

cứng để đuối theo đường rò đến lỗ tịt. Tuy nhiên trường hợp của chúng tôi có đường rạch cạnh mũi để lấy bỏ cả phần lỗ rò ở gốc mũi rất gần với trần sàng, nên chúng tôi đặt optic nội soi ngay tại vị trí này để tiếp cận tổn thương một cách tốt hơn. Cùng với dưới sự hướng dẫn của nội soi kèm theo định vị (IGS), chúng tôi bóc tách toàn bộ nang rò sống mũi khỏi màng não, sau khi bóc tách hết hoàn toàn chúng tôi kiểm tra lại không có tình trạng tổn thương màng não. Trong quá trình nằm điều trị chúng tôi thấy vết mổ bệnh nhân tiến triển tốt, bệnh không sốt cũng như không có dấu hiệu rò dịch não tủy hay có dấu hiệu khác của màng não. Bệnh nhân sau đó được xuất viện với tình trạng ổn định. Hiện tại sau 3 năm theo dõi bệnh nhân chưa có dấu hiệu tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Nang và đường rò sống mũi là một tổn thương bẩm sinh hiếm gặp, việc phẫu thuật sớm và lấy bỏ toàn bộ đường rò giúp tránh tái phát và biến chứng do nhiễm trùng đường rò. Phẫu thuật lựa chọn đường mũi mở, đường cạnh mũi và phối hợp với nội soi có hướng dẫn của định vị (IGS) là một trong những bước tiến bộ giúp đảm bảo về thẩm mỹ và giảm nguy cơ tai biến do xâm lấn tối thiểu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim JH, Wang JH, Jang YJ.** Excision of a Nasal Dermoid Sinus Cyst via Open Rhinoplasty Approach and Primary Reconstruction Using Tutoplast-Processed Fascia Lata. Clin Exp Otorhinolaryngol. Mar 2010;3(1):48-51. doi:10.3342/ceo.2010.3.1.48
2. **Miller C, Manning S, Bly R.** Surgical management of nasal dermoid lesions. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2019;30(1):16-21.
3. **Hartley B, Eze N, Trozzi M, et al.** Nasal dermoids in children: a proposal for a new classification based on 103 cases at Great Ormond Street Hospital. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2015;79(1):18-22.
4. **Bloom DC, Carvalho DS, Dory C, Brewster DF, Wickersham JK, Kearns DB.** Imaging and surgical approach of nasal dermoids. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2002; 62(2):111-122.
5. **Blake WE, Chow CW, Holmes AD, Meara JG.** Nasal dermoid sinus cysts: a retrospective review and discussion of investigation and management. Annals of plastic surgery. 2006;57(5):535-540.
6. **Wales J, Alinasab B, Fridman-Bengtsson O.** A superficial nasal dermoid cyst excised through a novel horizontal zig-zag incision in a 49-year-old man. Acta Oto-Laryngologica Case Reports. 2020;5(1):28-32.
7. **Hidalgo J, Redett RJ, Soares BP, Cohen AR.** Meet in the middle: a technique for resecting nasocranial dermoids—technical note and review of the literature. Child's Nervous System. 2020;36:477-484.
8. **Santamaria-Gadea A, de los Santos G, Cobeta I, Domínguez-Carames S, Mariño-Sánchez F.** Resection of intracranial nasal dermoid sinus cyst by endoscopic-assisted open rhinoplasty approach. Rhinol Online. 2019; 3(2):59-63.
9. **Purnell CA, Skladman R, Alden TD, Corcoran JF, Rastatter JC.** Nasal dermoid cysts with intracranial extension: avoiding coronal incision through midline exposure and nasal bone osteotomy. Journal of Neurosurgery: Pediatrics. 2019; 25(3):298-304.
10. **Seidel, D. U., & Sesterhenn, A. M. (2016).** Intracranial nasal dermoid sinus cyst: transnasal endoscopic resection by open rhinoplasty approach, with intraoperative video. Journal of Craniofacial Surgery, 27(8), 2110-2112.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TRẺ BẠI NÃO DƯỚI 18 TUỔI Ở MỘT SỐ CƠ SỞ CHĂM SÓC Y TẾ TẠI HÀ NỘI NĂM 2024

