

Các khối u kích thước < 5cm có vẻ làm bệnh nhân vào viện vì đau bụng nhiều hơn là đi khám thai, với 72,73% bệnh nhân có khối u < 5cm vào viện vì đau bụng. Ở các khối u có kích thước lớn hơn, tỷ lệ bệnh nhân vào viện do đi khám thai chiếm tỷ lệ nhiều hơn. Trong tổng số 75 bệnh nhân có 44 bệnh nhân phát hiện nhờ đi khám và siêu âm chiếm 58,67%, 31 bệnh nhân vào viện vì đau bụng chiếm 41,33%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

U buồng trứng ở phụ nữ có thai ngoài việc xử trí u còn phải quan tâm đến sự an toàn cho thai nhi vì khi can thiệp dễ gây sảy thai, đẻ non. Đa phần phụ nữ chỉ phát hiện ra có u buồng trứng trong những lần khám thai vào 3 tháng đầu của thai kỳ. Thời điểm xử trí u chiếm đa phần vào tuổi thai 12 - 14 tuần chiếm 56%. Các khối u được phẫu thuật có kích thước 6 - 10cm, khối u < 5cm có vẻ làm bệnh nhân vào viện vì các biến chứng hơn là các khối u lớn.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nên được đi khám sàng lọc trước khi mang thai hoặc ít nhất cũng nên đi khám thai và phụ khoa từ những tháng đầu để có kế hoạch chăm sóc thai nghén được tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Cương.** Giải phẫu sinh lý bộ phận sinh dục nữ. Chẩn đoán và điều trị vô sinh, 39-44.
2. **B.J.L Blanc, Boubli** (1989). Tumeurs de l'ovaire. *Gynecologic - edition pradel*, 411 - 429.
3. **William H. Parker, MD** (1995). University of California at Los Angeles, School of Medicine

Los Angeles California The case for laparoscopic management of the adnexal mass. *Clinical Obstet and Gyne*, 38(2), 362 - 369.

4. **Dubois. A, Meerpohl HG, Gerneer K et al** (1993). Effect of pregnancy on the incidence and course of malignant disease. *Obstetrics Gynecology*, 53(9). 619 - 624.

5. **Đinh Thế Mỹ, Lý Thị Bạch Như** (1996). Tình hình khối u buồng trứng tại viện BVBMSTSS. Tạp chí Thông tin Y Dược, 50 - 54.

6. **Zedzejczak P, Dubiel M, Sokalska A** (2006). Laparoscopic management of ovarian teratoma adultum cysticum in second trimester of pregnancy. (Case report). *Gynecol pol*, 77(2), 151 - 5.

7. **Dottino PR, Levine DA, Ripple DL, Cohen CJ** (1999). Laparoscopic management of adnexal masses in premenopausal and postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, 93(2), 223 - 227.

8. **Lok IH, Sahota DS, Rogers M** (2000). Complication of laparoscopic surgery for benign ovarian cyst. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 7(4), 529 - 534.

9. **Nguyễn Quang Quyền** (1997). Bài giảng giải phẫu học tập II, Nhà xuất bản Y học Thành phố HCM, 220 - 222.

10. **Đỗ Kính** (1999). Chương 16: Hệ sinh dục nữ, Mô học, Bộ môn Mô học và phối thai học Trường Đại học Y Hà Nội, NXB Y học, tr. 400 - 417.

11. **Nguyễn Khắc Liêu** (1999). Sinh lý phụ khoa. Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 222 - 234.

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

PHẠM NGỌC THỦY, ĐẶNG MINH HẰNG, NGUYỄN VĂN THẮNG
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mô tả một số đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở các bệnh nhân sau viêm não cấp do vi rút Herpes simplex (HSV). Đánh giá tác dụng

của hào châm trong phục hồi chức năng tâm - vận động ở bệnh nhân dưới 6 tuổi sau viêm não cấp do HSV. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Chịu trách nhiệm: Phạm Ngọc Thủy
Email: phamngocthuytv@gmail.com
Ngày nhận: 05/4/2021
Ngày phản biện: 26/4/2021
Ngày duyệt bài: 05/05/2021

Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở, có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. 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 nhân có triệu chứng miệng họng khô, đại tiện táo, 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 sác,... 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, 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, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Hào châm có hiệu quả trong phục hồi chức năng tâm thần - vận động cho bệnh nhi viêm não Herpes simplex sau giai đoạn cấp. Nhóm nghiên cứu tình trạng rối loạn ý thức so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Chức năng vận động trở về bình thường ở nhóm nghiên cứu là 11,3%, nhóm chứng không có bệnh nhi nào, $p > 0,05$. Ổn định trương lực cơ, giảm độ co cứng qua đánh giá thang điểm Ashworth, $p < 0,05$. Hào châm có tác dụng phục hồi liệt vận động theo thang Henry ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp do HSV, $p < 0,05$. 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 cả hai nhóm $p < 0,05$. Sự cải thiện vận động thô ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,05$. 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. 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 6,7%, có 9 bệnh nhi độ IV chuyển sang độ I, có 6 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 $p < 0,05$. Đánh giá chung khi bệnh nhi ra viện: Nhóm nghiên cứu khỏi bệnh 11,3%, di chứng nhẹ 77,4%, di chứng vừa 11,3%. Nhóm chứng di chứng nhẹ 36,7%, di chứng vừa 33,3%. Còn di chứng nặng 30%, không bệnh nhi khỏi bệnh. Xác định được bốn yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phục hồi liệt vận động. Bệnh nhi nhỏ tuổi kết quả phục hồi tốt hơn. Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi được điều trị càng ngắn kết quả điều trị càng cao. Nhóm mắc bệnh dưới 35 ngày có 11,3% bệnh nhi khỏi liệt, nhóm trên 35 ngày không bệnh nhi nào khỏi liệt. Về thể bệnh theo y học cổ truyền:

Bệnh nhi 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, thể huyết hư sinh phong không bệnh nhi nào khỏi bệnh. Tổn thương não trên cộng hưởng từ, gặp nhiều nhất tổn thương ở thủy thái dương (73,3%). Vị trí tổn thương trên não càng đa dạng kết quả điều trị càng kém. Phục hồi liệt tốt nhất ở bệnh nhi tổn thương não một vị trí, có sáu bệnh nhi (11,3%) khỏi liệt. Qua phân tích hồi qui logistis đa biến tổng quát điểm số phân loại sức cơ (theo Henry). Thay đổi kết quả điều trị ở sức cơ theo các biến số độc lập được khảo sát khoảng 93%.

Từ khoá: Hào châm, di chứng viêm não do HSV.

SUMMARY

Describe some clinical features according to Traditional Medicine in pediatric patients after acute herpes simplex virus (HSV) encephalitis. Evaluate the effects of acupuncture in rehabilitation of mind - motor function in children under 6 years old after acute encephalitis caused by HSV. Remarks on some factors influencing treatment results.

Research methodology in an open, controlled trial, comparing before and after treatment. After the treatment team, the symptoms tended to decrease in both groups of diseases: negative body type, number of children with dry mouth and throat symptoms, apple defecation, red or pink face color, relatively dry skin, fever, heat, low urination, dark yellow, purple fingerprints...decreased with statistical significance with $p < 0.05$. The number of pediatric patients with insomnia, crying, screaming, blood vessels...decreased with statistical significance with $p < 0.05$. Control group: In the form of negative disease, after treatment, symptoms of dry mouth and throat, apple defecation, fever $\leq 38^{\circ}\text{C}$, relatively dry skin, and urination tend to decrease less, but the difference is not significant. statistical significance with $p > 0.05$. In the form of hemophilia, symptoms hardly improved, not statistically significant with $p > 0.05$.

