

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN NUỐT Ở TRẺ BẠI NÃO DƯỚI 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI

Chu Thị Nhung¹, Nguyễn Hoài Nam¹,
Nguyễn Thị Tân Uyên¹, Vũ Thị Bích Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở trẻ bại não dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 69 trẻ bại não dưới 6 tuổi khám và điều trị tại khoa Nhi – Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 10/2022 đến tháng 7/2023. Trẻ được đánh giá rối loạn nuốt bằng thang điểm Khảo sát rối loạn nuốt - DDS, đánh giá tình trạng chảy dãi bằng thang điểm chảy dãi Thomas – Stonell và Greenberg, đánh giá chức năng vận động thô bằng thang phân loại chức năng vận động thô – GMFCS. **Kết quả:** Trong số 69 trẻ tham gia nghiên cứu có 59 trẻ bị rối loạn nuốt chiếm tỷ lệ 81.2%, điểm DDS trung bình của nhóm nghiên cứu là 5.1 ± 5.18 . Rối loạn nuốt gặp ở tất cả các mức độ GMFCS, nguy cơ trẻ bại não có rối loạn nuốt vừa – nặng ở nhóm GMFCS IV-V cao gấp 13 lần so với nhóm trẻ mức độ I-III ($CI_{95\%} = 3.89 - 43.5$, $p < 0.01$). Ngoài ra rối loạn nuốt ở trẻ bại não liên quan chặt chẽ đến thể bại não trong đó thể loạn động có điểm DDS trung bình 12.4 ± 6.5 cao hơn đáng kể so với thể co cứng là 4.94 ± 5.06 . Trong nhóm trẻ bại não thể co cứng, liệt tứ chi có tỷ lệ rối loạn nuốt cũng như điểm DDS trung bình cao hơn so với liệt nửa người và liệt hai chân. Trẻ có chảy dãi nguy cơ rối loạn nuốt vừa – nặng cao gấp 9.61 lần ở trẻ không chảy dãi. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn nuốt gặp ở trẻ bại não là 81.2%, xuất hiện ở tất cả các mức độ GMFCS. Có mối liên quan đáng kể giữa mức độ rối loạn nuốt và thể bại não, chức năng vận động thô (GMFCS), định khu giải phẫu và tình trạng chảy dãi ở trẻ bại não. **Từ khóa:** Bại não, rối loạn nuốt, đặc điểm lâm sàng, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS RELATED TO SWALLOWING DISORDERS IN CEREBRAL PALSY UNDER 6 YEARS OF AGE AT HANOI REHABILITATION HOSPITAL

Objectives: To describe clinical characteristics and factors related to swallowing disorders in children with cerebral palsy under 6 years old at Hanoi Rehabilitation Hospital. **Methods:** A cross-sectional

descriptive study, 69 children with cerebral palsy under 6 years old were examined and treated at the Pediatric Department - Hanoi Rehabilitation Hospital from October 2022 to July 2023. Children were assessed for swallowing disorders using the Swallowing Disorders Survey (DDS) scale, drooling status by the Thomas - Stonell and Greenberg Saliva Severity Scale, and gross motor function by the **Gross Motor Function Classification System (GMFCS)**. **Results:** Among the 69 children participating in the study, 59 children had swallowing disorders, accounting for 81.2%, the average DDS score of the research group was 5.1 ± 5.18 . Swallowing disorders occur at all levels of GMFCS, the risk of children with cerebral palsy having moderate - severe swallowing disorders in GMFCS IV-V groups is 13 times higher than in children with levels I-III ($CI_{95\%} = 3.89 - 43.5$, $p < 0.01$). In addition, swallowing disorders in children with cerebral palsy are closely related to the type of cerebral palsy, in which the dyskinetic type has an average DDS score of 12.4 ± 6.5 , significantly higher than the spastic type of 4.94 ± 5.06 . In the group of children with spastic cerebral palsy, quadriplegia had a higher rate of swallowing disorders as well as a higher average DDS score than diplegia and **unilateral**. Children with drooling have a 9.61 times higher risk of moderate to severe swallowing disorders than children without drooling. **Conclusion:** The rate of swallowing disorders in children with cerebral palsy is 81.2%, appearing at all levels of GMFCS. There is a significant relationship between the degree of swallowing disorder and cerebral palsy, gross motor function (GMFCS), anatomical localization and drooling in children with cerebral palsy.