Cao Minh Châu¹, Nguyễn Hoàng Diệp¹, Đoàn Ngân Hoa¹, Hà Thúy Ngân¹, Khúc Thị Hồng Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ bại não dưới 18 tuổi ở một số cơ sở y tế tại Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả

¹Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Châu
Email: chau.caominh@phenikaa-uni.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025
Ngày duyệt bài: 01.4.2025

cắt ngang trên 57 trẻ bại não dưới 18 tuổi đang được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng người khuyết tật Thụy An - Ba Vì và Trung tâm Phục hồi chức năng Dung Hòa, Hội gia đình trẻ bại não Việt Nam. Đối tượng được khám theo Phiếu khám bao gồm các thông tin nhân khẩu học và phần khám lâm sàng. **Kết quả:** Đa phần trẻ mắc bại não thể cơ cứng, chiếm 82,4% trong đó chủ yếu là liệt tứ chi (66,7%) cao nhất. Khiếm khuyết khả năng nói là khiếm khuyết phổ biến nhất (47,4%), tiếp theo là chậm phát triển trí tuệ (45,6%), nghe và nhìn (31,6% và 21,5%), thấp nhất là khiếm khuyết về rối loạn cảm xúc hành vi (5,3%).

Phân loại theo GMFCS, trẻ phần lớn ở mức độ từ trung bình đến nặng (III – V) chiếm 89,5%; phân loại theo EDAC, trẻ phần lớn ở mức độ từ nhẹ đến trung bình (I – III) chiếm 77,18%; phân loại theo CFCS, trẻ phần lớn ở mức IV 26,31%; phân loại theo Mini – MACS/MACS trẻ ở mức II (26,3%) là cao nhất. Có đến 45,6% trẻ suy dinh dưỡng, 5,3% trẻ thừa cân, không có trẻ nào mắc béo phì. Co rút, táo bón và viêm phế quản là những biến chứng có tỉ lệ cao nhất trong các nhóm biến chứng. **Kết luận:** Trẻ bại não có đặc điểm lâm sàng đa dạng và ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan với nhiều mức độ khác nhau. Do đó trẻ bại não cần được lượng giá một cách cẩn thận để tránh bỏ sót các khiếm khuyết và các biến chứng trên các hệ cơ quan đặc biệt các biến chứng về dinh dưỡng, táo bón, viêm phế quản từ đó lập được kế hoạch phục hồi chức năng phù hợp, toàn diện. **Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, trẻ em, bại não, Hà Nội.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY UNDER 18 YEARS OLD IN SOME HEALTH FACILITIES IN HANOI IN 2024

Objective: This study aims to describe the clinical characteristics of children with cerebral palsy under 18 years old in some health facilities in Hanoi in 2024. **Methodology:** This cross-sectional descriptive study included 57 participants with cerebral palsy under 18 years old being treating at the Thuy An Rehabilitation Center for People with disabilities in Ba Vi, the Dung Hoa Rehabilitation Center and the Cerebral Palsy Family Association Vietnam. Children were examined according to the Examination Form including general information of the child (age, gender) and clinical examination. **Results:** The majority of children were diagnosed with spastic cerebral palsy, accounting for 82,4%, with spastic quadriplegia being the most prevalent type (66,7%). Speech impairment was the most common (47,4%), followed by intellectual disabilities (45,6%), hearing and vision impairments (31,6% và 21,5%), and the lowest is psychiatric disorders (5,3%). According to the GMFCS classification, most children were at levels from moderate to severe (III–V), comprising 89,5%. Based on the EDAC classification, most children are at mild to moderate level (I – III) accounting for 77,2%. According to the CFCS classification, the majority of children were at level IV (26,3%). The Mini-MACS/MACS classification showed that most children were at level II (26,3%). Up to 45,6% of children are malnourished. 5,3% of children are overweight, no children are obese. Contractures, constipation and bronchitis are the complications with the highest rate in the groups of musculoskeletal complications, digestive and nutritional complications, respiratory complications. **Conclusion:** Children with cerebral palsy exhibit a wide range of clinical characteristics affecting various organ systems to different degrees. Therefore, it is crucial to assess children with cerebral palsy thoroughly to avoid overlooking disabilities and complications, particularly those related to nutrition, constipation, and bronchitis, to develop appropriate and comprehensive rehabilitation plans.

