

cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều đó cũng có thể được lý giải như sau: Laser Holmium tán sỏi đài dưới trực tiếp hoặc di chuyển sỏi đến các vị trí thuận lợi thành các bụi sỏi, dưới tác động của dòng nước tưới rửa đẩy các bụi sỏi ra ngoài ngay khi tán, các mảnh sỏi được lấy ra hoặc di chuyển nên việc đào thải ra ngoài phần nào ít chịu ảnh hưởng của góc này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố tiền sử can thiệp sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, vị trí viên sỏi, đặt ống nòng niệu quản, di chuyển sỏi, góc bể thận đài dưới là những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công, tỷ lệ sạch sỏi sau mổ. Tuy nhiên kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng đóng một vai trò quan trọng. Chỉ định điều trị hiệu quả cho kỹ thuật này là sỏi đài bể thận với kích thước ≤ 20 mm, sỏi sỏi hay thất bại của các phương pháp điều trị trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Bào (2016). Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận. Luận án tiến sĩ y

học, Đại học Y dược TP HCM.

- Phạm Ngọc Hùng (2018). Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật nội soi niệu quản ngược dòng điều trị sỏi thận bằng ống soi mềm. Luận án tiến sĩ y học, Học Viện Quân Y.
- Ito H, Kawahara T, Terao H, Ogawa T, Yao M, Kubota Y, Matsuzaki J (2012), "The most reliable preoperative assessment of renal stone burden as a predictor of stone-free status after flexible ureteroscopy with holmium laser lithotripsy: a single-center experience", Urology by Elsevier Inc, 80: pp. 524-528.
- Pearle MS, Lotan Y (2012), "Urinary Lithiasis: Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis", chapter 45, Section XI in Alan J. Wein (eds): CampbellWalsh Urology, Saunders Elsevier 10th edi: pp. 1257-86.
- Perlmutter AE, Talug C, Tarry WF, Tarry WF, Zaslau S, Mohseni H, Kandzari SJ (2008), "Impact of stone location on success rates of endoscopic lithotripsy for nephrolithiasis", Urology by Elsevier Inc, 71: pp. 214-217.
- Resorlu B, Oguz U., Resorlu E. B. et al (2012), "The impact of pelvicaliceal anatomy on the success of retrograde intrarenal surgery in patients with lower pole renal stones", Urology, 79: pp. 61-66.
- Stoller ML (2013), "Urinary stone disease" in McAninch JW and Lue TF (eds): Smith and Tanagho's General Urology. McGraw - Hill 18th edi: pp. 249-7.

TỶ LỆ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN ĐỒNG DIỄN VỚI RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TẠI KHOA TÂM THẦN BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Dương Minh Tâm^{1,2}, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác định một số tỷ lệ rối loạn tâm thần đồng diễn thường gặp ở rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi trung ương. **Phương pháp:** nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 85 trẻ được chẩn đoán xác định là tăng động giảm chú ý theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM - 5 tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi trung ương. **Kết quả** cho thấy phần lớn trẻ ADHD gặp ở nhóm tuổi 6 - 10 với tỷ lệ 68,2%. Tuổi trung bình là $6,9 \pm 1,4$ tuổi. Chủ yếu gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp với 40,0%, tiếp theo là rối loạn bùng nổ bình chống đối với 38,8%. Ít gặp nhất là rối loạn tic có tỷ lệ 5,9%. Ở nhóm trẻ 3 - 5 tuổi, tỷ lệ rối loạn giao tiếp cao nhất với 66,7%. Ở nhóm trẻ 6 - 10

tuổi, tỷ lệ gặp nhiều nhất là rối loạn giao tiếp với 37,8%. Trẻ trên 10 tuổi, 100% trẻ có rối loạn bùng nổ bình chống đối và rối loạn hành vi. Ở nhóm trẻ nam, tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp (41,1%). Còn ở nhóm trẻ nữ, gặp nhiều nhất là rối loạn bùng nổ bình chống đối, tiếp theo là rối loạn giao tiếp (33,3%).

Từ khóa: tăng động giảm chú ý; rối loạn tâm thần, trẻ em.

