

thở máy tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023. *ctump*. 2023;(65): 122-128. doi:10.58490/ctump.2023i65.1270

8. Herkel T, Uvizl R, Doubravská L, et al (2016). Epidemiology of hospital-acquired pneumonia:

Results of a Central European multicenter, prospective, observational study compared with data from the European region. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*,160(3): 448-455. doi:10.5507/bp.2016.014

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA KÍCH THÍCH ĐIỆN CHỨC NĂNG (FES) PHỐI HỢP HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CẦM NẮM Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO

Nguyễn Trang Linh¹, Lương Tuấn Khanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của kích thích điện chức năng (FES) phối hợp hoạt động trị liệu trong phục hồi chức năng cầm nắm ở người bệnh đột quỵ não. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị trên 89 người bệnh được chẩn đoán đột quỵ não, điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến 8/2024. Người bệnh được điều trị trong 28 ngày theo phác đồ: Hoạt động trị liệu 30 phút/lần, 1 lần/ngày; Kích thích điện chức năng vùng bàn ngón tay bên liệt bằng máy FES 30 phút/lần, 1 lần/ngày (nghỉ thứ 7 và chủ nhật). Kết quả được đánh giá qua các thang điểm: chức năng vận động chi trên FMAT, mức độ sử dụng chi trên MAL-QOM, khả năng phục hồi vận động chi trên ARAT, chức năng vận động bàn tay HMS và kết quả điều trị chung dựa trên tổng điểm quy đổi của các hạng mục. **Kết quả:** Tuổi trung bình $64,6 \pm 10,6$ tuổi, trong đó liệt nửa người trái chiếm 57,3%. Hiệu quả điều trị chung: tốt 68,5%, khá 25,8%, trung bình 5,7%. Chức năng vận động chi trên (FMAT) tăng hiệu số điểm D0-D28 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với 7,9% tốt, 68,5% khá, 23,6% trung bình. Mức độ sử dụng chi trên (MAL-QOM) tăng rõ ($p < 0,05$), 65,2% đạt 3 điểm tại D28. Khả năng vận động chi trên (ARAT) cải thiện chậm, hiệu số tăng điểm trung bình sau điều trị là $20,2 \pm 9,0$ điểm ($p < 0,01$). Chức năng vận động bàn tay (HMS): 3,4% đạt 5 điểm, 37,1% đạt 4 điểm, 57,3% đạt 3 điểm, 2,2% đạt 2 điểm. **Kết luận:** Can thiệp FES kết hợp hoạt động trị liệu giúp cải thiện khả năng cầm nắm đáng kể cho người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp. **Từ khóa:** Phục hồi chức năng sau đột quỵ não, kích thích điện chức năng, hoạt động trị liệu, khả năng cầm nắm

SUMMARY

EVALUATIONS OF THE RESULTS OF FUNCTIONAL ELECTRICAL STIMULATION

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trang Linh

Email: tranglinhphcn@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

COMBINED WITH OCCUPATIONAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF GRIP FUNCTION IN STROKE PATIENTS

Objectives: To evaluate the results of functional electrical stimulation (FES) combined with occupational therapy in the Rehabilitation of grip function in stroke patients. **Subject and methods:** Prospective intervention study, comparing before and after treatment on 89 patients diagnosed with stroke, treated at the Rehabilitation Center - Bach Mai Hospital from August 2023 to August 2024. Patients were treated for 28 days according to the regimen: Occupational therapy 30 minutes/time, 1 time/day; Functional electrical stimulation of the paralyzed finger area with FES machine 30 minutes/time, 1 time/day (off on Saturday and Sunday). Results were evaluated through the following scales: Upper limb motor function (FMAT), Motor Activities Log- Quality of movement scale (MAL-QOM), Action research arm test (ARAT), Hand Movement Scale (HMS), and overall treatment results based on the total converted score of the items. **Results:** Average age 64.6 ± 10.6 years, of which left hemiplegia accounted for 57.3%. Overall treatment effectiveness: good 68.5%, fair 25.8%, average 5.7%. Upper limb motor function (FMAT) increased the D0-D28 score significantly ($p < 0.001$) with 7.9% good, 68.5% fair, and 23.6% average. Upper limb use level (MAL-QOM) increased significantly ($p < 0.05$), and 65.2% achieved 3 points at D28. Upper limb motor ability (ARAT) improved slowly, the average score increase after treatment was 20.2 ± 9.0 points ($p < 0.01$). Hand movement function (HMS): 3.4% achieved 5 points, 37.1% achieved 4 points, 57.3% achieved 3 points, 2.2% achieved 2 points. **Conclusion:** FES intervention combined with occupational therapy significantly improves grip ability in post-acute stroke patients. **Keywords:** Stroke rehabilitation, functional electrical stimulation (FES), occupational therapy, grip function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trong nhóm bệnh lý không lây nhiễm, tạo ra gánh nặng lớn cho người bệnh và gia đình [8]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), từ 1/4 đến 2/3 số người sống sót sau đột quỵ não bị tàn tật vĩnh

