

nhớ. Nhiều người bệnh đã được điều dưỡng hướng dẫn nhưng lại quên, mặt khác, những NB nằm tại khoa điều trị sẽ được điều dưỡng phát thuốc đúng giờ, phát tận tay và trực tiếp cho NB uống hoặc quan sát NB uống. Do đó, sẽ hạn chế được vấn đề NB uống sai giờ, quên không uống thuốc hoặc khi có tác dụng phụ của thuốc xảy ra nhân viên y tế đều có thể xử lý kịp thời. Phần lớn, NB được hướng dẫn về chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, tập luyện hàng ngày trong quá trình nằm viện và được giải đáp thắc mắc kịp thời. Như vậy cho thấy NB đều được điều dưỡng hướng dẫn cụ thể, đầy đủ các kiến thức về chăm sóc bệnh, điều đó nghĩa là điều dưỡng đã thực hiện tốt chức năng chủ động của mình.

Hạn chế: Một số điều dưỡng chưa đánh giá được cụ thể hiệu quả của hoạt động GDSK đối với cải thiện nhận thức và hành vi có lợi cho sức khỏe trên người bệnh. Điều dưỡng có kỹ năng GDSK chưa tốt, giao tiếp chưa đầy đủ, chưa có tính thuyết phục.

V. KẾT LUẬN

Còn nhiều điều dưỡng chưa có kiến thức đầy đủ về kỹ năng GDSK (38,5%).

Điều dưỡng có kiến thức đúng về phương pháp GDSK đạt tỷ lệ chưa cao (76,9%).

Kiến thức chung của các điều dưỡng trong khoa tham gia khảo sát được phân loại thành 3 mức và phần lớn ở mức độ đạt (61,5%).

Hầu hết người bệnh được hướng dẫn về các thủ tục hành chính và nội quy khoa phòng (86,2%).

Có nhiều người bệnh chưa được hướng dẫn hoặc được hướng dẫn chưa đầy đủ về hướng dẫn sử dụng thuốc (tác dụng, tác dụng phụ, tương tác thuốc...) trong quá trình chăm sóc chiếm tỷ lệ cao (60%).

Như vậy, điều dưỡng cần thường xuyên cập nhật kiến thức về giáo dục sức khỏe của các mặt bệnh trong khoa nhất là kiến thức về kỹ năng GDSK và phương tiện truyền thông; tham gia tập huấn; cần tiến hành tư vấn GDSK cho người bệnh đầy đủ và rõ ràng hơn nhất là về hướng dẫn sử dụng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2011), Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện (Ban hành kèm theo Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế).
- Bộ Y tế** (2013) Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện, ngày 03/12/2013.
- Bệnh viện C Thái Nguyên** (2020), Báo cáo công tác khám chữa bệnh ngày 25 tháng 12 năm 2020 của BV C Thái Nguyên.
- Nguyễn Thị Bích Hạnh** (2019), Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của điều dưỡng tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An năm 2019.
- Phan Thị Hằng** (2021), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại khoa nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Huyện Mê Linh năm 2021.
- Trần Thị Hằng Nga** (2018), Kiến thức, thực hành giáo dục sức khỏe của điều dưỡng bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị và một số yếu tố liên quan năm 2018. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học điều dưỡng Nam Định.

HIỆU QUẢ CỦA XOA BÓP BẨM HUYỆT KẾT HỢP CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG CẢI THIỆN CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHI DI CHỨNG VIÊM NÃO

Đỗ Thị Thanh Nhân¹, Lại Thanh Hiền², Nguyễn Tiến Dũng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của xoa bóp bấm huyết kết hợp chăm sóc điều dưỡng đối với phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não.