SUMMARY

PREVALENCE OF COMORBID MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN DEPARTMENT OF PSYCHIATRY IN NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Our study aimed to determine prevalence of common comorbid mental disorders in patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Department of Psychiatry in National Children's Hospital. This is a cross-sectional descriptive study included 85 children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder according to the diagnostic criteria of DSM - 5 in Department of Psychiatry in National Children's Hospital. Results: Majority of

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: trannguyennhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

children with ADHD were found in the age group of 6-10 years with the rate of 68.2%. The mean age was 6.9 ± 1.4 years old. Boys were seen more than girls. The most common was communication disorder with 40.0% of patients, followed by oppositional defiant disorder with 38.8%. The least common was tic disorder:5.9%. In the group of children under 6 years old, the rate of communication disorders was highest with 66.7%. In the group of children from 6 to 10 years old this disorder was 37.8%. In group over 10 years old, 100% of children have oppositional defiant disorder or conduct disorder. The most common disorder among boys was communication disorder (41.1%), while among girls, oppositional defiant disorder was highest, followed by communication disorder (33.3%).

Keywords: attention deficit hyperactivity; Mental disorders, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) là một rối loạn tâm thần phổ biến ở trẻ em. Ước tính tỷ lệ mắc rối loạn này trên toàn thế giới ở trẻ từ 18 tuổi trở xuống khoảng 7,2%.¹ Biểu hiện tăng động trong rối loạn tăng động giảm chú ý thường đa dạng và dễ nhận thấy, biểu hiện giảm chú ý trong rối loạn tăng động giảm chú ý cũng đa dạng nhưng khó nhận thấy dẫn đến chậm chẩn đoán ở trẻ từ đó ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của trẻ.² Hơn một nửa số trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý có các bệnh lý tâm thần khác đi kèm, các vấn đề hành vi, những khó khăn trong học tập, lo âu và trầm cảm. Nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng trẻ em mắc rối loạn tăng động giảm chú ý có nguy cơ gia tăng các rối loạn nhân cách phát triển sau này, tình trạng loạn thần, lạm dụng chất và hành vi tội phạm. Trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý có các rối loạn tâm thần phối hợp làm phức tạp bệnh cảnh lâm sàng, những rối loạn phối hợp này cần được điều trị đồng thời. Với mong muốn tìm hiểu tỷ lệ các rối loạn tâm thần thường gặp trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý nên chúng tôi tiến hành đề tài "Tỷ lệ các rối loạn tâm thần thường gặp ở trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương" với mục tiêu là "xác định tỷ lệ rối loạn tăng động giảm chú ý tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2021.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn đối tượng tham gia là (i) trẻ đến khám lần đầu tiên và được chẩn đoán xác định mắc rối loạn tăng động giảm chú ý theo tiêu chuẩn của DSM-V.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM-V

A. Một mô hình liên tục của sự giảm chú ý và hoặc tăng động-xung động gây cản trở chức năng hoặc sự phát triển, được đặc trưng bởi (1) và hoặc (2):

(1) Giảm chú ý: Sáu (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây đã tồn tại ít nhất 6 tháng đến một mức độ không phù hợp với trình độ phát triển và tác động tiêu cực đến các hoạt động xã hội và học tập/ngành nghiệp:

a. Thường không thể chú ý kỹ lưỡng vào các chi tiết hoặc phạm những lỗi do cầu thả trong học tập, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.

b. Thường gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động.

c. Thường dường như không lắng nghe khi được nói chuyện trực tiếp.

d. Thường không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành việc học, công việc, hoặc nhiệm vụ tại nơi làm việc.

e. Thường gặp khó khăn trong việc tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động.

f. Thường né tránh, không thích hoặc không muốn tham gia vào các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì nỗ lực tinh thần.

g. Thường mất những thứ cần thiết cho các nhiệm vụ hoặc hoạt động

h. Thường dễ bị sao nhãng bởi các kích thích bên ngoài.

i. Thường quên trong các hoạt động hàng ngày.

(2) Tăng động và xung động: Sáu (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây đã tồn tại ít nhất 6 tháng không phù hợp với mức độ phát triển, tác động tiêu cực trực tiếp đến các hoạt động xã hội và học tập/ngành nghiệp:

a. Thường cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo, ngồi không yên.

b. Thường ra khỏi chỗ ngồi trong các tình huống cần ngồi yên.

c. Thường chạy loanh quanh hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống không phù hợp.

d. Thường khó khăn khi chơi hoặc tham gia các hoạt động tĩnh.

e. Thường hoạt động luôn chân tay hoặc hành động như thể được "gắn động cơ".

f. Thường nói quá nhiều.

g. Thường bột phát trả lời khi người khác chưa hỏi xong.

h. Thường gặp khó khăn khi chờ đợi đến lượt

của mình.

i. Thường ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/cuộc hội thoại của người khác.