viễn [7]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc mới đột quỵ hàng năm là 115,7/100.000 dân, với tỷ lệ tử vong là 65,1/100.000 dân [2]. Đáng chú ý, tại Hội nghị Đột quỵ Quốc tế năm 2022, báo cáo cho thấy mỗi năm toàn cầu có hơn 12,2 triệu ca đột quỵ mới, trong đó 16% ở người trẻ (15-49 tuổi) và 6,5 triệu ca tử vong [3]. Đột quỵ ảnh hưởng nghiêm trọng đến vận động chi trên, gây khó khăn trong các hoạt động hàng ngày và tái hòa nhập xã hội, làm tăng tỷ lệ tàn phế nếu không được phục hồi kịp thời.

Hiện nay, phục hồi chức năng (PHCN) vận động chi trên sau đột quỵ được chú trọng với nhiều phương pháp can thiệp. Kích thích điện chức năng (Functional electrical stimulation - FES) là một phương pháp hiệu quả, sử dụng thiết bị kích thích nhiều kênh để tái hoạt động các cơ đồng bộ, giúp người bệnh thực hiện các chức năng vận động như gập/duỗi cổ tay hoặc bàn chân, hỗ trợ khả năng cầm nắm. FES tác động lên tính mềm dẻo thần kinh, điều chỉnh các con đường vận động hướng tâm, giúp phục hồi chức năng cầm nắm như cầm bóng, giữ đồ vật, và các động tác kẹp ngón [6]. Trước những hiệu quả của FES trên thế giới và thực tế áp dụng tại Trung tâm PHCN – Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả của kích thích điện chức năng (FES) phối hợp hoạt động trị liệu trong phục hồi chức năng cầm nắm ở người bệnh đột quỵ não"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên các người bệnh được chẩn đoán xác định đột quỵ não điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 8/2023 đến 8/2024 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh trên 18 tuổi
- Người bệnh được chẩn đoán xác định đột quỵ não theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO-World Health Organization) dựa trên các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính sọ não).
- Không có suy giảm nhận thức, điểm lượng giá tâm thần tối thiểu MMSE ≥ 24 điểm
- Ngồi vững, thăng bằng tốt, điểm thăng bằng Berg ≥ 41 điểm
- Lực duỗi cơ cổ tay bên liệt từ bậc 2 trở lên (≥ 2)

Tiêu chuẩn loại trừ: - Người bệnh mắc các bệnh lý nội ngoại khoa ảnh hưởng đến chức

năng cầm nắm của bàn tay như: cắt chi, viêm khớp (cổ tay, đa khớp), khớp bàn ngón tay bị biến dạng/mất chức năng.

- Người bệnh có tiền sử động kinh, rối loạn tâm thần

- Người bệnh không tuân thủ điều trị

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Tháng 8/2023 đến tháng 8/2024 tại Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tiền cứu, so sánh trước-sau

2.2.2. Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích, chọn toàn bộ người bệnh đột quỵ não điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đến khi đủ số lượng mẫu thì dừng lại. Thực tế trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 89 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và người nhà tự nguyện cho người bệnh tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương tiện và kỹ thuật tiến hành nghiên cứu:

2.3.1. Máy kích thích điện chức năng FES



- (1) Thời gian
- (2) Độ dài xung
- (3) Tần số
- (4) Độ dốc
- (5) Độ thoải
- (6) Thời gian nghỉ

Hình 1. Máy FES sử dụng trong nghiên cứu

- Bước 1 (Chuẩn bị người bệnh): Người bệnh được ngồi trên ghế không có tay vịn, tay để trên mặt bàn, bộc lộ vùng cẳng tay liệt.