¹Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Nhân

Email: nguyenuhuung0610@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị: 60 bệnh nhi ≤ 6 tuổi, chẩn đoán di chứng viêm não sau giai đoạn cấp, còn các di chứng về tinh thần và vận động với các biểu hiện liệt vận động. Các bệnh nhi được thực hiện quy trình chăm sóc điều dưỡng và xoa bóp bấm huyết với các thủ thuật xoa, day, lăn, bóp, vờn, vè, bấm huyết và vận động khớp tại các chi bên liệt. Mỗi thủ thuật làm từ 3 - 5 lần trên vùng chi thể bị liệt. Thời gian xoa bóp bấm huyết từ 20-30 phút/lần x 1 lần/ngày x 5 ngày/tuần x 6 tuần. **Kết quả:** Mức độ liệt theo thang điểm Henry sau can thiệp cải thiện rõ rệt, độ liệt trung bình theo Henry giảm từ 2,83± 0,87 xuống còn 1,3 ± 0,75, (p < 0,05). Chỉ số phát triển

vận động thô và vận động tinh tế theo test Denver II đều được cải thiện rõ với $p < 0,05$. Ngoài ra xoa bóp bấm huyệt kết hợp chăm sóc điều dưỡng còn có tác dụng cải thiện một số triệu chứng lâm sàng của bệnh nhi di chứng viêm não: rối loạn ý thức, rối loạn phản xạ nuốt, rối loạn cơ tròn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp chăm sóc điều dưỡng có tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não.

Từ khóa: Xoa bóp bấm huyệt; Chăm sóc điều dưỡng; Di chứng viêm não.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF ACUPRESSURE MASSAGE COMBINED WITH NURSING CARE ON MOTOR REHABILITATION IN PEDIATRIC PATIENTS WITH SEQUELAE OF ENCEPHALITIS

Objectives: To evaluate the effectiveness of acupressure massage combined with nursing care on motor rehabilitation in pediatric patients with sequelae of encephalitis. **Subjects and methods:** Clinical intervention, no control, comparison before and after treatment: 60 children ≤ 6 years old, diagnosed with sequelae of encephalitis after acute encephalitis, the patients underwent the period of acute encephalitis, who had mental and motor sequelae with motor paralysis manifestations. In addition, they might have consciousness disorders, swallowing disorders, round muscle disorders, disorders of autonomic nerves... The pediatric patients were given nursing care and acupressure massage with massage, rubbing, rolling, squeezing, stroking, acupressure and joint movements in the paralyzed limbs. Each procedure was done from 3 to 5 times on the paralyzed limb. Time of acupressure massage was from 20 to 30 minutes per time, one time per day, 5 days a week and during 6 weeks. **Result:** Degree of paralysis according to scale Henry score after intervention improved significantly, the average paralysis according to Henry decreased from 2.83 ± 0.87 before intervention to 1.3 ± 0.75 after intervention, the difference was statistic significant with $p < 0.05$. The index of gross and fine motor development according to Denver II test were improved statistic significantly, with $p < 0.05$. In addition, acupressure massage combined with nursing care also has the effect of improving some clinical symptoms of pediatric patients with encephalitis sequelae: consciousness disorder, swallowing reflex disorder, round muscle disorder, dysarthria ($p < 0.05$). **Conclusion:** Acupressure massage combined with nursing care has the effect of supporting motor function recovery in pediatric patients with encephalitis sequelae.

Keywords: Acupressure massage; Nursing care; Encephalitis sequelae.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não có thể gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở trẻ em với nhiều độ tuổi khác nhau tùy căn nguyên^{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. Di chứng sau viêm não chủ

yếu là các di chứng vận động gây trở ngại cho sinh hoạt hàng ngày của trẻ. Việc phục hồi các di chứng là hết sức cần thiết để trẻ có thể tiếp tục phát triển và tái hòa nhập xã hội. 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.

