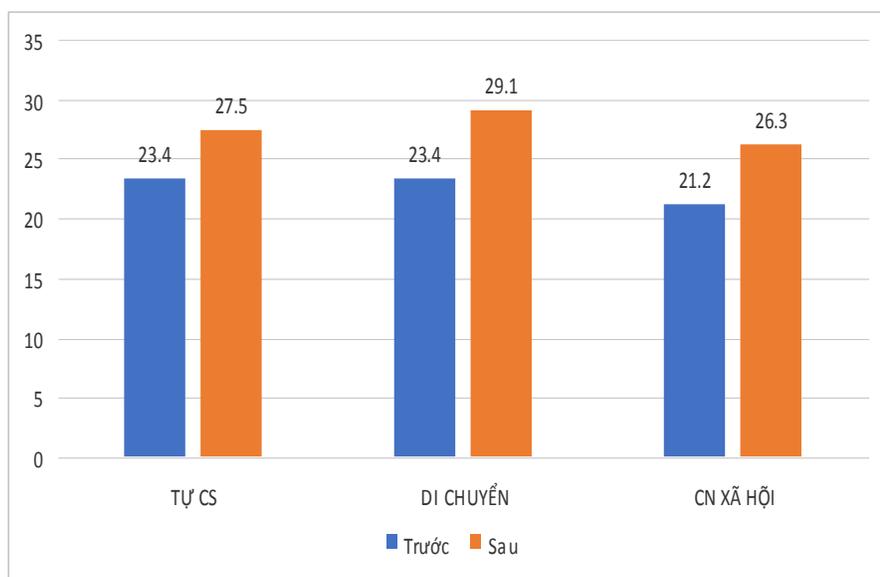
Bảng 1. Kết quả điểm GMFM theo nhóm tuổi và các mức độ GMFCS

GMFM 66	n	Trung bình	p
< 2 tuổi	5	6,7 ± 2,1	0,054
2- <4 tuổi	10	6,7 ± 2,9	
4 - <6 tuổi	5	3,3 ± 1,6	
GMFCS II	7	7,7 ± 2,4	0,000
GMFCS III	8	6,5 ± 1,6	
GMFCS IV	5	2,3 ± 0,8	

Nhận xét: Sau điều trị 3 tháng, điểm GMFM của 3 nhóm tuổi đều tăng, sự khác biệt về mức tăng điểm GMFM có ý nghĩa thống kê với $p = 0,054$. Trong đó, nhóm trẻ 4 - 6 tuổi tăng điểm ít nhất (3,3 điểm). Có sự khác biệt về mức tăng điểm GMFM sau 3 tháng điều trị ở 3 mức độ GMFCS. Nhóm GMFCS mức II, tăng điểm nhiều nhất (7 điểm).

Điểm PEDI

Sau 3 tháng điều trị, điểm PEDI về kĩ năng chức năng tăng 15,9 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3. Điểm PEDI trước và sau điều trị ở từng lĩnh vực chức năng

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, điểm PEDI lĩnh vực tự chăm sóc tăng 4,1 điểm, lĩnh vực di chuyển tăng 5,7 điểm và lĩnh vực chức năng xã hội tăng 5,1 điểm. Sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm lâm sàng

- Độ tuổi của trẻ bại não trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu của: Lena E và CS (14 trẻ bại não từ 18 tháng đến 72 tháng tuổi) [6], Kristina L và CS (22 trẻ bại não 3 - 5 tuổi) [7], nhỏ hơn độ tuổi

của trẻ bại não trong nghiên cứu của Anne BS và CS (22 trẻ bại não từ 3 - 9 tuổi) [8].

- Phân loại mức độ nặng về chức năng vận động thô GMFCS, khả năng hoạt động bằng tay MACS và khả năng giao tiếp CFCS

- Nghiên cứu của chúng tôi, lựa chọn trẻ bại não có các mức độ nặng từ mức II đến IV, loại trừ trẻ bại não có các mức độ nặng nhất (mức V) và nhẹ nhất (mức I), khác với các nghiên cứu của Kristina L và CS (mức I đến IV) [7], Lena E và CS, Anne BS và CS (Tất cả các mức độ) [6], [8].

2. Kết quả sau 3 tháng phục hồi chức năng

Kết quả đạt mục tiêu GAS

Kết quả điều trị theo GAS cho thấy sự tiến triển của trẻ bại não với 67% hoàn thành mục tiêu (0, 1, 2 điểm). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lena E với 84% và Kristina L với 85% [6], [7]. Tương đồng với Anne B với kết quả hoàn thành mục tiêu là 71% [8].