- Bước 2: Làm sạch vùng can thiệp bằng cồn hoặc nước sạch. Dán điện cực máy FES vào cơ gấp cổ tay quay và cơ gấp cổ tay trụ bên tay liệt.

- Bước 3: Điều chỉnh các thông số máy FES

Ngưỡng kích thích điện thiết lập phụ thuộc vào cường độ co cơ lớn nhất ở mỗi người bệnh dưới mức người bệnh cảm nhận thấy đau cơ. Sóng 2 pha đối xứng được thiết lập ở tần số (Frequency) 50Hz, độ rộng xung 200 μ s, thời gian mỗi pha (phase duration) 10 giây, thời gian nghỉ 10 giây, độ dốc (rise) 5 giây, độ thoải (fall) 5 giây.

- Bước 4: Người bệnh được hướng dẫn thực hiện tác vụ duỗi cổ tay và các bài tập cầm nắm đồ vật đồng thời với lúc có kích thích FES.

2.3.2. Hoạt động vận động trị liệu

- Bài tập chủ động: gồm bài tập có trợ giúp, bài tập chủ động hoàn toàn (tự do) và bài tập có

kháng trở (đề kháng)

- Bài tập thụ động
- Bài tập kéo giãn

2.3.3. Quy trình can thiệp

Tiến hành điều trị theo phác đồ

- Hoạt động trị liệu $\times 30$ phút/lần $\times 1$ lần/ngày $\times 28$ ngày
 - Kích thích điện chức năng vùng bàn ngón tay bên liệt với máy FES $\times 30$ phút/lần $\times 1$ lần/ngày (nghỉ thứ 7 và chủ nhật) $\times 28$ ngày
- Đánh giá sự thay đổi các chỉ tiêu theo dõi tại các thời điểm D₀, D₇, D₁₄, D₂₁, D₂₈

2.4. Phương pháp đánh giá kết quả:

- Đánh giá chức năng vận động chi trên theo FMAT (Fugl Meyer Arm Test); Đánh giá mức độ sử dụng chi trên theo MAL-QOM (Motor Activities Log); Lượng giá khả năng phục hồi vận động chi trên theo ARAT (Action research arm test); Đánh giá chức năng vận động bàn tay theo HMS (Hand Movement Scale).

- Kết quả điều trị chung được đánh giá dựa trên tổng điểm của các hạng mục (điểm quy đổi): Điểm Fugl Meyer, điểm MAL-QOM, điểm ARAT và điểm HMS theo thang quy đổi dựa trên công thức hiệu số tương đối như sau:

Kết quả điều trị

$$\frac{\text{tổng điểm trước điều trị} - \text{tổng điểm sau điều trị}}{\text{tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Bảng 1. Phân loại kết quả điều trị chung (điểm quy đổi)

Phân loại kết quả điều trị	Điểm hiệu quả
Kết quả điều trị chung mức tốt	>75%
Kết quả điều trị chung mức khá	50–74%
Kết quả điều trị chung mức trung bình	30–49%
Kết quả điều trị chung mức kém	<30%

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0. Thuật toán được sử dụng bao gồm: tần số, tỷ lệ %. Khi bình phương. Biểu diễn trung bình, độ lệch chuẩn cho các dãy biến liên tục phân bố chuẩn. Với mức ý nghĩa 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

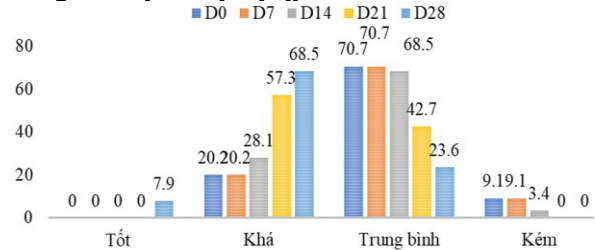
2.6. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ đầy đủ và nghiêm túc các nguyên tắc đạo đức y sinh học. Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội và sự cho phép của Ban giám đốc Trung tâm Phục hồi chức năng - Bệnh viện Bạch Mai tiến hành thực hiện đề tài tại bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu. 89 người bệnh tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình từ $64,6 \pm 10,6$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,48. Thời gian mắc đột quỵ não trung bình $4,56 \pm 1,98$. Trong đó người bệnh liệt nửa người trái nhiều hơn so với nửa người phải (tương ứng lần lượt 57,3% và 42,7%).

