

sốt sỏi là 100% và ở nhóm không sỏi sỏi là 53,2%. Như vậy, sỏi sỏi có liên quan với tỷ lệ TPS với độ tin cậy 91% ($p=0,000 < 0,01$). Điều này được giải thích do sỏi sỏi làm cản trở lưu thông dịch mật, gây nhiễm khuẩn đường mật và tạo thêm sỏi mới, đây là vòng xoắn bệnh lý trong sỏi mật. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Min-Ho Huang 2003, nghiên cứu cho thấy rằng lấy sạch sỏi trong quá trình tán sỏi là cần thiết do tỷ lệ sỏi tái phát và ung thư đường mật thấp hơn ở những bệnh nhân còn sỏi sỏi (16,2% so với 44,3% trong sỏi tái phát và 0,7% so với 6,6% trong ung thư đường mật) và cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Bảo Long 2003.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hẹp đường mật, viêm đường mật, tổn thương gan, xơ gan, phân bố sỏi là các yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát sỏi ở bệnh nhân sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. Vì vậy đánh giá các yếu tố trên trước điều trị là cần thiết để tiên lượng hiệu quả lâu dài và đưa ra kế hoạch điều trị để giảm tỷ lệ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cường, L.V.** Thành phần hóa học của 110 mẫu sỏi mật ở người Việt Nam phân tích bằng quang phổ hồng ngoại và raman. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học. 1999.

2. **Tyson GL, El-Serag HB.** Risk factors for cholangiocarcinoma. *Hepatology* 2011; 54(1):173-184. doi:10.1002/hep.24351
3. **Ong GB.** A study of recurrent pyogenic cholangitis. *Arch Surg Chic Ill* 1960. 1962;84:199-225. doi:10.1001/archsurg.1962.01300200047004
4. **Khôi, L.N.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi trong gan bằng phẫu thuật nội mật - da với đoạn ruột biệt lập và nội mật - ruột - da. *Gan -- Phẫu thuật*. 2015:138.
5. **Cappelli A, Mosconi C, Cucchetti A, et al.** Outcomes following percutaneous treatment of biliary stones. *HPB*. 2019;21(8):1057-1063. doi:10.1016/j.hpb.2018.12.007
6. **Hong KS, Noh KT, Min SK, Lee HK.** Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. *Korean J Hepato-Biliary-Pancreat Surg*. 2011;15(3): 139-145. doi: 10.14701/ kjhbps. 2011.15.3.139
7. **Lujian P, Xianneng C, Lei Z.** Risk factors of stone recurrence after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for common bile duct stones. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(27): e20412. doi:10.1097/MD.00000000000020412
8. **Nakayama F, Soloway RD, Nakama T, et al.** Hepatolithiasis in East Asia. Retrospective study. *Dig Dis Sci*. 1986;31(1):21-26. doi: 10.1007/BF01347905
9. **Đình Khánh Đ.** Đánh giá kết quả tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. *Tiêu Hóa*. Published online 2021.
10. **Lee SK, Seo DW, Myung SJ, et al.** Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointest Endosc*. 2001;53(3):318-323. doi: 10.1016/s0016-5107(01)70405-1

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG ĐAU MẠN TÍNH SAU PHẪU THUẬT VÚ VỚI CÁC DÂY THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÀ Ý NGHĨA LÂM SÀNG

Hoàng Mạnh Ninh¹

TÓM TẮT

Hội chứng đau sau phẫu thuật vú (PBSPS) là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vú, có tỷ lệ được báo cáo trong khoảng 20-60%. PBSPS là cơn đau xảy ra sau bất kỳ cuộc phẫu thuật vú nào; có mức độ nghiêm trọng ít nhất là vừa phải; có những tính chất của bệnh lý thần kinh; nằm ở thành ngực/vú, nách và/hoặc cánh tay cùng bên; kéo dài ít nhất 6 tháng; xảy ra ít nhất 50% thời gian; và có thể trầm trọng hơn do chuyển động của cơ vai. PBSPS có liên quan chặt chẽ với các dây thần kinh ngoại biên chi phối thành ngực và phần trên cánh tay. Tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật, các dây thần kinh khác

nhau sẽ bị ảnh hưởng theo những cách khác nhau. Hiểu được mối quan hệ này giúp các bác sĩ lâm sàng lên kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân mắc PBSPS. **Từ khóa:** Hội chứng đau sau phẫu thuật vú, dây thần kinh ngoại biên, phẫu thuật vú.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC POST BREAST SURGERY PAIN SYNDROME AND PERIPHERAL NERVE, CLINICAL SIGNIFICANCE