Acupuncture is effective in restoring mental and motor functions in children with herpes simplex encephalitis after the acute phase. The research group of consciousness disorder status compared to the control group, the difference was statistically significant, $p < 0.05$. Motor function returned to normal in the research group is 11.3%, the control group has no pediatric patients, $p > 0.05$. Stable muscle tone,

reduce stiffness by rating Ashworth scale, $p < 0.05$. Acupuncture has the effect of restoring motor paralysis according to the Henry scale in pediatric patients with encephalitis after the acute stage of herpes simplex virus, $p < 0.05$. Growth index was increased according to Test Denver II in all 4 areas of gross motor, fine motor, language, and social individual after treatment in both groups $p < 0.05$. The research group was better than the control group with $p < 0.05$. The ability to restore motor paralysis in the yin-yang type tended to be better than the yin-yang type in both groups. After treatment, the research team had no more severe paralysis patients, with 21 children who changed from level IV to level I, 20 patients from grade III to degree I, and 6 patients from paralysis. The control group also had 2 severe pediatric patients, the rate of 6.7%, 9 children with grade IV transition to degree I, and 6 children with grade III changed to degree II, no patients recovered from paralysis. The degree of paralysis of the research group is more than that of the control group, having statistical significance of $p < 0.05$. General assessment when the children were discharged from the hospital: The study team recovered 11.3%, the minor sequelae were 77.4%, the sequelae were just 11.3%. The sequelae group was mild 36.7%, the sequelae were just 33.3%. And the sequelae weighs 30%, the patient does not recover from the disease. Four factors influencing the results of motor paralysis recovery have been identified. Younger children recover better results. The shorter the time from illness to treatment, the higher the outcome will be. In the group of under 35 days of illness, there are 11.3% of children recovering from paralysis, and in the group of over 35 days, there is no patient from paralysis. In terms of the disease form according to traditional medicine: The negative result of the pediatric form is better than that of the yin-spoiled body. After treatment, the damaged sonic body is 11.3% from paralysis, the spoiled blood body can not heal any child.

Brain damage on magnetic resonance: Most encountered damage in the temporal lobe (73.3%). The more diverse the brain's location, the poorer the treatment results. The best paralysis recovery in pediatric patients with single-site brain damage, with six (11.3%) patients recovered from paralysis. Through the generalized multivariate logistic regression

analysis of muscle strength classification scores (according to Henry), changing the results of treatment in muscle strength according to the independent variables was surveyed about 93%.

Keywords: Acupuncture, sequelae of encephalitis caused by HSV.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não là một bệnh cấp tính của hệ thần kinh trung ương, thường gặp ở trẻ em với các độ tuổi khác nhau, do nhiều căn nguyên gây nên, căn nguyên gây bệnh chủ yếu do vi rút [1].

Viêm não do vi rút Herpes simplex (HSV) là một trong số các bệnh viêm não cấp do vi rút. Bệnh hay gặp ở các nước Đông Âu so với các nước châu Á. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm từ 2-4/1.000.000 người. Vi rút Herpes simplex thường gây viêm não cấp cho trẻ em và người lớn. Tỷ lệ viêm não HSV1 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 HSV1. Theo Anders Hjalmarsson, Paul Blomqvist và Birgit Skoldenberg trên cả nước Thụy Điển trong 12 năm (1990-2001) có 236 bệnh nhân viêm não do herpes simplex type 1, tử vong 14% [2].

Ở Việt Nam, viêm não cấp do herpes simplex lại nổi lên đáng chú ý vì tính trầm trọng của bệnh vì trong viêm não có hoại tử và chảy máu. Nghiên cứu của Phạm Nhật An ở Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2011 đến 6/2012 trong 849 trẻ bị viêm não cấp các loại, viêm não cấp do HSV 1 chiếm hàng thứ hai (27,62%) sau viêm não Nhật Bản (52,4%) [3].

Dù do bất cứ loại vi rút nào gây viêm não, nhu mô não bị phù nặng dẫn tới tăng áp lực nội sọ. Bệnh nhi có thể chết do hôn mê sâu, rối loạn các chức năng sống hệ trọng. Viêm não do HSV ngoài có 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. Trước khi chưa có acyclovir điều trị, tỷ lệ tử vong đến 70%. Số bệnh nhân còn lại phần nhiều mang các di chứng vận động và tâm thần như các bệnh viêm não cấp nói chung [3].

Theo y học cổ truyền (YHCT), viêm não thuộc phạm vi chứng ôn bệnh. Bệnh chuyển biến theo các giai đoạn: Vệ, khí, dinh, huyết và thương âm, thấp trở ở kinh lạc. Thời kỳ thương âm tương ứng với giai đoạn di chứng của y học cổ truyền, nhiệt vào phân huyết kéo dài làm tân dịch bị hao tổn, không nuôi dưỡng được cân cơ, kinh lạc bế tắc do thấp trở gây các di chứng vận động, tâm thần [4].