Điều trị phục hồi di chứng sau viêm não, ngoài các phương pháp dùng thuốc, phục hồi chức năng thì chăm sóc điều dưỡng và xoa bóp bấm huyệt (XBBH) hàng ngày của điều dưỡng rất quan trọng, đặc biệt cần thiết nhất là ở giai đoạn sau cấp của bệnh³. Chăm sóc điều dưỡng tốt kết hợp XBBH hàng ngày góp phần nâng cao hiệu quả điều trị phục hồi các chức năng sau di chứng viêm não, đặc biệt đối với việc phục hồi các di chứng về vận động của trẻ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chăm sóc điều dưỡng kết hợp xoa bóp bấm huyệt đối với phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn 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 Y học cổ truyền Trung ương từ tháng 08/2022 đến tháng 12/2022, 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, không có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu có chủ đích 60 bệnh nhi.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Chọn đối tượng nghiên cứu. Đánh giá tình trạng và mức độ bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Bước 2: Thực hiện quy trình chăm sóc điều dưỡng và xoa bóp bấm huyệt

Quy trình chăm sóc điều dưỡng: Thực hiện y lệnh của bác sĩ; Chăm sóc cơ bản: tư thế thoải mái, tránh các tư thế gây xoắn vặn, lệch trục, bên liệt hướng ra ngoài, 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.

Quy trình xoa bóp bấm huyệt: theo quy trình XBBH của Bộ y tế năm 2013 (số 792/QĐ- BYT ngày 12/3/2013)⁴: Thực hiện các thủ thuật XBBH được chỉ định trong phục hồi vận động ở trẻ di chứng viêm não: xoa, day, lăn, bóp, vờn, vê, bấm huyệt và vận động khớp tại các chi bên liệt. Mỗi thủ thuật làm 3 - 5 lần trên vùng chi liệt. Thời gian 20-30 phút/lần x 1 lần/ngày x 5 ngày/tuần.

Liệu trình 6 tuần.

Bước 3: Đánh giá hiệu quả sau 6 tuần.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu: Mức độ cải thiện độ liệt và trung bình độ liệt theo Henry sau can thiệp; Mức độ cải thiện chỉ số phát triển vận động thô và vận động tinh tế theo test Denver II sau can thiệp; Các triệu chứng lâm sàng của trẻ di chứng viêm não: tình trạng ý thức, rối loạn nuốt, rối loạn cơ tròn, rối loạn thần kinh thực vật.

Phương pháp đánh giá:

- Đánh giá mức độ liệt vận động theo thang điểm Henry: 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 cơ cơ nhẹ; Liệt độ 5 (hoàn toàn): không còn biểu hiện cơ cơ.

- Đánh giá và so sánh điểm Henry trung bình trước và sau can thiệp.

- Đánh giá chỉ số phát triển về vận động theo test Denver II (DQ) trước và sau can thiệp ở hai khu vực: vận động thô, vận động tinh tế:

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

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: $DQ < 30\%$.

- Đánh giá sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp: Tình trạng ý thức chia 4 mức độ: Chưa nhận biết xung quanh; Tỉnh, biết lạ quen; Tỉnh, nhận biết chậm; Tỉnh, nhận biết tốt. Rối loạn nuốt chia 4 mức độ: Ăn qua sonde dạ dày; Nuốt chậm, chỉ nuốt lỏng;

Nuốt chậm, chỉ nuốt đặc; Nuốt bình thường. Rối loạn cơ tròn chia 3 mức độ: Đại tiểu tiện không tự chủ; Đại tiểu tiện lúc tự chủ lúc không; Đại tiểu tiện tự chủ.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, phần mềm SPSS 16.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài được tiến hành nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe con người và tìm kiếm phương pháp điều trị mới, không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Đề tài chỉ được tiến hành khi được hội đồng khoa học thông qua đề cương trường đại học Thăng Long phê duyệt. Bố mẹ bệnh nhi được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, hiểu rõ phương pháp can thiệp sử dụng. Can thiệp chỉ tiến hành khi được sự đồng ý của bố hoặc mẹ bệnh nhi và họ có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lí do nào. Kết quả nghiên cứu liên quan đến cá nhân được tôn trọng, đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả cải thiện triệu chứng liệt vận động theo phân loại của Henry