Keywords: Clinical characteristics, children, cerebral palsy, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là khuyết tật phổ biến nhất ở trẻ em, với tỷ lệ mắc là 2 - 3 trường hợp trên 1000 trẻ đẻ sống [4]. Tỷ lệ mắc mới bại não ở Việt Nam vẫn chưa được xác định rõ do Việt Nam chưa có sổ quản lý bại não quốc gia [1], tuy nhiên con số đó có thể cao hơn mức này. Đến nay bại não vẫn là gánh nặng lớn về nhiều mặt với tất cả các nước trên thế giới. Bại não là một thuật ngữ chung mô tả "một nhóm các rối loạn vĩnh viễn về phát triển vận động và tư thế, gây ra các giới hạn về hoạt động do những rối loạn không tiến triển xảy ra trong não bào thai hoặc não ở trẻ nhỏ đang phát triển. Các rối loạn vận động của não thường kèm theo những rối loạn về cảm giác, cảm nhận, nhận thức, giao tiếp và hành vi, động kinh và các vấn đề cơ xương thứ phát." Như vậy trẻ bại não có thể khiếm khuyết nhiều khía cạnh, làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống của trẻ và tăng gánh nặng lên gia đình và xã hội. Hiện nay, các nghiên cứu về dịch tễ học lâm sàng bại não đã cung cấp các dữ liệu cơ sở của bại não và các yếu tố liên quan nhưng hầu hết các nghiên cứu trước đây được thực hiện tại bệnh viện nên kết quả thu được chưa đại diện cho toàn bộ trẻ bại não (do tại bệnh viện tình trạng của trẻ thường nặng hơn tại cộng đồng). Kết quả nghiên cứu này sẽ đóng góp những dữ liệu về trẻ tại cộng đồng, cung cấp thông tin cho giáo dục và đào tạo bác sĩ lâm sàng, chính sách y tế, lập kế hoạch dịch vụ cũng như chẩn đoán và điều trị dựa trên bằng chứng ở Việt Nam. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ bại não dưới 18 tuổi ở một số cơ sở y tế tại Hà Nội năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm trẻ bại não dưới 18 tuổi đang được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng người khuyết tật Thuy An - Ba Vi và Trung tâm Phục hồi chức năng Dung Hòa Hà Đông, Hội gia đình trẻ bại não Việt Nam.

Tiêu chuẩn lựa chọn như sau:

- Trẻ được chẩn đoán xác định là bại não theo hướng dẫn của Bộ Y tế [1].
- Trẻ dưới 18 tuổi đang được theo dõi, điều trị tại Trung tâm PHCN người khuyết tật Thuy An – Ba Vi và Trung tâm Phục hồi chức năng Dung Hòa, Hội gia đình trẻ bại não Việt Nam.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, được sự

đồng ý của cha mẹ hoặc người giám hộ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những đối tượng có bệnh lý khác ảnh hưởng đến đặc điểm lâm sàng của trẻ bại não (như chấn thương sọ não, bệnh lý di truyền...).

2.2. Thiết kế nghiên cứu, chọn mẫu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đề tài được tiến hành nghiên cứu tại Trung tâm Phục hồi chức năng người khuyết tật Thụy An - Ba Vì, Trung tâm Phục hồi chức năng Dung Hòa và Hội gia đình trẻ bại não Việt Nam từ tháng 06 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu. Các biến số và chỉ số nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học của trẻ bại não (giới, tuổi, dân tộc, khu vực sống, gia đình có trẻ bại não khác).

- Phân loại thể bại não theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại não (Quyết định số 5623 /QĐ-BYT): thể co cứng, loạn động, thất điều, phối hợp. Phân loại vùng tổn thương: nửa người, hai chi (trên/dưới), tứ chi.