Y học cổ truyền phục hồi chức năng vận động thường dùng châm cứu như, hào châm, nhĩ châm, điện châm, thủy châm, xoa bóp... và đã khẳng định được tác dụng điều trị đối với di chứng của bệnh [5]. Phác đồ hào châm của Khoa Nhi Bệnh viện YHCT Trung ương đã được thiết lập và ổn định cho hồi phục chức năng vận động cho trẻ sau viêm não cấp. Với mong muốn kết quả thu được sẽ cho thấy hào châm có thể phục hồi di chứng rối loạn chức năng tâm - vận động ở trẻ bị viêm não do HSV sau giai đoạn cấp như đối với kết quả đã thấy trong viêm não Nhật Bản. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với ba mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở các bệnh nhi sau viêm não cấp do HSV.

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 HSV.

3. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi được chẩn đoán di chứng viêm não do HSV, được chuyển đến từ Bệnh viện Nhi Trung ương, điều trị phục hồi chức năng tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương, từ tháng 11/2014 đến tháng 07/2020, đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu theo YHHĐ và YHCT, bệnh nhi từ 6 tuổi trở xuống, không phân biệt giới tính. CLS: PCR (+) HSV, tổn thương não do HSV trên CHT, thể âm hư, âm huyết hư sinh phong, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhi có bệnh nhiễm trùng, bệnh cấp tính khác kèm theo, không tuân thủ điều trị.

2. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1. Công thức huyết trong nghiên cứu

Di chứng	Huyết	Thủ thuật
Rối loạn vận động chi trên	Kiên ngưng (II.15), Kiên tĩnh (XI.21), Khúc trí (II.11), Thủ tam lý (II.10), Ngoại quan (X.5), Hợp cốc (II.4), Bát tà (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 (XIV.14), Đại trử (VII.11), Giáp tích C3-C6 (Ex), Giáp tích từ 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), Âm 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 thần	Nội quan (IX.6), Thần môn (V.7), Tam âm giao (IV.6)	Châm bổ

Châm luân phiên mỗi ngày từ 8 - 10 huyệt.

Phác đồ nền: Tập luyện, xoa bóp.

- Thuốc: Piracetam liều dùng 30 - 160mg/kg/ngày, chia 2 lần/ngày, uống sáng - chiều.

- Cốm bổ tỳ 1 gói 10g. Ngày uống 20 - 30g, chia 2 lần uống sáng - chiều, trước bữa ăn. Chế an thần 3g x 2-3 gói/ngày, mỗi lần dùng 1 gói nhúng vào 50 - 100 ml nước sôi, uống trưa - tối.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

Kim hào châm làm bằng thép không gỉ, dài 2 - 3cm, đường kính 0,1mm, đầu nhọn. Xuất xứ hãng Đông Á, Việt Nam.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

3.2. Cơ mẫu nghiên cứu: 83 bệnh nhi, chia làm 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu sử dụng hào châm + phác đồ nền. Nhóm chứng sử dụng phác đồ nền. Liều trình điều trị 6 tuần. Đánh giá thời điểm lúc vào (T_0), sau 2 tuần (T_2), sau 4 tuần (T_4), sau 6 tuần điều trị (T_6).

3.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được tính ra giá trị trung bình hay tỷ lệ phần trăm biểu thị bằng $\bar{X} \pm SD$, với khoảng tin cậy 95%, phân tích bằng chương trình SPSS 20.0 theo thuật toán χ^2 hoặc t-student. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe con người, không nhằm mục đích nào khác.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi tham gia nghiên cứu chủ yếu từ 6 tuổi trở xuống, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $23,13 \pm 14,8$ tháng, nhóm chứng là $22,43 \pm 14,3$ tháng. Bệnh nhi có tuổi từ 12 - 24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm nghiên cứu 32,1%, nhóm chứng 36,7%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam nhiều hơn nữ, tuy nhiên sự khác biệt về giới giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở các bệnh nhi sau viêm não cấp do HSV