Keywords: Cerebral palsy, swallowing disorders, clinical characteristics, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não (CP) mô tả một nhóm các rối loạn phát triển vận động và tư thế, gây hạn chế hoạt động, được cho là do những rối loạn không tiến triển xảy ra trong não đang phát triển của thai nhi hoặc trẻ sơ sinh. Rối loạn vận động của bại não thường đi kèm với rối loạn cảm giác, nhận thức, giao tiếp, nhận thức và/hoặc hành vi và/hoặc co giật¹. Tỷ lệ mắc bại não được ước tính là 2.11 trên 1000 ca sống². Mức độ nghiêm trọng rất khác nhau giữa các đối tượng. Trong trường hợp nhẹ nhất, có rối loạn vận động ở mức tối thiểu và khả năng nhận thức bình thường, khi đó trẻ hoạt động bình thường trong xã hội mà không gặp bất lợi rõ ràng nào. Ngược

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Nhung

Email: nhungchu0701@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

lại, có một lượng lớn bệnh nhân có rối loạn vận động nặng kèm theo suy giảm khả năng nói, nghe và nhìn, có hoặc không có rối loạn chậm phát triển tâm thần và co giật kèm theo. Ngoài ra, một rối loạn khác được báo cáo rất thường gặp ở trẻ bại não là rối loạn nuốt. Trẻ bại não ngoài những tư thế bất thường ở đầu, thân mình, các chi còn có các rối loạn vận động vùng hàm mặt, môi và lưỡi cùng khả năng vận động hầu họng bất thường ít rõ ràng góp phần đáng kể làm giảm đáng kể khả năng ăn uống của trẻ. Tuy vậy ở Việt Nam có rất ít tài liệu mô tả về tần suất mắc rối loạn nuốt ở trẻ bại não chung và chủ yếu mô tả về tỷ lệ này ở trẻ bại não thể co cứng do tần suất thường gặp ở thể này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở trẻ bại não dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ bại não <6 tuổi khám và điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 10/2022 đến tháng 7/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ được chẩn đoán xác định bại não theo Định nghĩa và phân loại bại não Châu Âu đề xuất bởi Bax và cộng sự, 2005¹.

- Gia đình và trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rối loạn nuốt có thể do bất thường về cấu trúc: khe hở môi – vòm miệng, sai khớp cắn, dính phanh lưỡi, chấn thương,...

- Gia đình và trẻ không đồng ý tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu thuận tiện. Thực tế chúng tôi chọn được 69 trẻ bại não tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Công cụ sử dụng trong nghiên cứu: Phân loại chức năng vận động thô (GMFCS) cho trẻ 0-2 tuổi, 2-4 tuổi, 4-6 tuổi; Thang điểm đánh giá tình trạng chày dãi Thomas – Stonell và Greenberg; Thang Khảo sát rối loạn nuốt – Dysphagia Disorder Survey (DDS).

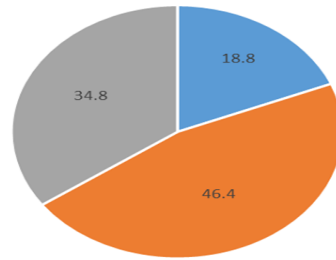
2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng bao gồm: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, so sánh tỷ lệ bằng test Chi-Square, Fisher’s Exact, so sánh giá trị trung bình bằng test Kruskal – Wallis, Mann –

Whitney U.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		N	%
Giới	Nam	39	56.5
	Nữ	30	43.5
Thể bại não	Co cứng	64	92.8
	Loạn động	5	7.2
Định khu giải phẫu	Liệt tứ chi	44	68.8
	Liệt nửa người	15	23.4
	Liệt hai chân	5	7.8
GMFCS	I	21	30.4
	II	15	21.7
	III	11	15.9
	IV	13	18.8
	V	9	13.0



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở nhóm nghiên cứu chiếm 81.2% trong đó rối loạn nuốt mức độ nhẹ chiếm 46.4%, rối loạn nuốt mức độ vừa – nặng chiếm 34.8%.