Post breast surgery pain syndrome (PBSPS) is one of the common complications after breast surgery, is reported to range between 20-60%. PBSPS is pain that occurs after any breast surgery; is of at least moderate severity; possesses neuropathic qualities; is located in the ipsilateral breast/chest wall, axilla, and/or arm; lasts at least 6 months; occurs at least 50% of the time; and may be exacerbated by movements of the shoulder girdle. PBSPS is closely related to the peripheral nerves that innervate the chest wall and upper arm. Depending on the surgical

¹Bệnh viện Bưu điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

method, different nerves are affected in different ways. Understanding this relationship helps clinicians plan appropriate treatment for patients with PBSPS.

Keywords: Post breast surgery pain syndrome, peripheral nerves, breast surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ hội chứng đau sau cắt bỏ vú (Post-Mastectomy Pain Syndrome) được bắt đầu sử dụng vào năm 1986 nhằm chỉ những đau đớn khi can thiệp cắt vú^{1,2}. Hiệp hội nghiên cứu đau quốc tế (IASP) định nghĩa đó là cơn đau dai dẳng sau khi cắt bỏ vú hoặc khối u ở vùng ngực trước, nách hoặc là cánh tay trên.³ Tuy nhiên, cơn đau sau phẫu thuật vú không chỉ giới hạn ở bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ vú mà còn liên quan đến các loại phẫu thuật khác như: tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, phẫu thuật thẩm mỹ vú và phẫu thuật thu gọn vú⁴⁻⁷. Do đó, một số nghiên cứu đã sử dụng thuật ngữ Hội chứng đau sau phẫu thuật vú (Post breast surgery pain syndrome - PBSPS) để chỉ tổng quát hơn về bệnh cảnh này. Năm 1993, Dini và cộng sự (CS) đã dùng Capsaicin ở các bệnh nhân có PBSPS nhằm tác động lên đầu tận của các sợi thần kinh không myelin và đưa ra các giả thiết về mối liên quan giữa bệnh cảnh này với các dây thần kinh ngoại biên⁸.

Ở Việt Nam, cùng sự tăng nhu cầu thẩm mỹ cũng như số ca mắc ung thư vú mà số trường hợp phẫu thuật vú cũng tăng theo, tuy nhiên các nghiên cứu về PBSPS còn hạn chế, vì vậy các bác sĩ phẫu thuật có xu hướng xem nhẹ hội chứng này dẫn đến điều trị chưa thỏa đáng. Do đó, chúng tôi thực hiện bài viết này với mục đích nghiên cứu nguyên nhân cơ bản do thần kinh ngoại biên gây ra PBSPS nhằm cải thiện triệu chứng của bệnh nhân trên lâm sàng.

II. ĐỊNH NGHĨA

Chưa có định nghĩa rõ ràng hay được thống nhất dành cho PBSPS. Waltho và Rockwell đã tổng kết 23 nghiên cứu trước đó và đưa ra bảy dấu hiệu để chẩn đoán PBSPS: đau sau phẫu thuật vú; bệnh lý thần kinh; mức độ đau từ vừa phải trở lên theo thang điểm đo đau; đau ít nhất 6 tháng; các triệu chứng xảy ra ít nhất 12 tiếng mỗi ngày, tối thiểu 4 ngày mỗi tuần; đau ít nhất ở các vị trí sau: vú, thành ngực, nách hoặc cánh tay bên phẫu thuật; đau tăng khi cử động⁹. Các tiêu chí này đã giúp các nhà khoa học chuẩn hóa các trường hợp PBSPS cả ở thực hành lâm sàng và nghiên cứu. Các đặc điểm của cơn đau được quan tâm như: loại đau, mức độ đau, vị trí, thời gian, tần suất. Ngoài ra Jung và CS đã đề xuất

phân loại đau thần kinh sau phẫu thuật vú¹⁰:

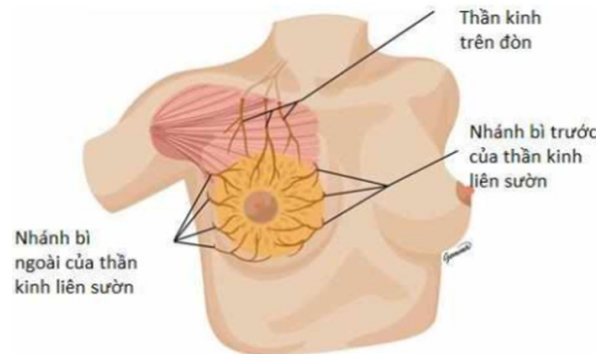
I: Đau vú ảo: Bệnh nhân cảm giác mô vú đã bị cắt bỏ vẫn còn tồn tại.

II: Chấn thương dây thần kinh liên sườn cánh tay (TKLSCT)

III: Sự hình thành khối u dây thần kinh, Nguyên nhân do các sợi trục có thể bị mắc kẹt trong các sẹo xơ tại vùng phẫu thuật dẫn đến hình thành các khối u thần kinh gây đau đớn.

III. THẦN KINH NGOẠI BIÊN CHI PHỐI VÙNG VÚ

Chi phối cảm giác cho vú: Phần trên tuyến vú do dây thần kinh trên đòn chi phối. Dây này được tạo thành do sự kết hợp của nhánh thứ 3 và thứ 4 của đám rôi cổ. Phần giữa vú bao gồm quầng núm vú do các nhánh bì trước của các dây thần kinh liên sườn (TKLS) từ thứ 2 đến 7 chi phối. Đặc biệt cảm giác núm vú do các dây liên sườn trước T3, T4, T5 chi phối. Phần ngoài của núm vú do các nhánh bì ngoài của các dây thần kinh liên sườn từ T3 đến T6 chi phối, đặc biệt chi phối cho núm vú do các nhánh bì ngoài của dây liên sườn thứ 4.¹¹



Hình 1: Chi phối của thần kinh ngoại biên vùng vú

IV. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến PBSPS. Ở những bệnh nhân ung thư vú có xạ trị sau phẫu thuật có thể dẫn đến viêm dây thần kinh hoặc xơ hóa quanh/ trong dây thần kinh gây chèn ép các sợi thần kinh đó dẫn đến đau. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, những bệnh nhân trẻ tuổi (<40 tuổi) có nguy cơ mắc PBSPS cao hơn. Giải thích cho những trường hợp này, các nghiên cứu cho rằng, ở những bệnh nhân trẻ tuổi độ nhạy cảm thần kinh cao hơn, ngưỡng đau thấp hơn. Đặc biệt ở những bệnh nhân này việc điều trị bằng phẫu thuật thường tích cực hơn dẫn đến việc lo lắng nhiều hơn⁴. Một yếu tố ảnh hưởng nữa là tiền sử đau đầu hoặc tâm thần của bệnh nhân có liên quan nhiều đến triệu chứng đau vú ảo cũng như tăng sự mất cảm của bệnh nhân¹⁰. Điều quan

trong nhất ở các bệnh nhân là xác định nguyên nhân tác động đến dây thần kinh như cắt ngang qua dây thần kinh do chấn thương trực tiếp, hình thành u thần kinh hoặc chèn ép dây thần kinh do sẹo xơ để xử trí kịp thời và hiệu quả.

V. PHÂN LOẠI

Việc xác định sớm PBSPS trong quá trình điều trị là điều tối quan trọng để quản lý kịp thời và giảm bớt những gì có thể trở thành cơn đau mạn tính gây tàn phế. Một số phương pháp phẫu thuật có thể dẫn đến PBSPS. Loại và vị trí phẫu thuật sẽ liên quan trực tiếp đến tổn thương dây thần kinh cụ thể gây ra cơn đau.