- Phân loại Hệ thống Phân loại Chức năng Vận động Thô (GMFCS), Hệ thống Phân loại Khả năng Ăn Uống - EDACS, Hệ thống Phân loại Chức năng Giao tiếp (CFCS), Hệ thống Phân loại Khả năng sử dụng tay (Mini-MACS/ MACS) theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại não (Quyết định số 5623 /QĐ-BYT).

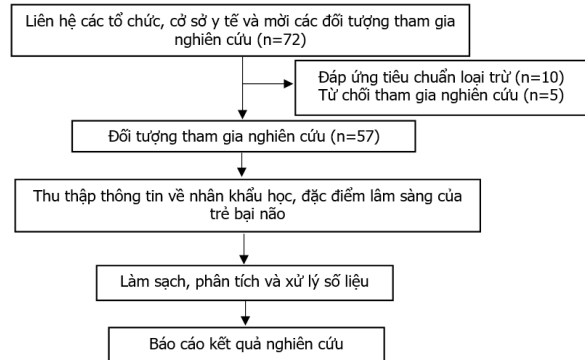
- Khiếm khuyết mắc kèm: Khiếm khuyết về nói, chậm phát triển trí tuệ, khiếm khuyết về nghe, khiếm khuyết về nhìn, động kinh, rối loạn cảm xúc, hành vi.

- Thể trạng: Phân loại BMI Z-score theo từng độ tuổi và giới tính: <-2: suy dinh dưỡng; ≥-2 và ≤+1: bình thường; ≥+1: thừa cân béo phì (theo hướng dẫn bởi WHO).

- Biến chứng cơ xương khớp (VD: gù vẹo cột sống, trật khớp háng), tiêu hóa (VD: táo bón), hô hấp (VD: Viêm phổi).

Số liệu bắt đầu được thu thập từ (03/2024 – 05/2024) bởi các 01 bác sĩ Y khoa và 02 bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng.

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu sử dụng phần mềm STATA 16.0. Các biến được biểu diễn bằng số lượng, tỷ lệ phần trăm (biến định tính) và biểu diễn bằng giá trị trung bình ± SD (biến định lượng).



Sơ đồ nghiên cứu

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Y sinh học Trường Đại học Phenikaa ngày 19/01/2024 (Số 023.10/ĐHP-HDDD). Nghiên cứu tuân thủ các quy định về nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học. Phụ huynh của trẻ sẽ được cung cấp bản cung cấp thông tin về lợi ích và nguy cơ của nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập đều được bảo mật và nhằm mục đích nghiên cứu. Kết quả khám sẽ được phản hồi với đối tượng nghiên cứu và được tư vấn phương pháp điều trị phù hợp nếu có theo nhu cầu. Nghiên cứu nhận được sự đồng ý của Trung tâm Phục hồi chức năng người khuyết tật Thụy An - Ba Vì, Trung tâm Phục hồi chức năng Dung Hòa, Hội gia đình trẻ bại não Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=57)

Đặc điểm	n	%
Giới		
Nam	34	59,6
Nữ	23	40,4
Tuổi (trung vị, min-max)	5 (min=1, max=17)	
Dân tộc		
Kinh	57	100
Khác	0	0
Khu vực sống		
Nông thôn	36	63,2
Thành thị	21	36,8
Gia đình có người bại não khác		
Có	3	5,3
Không	54	94,7
Tổng	57	100

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ ở trẻ bại não tham gia nghiên cứu là 1,5/1, với tuổi trung vị là 5. Số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ trẻ ở vùng nông thôn mắc bại não nhiều hơn trẻ ở thành thị khoảng 1,6 lần, các hộ gia đình chủ yếu không thuộc diện khó khăn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Thể bại não và khiếm khuyết mắc kèm ở đối tượng nghiên cứu (n=57)