Bảng 3.2: Điểm DDS trung bình của nhóm nghiên cứu

Điểm DDS trung bình	Toàn bộ nhóm nghiên cứu	5.10±5.18	p
	Rối loạn nuốt nhẹ	3.75±2.64	p<0.01
	Rối loạn nuốt vừa–nặng	9.50±5.79	

Nhận xét: Điểm DDS trung bình ở nhóm rối loạn nuốt mức độ vừa – nặng cao hơn nhóm rối loạn nuốt mức độ nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0.01.

Bảng 3.3: Tỷ lệ rối loạn nuốt theo giới tính

Giới	Rối loạn nuốt	Không rối loạn nuốt	p
Nam	79.5% (n=31)	20.5% (n=8)	p>0.05
Nữ	83.3% (n=25)	16.7% (n=5)	

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ nữ cao hơn trẻ nam, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

Bảng 3.4: Tỷ lệ rối loạn nuốt và mức độ rối loạn nuốt theo thể bại não

Thể bại não	Không rối loạn nuốt	Rối loạn nuốt	p	DDS trung bình	p
Co cứng	18.8% (n=12)	81.2% (n=52)	p>0.05	4.94 ± 5.06	p<0.05
Loạn động	0%(n=0)	100% (n=5)		12.4 ± 6.50	

Nhận xét: - Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não thể loạn động cao hơn ở trẻ bại não thể co cứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05). - Điểm trung bình DDS ở trẻ bại não thể loạn động cao hơn ở trẻ bại não thể co cứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

Bảng 3.5: Tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt theo định khu giải phẫu

Định khu giải phẫu	Tình trạng rối loạn nuốt			p	DDS trung bình	p
	Không rối loạn nuốt	Rối loạn nuốt nhẹ	Rối loạn nuốt vừa - nặng			
Liệt tứ chi	4.6% (n=2)	47.7% (n=21)	47.7% (n=21)	p<0.01	6.57 ± 5.2	p<0.01
Liệt nửa người	53.3% (n=8)	46.7% (n=7)	0% (n=0)		1.07 ± 1.58	
Liệt hai chân	40% (n=2)	60% (n=3)	0% (n=0)		2.2 ± 2.95	

Nhận xét: - 100% trẻ có rối loạn nuốt vừa đến nặng là trẻ co cứng tứ chi. - Có sự khác biệt giữa về tỷ lệ các mức độ rối loạn nuốt của ba nhóm trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người, liệt hai chân và liệt tứ chi (p<0.01).

Bảng 3.6: Liên quan giữa mức độ rối loạn nuốt và mức độ GMFCS

Mức độ GMFCS	Không rối loạn nuốt - Rối loạn nuốt nhẹ	Rối loạn nuốt vừa - nặng	p	DDS trung bình	p
I, II, III	83% (n=39)	17% (n=8)	p<0.01; OR=13 CI95% = 3.89-43.5	10.57 ± 5.29	p<0.01
IV, V	27.3% (n=6)	72.7 (n=16)		2.93 ± 3.43	

Nhận xét: - Rối loạn nuốt gặp ở tất cả các mức độ GMFCS. - Nguy cơ trẻ bại não có rối loạn nuốt vừa - nặng ở nhóm GMFCS IV-V cao gấp 13 lần so với nhóm trẻ mức độ I-III (với OR = 13, CI95% = 3.89 - 43.5, p<0.01). - Điểm trung bình DDS của nhóm trẻ bại não GMFCS IV-V cao hơn nhóm trẻ GMFCS I-III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.01).