3.2. Đánh giá kết quả của kích thích điện chức năng (FES) phối hợp hoạt động trị liệu trong phục hồi chức năng cầm nắm ở người bệnh đột quỵ não



Biểu đồ 1. Sự thay đổi phân loại điểm Fugl Meyer Arm Test (n=89)

Nhận xét: Điểm Fugl Meyer Arm Test cải thiện tốt sau 28 ngày can thiệp, có 7,9% mức tốt, 68,5% mức khá và chỉ còn 23,6% mức trung bình, không có người bệnh nào mức kém. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Sự thay đổi điểm trung bình Fugl Meyer Arm Test

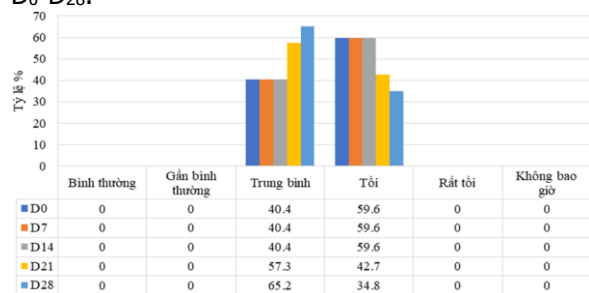
Thời điểm	Giá trị trung bình $X \pm SD$	p
D ₀	$30,9 \pm 9,7$	
D ₇	$32,0 \pm 13,2$	
D ₁₄	$35,3 \pm 7,9$	
D ₂₁	$37,8 \pm 11,1$	
D ₂₈	$40,1 \pm 7,3$	
ΔD_0-D_7	$0,9 \pm 0,1$	$>0,05$
ΔD_0-D_{14}	$3,8 \pm 0,7$	$<0,05$
ΔD_0-D_{21}	$8,5 \pm 0,5$	$<0,01$
ΔD_0-D_{28}	$11,3 \pm 0,6$	$<0,001$

Nhận xét: Điểm trung bình FMAT cải thiện tốt qua các thời điểm theo dõi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ tại thời điểm D₀ FMAT là $30,9 \pm 9,7$ tăng lên thành $40,1 \pm 7,3$ sau 28 ngày can thiệp.

Bảng 3. Sự thay đổi điểm trung bình MAL-QOM

Thời điểm	Giá trị trung bình $X \pm SD$	p
D ₀	$2,4 \pm 0,5$	
D ₇	$2,1 \pm 0,3$	
D ₁₄	$2,2 \pm 0,5$	
D ₂₁	$2,5 \pm 0,2$	
D ₂₈	$2,9 \pm 0,2$	
ΔD_0-D_7	$0,2 \pm 0,1$	$>0,05$
ΔD_0-D_{14}	$0,3 \pm 0,1$	$>0,05$
ΔD_0-D_{21}	$0,3 \pm 0,2$	$>0,05$
ΔD_0-D_{28}	$0,9 \pm 0,2$	$<0,05$

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình MAL-QOM tại thời điểm D₀-D₂₈.



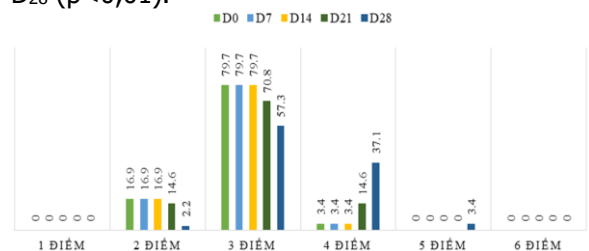
Biểu đồ 2. Sự thay đổi phân loại mức độ sử dụng chi trên theo MAL-QOM (n=89)

Nhận xét: Mức độ sử dụng chi trên hầu hết chỉ ở mức trung bình hoặc tồi tại các thời điểm D₀; D₇; D₂₁. Có sự cải thiện về tỷ lệ tại thời điểm D₂₈ khi tăng mức độ sử dụng chi trên mức trung bình từ 40,4% lên 65,2% và giảm mức độ tồi từ 59,6% xuống còn 34,8%.