Bảng 1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau điều trị theo thể bệnh y học cổ truyền

Thể bệnh		Âm hư (n = 36)					Âm huyết hư sinh phong (n = 17)						
		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)	Miệng họng khô	12 (33,3)	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	24 (66,7)	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 vã	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 đối 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°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	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		
	Chỉ vân 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				
	Thể bệnh		Âm hư (n = 20)					Âm huyết hư sinh phong (n = 10)					
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 ₀ n (%)	T ₀ n (%)	T ₀ n (%)			
Nhóm chứng (n = 30)	Miệng họng khô	5 (25,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	2 (10)	<0,05	6 (60,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	<0,05		
	Người gầy	19 (95,0)	18 (90,0)	16 (80,0)	14 (70,0)	>0,05	9 (90,0)	9 (90,0)	7 (70,0)	2 (20,0)	<0,05		
	Dễ bị kích thích, quấy khóc, la hét, vật vã	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (30,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	>0,05		
	Khóc nhỏ yếu hoặc không thành tiếng	19 (95,0)	18 (90,0)	18 (90,0)	16 (80,0)	>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)		8 (80,0)	8 (80,0)	6 (60,0)	5 (50,0)	>0,05		

Sắc mặt đỏ hoặc hồng	18 (90,0)	18 (90,0)	16 (80,0)	15 (75,0)	>0,05	9 (90,0)	9 (90,0)	6 (60,0)	5 (50,0)	>0,05
Da tương đối khô	18 (90,0)	18 (90,0)	16 (80,0)	12 (60,0)	>0,05	8 (80,0)	6 (60,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	<0,05
Chất lưỡi hồng hoặc đỏ ít rêu	18 (90,0)	16 (80,0)	16 (80,0)	14 (70,0)	>0,05	6 (60,0)	6 (60,0)	5 (50,0)	5 (50,0)	>0,05
Hơi thở hôi, nhịp thở nhanh	16 (80,0)	14 (70,0)	14 (70,0)	12 (60,0)	>0,05	6 (60,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	<0,05
Sốt hâm hấp $\leq 38^{\circ}\text{C}$	6 (30,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,05	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,05
Đại tiện táo bón (< 3 lần/tuần)	16 (80,0)	14 (70,0)	8 (40,0)	3 (15,0)	<0,05	5 (50,0)	4 (40,0)	4 (40,0)	4 (40,0)	>0,05
Tiểu tiện ít, vàng sẫm	19 (95,0)	18 (90,0)	16 (44,4)	9 (25,0)	<0,05	6 (60,0)	6 (60,0)	5 (50,0)	5 (60,0)	>0,05
Lòng bàn tay chân nóng đỏ	19 (95,0)	19 (95,0)	18 (90,0)	18 (90,0)	>0,05	9 (90,0)	9 (90,0)	9 (90,0)	8 (80,0)	>0,05
Chân tay cơ cứng nhiều /xoắn vặn	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		8 (80,0)	8 (80,0)	8 (80,0)	6 (60,0)	>0,05
Mạch hoạt sắc, tế sắc	8 (40,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	>0,05	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	>0,05
Chỉ vân tay màu tía	12 (60,0)	12 (60,0)	9 (45,0)	9 (45,0)	>0,05	8 (80,0)	8 (80,0)	4 (40,0)	4 (40,0)	>0,05
$P_{T_0-T_2}$					>0,05					>0,05
$P_{T_0-T_4}$					>0,05					>0,05
$P_{T_0-T_6}$					<0,05					>0,05
P_{NC-C}					<0,05					<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 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, 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 $p > 0,05$.