Bảng 3.7: Liên quan giữa mức độ rối loạn nuốt và tình trạng chảy dãi

Tình trạng chảy dãi	Không rối loạn nuốt	Rối loạn nuốt nhẹ	Rối loạn nuốt vừa - nặng	p
Không chảy dãi	40.9% (n=9)	50% (n=11)	9.1% (n=2)	p<0.01; OR=9.61, CI95%=2.01-45.45
Chảy dãi	6.4% (n=3)	44.7% (n=21)	48.9% (n=23)	
Chỉ số chảy dãi trung bình	2.67 ± 1.23	3.66 ± 1.33	5.36 ± 1.88	p<0.01

Nhận xét: - Chỉ số chảy dãi trung bình khác nhau giữa các mức độ rối loạn nuốt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0.01. - Trẻ chảy dãi có nguy cơ rối loạn nuốt vừa đến nặng cao gấp 9.6 lần so với trẻ không chảy dãi (OR = 9.61, CI95% = 2.01-45.45, p<0.01).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 69 trẻ dưới 6 tuổi được chẩn đoán mắc bại não (CP) theo Định nghĩa và phân loại bại não Châu Âu đề xuất bởi Bax và cộng sự, 2005¹. Trong đó trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với 56.5% nam và 44.5% nữ, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả ở Việt Nam. Theo nghiên cứu của CDC tại Hoa Kỳ năm 2004, tỷ lệ nam/nữ là 1.4/1³, tại châu Âu theo công bố của SCPE (2000) tỷ lệ này là 1.33/1⁴. Tuy nhiên chưa có bằng chứng rõ ràng để giải thích cho sự khác nhau về tỷ lệ bệnh

giữa hai giới. Ngoài ra, sự phân bố của thể bại não (co cứng 92.8%, loạn động 7.2%) gần tương đương với các con số Nghiên cứu Bại não Châu Âu (co cứng 70.2%, loạn động 14.4% và thất điều 3.9%)⁴, do tỷ lệ thấp và thời gian nghiên cứu còn ngắn nên chúng tôi chưa gặp trường hợp trẻ bại não thể thất điều trong nhóm nghiên cứu. Trong nhóm trẻ bại não thể co cứng, tỷ lệ trẻ liệt tứ chi chiếm phần lớn 68.8%, liệt nửa người 23.4% và liệt hai chân chiếm 7.8%. Tuy nhiên kết quả này không đồng nhất với thống kê trên quần thể bại não co cứng nói chung, liệt hai chân tỷ lệ cao nhất khoảng 50%, liệt nửa người 20% và liệt tứ chi 30%. Có thể giải thích do rối loạn vận động ở trẻ bại não co cứng liệt tứ chi thường nặng hơn trẻ liệt hai chân và liệt tứ chi, các rối loạn khác kèm theo như nhận thức, giao tiếp cũng nặng nề hơn. Vì vậy, tỷ lệ trẻ liệt tứ chi điều trị tại bệnh viện cao hơn

tỷ lệ thực trong cộng đồng.

GMFCS phân loại trẻ bại não theo 5 mức độ dựa vào chức năng vận động thô, GMFCS áp dụng cho tất cả các thể bại não, là công cụ hữu ích tạo điều kiện thuận lợi cho các nhà nghiên cứu thu thập và phân tích số liệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ bại não GMFCS mức độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 30.4% tiếp theo là mức độ II (21.7%), mức độ IV (18.8%), mức độ III (15.9%), mức độ V (13.0%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Benfer (2014), trẻ bại não có GMFCS mức độ I chiếm đa số (44.2%)⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang Khảo sát rối loạn nuốt – Dysphagia disorder survey (DDS) của Sheppard để sàng lọc và đánh giá rối loạn nuốt. Tỷ lệ trẻ bại não có rối loạn nuốt là 81.2% tương ứng với 56 trên 69 trẻ. Điểm DDS trung bình của nhóm nghiên cứu là 5.10 ± 5.18 điểm. Nghiên cứu của Benfer (2015) tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não nói chung là 86.4% và điểm DDS trung bình là 7.1 ± 7.3 điểm⁶. Theo tác giả Calis và cộng sự (2008), 99% trẻ bại não nặng có rối loạn nuốt⁷. Như vậy phần lớn trẻ bại não có rối loạn nuốt. Điểm DDS trung bình ở nhóm rối loạn nuốt vừa – nặng cao hơn nhóm rối loạn nuốt nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Kết quả này cho thấy điểm DDS tăng lên theo mức độ nặng phân loại theo DDS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đánh giá một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ cũng như mức độ rối loạn nuốt ở trẻ bại não. Với tỷ lệ rối loạn nuốt và giới tính, chúng tôi gặp tỷ lệ trẻ nữ có rối loạn nuốt (83.3%) cao hơn ở trẻ nam (79.5%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, do đó giới tính không ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn nuốt ở trẻ bại não, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Calis (2008)⁷.

