

- 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

sinh của hệ thần kinh trung ương, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, chấn thương sọ não,... [2], [3].

Động kinh có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm như hôn mê, thiếu oxy não gây ra những di chứng về tâm - thần kinh về lâu dài,... Trẻ em là cơ thể đang lớn và phát triển nên sự phát triển tâm thần - vận động gắn liền với sự trưởng thành của hệ thần kinh. Một số nghiên cứu đã cho thấy những trẻ mắc động kinh có một tỷ lệ chậm phát triển trí tuệ đáng kể. Tác giả Ram Lakhan phát hiện ra rằng trong số những bệnh nhân động kinh có khoảng 13% tình trạng chậm phát triển trí tuệ nghiêm trọng. Tỷ lệ trẻ em bị động kinh đồng thời có các rối loạn thần kinh khác hoặc khuyết tật phát triển dao động từ khoảng 25% đến 45% [4]. Vì vậy, đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động ở trẻ động kinh là rất quan trọng nhằm đưa ra các chương trình can thiệp sớm, đảm bảo sự phát triển toàn diện cho trẻ.

Tại khoa Thần Kinh bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, hàng năm tỷ lệ bệnh nhi vào viện điều trị bệnh động kinh có chậm phát triển tâm thần - vận động chiếm tỷ lệ đáng kể. Trước thực trạng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động bệnh động kinh ở trẻ dưới 6 tuổi tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là những bệnh nhân động kinh điều trị tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh theo tiêu chuẩn WHO [5].

- Bệnh nhân dưới 6 tuổi.

- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không mắc các rối loạn tâm thần - thần kinh khác

2.2. Thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu. Thực hiện tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 3/2022 đến tháng 9/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu.

- α : là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%).

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: tra bảng tương ứng với giá trị của $\alpha = 0,05$ được $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$.

- d: độ lệch mong muốn là 4%.

- p: tỉ lệ trẻ động kinh có giảm chức năng trí tuệ. Theo nghiên cứu của tác giả Ram Lakhan, tỷ lệ này là 15% [4].

Theo công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu là 54 bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi chọn được 57 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

2.3.2. Công cụ nghiên cứu. Sử dụng test Denver 2 để đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động [6]. Các chỉ số đánh giá bao gồm:

- Chỉ số DQ.

- Đánh giá sự phát triển tâm thần vận động theo từng lĩnh vực:

+ Cá nhân - xã hội.

+ Vận động tinh tế - thích ứng.

+ Ngôn ngữ.

+ Vận động thô.

2.3.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới

- Tuổi khởi phát động kinh, tần suất cơn động kinh.

- Thời gian điều trị động kinh

- Thể động kinh

- Liệu pháp điều trị: đơn trị liệu, đa trị liệu.

- Đánh giá sự phát triển của trẻ theo các nhóm tuổi về các khu vực cá nhân - xã hội; vận động tinh tế - thích ứng; ngôn ngữ; vận động thô. Đánh giá dựa trên kết quả test Denver II, tuổi thực trung bình, trung bình tuổi phát triển.

- Mức độ chậm phát triển tâm thần vận động của trẻ: thông qua test Denver II:

+ Điểm tối đa là 100.

+ DQ \geq 85: bình thường

+ DQ từ 71 - 84: chậm phát triển tâm thần nhẹ đến trung bình

+ DQ \leq 70: chậm phát triển tâm thần nặng

- Cộng hưởng từ sọ não đánh giá tổn thương hệ thống thần kinh trung ương

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Các biến số được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Số liệu trình bày dưới dạng tần suất (n) và tỷ lệ (%).

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và Y đức của Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. Phụ huynh/ người giám hộ bệnh nhân được giải thích mục đích của nghiên cứu. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi lựa chọn được 57 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	0-2 tuổi	23	40,3%
	2-4 tuổi	16	28,1%
	4-6 tuổi	18	31,6%
	Trung bình: 34 ± 2,8 (tháng) Nhỏ nhất - lớn nhất: 3 tháng - 70 (tháng)		
Giới tính	Nam	33	57,9%
	Nữ	24	42,1%
Tổng	57	100%	

Nhận xét: Số bệnh nhân dưới 2 tuổi chiếm đa số (40,3%) với tuổi trung bình là 34 ± 2,8 tháng, trong đó tuổi nhỏ nhất là 3 tháng và lớn nhất là 70 tháng. Nam nhiều hơn nữ và tỷ lệ nam/nữ là 1,37/1.