B. Gây ra suy giảm chức năng được nhận thấy hiện diện trước 12 tuổi.

C. Hiện diện trong ít nhất hai môi trường khác nhau.

D. Phải có bằng chứng rõ ràng về tình trạng suy giảm chức năng đáng kể về lâm sàng ở các hoạt động học tập và xã hội tương ứng với trình độ phát triển của trẻ.

E. Các triệu chứng không xảy ra trong quá trình của bệnh tâm thần phân liệt và không được giải thích tốt hơn bằng một rối loạn tâm thần khác.

DSM-V chia rối loạn tăng động giảm chú ý làm 3 thể lâm sàng:

Thể hỗn hợp: đáp ứng cả 2 tiêu chí (1) và (2). Thể tăng động/xung động chiếm ưu thế: đáp ứng tiêu chí (2) nhưng không đáp ứng tiêu chí (1). Thể giảm chú ý chiếm ưu thế: đáp ứng tiêu chí (1) nhưng không đáp ứng tiêu chí (2)

Loại ra khỏi nghiên cứu những người bệnh (i) Trẻ không có người nhà cung cấp tư liệu chính xác và khách quan về tiền sử, bệnh sử của trẻ; (ii) Trẻ có bệnh thực tổn não, các bệnh cơ thể nặng. Loại trừ các trẻ có tổn thương thực thể các cơ quan phát âm, thị giác, thính giác. Trẻ có các rối loạn vận động tự động trong các bệnh lý nội khoa thần kinh: múa giật, múa vờn, run, loạn trương lực cơ...; (iii) Những trẻ không tự nguyện tham gia nghiên cứu, hoặc người nhà không đồng ý hợp tác nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi trung ương.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Lấy mẫu thuận tiện, những trẻ đến khám lần đầu tiên đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ tại phòng khám khoa Tâm bệnh - Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 85 trẻ chẩn đoán xác định mắc ADHD.

2.4. Biến số nghiên cứu. Tuổi khởi phát, tuổi chẩn đoán, giới, thời kỳ mang thai, cân nặng lúc sinh (gram), tuần thai khi sinh, phương thức sinh và rối loạn tâm thần phối hợp.

Chỉ số IQ được đánh giá bằng trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn RAVEN màu.

Trắc nghiệm RAVEN màu gồm 3 bộ A, AB và B. Mỗi bộ có 12 khuôn hình. Trắc nghiệm được xây dựng để đánh giá và phân loại mức độ trí tuệ cho trẻ. Chỉ số IQ đánh giá bằng test RAVEN: Rất thông minh (≥ 130), thông minh (120-129), trung bình cao (110-110), trung bình (90-109), trung bình thấp (80-89), ranh giới (70-79), chậm phát triển trí tuệ mức độ nhẹ (50-69), chậm phát

triển trí tuệ mức độ vừa (35-49), chậm phát triển trí tuệ mức độ nặng (20-34), chậm phát triển trí tuệ mức độ trầm trọng (<20).

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu)

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng và người thân tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu.

Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

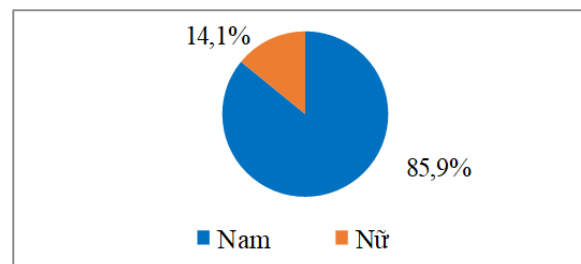
Hội đồng đạo đức Y học Bệnh viện Nhi Trung ương thông qua số 1657/BVNTW-VNCSKTE.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ các nhóm tuổi ở trẻ ADHD (n=85)

Nhóm tuổi	n	%
< 6	23	27,1
6 - 10	58	68,2
> 10	4	4,7
Tổng số	85	100,0
$\bar{x} \pm SD$	6,9 \pm 1,4	

Nhận xét: Nhóm tuổi 6 – 10 có tỷ lệ cao nhất với 68,2%. Tuổi trung bình là $6,9 \pm 1,4$.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ giới tính ở trẻ ADHD (n = 85)

Nhận xét: Trẻ ADHD chủ yếu gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tỷ lệ nữ/nam khoảng 6/1.