Đặc điểm lâm sàng	n	%
Thể bại não		
Co cứng	47	82,4
Loạn động	3	5,3
Thất điều	1	1,8
Phối hợp	6	10,5
Vùng ảnh hưởng		
Nửa người	5	8,8
Hai chi trên/dưới	4	7,0
Tứ chi	38	66,7
Khiếm khuyết mắc kèm		
Khiếm khuyết về nói	27	47,4
Chậm phát triển trí tuệ	26	45,6
Khiếm khuyết về nghe	18	31,6
Khiếm khuyết về nhìn	12	21,1
Động kinh	11	19,3
Rối loạn cảm xúc, hành vi	3	5,3
Tổng	57	100

Nhận xét: Theo số liệu thống kê thể loại bại não trẻ mắc phải đa phần là thể bại não co cứng chiếm 82,4% trong đó chủ yếu là liệt tứ chi (67%) cao nhất.

Khiếm khuyết về khả năng nói là khiếm khuyết phổ biến nhất với tỉ lệ mắc ở các đối tượng nghiên cứu là 47,4%. Các khiếm khuyết thường gặp khác lần lượt là chậm phát triển trí tuệ, khiếm khuyết về nhìn và nghe. Rối loạn cảm xúc hành vi là khiếm khuyết mắc kèm ít nhất ở nhóm đối tượng với tỉ lệ 5,3%.

Bảng 3.3. Phân loại theo GMFCS, EDAC, CFCS, Mini- MACS/MACS

Mức độ Phân loại	I	II	III	IV	V	Tổng
GMFCS		10.5%	15.8%	31.6%	42.1%	100%
EDAC	22.8%	35.1%	19.3%	22.8%	-	100%
CFCS	22.8%	17.6%	14%	26.3%	19.3%	100%
Mini-MACS/MA CS	7%	26.3%	19.3%	24.6%	22.8%	100%

Nhận xét: Theo phân loại GMFCS, phần lớn trẻ ở mức độ từ trung bình đến nặng (III – V) chiếm 89,5%, trong đó cao nhất mức độ 5 chiếm 42,1%. Theo phân loại EDAC, phần lớn trẻ ở mức độ từ nhẹ đến trung bình (I - III) chiếm 77,2%, cao nhất là mức 2 chiếm 35,1%. Phân loại theo CFCS, trẻ ở mức IV chiếm tỉ lệ cao nhất là 26,3%. Phân loại theo Mini – MACS/MACS trẻ ở mức II (26,3%) chiếm tỉ lệ cao nhất.

Bảng 3.4. Thể trạng của đối tượng nghiên cứu

Thể trạng	n	%
Suy dinh dưỡng	26	45,6
Bình thường	28	49,1
Thừa cân	3	5,3
Tổng	57	100

Nhận xét: Trong 57 trẻ, có 26 trẻ suy dinh dưỡng chiếm 45,6%, 3 trẻ thừa cân (5,3%), không có trẻ nào mắc béo phì.

Bảng 3.5. Đặc điểm biến chứng của đối tượng nghiên cứu

Biến chứng	n	%
Cơ xương khớp		
Trật khớp háng	2	3,5
Vẹo cột sống	10	17,6
Co rút	30	52,6
Tiêu hóa và dinh dưỡng		
Chậm lớn	11	19,3
Táo bón	26	45,6
Các vấn đề về răng miệng	22	38,6
Hô hấp		
Viêm phổi hít sặc	6	10,5
Viêm phế quản	16	28,1
Vấn đề hô hấp khác	14	24,6

Nhận xét: Trong nhóm biến chứng cơ xương khớp, co rút là biến chứng thường gặp nhất với 52,6% trẻ mắc. Trong nhóm biến chứng tiêu hóa và dinh dưỡng, tỉ lệ trẻ táo bón cao nhất chiếm 45,6%. Tương tự, biến chứng viêm phế quản là biến chứng gặp nhiều nhất trong các biến chứng về hô hấp chiếm 28,1%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 57 trẻ bại não dưới 18 tuổi, với tuổi trung vị là 5, tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1. Phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc vùng nông thôn, dân tộc Kinh 100%, có 92,9% gia đình không thuộc diện khó khăn. Nghiên cứu này của chúng tôi cung cấp thông tin về đặc điểm lâm sàng của trẻ bại não dưới 18 tuổi tại một số cơ sở Phục hồi chức năng tại Hà Nội, từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp và hỗ trợ kịp thời.