Bảng 2. Một số đặc điểm về cơn động kinh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Tuổi khởi phát	0 - 12 tháng	22	38,6%
	12 - 24 tháng	12	21,1%
	2 - 6 tuổi	23	40,3%
Thể động kinh	Cục bộ	17	29,8%
	Toàn thể	40	70,2%
Tần suất cơn	Trên 30 cơn/tháng	4	7,0%
	5 đến 30 cơn/tháng	14	24,6%
	Dưới 5 cơn/tháng	39	68,4%
Thời gian điều trị động kinh	< 1 năm	44	77,2%
	1-2 năm	13	22,8%
Liệu pháp điều trị	Đơn trị liệu	40	70,2%
	Đa trị liệu	17	29,8%
Tổn thương trên MRI	Có	16	28,1%
	Không	41	71,9%
Tổng	57	100%	

Nhận xét: Tuổi khởi phát cơn động kinh ở nhóm dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ 38,6%, ở nhóm 12-24 tháng là 21,1% và nhóm từ 2 - 6 tuổi là 40,3%. Cơn động kinh toàn thể chiếm đa số với 70,2%. Tần suất cơn động kinh dưới 5 cơn/tháng chiếm đa số với 68,4%. Tổn thương trên cộng hưởng sọ não chiếm 28,1%. Thời gian điều trị động kinh chủ yếu dưới 1 năm (77,2%) và liệu pháp điều trị đơn trị liệu chiếm đa số (70,2%).

3.2. Sự phát triển tâm thần - vận động của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Mức độ phát triển tâm thần - vận động của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ nặng	14	24,6%
Mức độ trung bình	5	8,8%
Mức độ nhẹ	24	42,1%
Bình thường	14	24,6%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần - vận động chiếm tỷ lệ 75,4% ở các mức độ khác nhau. Bệnh nhân chậm phát triển mức độ nhẹ có tỉ lệ cao nhất chiếm 42,1%; tiếp theo là nhóm chậm phát triển mức độ nặng chiếm 24,6% và 8,8% chậm phát triển mức độ trung bình.

Bảng 4. Sự phát triển về cá nhân - xã hội và vận động tinh tế - thích ứng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát triển về cá nhân - xã hội		
Chậm mức độ nặng	15	26,3%
Chậm mức độ trung bình	2	3,5%
Chậm mức độ nhẹ	13	22,8%
Bình thường	27	47,4%
Phát triển về vận động tinh tế - thích ứng		
Chậm mức độ nặng	13	22,8%
Chậm mức độ trung bình	6	10,5%
Chậm mức độ nhẹ	6	10,5%
Bình thường	32	56,1%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Có 52,6% trường hợp chậm phát triển về cá nhân - xã hội, trong đó có 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng, 22,8% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp có chậm phát triển về vận động tinh tế - thích ứng, trong đó có 22,8% chậm phát triển ở mức độ nặng, 10,5% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ.

Bảng 5. Sự phát triển về ngôn ngữ và vận động thô

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát triển về ngôn ngữ		
Chậm mức độ nặng	15	26,3%
Chậm mức độ trung bình	3	5,3%
Chậm mức độ nhẹ	22	38,6%
Bình thường	17	29,8%
Phát triển về vận động thô		
Mức độ nặng	12	21,1%
Mức độ trung bình	7	12,3%
Mức độ nhẹ	6	10,5%
Bình thường	32	56,1%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu 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.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi khởi phát cơn động kinh ở nhóm dưới 1 tuổi, chiếm tỷ lệ 38,6%, ở nhóm 12- 24 tháng là 21,1% và nhóm từ 2 - 6 tuổi là 40,3% (Bảng 2). Tuổi khởi phát động kinh là một yếu tố tiên lượng quan trọng đối với chậm phát triển tâm thần- vận động. Theo R P Lesser và cộng sự, tuổi khởi phát càng nhỏ thì nguy cơ chậm phát triển về sau càng cao. Trong nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ chậm phát triển ở trẻ em khởi phát động kinh trước 6 tháng là 65%; từ 6 tháng đến 2 năm là 49%; từ 2 đến 4 năm là 34%; từ 4 đến 7 năm là 22%; và từ 7 đến 15 năm là 12% [7].