(I) Phẫu thuật thẩm mỹ ngực: Nâng ngực bằng cấy ghép có thể dẫn đến đau mạn tính theo nhiều cách khác nhau. Đường tiếp cận/ đường rạch (quanh quầng vú, nếp gấp dưới vú, qua nách) có thể làm tổn thương trực tiếp dây thần kinh hoặc mô sẹo do vết mổ lành lại có thể có tác dụng tương tự. Ngoài ra, việc đặt túi độn dưới cơ hoặc dưới tuyến và tình trạng co thắt bao xơ sau đó có thể gây đau do kéo căng các cấu trúc lân cận hoặc chèn ép dây thần kinh trong bao. Trong trường hợp cấy ghép dưới tuyến, dây thần kinh chi phối cảm giác cho da sẽ ảnh hưởng còn trong trường hợp đặt dưới ngực thì dây thần kinh ngực chính hoặc dây TKLS có thể dính vào quanh túi độn ngực. Ghép mỡ để nâng ngực cũng có thể dẫn đến chấn thương dây thần kinh do bị chèn ép bởi lượng mỡ được tiêm vào

(II) Cắt bỏ vú hoặc cắt bỏ khối u có hay không vết hạch nách: TKLSCT thường là dây liên quan nhất, đặc biệt trong quá trình vết hạch nách và là nguyên nhân chính gây đau mạn tính sau phẫu thuật loại này. Ngoài ra dây TKLS có thể bị tổn thương trong quá trình cắt bỏ nhu mô vú.

(III) Tái tạo vú: Nếu phương thức tái tạo dùng túi độn thì sự co thắt bao xơ và giãn cơ khi túi được tạo ra dưới cơ có thể gây đau. Việc di chuyển bộ túi độn có thể gây áp lực trực tiếp lên đám rối cánh tay ở vị trí dưới đòn. Tái tạo bằng vật cứng liền hoặc vật tự do gây đau có thể do hình thành u thần kinh.

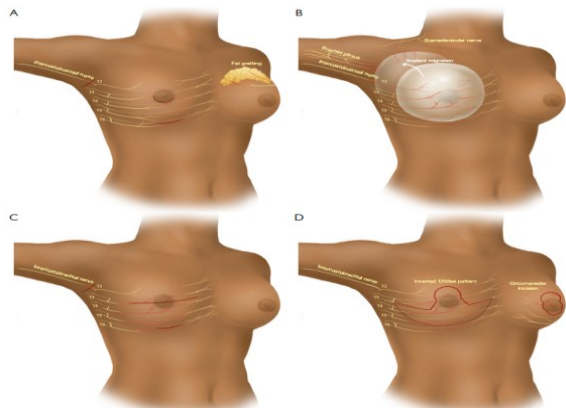
(IV) Thu nhỏ ngực: Các loại vết mổ khác nhau được sử dụng để tiến hành thu nhỏ ngực bao gồm mô hình mỏ neo (chữ T ngược), mô hình kẹo mút và mô hình tròn (quanh quầng vú). Dây TKLS T3-T6 luôn dễ bị chấn thương dẫn đến giảm cảm giác ở phức hợp quầng vú – núm vú.

Dưới đây là bảng tổng hợp các phương pháp mổ và những dây thần kinh bị tổn thương, cũng như vị trí triệu chứng đau ở bệnh nhân PBSPS.