Mối tương quan thuận giữa rối loạn nuốt và mức độ giảm chức năng vận động thô đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên đa số các nghiên cứu tập trung nhiều vào trẻ bại não mức độ nặng, ít quan tâm đến các trẻ có khả năng vận động tốt, vì vậy tỷ lệ rối loạn nuốt chung trong quần thể trẻ bại não và mối liên quan với khả năng vận động thô chưa được kết luận rõ ràng. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm trẻ bại não ở tất cả các mức độ GMFCS. Kết quả cho thấy rối loạn nuốt gặp ở cả 5 mức độ. Kết quả này tương đồng với các tác giả như Benfer (2013), Parker (2010), Liesbeth Mus (2010). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn nuốt vừa và nặng tăng dần lên theo mức độ GMFCS và khi chia làm 2 nhóm GMFCS I-III và

GMFCS IV-V, nhóm sau khả năng di chuyển rất hạn chế, hầu như phải sử dụng xe lăn thì thấy rằng điểm trung bình DDS của nhóm trẻ bại não GMFCS IV-V cao hơn nhóm GMFCS I-III. Nguy cơ rối loạn nuốt nặng ở nhóm trẻ GMFCS IV-V cao gấp 13 lần nhóm trẻ GMFCS I-III, độ tin cậy 99%. Nghiên cứu của Calis và cộng sự tập trung vào nhóm trẻ bại não GMFCS mức độ IV-V cho thấy tỷ lệ rối loạn nuốt là 99%⁷.

Ngoài chức năng vận động thô, các thể bại não cũng gây ra các rối loạn vận động khác nhau do đó ảnh hưởng tình trạng rối loạn nuốt của trẻ bại não. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 thể bại não co cứng và loạn động với tỷ lệ rối loạn nuốt tương ứng là 81.2% và 100%. Tuy tỷ lệ rối loạn nuốt của hai thể chưa cho thấy sự khác biệt nhưng điểm mức độ rối loạn nuốt lại khác nhau đáng kể với DDS trung bình ở thể co cứng là 4.94 ± 5.06 và ở thể loạn động là 12.4 ± 6.5 . Tương tự với nghiên cứu của Liesbeth (2010) cũng cho thấy sự khác biệt về mức độ rối loạn nuốt ở hai nhóm bại não này. Ramritu và cộng sự đã chỉ ra rằng sự hiện diện của loạn động là một yếu tố nguy cơ, có liên quan đến rối loạn nuốt, do giảm khả năng nhai, vận chuyển viên thức ăn trong miệng và nuốt.

Trẻ bại não thể co cứng là một thể thường gặp trên lâm sàng và theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi mức độ rối loạn nuốt nhóm trẻ liệt tứ chi nặng hơn so với nhóm trẻ liệt nửa người và liệt hai chân. Tất cả trẻ có rối loạn nuốt vừa đến nặng ở thể co cứng đều là trẻ liệt tứ chi. Theo Reilly (1996) tỷ lệ rối loạn vận động miệng vừa và nặng cao ở nhóm trẻ liệt cứng tứ chi trong khi liệt hai chân thường rối loạn nhẹ⁸.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ rối loạn nuốt có chảy dãi, đặc biệt tỷ lệ chảy dãi ở trẻ rối loạn nuốt vừa – nặng chiếm 92%. Rối loạn nuốt càng nặng, chỉ số chảy dãi trung bình càng cao. Có thể lý giải mối tương quan này do các nguyên nhân chung của chảy dãi và rối loạn nuốt như chức năng vận động miệng kém, tần số nuốt tự nhiên ít, khả năng kiểm soát đầu cổ và nhận thức kém hơn so với trẻ bình thường. Theo số liệu nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có chảy dãi nguy cơ rối loạn nuốt vừa – nặng cao gấp 9.6 lần ở trẻ không chảy dãi. Tuy nhiên vẫn có tỷ lệ nhất định trẻ không chảy dãi có rối loạn nuốt, vì vậy không thể bỏ qua đối tượng này khi sàng lọc rối loạn nuốt trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn nuốt ở trẻ bại não chiếm 81.2% và có thể gặp ở tất cả các mức độ