Bảng 1. Thay đổi mức độ liệt vận động theo thang điểm Henry trước và sau can thiệp (CT)

| Độ liệt | Nhóm Số lượng bệnh nhi (n = 60) | | | |
|-------------|---------------------------------|------|--------|------|
| | Trước CT | | Sau CT | |
| | n | % | n | % |
| Không liệt | 0 | 0 | 8 | 13,3 |
| Liệt độ I | 2 | 3,3 | 28 | 46,7 |
| Liệt độ II | 22 | 36,7 | 22 | 36,7 |
| Liệt độ III | 20 | 33,3 | 2 | 3,3 |
| Liệt độ IV | 16 | 26,7 | 0 | 0 |
| Liệt độ V | 0 | 0 | 0 | 0 |
| p | < 0,05 | | | |

Độ liệt sau can thiệp cải thiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau can thiệp không có bệnh nhi liệt độ IV, V. Có 8 bệnh nhi phục hồi vận động hoàn toàn (chiếm 13,3%).

Bảng 2. Trung bình độ liệt theo phân loại của Henry trước và sau can thiệp

| Thời điểm | Mức độ liệt trung bình | p |
|---------------------------------------|------------------------|--------|
| Trước CT ($\bar{X}_{T0} \pm SD$) | 2,83 ± 0,87 | < 0,05 |
| Sau CT ($\bar{X}_{T6} \pm SD$) | 1,3 ± 0,75 | |

Độ liệt trung bình trước can thiệp là $2,83 \pm 0,87$, sau can thiệp giảm xuống còn $1,3 \pm 0,75$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Hiệu quả cải thiện chỉ số phát triển về vận động theo test Denver II

Bảng 3. Thay đổi chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô trước và sau can thiệp

| Chỉ số phát triển | Số lượng bệnh nhi (n = 60) | | | |
|-------------------|----------------------------|----|--------|------|
| | Trước CT | | Sau CT | |
| | n | % | n | % |
| Bình thường | 0 | 0 | 26 | 43,3 |
| Chậm nhẹ | 12 | 20 | 16 | 26,7 |
| Chậm vừa | 12 | 20 | 14 | 23,3 |
| Chậm nặng | 36 | 60 | 4 | 6,7 |
| p | < 0,05 | | | |

Ở khu vực vận động thô sau 6 tuần can thiệp có sự cải thiện rõ rệt, sự cải thiện chỉ số phát triển ở các mức độ đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Chỉ số phát triển ở khu vực vận động tinh tế sau can thiệp**Bảng 5. Thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp**

| Triệu chứng | Số lượng bệnh nhi (n = 60) | | | |
|----------------------|-------------------------------------|------|--------|------|
| | Trước CT | | Sau CT | |
| | n | % | n | % |
| Ý thức | Chưa nhận biết | | | |
| | 32 | 53,3 | 2 | 3,3 |
| | Tỉnh, biết lạ quen | | | |
| | 18 | 30 | 30 | 50 |
| | Tỉnh, tiếp xúc chậm | | | |
| 6 | 10 | 8 | 13,3 | |
| Tỉnh, tiếp xúc tốt | | | | |
| 4 | 6,7 | 20 | 33,4 | |
| $p < 0,05$ | | | | |
| Rối loạn nuốt | Nuôi ăn qua sonde | | | |
| | 12 | 20 | 2 | 3,3 |
| | Nuốt chậm, chỉ nuốt lỏng được | | | |
| | 8 | 13,3 | 2 | 3,3 |
| | Nuốt chậm, ăn đặc được | | | |
| 30 | 50 | 22 | 36,7 | |
| Nuốt bình thường | | | | |
| 10 | 16,7 | 34 | 56,7 | |
| $p < 0,05$ | | | | |
| Rối loạn cơ tròn | Đại tiểu tiện không tự chủ | | | |
| | 44 | 73,4 | 32 | 53,3 |
| | Đại tiểu tiện lúc tự chủ, lúc không | | | |
| | 8 | 13,3 | 10 | 16,7 |
| Đại tiểu tiện tự chủ | | | | |
| 8 | 13,3 | 18 | 30 | |
| $p < 0,05$ | | | | |