Bảng 1. Các loại phẫu thuật vú và dây

thần kinh ngoại biên bị ảnh hưởng

Dây thần kinh ngoại biên	Vị trí đau	Loại phẫu thuật/ phương pháp tiếp cận
TKLSCT	Nách, phần trên ngoài của ngực/vú, trên trong cánh tay	Cắt bỏ vú, vết hạch nách, nâng cơ qua nách
TKLS T3	Ngực/vú trước-trung tâm	Cắt bỏ vú, nâng ngực quanh quầng vú, thu gọn vú, tái tạo vú
TKLS T4	Ngực/vú trước-trung tâm, phức hợp quầng-núm vú	Cắt bỏ vú, nâng ngực quanh quầng vú, thu gọn vú, tái tạo vú
TKLS T5	Ngực/vú dưới	Cắt bỏ vú, nâng ngực ở nếp gấp dưới vú, thu gọn vú, tái tạo vú
TKLS T6	Ngực/vú dưới	Cắt bỏ vú, nâng ngực ở nếp gấp dưới, thu gọn vú, tái tạo vú
Đám rối cánh tay dưới đòn	Ngực/vú trên	Tái tạo vú (di chuyển của túi độn lên phía trên)



Hình 2. Hình minh họa các dây thần kinh có khả năng bị tổn thương trong phẫu thuật vú

(A), tùy thuộc vào phương pháp khác nhau trong đặt túi độn và ghép mỡ (B), vị trí đặt túi độn và co thắt bao xơ (C), cắt bỏ vú hoặc cắt bỏ u vú có/ không vết hạch nách (D)¹⁵

VI. BÀN LUẬN

Cơn đau dai dẳng sau phẫu thuật cắt bỏ vú được mô tả từ những năm 1978, và cho đến năm 1986 thuật ngữ hội chứng đau sau cắt bỏ vú ra đời.^{1,2} Tuy nhiên, cơn đau có thể xuất hiện sau bất kỳ cuộc phẫu thuật vú nào chứ không đơn thuần là cắt bỏ vú. Do đó thuật ngữ PBSPS đã ra đời để bao quát hơn về bệnh cảnh này. Cơn đau mạn tính của PBSPS có thể gây tàn tật, làm gia tăng các gánh nặng y tế và xã hội.

PBSPS được mô tả ở nhiều nghiên cứu với tỷ lệ mắc cao, khoảng 20-60%. Tỷ lệ đau mạn tính được xác định là có liên quan đến mức độ xâm lấn ngày càng tăng của phương pháp phẫu thuật: 49% đối với phẫu thuật cắt bỏ vú kết hợp tái tạo, 31% đối với phẫu thuật cắt bỏ vú và 22% đối với phẫu thuật thu nhỏ vú. Hậu quả của cơn đau kéo dài nhiều năm lên tới 40% trong 3 năm sau phẫu thuật vú. Điều đó một phần là do sự thiếu hiểu biết về hội chứng này cũng như không có cách điều trị phù hợp. Kojima và cộng sự đã thực hiện cuộc khảo sát tại Nhật Bản về việc xác định và điều trị hội chứng này. Nghiên cứu cho thấy có 70.5% các bác sĩ nhận ra PBSPS nhưng chỉ 47.7% điều trị nó, Phần lớn điều trị bằng NSAID, do đó việc điều trị không hiệu quả. Điều quan trọng cần nhớ là PBSPS là hội chứng đau mạn tính do nhiều yếu tố như giải phẫu, hành vi và kinh tế xã hội. Trong đó, tác động của yếu tố giải phẫu là dễ xác định và dễ giải quyết hơn. PBSPS thường được chia theo vị trí đau và loại phẫu thuật: phẫu thuật nâng ngực; cắt bỏ vú hoặc khối u; phẫu thuật tái tạo vú hay phẫu thuật thu nhỏ vú để dễ dàng xác định dây thần kinh bị ảnh hưởng. Ducic và cs cho thấy PBSPS liên quan đến phẫu thuật thẩm mỹ vú từ 13.57 đến 15.44% với các dây thần kinh liên quan là TKLS, TKLSCT cũng như dây thần kinh ngực dài và đám rối cánh tay. Ở những bệnh nhân nâng ngực, việc đặt túi độn ngực dưới cơ đã được chứng minh là làm tăng cảm giác đau so với việc đặt túi độn dưới tuyến (50% so với 21%). Điều này rất có thể liên quan đến sự co thắt bao xơ và kéo căng cơ ảnh hưởng đến các dây thần kinh bên dưới và dính vào bao mới hình thành. Đám rối cánh tay bị chèn ép trực tiếp, chủ yếu là do sự di chuyển của bộ cấy. Tuy nhiên nghiên cứu của Ducic và CS cũng cho thấy việc sử dụng các loại túi cấy ghép khác nhau hay thể tích túi cấy cũng không liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc PBSPS. Chấn thương dây TKLSCT cũng là nguyên nhân chính phát triển PBSPS sau khi vét hạch nách. Một số nghiên cứu đã chứng tỏ trong phẫu thuật vét hạch nách, tỷ lệ ảnh hưởng đến TKLSCT là rất cao. Nghiên cứu của Abdullah và CS đã tiến hành một thử nghiệm ngẫu nhiên trong đó bệnh nhân sẽ được bảo tồn TKLSCT hoặc được cắt bỏ trong các phẫu thuật có nạo vét hạch nách. Kết quả cho thấy trong nhóm bảo tồn dây thần kinh chỉ có 65% dây thần kinh thực sự được bảo tồn. Tỷ lệ giảm cảm giác ở những bệnh nhân được bảo tồn dây thần kinh tăng đáng kể sau 3 tháng sau điều trị. Tái tạo vú bằng cấy ghép cho thấy tỷ lệ đau mạn tính sau