Bảng 3.2. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần phối hợp (n=85)

Rối loạn tâm thần phối hợp	n	%
Rối loạn lưỡng cực bình chống đối	33	38,8
Rối loạn hành vi	9	10,6
Các dấu hiệu trầm cảm, lo âu	9	10,6
Rối loạn Tic	5	5,9
Rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập	20	23,5

Rối loạn giao tiếp	34	40,0
Chậm phát triển trí tuệ	9	10,6

Nhận xét: Tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp với 40,0%, tiếp theo là rối loạn bướng bỉnh

chống đối với 38,8%. Ít gặp nhất là rối loạn tic có tỷ lệ 5,9%. Có 3 cùng tỷ lệ 10,6% là rối loạn hành vi, các dấu hiệu trầm cảm, lo âu và chậm phát triển trí tuệ.

Bảng 3.3. Tỷ lệ rối loạn tâm thần phối hợp theo nhóm tuổi (N = 85)

Các rối loạn tâm thần	Nhóm tuổi		3-5 (n =9)		6-10 (n =74)		>10 (n =2)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rối loạn bướng bỉnh chống đối	4	44,4	27	36,5	2	100,0		
Rối loạn hành vi	0	0,0	7	9,5	2	100,0		
Các dấu hiệu trầm cảm, lo âu	0	0,0	9	12,2	0	0,0		
Rối loạn Tic	0	0,0	5	6,8	0	0,0		
Rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập	0	0,0	20	27,0	0	0,0		
Rối loạn giao tiếp	6	66,7	28	37,8	0	0,0		
Chậm phát triển trí tuệ	0	0,0	9	12,2	0	0,0		

Nhận xét: Ở nhóm trẻ 3 – 5 tuổi, tỷ lệ rối loạn giao tiếp cao nhất với 66,7%, tiếp theo rối loạn bướng bỉnh chống đối. Ở nhóm trẻ 6 – 10 tuổi, tỷ lệ gặp nhiều nhất là rối loạn giao tiếp với 37,8%, tiếp theo là rối loạn bướng bỉnh chống đối với tỷ lệ 36,5%. Ít gặp nhất là rối loạn Tic có tỷ lệ 6,8%. Trẻ trên 10 tuổi, có 100% mắc rối loạn bướng bỉnh chống đối và rối loạn hành vi.

Bảng 3.4. Tỷ lệ rối loạn tâm thần phối hợp theo giới (n = 85)

Chỉ số nghiên cứu	Giới		Nam (n =73)		Nữ (n =12)	
	n	%	n	%	n	%
Rối loạn bướng bỉnh chống đối	28	38,4	5	41,7		
Rối loạn hành vi	7	9,6	2	16,7		
Các dấu hiệu trầm cảm, lo âu	8	11,0	1	8,3		
Rối loạn Tic	5	6,8	0	0,0		
Rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập	19	26,0	1	8,3		
Rối loạn giao tiếp	30	41,1	4	33,3		
Chậm phát triển trí tuệ	8	11,0	1	8,3		

Nhận xét: Ở nhóm trẻ nam, tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp với 41,1%, tiếp theo đến rối loạn bướng bỉnh chống đối (38,4%). Ít gặp nhất là rối loạn Tic, tỷ lệ 6,8%. Còn ở nhóm trẻ nữ, gặp nhiều nhất là rối loạn bướng bỉnh chống đối, tiếp theo là rối loạn giao tiếp (33,3%). Có 3 rối loạn có tỷ lệ bằng nhau cùng bằng 8,3, đó là các dấu hiệu trầm cảm, lo âu, rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập và chậm phát triển trí tuệ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 85 trẻ trong nghiên cứu được chia thành 3 nhóm tuổi khác nhau theo các cấp học: 3-5 tuổi, 6-10 tuổi, lớn hơn 10 tuổi. Hầu hết trẻ trong nghiên cứu ở nhóm từ 6-10 tuổi với tỷ lệ 68,2%, tiếp theo là nhóm dưới 6 tuổi chiếm 27,1%, còn lại là nhóm lớn hơn 10 tuổi chiếm 4,7%. Tuổi trung bình của trẻ ADHD là $6,9 \pm 1,4$ (bảng 3.1). Khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi Trangkasombat U (2008) nghiên cứu ở những trẻ mắc ADHD tại Thái Lan nhận thấy nhóm trẻ từ 6-12 chiếm cao nhất là 70,8%, nhóm dưới 6 tuổi chiếm 14,9%, nhóm từ 13 tuổi trở lên chiếm 14,4%.³ Điều này