Trong 57 đối tượng nghiên cứu, cơn động kinh toàn thể chiếm đa số với 70,2%, cơn cục bộ chiếm 29.8%. Tần suất cơn động kinh dưới 5 cơn/tháng chiếm đa số với 68,4%; 5-30 cơn/tháng, chiếm 24,6%; trên 30 cơn/tháng, chiếm 7% (Bảng 2). Theo R. P. Lesser và các cộng sự; tỷ lệ chậm phát triển tỷ lệ thuận với tần suất cơn động kinh của bệnh nhân. Tần suất cơn động kinh càng nhiều thì nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng hoạt động tâm thần càng cao. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ chậm phát triển chiếm 40% ở những bệnh nhân cơn động kinh thường xuyên và 58% ở những bệnh nhân cơn động kinh rất thường xuyên [7].

Thời gian điều trị động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu dưới 1 năm (77,2%) và liệu pháp điều trị đơn trị liệu chiếm đa số (70,2%) (Bảng 2). Theo nghiên cứu của Shoumitro Deb và cộng sự, việc sử dụng nhiều loại thuốc chống động kinh có liên quan chậm phát triển tâm thần vận động của bệnh nhân [8]. Do đó, các quan sát theo dõi về hoạt động trí tuệ được khuyến khích, đặc biệt khi các cơn cơn động kinh kháng trị liệu.

4.2. Sự phát triển tâm thần - vận động của đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy, tỷ lệ chậm phát triển tâm thần - vận động ở các bệnh nhân trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 75,4% với các mức độ khác nhau. Trong đó, chậm phát triển mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,1%;

tiếp theo là chậm phát triển mức độ nặng (24,6%) và 8,8% có chậm phát triển mức độ trung bình (Bảng 3). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của M J Vaessen với 50% bệnh nhân động kinh được xác nhận có suy giảm nhận thức [9]. Theo L. D. Cowan (2002), tỷ lệ trẻ em mắc chứng động kinh đồng thời có các rối loạn thần kinh khác hoặc khuyết tật phát triển dao động từ khoảng 25% đến 45%. Việc đồng thời xảy ra động kinh và chậm phát triển tâm thần vận động chiếm tỷ lệ cao các cho thấy một căn nguyên chung cho cả hai bệnh lý này. Vì vậy, thay vì được coi là nguyên nhân của bệnh động kinh, chậm phát triển tâm thần nên được coi là dấu hiệu cho các dị tật não tiền ẩn gây ra cả rối loạn co giật và khuyết tật thần kinh[10]. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Vân, tác giả đánh giá chức năng trí tuệ bằng trắc nghiệm trí tuệ Wechsler. Kết quả cho thấy trẻ động kinh có tỷ lệ đáng kể suy giảm về trí tuệ với 51,56% trường hợp có chỉ số IQ tổng hợp trung bình dưới mức bình thường trong đó 25% trẻ ở mức ranh giới và 26,6% trẻ chậm phát triển. Trong nghiên cứu này, giới tính, số thuốc chống động kinh đang dùng, loại cơn động kinh không ảnh hưởng đến IQ trẻ. Tuy nhiên, thời gian động kinh càng dài càng làm suy giảm IQ thành phần hiểu bằng lời ($p < 0,05$). Vì thế, tác giả cho rằng cần quan tâm nhiều hơn đến ảnh hưởng của động kinh nghiệm trí tuệ và chất lượng cuộc sống trẻ động kinh[3]. Sự khác nhau về tỷ lệ chậm phát triển của trẻ động kinh giữa các nghiên cứu có thể liên quan tới các công cụ đánh giá về trí tuệ khác nhau giữa các tác giả. Tuy nhiên, các tác giả đều cho rằng, động kinh ở trẻ em có ảnh hưởng đến phát triển trí tuệ về sau của trẻ.

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng test Denver 2 để đánh giá sự phát triển tâm thần - vận động của các bệnh nhân. Kết quả cho thấy có 52,6% trường hợp chậm phát triển về cá nhân - xã hội, trong đó có 26,3% chậm phát triển ở mức độ nặng, 22,8% chậm phát triển ở mức độ nhẹ. Có 43,9% trường hợp có chậm phát triển về vận động tinh tế - thích ứng, trong đó có 22,8% chậm phát triển ở mức độ nặng, 10,5% chậm phát triển ở mức độ trung bình và 10,5% chậm phát triển ở mức độ nhẹ (Bảng 4). Về sự phát triển về ngôn ngữ và vận động thô, kết quả cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu 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 (Bảng 5).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 57 trẻ bị động kinh dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022, chúng tôi đưa ra kết luận sau: Đa số bệnh nhân có chậm phát triển tâm thần vận động (75,4%), trong đó, có 42,1% chậm phát triển mức độ nhẹ; 8,8% chậm phát triển ở mức độ trung bình; 24.6% chậm phát triển mức độ nặng. Biểu hiện chậm phát triển tâm thần vận động không đồng đều giữa các lĩnh vực và các nhóm tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 459-464.
2. **L. D. Cowan** (2002), "The epidemiology of the epilepsies in children", Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 8(3), 171-181.
3. **Lê Thị Khánh Vân, Hoàng Ngọc Triệu** (2018), Đánh giá chức năng trí tuệ ở trẻ bị động kinh,