3. Hiệu quả phục hồi chức năng vận động theo thang điểm Henry

Bảng 2. Thay đổi mức độ liệt vận động theo Henry sau điều trị của hai nhóm

Nhóm	Nhóm NC (n = 53)				Nhóm chứng (n = 30)				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)	1 (3,33)	1 (3,33)	2 (6,7)	11 (36,7)	
Độ II	8 (15,9)	8 (15,9)	30 (56,6)	4 (7,5)	5 (16,7)	5 (16,7)	11 (36,7)	10 (33,3)	
Độ III	22 (41,5)	25 (47,2)	6 (11,3)	2 (3,8)	13 (43,3)	15 (50,0)	12 (40,0)	7 (23,3)	
Độ IV	21 (39,6)	18 (33,9)	3 (5,6)	0 (0,0)	11 (36,7)	9 (30,0)	5 (16,6)	2 (6,7)	
Độ V	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0(0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
$P_{T_2-T_0}$	1,0*				1,0*				<0,05
$P_{T_4-T_0}$	0,25*				0,25*				
$P_{T_6-T_0}$	0,03*				0,05*				
Độ dịch chuyển độ liệt trung bình	3,17 \pm 0,82			1,19 \pm 0,76	3,13 \pm 0,81			1,87 \pm 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 ($p = 0,03$). 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 3,8%. Hầu hết các bệnh nhi liệt ở mức độ nhẹ và vừa, nhóm nghiên cứu 77,4%, nhóm chứng 36,7%. 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. Dịch chuyển độ liệt sau điều trị theo Henry của hai nhóm

Nhóm NC (n=53)	Trước điều trị (T_0)		Tiền triển độ liệt sau điều trị (T_6)					
	Độ liệt	Số bệnh nhi	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
	$P_{T_0-T_6}$	<0,05						
Nhóm chứng (n = 30)	V	0	0					
	IV	11		2			9	
	III	13			7	6		
	II	5				4	1	
	I	1					1	
	0	0						
	Tổng số	30	0	2	7	10	11	0
	Tỷ lệ %	100	0,0	6,7	23,3	33,3	36,7	0,0
	$P_{T_0-T_6}$	<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 6,7%, có 9 bệnh nhi độ IV chuyển sang độ I, có 6 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 $p < 0,05$.

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

Bảng 4. 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)
	$P_{T_0-T_2}$	> 0,05			
	$P_{T_6-T_4}$	> 0,05			
	$P_{T_6-T_0}$	< 0,05			
Nhóm chứng (n = 30)	0	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	1	1 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	11 (36,7)
	1(+)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	2	5 (16,7)	5 (16,7)	11 (36,7)	10 (33,3)
	3	13 (43,3)	15 (50,0)	12 (40,0)	7 (23,3)
	4	11 (36,7)	9 (30,0)	5 (16,6)	2 (6,7)
	$P_{T_0-T_2}$	> 0,05			
	$P_{T_2-T_4}$	> 0,05			
	$P_{T_0-T_6}$	< 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 $p < 0,05$.

Bảng 5. Chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô sau điều trị theo trắc nghiệm Denver II của hai nhóm [6]

Thời điểm		Trước điều trị		Sau điều trị	
		T ₀ n (%)	T ₂ n (%)	T ₄ n (%)	T ₆ n (%)
Nhóm NC (n=53)	Bình thường	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (11,3)
	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=30)	Bình thường	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0)	0 (0,0)
	Chậm nhẹ	1 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	11 (36,7)
	Chậm vừa	5 (16,7)	7 (23,3)	12 (40,0)	17 (56,6)
	Chậm nặng	24 (80,0)	22 (73,3)	16 (53,3)	2 (6,7)
	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 6,7% ở nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhi chậm nhẹ cao nhất ở hai nhóm, nhóm nghiên cứu 71,7%, nhóm chứng chậm vừa cao nhất 56,6%. 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 $p < 0,05$.

5. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị làm giảm độ liệt theo Henry