có thể lý giải vì sự phân chia khác nhau giữa các nhóm tuổi. Mariya Cherkasova (2013) chỉ ra rằng hầu hết trẻ được chẩn đoán ADHD trong độ tuổi đi học tiểu học vì có sự xáo trộn trong lớp học và hoặc những khó khăn về học tập.⁴ Lứa tuổi mẫu giáo trẻ được đưa đi khám bởi vì triệu chứng tăng động và xung động, những triệu chứng này được coi là những hành vi gây rối, trong khi đó vấn đề giảm chú ý chưa được quan tâm cho đến khi trẻ đi học tiểu học khi mà tại đây hiệu suất học tập ở trường được coi là có vấn đề. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ ADHD chủ yếu gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tỷ lệ nữ/nam khoảng 6/1 (biểu 3.1) Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới rằng ADHD chủ yếu gặp ở nam giới. Theo Torunn Stene Nøvik (2006) tỷ lệ nam giới mắc ADHD trong nhóm nghiên cứu 1478 trẻ chiếm 84,3%, Elena A.P. Germinario (2013) tỷ lệ nam giới mắc ADHD trong nhóm nghiên cứu 1758 trẻ chiếm 88,6%.⁵

Nghiên cứu của chúng tôi có 38,8% trẻ có rối loạn bướng bỉnh chống đối đi kèm (bảng 3.2). Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi Tingting Wang và CS (2017).⁶ Nghiên cứu của chúng tôi có 10,6% trẻ có rối loạn hành vi đi kèm. Một số

tác giả cho biết hành vi hung hăng, nói dối, trộm cắp, phóng hỏa, bỏ nhà ra đi là những biểu hiện thường gặp nhất ở trẻ rối loạn hành vi khi phối hợp với ADHD. Các triệu chứng lo âu, trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ 10,6%, trẻ thường có biểu hiện kém tự tin, dễ bối rối, sợ thừ những điều mới vì lo sợ mắc lỗi và cảm thấy cô đơn, vô tích sự, không được yêu quý, phàn nàn không ai yêu mình. Lo lắng kèm theo làm giảm các triệu chứng tăng động và làm tăng các triệu chứng giảm chú ý. Nghiên cứu của chúng tôi có 5 trẻ mắc rối loạn Tic với tỷ lệ 5,9% (bảng 3.2). Rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập ở trẻ ADHD trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 23,5% (bảng 3.2). Qua 17 nghiên cứu (2001-2011) cho thấy tỷ lệ rối loạn học tập ở trẻ ADHD trung bình là 45,1%.⁷ Một số tác giả cho biết ADHD thường liên quan đến khó khăn khi đọc; những khó khăn khi viết, mặc dù được coi là ít được nghiên cứu hơn, nhưng lại xuất hiện phổ biến ở trẻ em ADHD trong độ tuổi đi học. Đọc và viết là hai kỹ năng có liên quan chặt chẽ với nhau, theo thời gian một số trẻ em có kỹ năng đọc kém cuối cùng sẽ vượt qua được vấn đề đọc của mình, còn khó khăn trong viết chính tả sẽ còn tồn tại dai dẳng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn giao tiếp ở trẻ ADHD là 40,0%. Biểu hiện rối loạn ngôn ngữ ở trẻ ADHD các vấn đề: chậm nói, nói lắp, diễn đạt lời nói, khó khăn trong hoàn thành câu. Chẩn đoán ADHD từ lâu đã gắn liền với những khó khăn trong ngôn ngữ ở trẻ em. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trẻ chậm phát triển trí tuệ được đánh giá bằng trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn RAVEN màu. Kết quả cho thấy trẻ ADHD có tới 10,6% trẻ có chậm phát triển trí tuệ. Theo nghiên cứu của chúng tôi ở bậc học mầm non, rối loạn bướng bỉnh chống đối hay đi kèm với trẻ ADHD, ở bậc học tiểu học các dấu hiệu trầm cảm, lo âu, rối loạn Tic, rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập, chậm phát triển tâm thần hay phối hợp với trẻ ADHD. Theo Laura Masi các biểu hiện rối loạn đi kèm phổ biến với ADHD thay đổi theo thời gian và các giai đoạn phát triển. Trong thời thơ ấu người ta thường thấy rối loạn đi kèm là bướng bỉnh chống đối, rối loạn của lời nói và ngôn ngữ. Các triệu chứng của lo âu, Tics thường quan sát thấy nhiều nhất trong những năm tiểu học, ở tuổi vị thành niên liên quan đến sự xuất hiện của rối loạn cảm xúc, các vấn đề nhân cách, các rối loạn liên quan đến sử dụng chất.⁸ Nghiên cứu của chúng tôi không có trẻ nào có các vấn đề nhân cách, rối loạn liên quan đến sử dụng chất do thiết kế nghiên cứu