Bảng 4. Sự thay đổi điểm ARAT trung bình (n=89)

Thời điểm	Giá trị trung bình $\bar{X} \pm SD$	p
D ₀	31,9 ± 10,7	
D ₇	33,8 ± 10,9	
D ₁₄	33,9 ± 11,1	
D ₂₁	49,0 ± 8,5	
D ₂₈	50,1 ± 11,6	
ΔD_0-D_7	0,8 ± 0,2	>0,05
ΔD_0-D_{14}	1,0 ± 0,2	>0,05
ΔD_0-D_{21}	15,0 ± 8,2	<0,01
ΔD_0-D_{28}	20,2 ± 9,0	<0,01

Nhận xét: Giá trị trung bình điểm ARAT thay đổi có ý nghĩa thống kê tại thời điểm D₂₁; D₂₈ (p<0,01).



Biểu đồ 3. Sự thay đổi phân loại chức năng vận động bàn tay theo HMS

Nhận xét: Sau 28 ngày can thiệp, có 3,4% người bệnh có điểm vận động bàn tay (theo HMS) đạt 5 điểm (đưa ngón cái đối chiếu với ngón trỏ); 37,1% đạt 4 điểm (đuôi ngón trỏ trong khi các ngón khác vẫn gập).

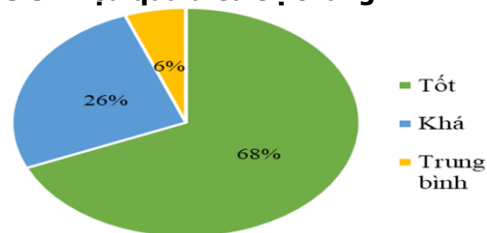
Bảng 5. Đánh giá chức năng vận động bàn tay theo HMS (n=89)

Thời điểm	Giá trị trung bình $\bar{X} \pm SD$	p
D ₀	2,5 ± 1,1	

D ₇	2,5 ± 1,1	
D ₁₄	2,5 ± 1,1	
D ₂₁	3,9 ± 0,9	
D ₂₈	4,1 ± 0,3	
ΔD_0-D_7	0	-
ΔD_0-D_{14}	0	-
ΔD_0-D_{21}	0,8 ± 0,2	>0,05
ΔD_0-D_{28}	1,1 ± 0,3	<0,05

Nhận xét: Điểm trung bình HMS tăng từ 2,5±1,1 (ngày D₀) lên 4,1±0,3 (ngày D₂₈), p<0,05.

3.3. Hiệu quả điều trị chung



Biểu đồ 4. Hiệu quả điều trị chung (n=89)

Nhận xét: Hiệu quả điều trị chung đạt tốt ở 68,5% đối tượng được can thiệp; 25,8% có hiệu quả chung mức khá và 5,7% mức trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Cải thiện chức năng vận động chi trên (FMAT): Điểm trung bình FMAT tăng có ý nghĩa thống kê từ 30,9 ± 9,7 (D₀) lên 40,1 ± 7,3 (D₂₈), với p<0,001. Về phân loại, tại D₂₈, tỷ lệ đạt mức tốt là 7,9%, mức khá 68,5%, và trung bình 23,6%, không còn người bệnh ở mức kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nga, cho thấy tỷ lệ cải thiện tốt và khá sau 4 tuần can thiệp là 20% và 73,3% [4].

Mức độ sử dụng chi trên (MAL-QOM): Tại thời điểm D₂₈, tỷ lệ sử dụng chi trên mức trung bình tăng từ 40,4% lên 65,2%, mức tồi giảm từ 59,6% xuống còn 34,8%. Hiệu số tăng điểm MAL-QOM có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Nghiên cứu vận động cưỡng bức của Nguyễn Thị Thanh Nga, mức chênh lệch điểm trung bình MAL-QOM ở nhóm can thiệp sau 4 tuần là 1,1 ± 0,5 [4].

Khả năng vận động chi trên (ARAT): Điểm trung bình sự cải thiện điểm ARAT có sự khác biệt rõ, hiệu số tăng điểm tại thời điểm ngày D₂₁ là 49,0 ± 8,5 (điểm). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thuỳ Trang, tác giả báo cáo điểm hiệu số tăng ARAT sau can thiệp là 20,6±15,16 [5].

Chức năng vận động bàn tay (HMS): Sự thay đổi chức năng vận động bàn tay theo HMS có điểm trung bình ở thời điểm D₂₁ và D₂₈ có sự khác biệt rõ, trong đó, hiệu số tăng điểm trung

bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so $p < 0,05$ tại thời điểm D₀-D₂₈. Tại D₂₈, phân loại HMS cho thấy 3,4% người bệnh đạt 5 điểm, 37,1% đạt 4 điểm, và 57,3% đạt 3 điểm, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả tương đồng nghiên cứu của Lê Huy Cường sau 6 tuần can thiệp: 3,34% đạt 5 điểm, 55,33% đạt 4 điểm, và 43,33% đạt 3 điểm [1].