Tình trạng ý thức trước can thiệp có 53,3% trẻ chưa nhận biết xung quanh, sau can thiệp còn 3,3% ($p < 0,05$); Rối loạn nuốt cũng được cải thiện và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, trước can thiệp có 20% trẻ phải ăn qua sonde dạ dày, sau can thiệp chỉ còn 3,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả cải thiện triệu chứng liệt vận động theo phân loại của Henry. Sau can thiệp độ liệt theo Henry giảm đi rõ rệt. Trước can thiệp, độ liệt tập trung ở độ II, III, IV (96,7%), chỉ có 3,3% liệt độ I. Sau can thiệp độ liệt tập trung ở độ I, II (83,4%) (Bảng 1). Độ liệt trung bình trước can thiệp là $2,83 \pm 0,87$, sau can thiệp độ liệt trung bình là $1,3 \pm 0,93$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 2). Có thể thấy, XBBH kết hợp chăm sóc điều dưỡng có tác dụng tốt trong phục hồi chức năng vận động cho

| Chỉ số phát triển | Số lượng bệnh nhi (n = 60) | | | |
|-------------------|----------------------------|------|--------|------|
| | Trước CT | | Sau CT | |
| | n | % | n | % |
| Bình thường | 0 | 0 | 22 | 36,7 |
| Chậm nhẹ | 8 | 13,3 | 10 | 16,7 |
| Chậm vừa | 10 | 16,7 | 12 | 20 |
| Chậm nặng | 42 | 70 | 16 | 26,7 |
| p | < 0,05 | | | |

Ở khu vực vận động tinh tế, trước can thiệp có 70% bệnh nhi có chỉ số phát triển ở mức chậm nặng, sau can thiệp chỉ còn 26,7%. Sự cải thiện chỉ số phát triển ở các mức độ và đều có ý nghĩa với $p < 0,05$.

3.3. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhi di chứng viêm não sau can thiệp

trẻ sau viêm não.

Theo YHCT, viêm não là do ôn nhiệt tà xâm nhập vào cơ thể làm tổn thương tân dịch, ảnh hưởng đến dinh dưỡng của cân cơ gây nên các chứng liệt vận động. XBBH sử dụng huyết trên kinh Dương minh là kinh đa khí đa huyết, làm cho khí huyết vận hành, kinh lạc thông suốt, giúp tay chân cử động, trị các chứng liệt. Ngoài ra XBBH các huyết Giáp tích cổ và thắt lưng - đây là nơi thoát ra của các rễ thần kinh sẽ kích thích khả năng vận động của các chi.

Công tác chăm sóc điều dưỡng đối với triệu chứng liệt vận động của trẻ có vai trò quan trọng. Theo dõi diễn biến các triệu chứng liệt vận động, chăm sóc tốt giúp giảm các biến chứng khi liệt vận động. Như vậy chăm sóc điều dưỡng kết hợp XBBH đã có tác dụng hỗ trợ rất nhiều trong quá trình phục hồi chức năng vận động của trẻ.

4.2. Hiệu quả cải thiện chỉ số phát triển

về vận động theo test Denver II. Sự cải thiện chỉ số phát triển ở khu vực vận động thô sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số bệnh nhi trở về mức bình thường sau 6 tuần nghiên cứu là 43,3% (Bảng 3). Kết quả trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc (20%)⁵. Sự khác biệt này có thể do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, hệ thần kinh đã phát triển hoàn thiện hơn nên kết quả phục hồi vận động cũng tốt hơn.

Chỉ số phát triển vận động tinh tế sau điều trị của trẻ nhi về mức bình thường là 36,7% (Bảng 4). Sự phục hồi các vận động thô thường sớm hơn so với vận động tinh tế. Sự phục hồi của các vận động tinh tế thường chậm hơn và kéo dài về sau. Thời gian nghiên cứu của chúng tôi tương đối ngắn, nhưng cũng có thể thấy sau 6 tuần can thiệp vận động tinh tế của trẻ đã có sự cải thiện đáng kể.