Nghiên cứu y học TP Hồ Chí Minh, tập 22, số 4, tr. 315-320.

4. **Ram Lakhani** (2013). Intelligence quotient is associated with epilepsy in children with intellectual disability in India. J Neurosci Rural Pract; 4(4): 408-412.
5. **Fisher RS et al** (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia; 55(4):475-82.
6. **M.D. W.K. Frankenburg, M.S.P.H, Ph.D. Josiah Dodds và Sc.D. Phillip Archer** (2017), Denver II Training Manual, Denver Developmental Materials, Inc.
7. **R P Lesser, H Lüders, E Wyllie, D S Dinner, et al** (1986). Mental deterioration in epilepsy. Epilepsia; 27 (2), 105-23.
8. **Shoumitro Deb** (2007). Epilepsy in People With Mental Retardation. Division of Neuroscience, Department of Psychiatry, University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom, tr. 81-96.
9. **M J Vaessen, H M H Braakman, J S Heerink, et al** (2013). Abnormal modular organization of functional networks in cognitively impaired children with frontal lobe epilepsy; Cereb Cortex, 23(8):1997-2006.
- 10 **L. D. Cowan** (2002), "The epidemiology of the epilepsies in children"; Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 8(3), 171-181.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Lê Đức Thiện¹, Nguyễn Thanh Hà¹, Mai Quốc Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng vồng mạc đái tháo đường và kiểm chứng một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân mắc đái tháo đường tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 132 bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 5/2022 đến tháng 12/2022. Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường tại Bệnh viện Hữu Nghị có thể ngồi ghế để chụp ảnh màu đáy mắt, có thể định thị theo vật tiêu trong máy. Kết quả ảnh màu đáy mắt được đọc bởi BS nhãn khoa chuyên ngành dịch kính vồng mạc. áp dụng tiêu chuẩn phân loại của Hội đồng Nhãn khoa Quốc tế 2017 (International Council of Ophthalmology - ICO). **Kết quả:** Tuổi trung bình là 75.7 ± 6.94, trong đó nhóm tuổi >75 chiếm đa số với 50,75%. Các bệnh nhân mắc ĐTĐ >15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất: 31,82%. Bệnh nhân mắc tăng huyết áp,

rối loạn lipid máu có nguy cơ mắc vồng mạc đái tháo đường tương ứng cao hơn 5,77 lần (p=0,001; 95%CI = 1,89 – 17,59) và 4,68 lần (p=0,002; 95%CI = 1,68 – 13,06) so với không có các tình trạng rối loạn chuyển hóa trên. Có 38/132 bệnh nhân mắc vồng mạc đái tháo đường, chiếm 28,79%; trong đó 37/38 bệnh nhân là giai đoạn vồng mạc đái tháo đường không tăng sinh, chiếm 97,37%. Hình thái tổn thương vồng mạc hay gặp nhất là vi phình mạch, chiếm 81,58%. **Kết luận:** Tỷ lệ có bệnh vồng mạc đái tháo đường là 28,79%, trong đó chỉ có 1 trường hợp là vồng mạc đái tháo đường tăng sinh, chiếm 2,63%. Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là các yếu tố nguy cơ của vồng mạc đái tháo đường. **Từ khóa:** Vồng mạc đái tháo đường, đái tháo đường.

SUMMARY

ASSESSMENT OF DIABETIC RETINOPATHY SITUATION AND SOME RISK FACTORS IN DIABETIC PATIENTS AT HUU NGHII HOSPITAL

Objectives: To evaluate the situation of diabetic retinopathy and some risk factors in diabetic patients at Huu Nghi hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional description of 132 patients at Huu Nghi Hospital from May 2022 to December 2022. Patients who are diagnosed with diabetes at Huu Nghi Hospital

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thiện

Email: ducthienle2206@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023