mô tả cắt ngang và chỉ có 2 trẻ với tuổi cao. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy trẻ gái ít biểu hiện mắc rối loạn Tic, rối loạn giao tiếp, các dấu hiệu trầm cảm, lo âu, chậm phát triển tâm thần hơn trẻ trai, biểu hiện nhiều hơn mắc CD, ODD. Một vài nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở trẻ trai và gái không có sự khác nhau về bệnh lý đồng diễn. Torunn Stene Nøvik (2006) nghiên cứu trên trẻ ADHD cho kết quả rằng phần trăm trẻ gái có một RLTT phối hợp là 75,7%, tỷ lệ này ở trẻ trai là 81,1%. Trẻ gái có nguy cơ gặp vấn đề về trầm cảm và hoặc lo âu tương đương với trẻ trai là 17,6% so với 17,9%, ít có biểu hiện mắc CD và hoặc ODD (35,8% so với 42,5%), nhiều khả năng mắc rối loạn học tập (59,2% so với 55,2%), ít mắc hội chứng Tourette (9,0% so với 5,7%). Trẻ trai và trẻ gái có mức độ tương tự RLTT phối hợp.

V. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi 6 – 10 có tỷ lệ cao nhất với 68,2%. Tuổi trung bình là $6,9 \pm 1,4$. Chủ yếu gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp với 40,0%, tiếp theo là rối loạn bướng bỉnh chống đối với 38,8%. Ít gặp nhất là rối loạn tic có tỷ lệ 5,9%. Ở nhóm trẻ 3 – 5 tuổi, tỷ lệ rối loạn giao tiếp cao nhất với 66,7%. Ở nhóm trẻ 6 – 10 tuổi, tỷ lệ gặp nhiều nhất là rối loạn giao tiếp với 37,8%. Trẻ trên 10 tuổi, 100% trẻ có rối loạn bướng bỉnh chống đối và rối loạn hành vi. Ở nhóm trẻ nam, tỷ lệ cao nhất là rối loạn giao tiếp (41,1%). Còn ở nhóm trẻ nữ, gặp nhiều nhất là rối loạn bướng bỉnh chống đối, tiếp theo là rối loạn giao tiếp (33,3%).

Khuyến nghị. Rối loạn tăng động giảm chú ý thường có các rối loạn tâm thần phối hợp. Do đó, bác sĩ nhi khoa và các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần cần lưu ý để tránh bỏ sót.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào nghiên cứu, cảm ơn Khoa Tâm thần – bệnh viện Nhi trung ương đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P.** Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-1001. doi:10.1542/peds.2014-3482
2. **Lacramioara Spetie, Eugene Arnold. Chapter 5.1.1.** Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. In: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 5th ed. Wolters Kluwer Health; 2017.
3. **Trangkasombat U.** Clinical characteristics of ADHD in Thai children. *J Med Assoc Thai*