Hiệu quả điều trị chung: Tỷ lệ điều trị tốt là 68,5% và khá là 25,8%; trung bình 5,7%, không có người bệnh nào mức kém. Các di chứng liệt sau đột quỵ ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng sinh hoạt, lao động và làm tăng gánh nặng cho gia đình, xã hội. Vì vậy, việc PHCN vận động là một nhu cầu vô cùng cấp thiết. Sau đột quỵ, người bệnh thường chuyển từ liệt mềm sang liệt cứng, gây biến dạng chi, tạo tư thế xấu; việc dùng các thuốc giãn cơ bên cạnh việc tổn kém cũng thường không dùng kéo dài được. Vì thế, trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn dùng hoạt động trị liệu là phương pháp điều trị làm giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng cho cơ, chống được teo cơ cứng khớp, đồng thời sử dụng thêm FES, giúp cải thiện, nâng cao sức khỏe, từ đó người bệnh phục hồi tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp kích thích điện chức năng (FES) kết hợp hoạt động trị liệu giúp cải thiện khả năng cầm nắm đáng kể cho người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp có ý nghĩa về mặt thống kê và ý nghĩa lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Huy Cường** (2021). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não bằng găng tay robot Gloreha, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Thị Hương, Dương Thị Phương, Lê Thị Tài, Nguyễn Thùy Linh, Phạm Thị Duyên** (2016). Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013 – 2014. Tạp chí Nghiên cứu Y học, TCNCYH 104 (6), tr. 1-8.
3. **Mai Duy Tôn** (2022). Tình hình đột quỵ tại Việt Nam: một nghiên cứu đa trung tâm. Hội nghị Đột quỵ Quốc tế 2022, ngày 5/11/2022.
4. **Nguyễn Thị Thanh Nga** (2020). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân chấn thương sọ não bằng phương pháp vận động cường bức, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Thuỳ Trang** (2021). Đánh giá kết quả phối hợp gương trị liệu và vận động cường bức bên liệt cường độ thấp trong phục hồi chức năng chi trên ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Milosevic, M., Marquez-Chin, C., Masani, K. et al.** (2020). Why brain-controlled neuroprosthetics matter: mechanisms underlying electrical stimulation of muscles and nerves in rehabilitation. BioMed Eng OnLine, 19, 81.
7. **Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., et al.** (2016). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report from the American Heart Association. Circulation, 133(4), e38-360.
8. **Murray, C. J., & Lopez, A. D.** (2013). Measuring the global burden of disease. New England Journal of Medicine, 369(5), 448-457.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CIANCIA

Nguyễn Văn Huy¹, Khổng Trọng Nghĩa^{2,4}, Vũ Thị Quế Anh^{2,3},
Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Trần Thị Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị hội chứng Ciancia. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp mô tả không đối

chứng trên một loạt ca bệnh được chẩn đoán hội chứng Ciancia. Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** Lác được phát hiện từ 1 đến 5 tháng tuổi, với tuổi khởi phát trung bình là 2,9 tháng. Các bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật với độ tuổi trung bình 13,8 tháng, thấp nhất là 9 tháng tuổi, cao nhất là 20 tháng tuổi. Tất cả bệnh nhân có tình trạng viễn thị nhẹ (khúc xạ từ +1 D đến +2,50 D) tương đồng với nhóm trẻ cùng lứa tuổi. Độ lác từ +50 đến +70 PD và đều là lác trong luân phiên hai mắt. Phương pháp phẫu thuật ở tất cả bệnh nhân là phẫu thuật lùi cơ trực trong hai mắt từ 6,0 mm đến 7,0 mm. 100% có kết quả điều chỉnh độ lệch trục nhãn cầu tốt sau phẫu thuật, 88,9% có kết quả tốt sau thời gian theo dõi 6 tháng. Tất cả bệnh nhân không có hạn chế vận nhãn sau phẫu thuật. Trong phẫu thuật, 5/9 bệnh nhân có xuất huyết kết mạc và

¹Bệnh viện Mắt Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Quế Anh

Email: drqueanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025