4.3. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhi di chứng viêm não sau can thiệp. Các triệu chứng lâm sàng của trẻ di chứng viêm não đã cải thiện rõ rệt. Tình trạng ý thức: Trước can thiệp có 32 bệnh nhi (53,3%) chưa nhận biết được, sau can thiệp chỉ còn 2 bệnh nhi (3,3%) ($p < 0,05$). Qui trình XBBH chúng tôi sử dụng các huyết Bách hội sẽ làm thông dương, khai quan tiết, làm thanh tinh đầu não; Tứ thần thông có tác dụng khai khiếu tinh thần. Ngoại quan, Hợp cốc và Thái xung là nhóm huyết có tác dụng vận hành khí huyết, trấn can, trừ phong, chủ trị các chứng điên cuồng, rối loạn ý thức. Can thiệp đã góp phần tác dụng làm khai khiếu tinh thần giúp trẻ dần tỉnh táo trở lại.

Rối loạn nuốt cũng được cải thiện rõ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau can thiệp tỷ lệ trẻ nuốt bình thường là 56,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tú Anh, tỷ lệ điều trị khỏi rối loạn nuốt là 61,5%⁶. Khi XBBH, chúng tôi sử dụng các huyết kích thích vào nhóm cơ ở gốc lưỡi (Thượng liên tuyền, Bàng liên tuyền) để chữa các chứng nói khó, nuốt khó, góp phần cải thiện tình trạng nuốt của bệnh nhi.

Tình trạng rối loạn cơ tròn cũng được cải thiện, sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số trẻ phục hồi hoàn toàn là 33,3%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vinh (70%) và cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Ngọc (20%)^{7,5}.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp xoa bóp bấm huyết kết hợp chăm sóc điều dưỡng có tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi di chứng viêm não. Số bệnh nhi có chức năng vận động trở về bình thường sau can thiệp là 13,3% ($p < 0,05$). Độ liệt trung bình theo Henry giảm từ $2,83 \pm 0,87$ trước điều trị xuống còn $1,3 \pm 0,75$ sau điều trị ($p < 0,05$). Cải thiện chỉ số phát triển theo test Denver II ở cả hai khu vực vận động thô và vận động tinh tế sau điều trị ($p < 0,05$). Ngoài ra còn có tác dụng hỗ trợ cải thiện một số triệu chứng lâm sàng của bệnh nhi di chứng viêm não: rối loạn ý thức, rối loạn phản xạ nuốt, rối loạn cơ tròn ($p < 0,05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Di chứng liệt vận động sau viêm não cần được xoa bóp bấm huyết sớm và chăm sóc điều dưỡng chu đáo toàn diện, đồng thời thực hiện tốt các hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người nhà bệnh nhi để cùng phối hợp điều trị và chăm sóc trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nhật An, Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Phương Hạnh và cộng sự.** (2012). Nghiên cứu căn nguyên viêm não ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 397, 222 – 230.
2. **Paul Lewis.** (2015). Encephalitis. Pediatrics in Review published online, November 15, 2005.
3. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2016). Nhi khoa Y học cổ truyền, NXB Y học, Hà Nội, 71 – 78.
4. **Cục khám chữa bệnh, Bộ Y tế** (2013). Danh mục hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Ban hành theo Quyết định số 792/QĐ - BYT ngày 12 tháng 03 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
5. **Nguyễn Kim Ngọc** (2013). Đánh giá tác dụng của điện châm phối hợp với Lục vị hoàn trong phục hồi chức năng tâm thần – vận động ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Tú Anh** (2001). Nghiên cứu tác dụng của điện châm phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhi viêm não Nhật Bản sau giai đoạn cấp, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân Y, Hà Nội.
7. **Nguyễn Thị Vinh** (2014). Đánh giá tác dụng của Tri bá địa hoàng thang trong phục hồi chức năng tâm trí - vận động ở bệnh nhi viêm não sau giai đoạn cấp, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.