Dữ liệu thu thập được cho thấy tỷ lệ của thể bại não co cứng chiếm tỉ lệ cao nhất với 82,5%, trong nhóm co cứng, có 68% trẻ liệt tứ chi. Tiếp đến tỉ lệ trẻ bại não thể phối hợp và loạn động lần lượt là 10,5% và 5,3%, trẻ bại não thể thất điều chiếm tỉ lệ thấp nhất với 1,8%. Theo tác giả Dilip R. Patel (2020) trong các thể bại não thì tỉ lệ của các bại não co cứng liệt hai chi dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (35%), liệt nửa người (25%) sau đó là liệt tứ chi (20%) [5]. Tỷ lệ này khác biệt với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do mẫu và cỡ mẫu khác nhau. Tuy nhiên cũng theo nhóm tác giả này, thể co cứng là thể

bại não hay gặp nhất với khoảng 80%, tỉ lệ này xấp xỉ với kết quả của chúng tôi. Tỷ lệ của các thể loạn động và thể thất điều trong nghiên cứu của chúng tôi và của Dilip E.Patel đều thấp hơn khá nhiều so với thể co cứng. Điều này có ý nghĩa trong định hướng chẩn đoán đồng thời trong việc phát triển nhân lực phục hồi chức năng cho trẻ bại não. Các bác sĩ, kỹ thuật viên điều trị cho trẻ bại não bắt buộc phải thành thạo kỹ thuật phục hồi chức năng cho trẻ thể co cứng.

Về các khiếm khuyết mắc kèm, khiếm khuyết về khả năng nói là phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 47,4%. Khiếm khuyết về nhìn và nghe cũng là những khiếm khuyết thường gặp ở trẻ bại não với tỉ lệ lần lượt là 21,5% và 31,6%. Tỷ lệ trẻ bại não bị chậm phát triển trí tuệ trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,6%. So với nghiên cứu tác giả Viswanath M và cộng sự thực hiện trên 436 trẻ vào năm 2023, tỷ lệ trẻ bại não có khiếm khuyết về nghe là 30% khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi[8]. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ bại não có khiếm khuyết về nhìn (93,2%) và khiếm khuyết về trí tuệ (88,8%) của nghiên cứu này cao hơn nhiều. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ. Từ các phân tích về khiếm khuyết đi kèm cho thấy bại não ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của trẻ và tạo ra những thách thức lớn cho gia đình và người chăm sóc trong việc hỗ trợ trẻ phát triển tối đa khả năng của mình. Trong số đối tượng nghiên cứu 19,3% trẻ em có động kinh. Như vậy việc phối hợp điều trị đa chuyên khoa cho trẻ bại não là cần thiết. Khiếm khuyết về rối loạn cảm xúc hành vi, mặc dù có tỷ lệ thấp nhất là 5,3%, nhưng cần được đánh giá và không thể bị bỏ qua.

Về phân loại chức năng vận động thô theo GMFCS cho thấy đa số trẻ ở mức trung bình đến nặng, với mức độ III - V chiếm 89,5%, mức I chiếm tỉ lệ thấp nhất là 10,5%. Phân loại khả năng sử dụng tay của trẻ bại não theo MAC/Mini-MAC cho thấy có rất ít trẻ bại não có thể thao tác bằng tay với đồ vật dễ dàng và thành công, phần lớn trẻ ở mức II (26,3%). Khi đánh giá trẻ theo Phân loại khả năng ăn uống theo EDAC cũng cho thấy một tỷ lệ đáng kể trẻ em ở mức độ nhẹ đến trung bình, với mức II chiếm 35,1%. Kết quả đánh giá trẻ theo phân loại Chức năng giao tiếp (CFCS) là tỉ lệ trẻ ở mức IV-V chiếm 45,6%. Như vậy, khi đánh giá trẻ theo các thang điểm, chúng tôi thấy rằng đa số trẻ bại não có hạn chế về khả năng vận động thô, khả năng sử dụng tay và khả năng giao tiếp từ trung bình đến nặng.