- Chotmaihet Thangphaet. 2008;91(12):1894-1898.
4. **Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL, Pondé MP, Hechtman L.** Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(1):47-54.
 5. **Germinario EAP, Arcieri R, Bonati M, et al.** Attention-deficit/hyperactivity disorder drugs and growth: an Italian prospective observational study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013;23(7):440-447. doi:10.1089/cap.2012.0086
 6. **Wang T, Liu K, Li Z, et al.** Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17:32. doi:10.1186/s12888-016-1187-9
 7. **DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD.** Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil.* 2013;46(1):43-51. doi:10.1177/0022219412464351
 8. **Masi L.** **ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric Problems, Medical Problems, Learning Disorders and Developmental Coordination Disorder.** *Clin Psychiatry.* 2015;1(1). doi:10.21767/2471-9854.100005

GIÁ TRỊ CỦA CÁC DẤU HIỆU ĐẶC HIỆU TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT U BAO THẦN KINH VÀ U MÀNG NÃO TUỖ DƯỚI MÀNG CỨNG – NGOÀI TUỖ

Đặng Khánh Huyền¹, Nguyễn Duy Hùng^{1,2}

- EXTRAMEDULLARY SPINAL

SCHWANNOMAS AND MENINGIOMAS

Objective: Our study aimed to investigate the specific signs on Magnetic Resonance Imaging (MRI) in providing useful data to differentiate between intradural - extramedullary schwannomas and meningiomas. **Materials and Methods:** This retrospective study reviewed 42 patients with intradural - extramedullary schwannomas and 18 patients with intradural - extramedullary meningiomas. All patients had undergone spinal MRI prior to surgery at Vietduc University hospital, Hanoi, Vietnam, from July 2019 to December 2021. **Results:** Patients with schwannoma showed significantly higher frequency of cystic change sign (SE 64.3%, SP 100%, PPV 100%), neural foraminal widening sign (SP 94.4% và PPV 92.3%); patients with meningioma showed significantly higher frequency of dural tail sign (SP 97.6%, PPV 90.9%, NPV 83.7%) ($p < 0.05$). **Conclusion:** cystic change sign, neural foraminal widening sign, dural tail sign were useful in differentiating between intradural extramedullary schwannomas from meningiomas. Cystic change sign, neural foraminal widening sign were significantly common in intradural - extramedullary schwannomas; dural tail sign was significantly common in meningiomas.

Keywords: Schwannomas, Meningiomas, cystic change sign, dural tail sign, neural foraminal widening sign, Magnetic Resonance Imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới màng cứng – ngoài tuỷ là các u nằm ở khoang dưới màng cứng – ngoài tuỷ của tuỷ sống, trong đó u hay gặp nhất và thứ 2 lần lượt là UBTK và UMNT với tỷ lệ mắc khoảng 55-90%^{1,2}. Các u này thường lành tính, nhưng có thể chèn ép vào tuỷ sống, dây, rễ thần kinh sống gây các triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi mục đích để đánh giá các dấu hiệu hình ảnh đặc hiệu trên cộng hưởng từ (CHT) để bổ xung cho phân biệt u bao thần kinh (UBTK) và u màng não tuỷ (UMNT) dưới màng cứng – ngoài tuỷ, tập trung vào 3 dấu hiệu là tín hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng và dấu hiệu rộng lỗ liên hợp. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện trên 42 bệnh nhân (BN) UBTK và 18 BN UMNT dưới màng cứng – ngoài tuỷ đã được chụp CHT cột sống trước mổ tại trung tâm Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 7/2019 - 12/2021. **Kết quả:** UBTK hay gặp tín hiệu dạng nang (SE 64.3%, SP 100%, PPV 100%), dấu hiệu làm rộng lỗ liên hợp (SP 94.4% và PPV 92.3%) hơn UMNT; còn UMNT hay gặp dấu hiệu đuôi màng cứng (SP 97.6%, PPV 90.9%, NPV 83.7%) hơn có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0.05$). **Kết luận:** Các đặc điểm tín hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng, dấu hiệu làm rộng lỗ liên hợp có thể cung cấp các dữ kiện hữu ích để phân biệt UBTK và UMNT trên hình ảnh CHT. UBTK hay gặp tín hiệu dạng nang, dấu hiệu làm rộng lỗ liên hợp hơn UMNT; còn UMNT hay gặp dấu hiệu đuôi màng cứng hơn UBTK.

Từ khóa: u bao thần kinh, u màng não tuỷ, dấu hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng, dấu hiệu rộng lỗ liên hợp, cộng hưởng từ.

SUMMARY

VALUE OF SPECIFIC SIGNS ON MRI IN DIFFERENTIATING BETWEEN INTRADURAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung_84@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022