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị làm giảm độ liệt theo 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													
Thể 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 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 $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Viêm não thường để lại rối loạn thần kinh và rối loạn tâm trí. Các triệu chứng thần kinh thường gặp là rối loạn vận động, rối loạn ngôn ngữ. Rối loạn tâm trí trong đó rối loạn hành vi tác phong hay gặp nhất. Khi qua giai đoạn cấp, bệnh nhi thoát hôn mê, đa số vẫn còn rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau, sau khi được điều trị tỷ lệ này giảm đi. Theo (bảng 1) các triệu chứng đều có xu hướng giảm ở cả 2 thể. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Theo (bảng 2,3) mức độ liệt trung bình theo thang điểm Henry sau điều trị đều giảm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bệnh nhi viêm não điều trị tại Khoa Nội nhi có thời gian mắc bệnh kéo dài nên tỷ lệ rối loạn ý thức, ngôn ngữ, cơ tròn và rối loạn nuốt có thấp hơn, tuy nhiên hầu hết đều rối loạn vận động. Kết quả này cho thấy các triệu chứng rối loạn thần kinh là vấn đề cần được chú trọng trong điều trị phục hồi chức năng cho trẻ. Các rối loạn tâm trí tuy ít gặp hơn nhưng cũng cần được đánh giá và có thái độ điều trị đúng mức để trẻ phát triển toàn diện. Bệnh nhi nghiên cứu có rối loạn dinh dưỡng, trong đó chủ yếu là suy dinh dưỡng độ I, phù hợp với tỷ lệ bệnh nhi có rối loạn nuốt. Cải thiện chế độ dinh dưỡng đầy đủ là yếu tố quan trọng để trẻ phục hồi chức năng và phát triển. Viêm não tương ứng với chứng Ôn bệnh của y học cổ truyền. Bệnh nhi viêm não thường đến điều trị sớm ngay sau giai đoạn cấp nên gặp chủ yếu thể bệnh âm hư và âm huyết hư sinh phong. Bệnh khởi phát do nhiệt tà xâm nhập vào lý, nhiệt cực sinh phong, tân dịch hao tổn nên xuất hiện chứng sốt cao, cơ giật, hôn mê, nhiệt 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 vận động, nuốt khó, thần trí bất minh... Thời kỳ thương âm do nhiệt tà chứng đốt tân dịch làm tổn thương phần âm cơ thể gây chứng âm hư với 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, đại tiện táo, nước tiểu vàng, miệng họng khô, môi lưỡi đỏ ít rêu, mạch tế sắc. Âm huyết hư không nuôi dưỡng được can huyết làm can dương vượng lên gây co giật, chân tay tê bại,

co quắp, run rẩy là can huyết hư sinh phong [7].

KẾT LUẬN

Bệnh nhi sau viêm não có triệu chứng rối loạn thần kinh thường gặp là liệt vận động, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn ý thức, rối loạn cơ tròn và rối loạn nuốt. Các triệu chứng rối loạn tâm trí thường gặp: rối loạn hành vi tác phong, rối loạn hoạt động, rối loạn cảm xúc, và rối loạn trí nhớ. Thể bệnh theo y học cổ truyền đa số gặp thể âm hư và thể âm huyết hư sinh phong.

Nhóm nghiên cứu sau điều trị, các triệu chứng đều có xu hướng giảm ở cả hai nhóm thể bệnh $p < 0,05$. Nhóm chứng: Ở thể bệnh âm hư sau điều trị các triệu chứng 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, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Hào châm có hiệu quả trong phục hồi chức năng tâm thần - vận động cho bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp do HSV. Nhóm nghiên cứu tình trạng rối loạn ý thức so với nhóm chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Chức năng vận động trở về bình thường ở nhóm nghiên cứu là 11,3%, nhóm chứng không bệnh nhi nào, $p > 0,05$. Ôn định trương lực cơ, giảm độ co cứng qua đánh giá thang điểm Ashworth, $p < 0,05$. Hào châm có tác dụng phục hồi liệt vận động theo thang Henry ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp do HSV, $p < 0,05$. 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 cả hai nhóm $p < 0,05$. Sự cải thiện vận động thô ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,05$. 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. Sau điều trị, nhóm nghiên cứu không bệnh nhi nào liệt ở mức độ nặng. Nhóm chứng còn 2 bệnh nhi liệt độ nặng, tỷ lệ 6,7%, không bệnh nhi khỏi liệt. Mức dịch chuyển độ liệt của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng, $p < 0,05$. Đánh giá chung khi bệnh nhi ra viện: Nhóm nghiên cứu khỏi bệnh 11,3%, di chứng nhẹ 77,4%, di chứng vừa 11,3%. Nhóm chứng di chứng nhẹ 36,7%, di chứng vừa 33,3%. Còn di chứng nặng 30%, không bệnh nhi khỏi liệt. Xác định được bốn yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phục hồi liệt vận động. Bệnh nhi nhỏ tuổi kết quả phục hồi tốt hơn lớn tuổi. Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi được điều trị càng ngắn kết quả điều trị càng cao. Bệnh nhi 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, thể huyết hư sinh phong không bệnh nhi nào khỏi liệt. Tổn thương não trên cộng hưởng từ, gặp nhiều nhất ở thùy thái dương (73,3%). Tổn thương càng đa dạng kết quả điều trị càng thấp, có sáu bệnh nhi tổn thương một vị trí trên não (11,3%) khỏi liệt. Hào châm có tác dụng thông kinh hoạt lạc nên phục hồi được các di chứng liệt. Sau điều trị các chỉ số phát triển về tâm thần - vận động tăng so với trước điều trị, phù hợp với độ liệt vận động của trẻ theo thang điểm Henry và trắc nghiệm Denver II, cho thấy hào châm có hiệu quả trong phục hồi chức năng tâm - vận động ở bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp do HSV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thu Hương, Phạm Nhật An** (2018). Các yếu tố tiên lượng viêm não cấp ở trẻ em theo căn nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 11(1), 127 - 130.
2. **Anders Hjalmarsson, Paul Blomqvist** (2007). Herpes simplex encephalitis in Sweden