Điểm GMFM

Kết quả tăng cải thiện điểm GMFM trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lena E và cộng sự (GMFM tăng 3,13 điểm) và nghiên cứu của Anne BS và cộng sự (GMFM tăng 3,8 điểm) [6], [8], tương đồng với nghiên cứu của Kristina L và cộng sự (GMFM tăng 5.07 điểm) [7].

Tuổi của trẻ bại não trong nghiên cứu của chúng tôi ảnh hưởng đến kết quả cải thiện điểm GMFM. Tuổi của trẻ bại não không ảnh hưởng đến việc cải thiện điểm GMFM trong nghiên cứu của Lena E và cộng sự và Anne BS và cộng sự [8].

Kết quả về mức độ GMFCS liên quan đến việc cải thiện điểm GMFM trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Anne BS và cộng sự khi GMFCS mức I, II cải thiện hơn mức III, IV [8].

Điểm QUEST

Sau 3 tháng điều trị, Điểm QUEST tăng 2,4 điểm Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ thấp hơn kết quả nghiên cứu Anne BS và cộng sự với điểm QUEST tăng 3,9 điểm [8].

Điểm PEDI

Kết quả cải thiện điểm PEDI trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng với kết quả nghiên cứu của Kristina L và CS với lĩnh vực tự chăm sóc tăng 4,87 điểm, lĩnh vực di chuyển tăng 5,8 điểm và lĩnh vực chức năng xã hội tăng 5,3 điểm [7]. Cao hơn kết quả nghiên cứu của Lena E và cộng sự với PEDI tăng 5,2 điểm ở lĩnh vực tự chăm sóc, 2,5 ở lĩnh vực di chuyển và 2,6 ở chức năng xã hội [6], Anne BS và CS với PEDI lĩnh vực tự chăm sóc tăng 4 điểm, lĩnh vực di chuyển tăng 2,3 điểm và lĩnh vực chức năng xã hội tăng 2,0 [8].

Nghiên cứu của Kristina giống nghiên cứu của chúng tôi, khi nhóm đa ngành cùng can thiệp cho trẻ bại não (Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu), trong khi nghiên cứu của Lena E và Anne BS tập trung vào huấn luyện chức năng di chuyển và tự chăm sóc.

KẾT LUẬN

Sau 3 tháng phục hồi chức năng theo phương pháp điều trị hướng mục tiêu ở cả 3 lĩnh vực vận động trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu, 20 trẻ bại não liệt cơ cứng từ 14 đến 65 tháng tuổi:

- 151 mục tiêu GAS đã được xác định, trong đó chủ yếu ở lĩnh vực hoạt động của ICF, đạt mục tiêu 67%.

- GMFM 66 tăng 5,9 điểm, nhóm trẻ 4 - 6 tuổi tăng điểm ít nhất (3,3 điểm), nhóm GMFCS mức II, tăng điểm nhiều nhất (7 điểm). QUEST tăng 2,4 điểm.

- PEDI tăng 15,9 điểm, điểm PEDI lĩnh vực tự chăm sóc tăng 4,1 điểm, lĩnh vực di chuyển tăng 5,7 điểm và lĩnh vực chức năng xã hội tăng 5,1 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark, S. L. và G. D. Hankins (2003). *Temporal and demographic trends in cerebral palsy--fact and fiction*. Am J Obstet Gynecol 188(3): 628-633.

2. Kristina L, Annmarie B, Eva BC (2009), *Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsy - Do goals make a difference?*, Disability and Rehabilitation, 31(22): 1808-1816

3. Trần Thị Thu Hà (2002), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng ở trẻ bại não*, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

4. Novak Iona (2013), *A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence*, Developmental Medicine and Child Neurology 55, 885-910.

5. King, S., et al. (2004). *Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature*. Semin Pediatr Neurol 11(1): 78-86.

6. Lena E (2005), *Functional therapy for children with cerebral palsy: an ecological approach*, Developmental Medicine & Child Neurology, 47: 613 - 619

7. Kristina L (2010), *Goal-directed functional therapy: A longitudinal study on gross motor function in children with cerebral palsy*, Disability and Rehabilitation, 2010; 32(11): 908 – 916.

8. Anne B (2010), *Sorsdahl Research article Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy*, BMC Pediatrics, 10: 26