Về thể trạng trẻ bại não, suy dinh dưỡng là

một vấn đề lớn, tỉ lệ trẻ bại não suy dinh dưỡng chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,6%. Theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Bảo Ngọc, tỉ lệ suy dinh dưỡng của trẻ bại não là 65,3% (trong đó suy dinh dưỡng thể thấp còi là 45,3% và suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 20%)[2]. Như vậy, rất nhiều trẻ bại não bị suy dinh dưỡng với các mức độ khác nhau. Điều này có thể do các bà mẹ, hay người chăm sóc chưa có kỹ năng cho trẻ bại não ăn uống hoặc trẻ bị rối loạn nuốt, hấp thu kém. Do vậy, người chăm sóc và nhân viên y tế cần chú trọng chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ bại não.

Về các biến chứng thường gặp ở trẻ bại não, từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, biến chứng co rút là biến chứng thường gặp nhất (52,6%) theo sau đó là biến chứng táo bón (45,6%) và thứ 3 là biến chứng viêm phế quản (28,1%). Đây là cũng là ba biến chứng hay gặp nhất trong ba nhóm: bệnh lý cơ xương khớp, tiêu hoá và hô hấp. So với nghiên cứu của một số tác giả, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng. Cụ thể, tỉ lệ co rút chi trên ở trẻ bại não là 34% (theo nghiên cứu của J.Hedberg-Graff và CS 2018)[6], co rút chi dưới chiếm tỉ lệ 44% (theo NC của Erika Cloodt và CS 2022)[3]; biến chứng táo bón gặp với tỉ lệ 93,9% trẻ mắc và nhiễm trùng đường hô hấp tỉ lệ mắc là 19,3% (theo NC của Kana và CS 2022)[7]. Nhìn chung, tỷ lệ của mỗi loại biến chứng liên quan đến thể bại não, mức độ nặng, điều kiện kinh tế gia đình, sự quan tâm của gia đình cũng như can thiệp y tế. Vì vậy, gia đình, người chăm sóc cần chú ý các biện pháp dự phòng, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời tránh các biến chứng nặng lên.

V. KẾT LUẬN

Trẻ bại não có đặc điểm lâm sàng hết sức đa dạng và ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan với nhiều mức độ khác nhau. Do vậy trẻ bại não cần được lượng giá một cách cẩn thận để tránh bỏ sót các khiếm khuyết và các biến chứng trên các hệ cơ quan đặc biệt các biến chứng về dinh dưỡng, táo bón, viêm phế quản từ đó lập được kế hoạch phục hồi chức năng phù hợp, toàn diện.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Trường đại học Phenikaa đã tài trợ cho nghiên cứu, Trung tâm PHCN người khuyết tật Thụy An – Ba Vì và Trung tâm Phục hồi chức năng Dung Hòa, Hội gia đình trẻ bại não Việt Nam đã tạo điều kiện giúp đỡ trong quá trình thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại não, Bộ Y Tế, Editor. 2018:

- Hà Nội. p. 102.
2. **Trịnh Bảo Ngọc, Đào Thị Thu Hồng**, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhi bại não từ 6 đến 12 tuổi tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương năm 2021-2022, Luận văn Thạc sĩ (2022), Đại học Y Hà Nội.
 3. **Cloudt, E., Lindgren, A., Lauge-Pedersen, H. et al.** Trình tự phát triển cơ cứng gập ở chi dưới: phân tích theo chiều dọc của 1.071 trẻ em bị bại não. *BMC Musculoskelet Disord* 23, 629 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05548-7>
 4. **Colver, A., C. Fairhurst, and P.O. Pharoah**, Cerebral palsy. *Lancet*, 2014. 383(9924): p. 1240-9.
 5. **Dilip R. Patel, et al**, Cerebral palsy in children: a clinical overview, *Transl Pediatr* 2020;9(Suppl 1):S125-S135 | <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2>
 6. **Hedberg-Graff, Jenny, et al.** "Upper-limb contracture development in children with cerebral palsy: a population-based study." *Developmental Medicine & Child Neurology* 61.2 (2019): 204-211.
 7. **Kana C A N, Deugoue R B, Dongmo F N, Enyama D, Noukeu D, Mah E, Kago D, Mbonda E, Nguefack S.** Comorbidities in Children with Cerebral Palsy. *Pediatr Oncall J.* 2022;19: 79-85. doi: 10.7199/ped.oncall.2022.37
 8. **Viswanath M, Jha R, Gambhirao AD, et al.** Comorbidities in children with cerebral palsy: a single-centre cross-sectional hospital-based study from India. *BMJ Open* 2023; 13:e072365. doi:10.1136/bmjopen-2023-072365