1990 - 2001 incidence, morbidity and mortality". Clinical Infectious Diseases; 45: 875 - 880.

3. **Lê Trọng Dụng, Phạm Nhật An** (2011). Viêm não do virus Herpes Simplex type 1 ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 4, 6 - 10.

4. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006)**. Viêm não Nhật Bản, Nhi khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 71 - 78.

5. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008)**. Cơ chế tác dụng của châm cứu, điện châm, châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, NXB Y học, Hà Nội, tr.192 - 203, 223 - 225.

6. **W. K. Frakenburg (1990)**. Guide for Denver II practice, Department of pediatrics, University of Colorado Health Sciences center, Denver USA.

7. **Đặng Minh Hằng** (2014). Các nghiên cứu điều trị viêm não của y học cổ truyền Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, 42, 95-99.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT THẬN GIẢM, MẮT CHỨC NĂNG DO BỆNH LÝ LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG

ĐOÀN TIẾN DƯƠNG¹, TRẦN ĐỨC QUÝ²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mắt chức năng do bệnh lý lành tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 06 năm 2021.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, không so sánh. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tuổi từ 18 trở lên, được chẩn đoán thận mất chức năng do sỏi thận hay sỏi niệu quản, chưa có biểu hiện suy thận và có chỉ định cắt thận. Tình trạng thận bệnh lý được đánh giá qua, CT và thận đồ đồng vị phóng xạ. Các yếu tố như lượng máu mất, thời gian mổ, tai biến-biến chứng trong lúc mổ và sau mổ ghi nhận.

Kết quả: Tổng cộng 77 BN. Tuổi trung bình: $55,16 \pm 12,03$ tuổi tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1:1. Thể tích mất máu trung bình trong khi mổ: $45,32 \pm 53,73$ ml. Thời gian mổ trung bình: $64,86 \pm 9,92$ phút phút. Thời gian nằm viện trung bình: $4,5 \pm 2,1$ ngày. Có 90,9% bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả tốt

Kết luận: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mắt chức năng do sỏi là một kỹ thuật an toàn có tỷ lệ thành công cao. Nói chung so với mổ mở, thời gian mổ không kéo dài hơn bao nhiêu nhưng ít tai biến - biến chứng, ít đau hậu phẫu và phục hồi nhanh hơn.

Từ khóa: Thận mất chức năng, cắt thận, nội soi sau phúc mạc.

SUMMARY

CLINICAL PARACLINICAL FEATURES AND RESULTS OF THE LAPAROSCOPIC RETROPERITONEAL NEPHRECTOMY FOR

Chịu trách nhiệm: Đoàn Tiến Dương

Email: doantienduong@gmail.com

Ngày nhận: 15/3/2021

Ngày phản biện: 12/4/2021

Ngày duyệt bài: 22/4/2021