GMFCS. Các yếu tố liên quan đến mức độ rối loạn nuốt: thể bại não, chức năng vận động thô, định khu giải phẫu của rối loạn vận động và tình trạng chảy dãi.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ Khoa Nhi – Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội đã tạo điều kiện giúp đỡ cho chúng tôi hoàn thiện bộ số liệu phục vụ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al.** Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol.* 2005;47(8): 571-576. doi: 10.1017/s001216220500112x
2. **Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T.** An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55(6):509-519. doi:10.1111/dmcn.12080
3. **Arneson CL, Durkin MS, Benedict RE, et al.** Prevalence of cerebral palsy: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, three sites, United States, 2004. *Disabil Health J.* 2009;2(1):45-48. doi:10.1016/j.dhjo.2008.08.001
4. **Surveillance of Cerebral Palsy in Europe.** Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE).* *Dev Med Child Neurol.* 2000;42(12):816-824. doi:10.1017/s0012162200001511
5. **Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN.** Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: oral phase impairments. *Res Dev Disabil.* 2014;35(12): 3469-3481. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.029
6. **Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN.** Validity and reproducibility of measures of oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2015;57(4):358-365. doi:10.1111/dmcn.12616
7. **Calis EA, Veugelers R, Sheppard JJ, Tibboel D, Evenhuis HM, Penning C.** Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(8): 625-630. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x
8. **Reilly S, Skuse D, Poblete X.** Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. *J Pediatr.* 1996;129(6): 877-882. doi: 10.1016/s0022-3476(96)70032-x

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT DO UNG THƯ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ

Trần Chí Thanh¹, Vương Ngọc Biên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư giai đoạn khu trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2015 - 01/2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả có phân tích trên 64 bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. Chỉ tiêu nghiên cứu gồm tuổi, BMI, bệnh kèm theo, rối loạn tiểu tiện trước mổ theo IPSS, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, điểm Gleason. Chức năng giữ nước tiểu và rối loạn cương dương sau mổ 12 tháng. **Kết quả:** Điểm Gleason càng cao, giai đoạn u sau mổ càng muộn thì tỷ lệ tái phát sinh hóa sau mổ càng nhiều. Tiểu không kiểm soát sau mổ 12 tháng ở 2 nhóm bảo tồn và không bảo tồn thần kinh cương dương khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm BN phẫu thuật có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương thì tình trạng cương dương sau mổ phục

hồi tốt hơn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các yếu tố ảnh hưởng khả năng tái phát sinh học sau mổ là điểm số Gleason và mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư. Yếu tố ảnh hưởng rối loạn cương sau mổ là bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương khi phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, yếu tố ảnh hưởng

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING OUTCOMES OF RADICAL PROSTATECTOMY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

Objectives: To evaluate some factors affecting outcomes of radical prostatectomy for localized prostate cancer. **Subjects and methods:** From January 2015 to January 2023, 64 cases of open radical prostatectomy were performed at our clinic. Demographic data, variables before and after surgery, and outcomes were taken. **Results:** The higher the Gleason score, the later the tumor stage after surgery, and the higher the rate of biochemical recurrence after surgery. Urinary incontinence 12 months after surgery in the two groups with and without erectile nerve preservation was not statistically different ($p > 0.05$). The group of surgical patients with preservation of the erectile neurovascular bundle had better post-operative erectile recovery ($p < 0.05$).

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trung tâm Y tế huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Vương Ngọc Biên

Email: vuongngocbien@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023