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 4 NĂM 2023

Dương Ngọc Quỳnh Như¹, Sơn Thái Vĩnh¹, Nguyễn Thị Thuỳ Dung², Đỗ Thành Tuấn¹, Nguyễn Thị Khánh Hoà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa là cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất với phương pháp điều trị tiêu chuẩn là phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Quận 4. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 132 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa từ 1/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 40 ± 15 tuổi, 72% có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Số lượng bạch cầu tăng chiếm 83%, bạch cầu chuyển trái chiếm 78%, kích thước ruột thừa trên hình ảnh học trung bình $9,76 \pm 2,17$ mm. Chẩn đoán trước mổ: viêm ruột thừa cấp - hoại tử 88%, viêm phúc mạc khu trú do viêm ruột thừa hoại tử 9,1%, áp xe ruột thừa 3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 81 ± 27 phút, thời gian nằm viện trung bình $4,81 \pm 1,03$ ngày. Biến chứng sau mổ 3% (không có ca tử vong hay mổ lại). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là phương pháp điều trị khả thi, an toàn, hiệu quả trong điều trị viêm ruột thừa với thời gian nằm viện ngắn, tỉ lệ biến chứng thấp. **Từ khoá:** Viêm ruột thừa, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, kết quả, bệnh viện Quận 4

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR APPENDICITIS

¹Bệnh viện Quận 4

²Trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Dương Ngọc Quỳnh Như

Email: dnqnhu.cki.ngoaitq23@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025

AT DISTRICT 4 HOSPITAL IN 2023

Background: Acute appendicitis is one of the most common surgical emergencies, with laparoscopic appendectomy being the standard treatment. Evaluating the effectiveness of this technique in local hospitals is essential for optimizing patient outcomes. **Objectives:** To investigate the clinical and paraclinical characteristics and assess the early outcomes of laparoscopic appendectomy in the management of acute appendicitis at District 4 Hospital in 2023. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 132 patients who underwent laparoscopic appendectomy from January 2023 to December 2023. **Results:** mean age: 40 ± 15 year, nutritional status: 72% of patients had a normal BMI. Paraclinical findings: Leukocytosis was observed in 83% of cases, and left-shifted neutrophils in 78%. Mean appendix diameter on imaging was $9,76 \pm 2,17$ mm. Preoperative diagnosis: Acute appendicitis with necrosis (88%), localized peritonitis due to necrotic appendicitis (9,1%), and appendiceal abscess (3%). Mean operative time: 81 ± 27 minutes. Mean hospital stay: $4,81 \pm 1,03$ days. complications: 3% (no cases of mortality or reoperation). **Conclusion:** Laparoscopic appendectomy is a safe and effective treatment for acute appendicitis at District 4 Hospital. This approach reduces hospital stay and has a low complication rate, supporting its widespread application in clinical practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau bụng cấp tính cần can thiệp phẫu thuật khẩn cấp. Theo các nghiên cứu dịch tễ học, xuất độ viêm ruột thừa là 5,7-50/100000 dân/năm, đỉnh cao là lứa tuổi lao động[1]. Điều trị tiêu chuẩn cho bệnh lý này là phẫu thuật cắt ruột thừa sau khi chẩn đoán được xác lập. Hiện nay, có hai phương pháp