phẫu thuật cao hơn so với không cấy ghép (50% so với 30%). Nghiên cứu này cũng cho thấy việc trì hoãn tái thiết bộ phận cấy ghép cũng có tỷ lệ đau cao hơn so với không tái thiết (50% so với 21%). Giải thích cho tác động này là các bệnh nhân được tái tạo ngay lập tức thường là các bệnh nhân có nguy cơ thấp, có thể chịu đựng được vật vú có mạch máu tốt (vật có cuống hoặc vật tự do) có hoặc không có túi độn... Thu gọn ngực có tỷ lệ mắc PBSPS lên đến khoảng 22%⁶. Người ta cho rằng nguyên nhân là do tổn thương dây thần kinh liên sườn và thượng đòn. Tổn thương dây TKLS T2-T7 và hình thành u thần kinh là nguyên nhân gây đau sau khi tái tạo nền túi độn, nâng ngực, phẫu thuật nâng ngực⁷. Khi bệnh nhân đến phàn nàn về cơn đau sau mổ vú, đặc biệt là những cơn đau dai dẳng kéo dài có tính chất của PBSPS, cần xác định nguyên nhân có liên quan đến dây thần kinh ngoại vi để có phương pháp điều trị thích hợp. Có thể phẫu thuật giải phóng dây thần kinh có/không kèm ghép mỡ hoặc không phẫu thuật và điều trị bằng thuốc toàn thân (thuốc chống trầm cảm) hay thuốc bôi tại chỗ (kem capsaicin, botulinum).

VII. KẾT LUẬN

Sự xuất hiện của cơn đau mạn tính sau phẫu thuật vú có thể do nhiều nguyên nhân và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau. Tuy nhiên nguyên nhân liên quan đến giải phẫu của thần kinh ngoại vi là một nguyên nhân quan trọng và có những hướng can thiệp tích cực, có thể giúp cải thiện tình trạng bệnh một cách đáng kể. Vì vậy các bác sĩ cần nắm rõ được mối liên quan của PBSPS với các dây thần kinh ngoại biên để có hướng xử trí tốt nhất với các bệnh nhân mổ vú và những bệnh nhân có PBSPS, từ đó góp phần giảm gánh nặng cho y tế và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krøner K, Krebs B, Skov J, Jørgensen HS.** Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain. *Pain.* 1989;36(3):327-334. doi:10.1016/0304-3959(89)90092-4
2. **Larsson IM, Ahm Sørensen J, Bille C.** The Post-mastectomy Pain Syndrome-A Systematic Review of the Treatment Modalities. *Breast J.* 2017;23(3):338-343. doi:10.1111/tbj.12739
3. **Classification of chronic pain.** Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl.* 1986;3:S1-226.
4. **Smith WC, Bourne D, Squair J, Phillips DO, Chambers WA.** A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain.* 1999; 83(1):

- 91-95. doi: 10.1016/s0304-3959(99) 00076-7
5. **Janson RA.** Implant arm: axillary compression from breast prostheses. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75(3):420-422.
 6. **Slezak S, Dellon AL.** Quantitation of sensibility in gigantomastia and alteration following reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1993;91(7):1265-1269. doi: 10.1097/00006534-199306000-00012
 7. **Broyles JM, Tuffaha SH, Williams EH, Glickman L, George TA, Lee Dellon A.** Pain after breast surgery: Etiology, diagnosis, and definitive management. *Microsurgery.* 2016;36(7): 535-538. doi:10.1002/micr.30055
 8. **Dini D, Bertelli G, Gozza A, Forno GG.** Treatment of the post-mastectomy pain syndrome with topical capsaicin. *Pain.* 1993;54(2):223-226. doi:10.1016/0304-3959(93)90213-9
 9. **Waltho D, Rockwell G.** Post-breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach - a review of the literature and discussion. *Can J Surg J Can Chir.* 2016; 59(5):342-350. doi:10.1503/cjs.000716
 10. **Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH.** Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain.* 2003;104(1-2):1-13. doi: 10.1016/s0304-3959(03)00241-0

SỰ PHÁT TRIỂN TÂM THẦN - VẬN ĐỘNG BỆNH ĐỘNG KINH Ở TRẺ DƯỚI 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh¹, Nguyễn Tân Hùng¹, Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Thị Thuý¹, Đỗ Thị Xuân¹, Hồ Đăng Mười²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động bệnh động kinh ở trẻ dưới 6 tuổi tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 57 bệnh nhân động kinh điều trị tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần - vận động chiếm tỷ lệ 75,4%, mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (42,1%); tiếp theo là nhóm chậm phát triển mức độ nặng (24,6%) và chậm phát triển mức độ trung bình (8,8%). Đa số bệnh nhân có chậm phát triển về ngôn ngữ, chiếm 70,2% với 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng; 5,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 38,6% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp chậm phát triển về vận động thô với 21,1% chậm phát triển ở mức độ nặng, 12,3% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần vận động (75,4%). Biểu hiện chậm phát triển tâm thần vận động không đồng đều giữa các lĩnh vực và các nhóm tuổi.

Từ khoá: phát triển tâm thần - vận động, động kinh, trẻ em.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL - MOTOR DEVELOPMENT OF EPILEPSY IN CHILDREN UNDER 6 YEARS OLD AT NGHE AN OBSTRUCTIVE

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objective: To evaluate the psychomotor development of epilepsy in children under 6 years old at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and research methods:** prospective, cross-sectional study on 57 epilepsy patients treated at the Department of Neurology - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Patients with mental retardation - motor accounted for 75.4%, mild level accounted for the highest rate (42.1%); followed by severe retardation (24.6%) and moderate retardation (8.8%). The majority of patients had language retardation, accounting for 70.2% with 26.3% of severe developmental delay; 5.3% moderate growth retardation and 38.6% mild growth retardation. There were 43.9% cases of gross motor retardation with 21.1% severe developmental delay, 12.3% moderate developmental delay and 10.5% moderate developmental delay. **Conclusion:** The majority of patients had psychomotor retardation (75.4%). Symptoms of psychomotor retardation are not uniform across domains and age groups. **Keywords:** psychomotor development, epilepsy, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là sự rối loạn từng cơn chức năng của hệ thần kinh trung ương do sự phóng điện đột ngột quá mức, nhất thời của các tế bào thần kinh ở não. Trên lâm sàng, cơn động kinh biểu hiện bằng các cơn co giật, rối loạn hành vi, cảm giác, có thể bao gồm rối loạn ý thức [1]. Trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh động kinh chiếm khoảng 0,15 - 1% dân số chung. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc động kinh chiếm khoảng 0,5% dân số, trong đó trẻ em chiếm 30% trong số mắc động kinh. Có nhiều nguyên nhân gây ra động kinh, bao gồm: yếu tố di truyền, rối loạn chuyển hóa, dị tật bẩm