

2. **Rojas-Sánchez L. Z., Parra D. I., Camargo-Figuera F. A.** (2015). Incidence and factors associated with the development of phlebitis: results of a pilot cohort study/Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohorte/Incidência e fatores associados com o desenvolvimento de flebite: resultados do estudo piloto de uma coorte. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4),61.
3. **Hồ Khả Cảnh và Lê Hồng Chính** (2009). So sánh chất lượng hai loại catheter tĩnh mạch ngoại biên Vialon và Teflon trong đặt đường truyền nuôi dưỡng tĩnh mạch. *Tạp chí Y học thực hành*, 644+645(2),1-3.
4. **Lê Hữu Thìn, Hoàng Thị Trang và Cao Thị Hồng Hà** (2014). Đánh giá tình trạng viêm tĩnh mạch sau đặt kim luồn bằng thang điểm Baxter tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2013. *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, 7,11-16.
5. **Phạm Lâm Lạc Thư** (2012). 3 khảo sát tỷ lệ nhiễm khuẩn và thời gian lưu kim luồn trên bệnh nhi tại khoa ngoại thần kinh Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2011 *Y Học TP. Hồ Chí Minh* 16(4),22-26.
6. **Thái Đức Thuận Phong và các cộng sự** (2011). Khảo sát tỷ lệ viêm tại chỗ do đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Tim mạch An Giang 4-10/2011, *Đề tài cơ sở, Bệnh viện Tim mạch An Giang*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ Ở TRẺ EM TỪ 24 ĐẾN 60 THÁNG TUỔI TẠI TUYỀN QUANG

Phạm Thị Ngân¹, Lê Thị Kim Dung², Bé Hà Thành²,
Lê Kim Việt³, Giang Thị Hồng Nhung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 24 đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hương Sen, Tuyên Quang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 60 trẻ từ 24 đến 60 tháng tuổi mắc rối loạn tự kỷ tại Tuyên Quang, thời gian từ năm 2022 đến 2023. Tự kỷ được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn DSM-IV và phân loại mức độ theo thang điểm đánh giá tự kỷ (CARS). **Kết quả:** Tự kỷ gặp nhiều ở trẻ nam, tỉ lệ nam/nữ: 3,6/1; trẻ tự kỷ mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao (91,7%). Các biểu hiện lâm sàng ở trẻ tự kỷ gặp nhiều là: không/ ít quan tâm, chia sẻ tình cảm đến bố mẹ/người thân (91,7%), kéo tay người thân lấy đồ vật như một công cụ (90,0%); chậm phát triển ngôn ngữ nói so với tuổi (98,3%); giảm/không giao tiếp mắt-mắt (98,3%), hành vi định hình, rập khuôn (85%); thích ôm, giữ chặt (21,7%); ăn không nhai, chỉ nuốt chửng (21,7%), khó vào đầu giấc ngủ (65,0%). Phần lớn các triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm 24-35 tháng và 36-60 tháng tuổi là không có sự khác biệt ($p>0,05$), các triệu chứng khá ổn định ở lứa tuổi từ 24 đến 60 tháng. **Kết luận:** Các biểu hiện lâm sàng đặc trưng của trẻ rối loạn tự kỷ xuất hiện với tần suất cao (> 80%). Nhóm trẻ nhỏ 24-35 tháng tuổi đã bộc lộ các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của tự kỷ tương tự như nhóm 36-60 tháng, cho phép chẩn đoán xác định sớm trong giai đoạn tuổi này.

Từ khóa: Tự kỷ, lâm sàng, tương tác xã hội, ngôn ngữ, hành vi

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN FROM 24 TO 60 MONTHS OF AGE IN TUYEN QUANG

Objectives: To describe clinical features of autism spectrum disorder in children aged 24 to 60 months at Huong Sen Rehabilitation Hospital, Tuyen Quang. **Subjects and methods:** A descriptive study was conducted on 60 children aged 24 to 60 months with an autism spectrum disorder in Tuyen Quang, from 2022 to 2023. Autism was diagnosed according to DSM-IV criteria and level classification on the Autism Rating Scale (CARS). **Results:** Autism is more common in boys, male/female ratio: 3.6/1; Children with severe autism accounted for a high rate (91.7%). The most common clinical manifestations in children with autism are no/little interest, sharing affection with parents/relatives (91.7%), pulling relatives' hands to grab objects as a tool (90, 0%); speech-language retardation for age (98.3%); reduced/no eye-to-eye contact (98.3%), stereotypical, stereotyped behavior (85%); likes to hug, hold tight (21.7%), eat without chewing, swallow (21.7%), challenging to get to sleep (65.0%). Most of the clinical symptoms of the 2 age groups 24-35 months and 36-60 months are not different ($p>0.05$), symptoms are quite stable at the age from 24 to 60 months. **Conclusion:** The typical clinical manifestations of children with autism spectrum disorder appear with high frequency (> 80%). The group of young children aged 24-35 months showed typical clinical signs of autism similar to those of the 36-60 month group, allowing an early diagnosis in this age period.

Keywords: Autism, clinical, social interaction, language, behavior.

¹Trường Đại học Tân Trào

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngân

Email: bsngan90@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 23.8.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự kỷ là một dạng khuyết tật phát triển tồn tại suốt cuộc đời, thường xuất hiện trong 3 năm đầu đời. Tự kỷ là do rối loạn thần kinh gây ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não bộ. Tự kỷ có thể xảy ra ở bất cứ cá nhân nào không phân biệt giới tính, chủng tộc hoặc điều kiện kinh tế-xã hội. Đặc điểm của tự kỷ là những khiếm khuyết về tương tác xã hội, giao tiếp ngôn ngữ và có hành vi, sở thích, hoạt động mang tính hạn hẹp, lặp đi lặp lại. Rối loạn phổ tự kỷ gây nên những khuyết tật rất nặng nề về tâm lý, xã hội và kinh tế, khiến trẻ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội [1].

Ở Việt Nam, trước năm 1980 khái niệm rối loạn phổ tự kỷ còn rất xa lạ, nhưng 15 năm trở lại đây, có sự gia tăng chẩn đoán cũng như tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ. Tác Lê Thị Vui năm 2019 nghiên cứu về "Dịch tễ học rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 18-30 tháng và rào cản tiếp cận dịch vụ chẩn đoán, can thiệp rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam, 2017-2019" cho kết quả tỷ lệ trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ là 7,58% [5]. Việc chẩn đoán bệnh sớm và can thiệp sớm cho trẻ mang lại những lợi ích rõ ràng, giúp trẻ phát triển theo hướng bình thường, tái hòa nhập cộng đồng, có thể tìm được việc làm, sống độc lập và thiết lập được những mối quan hệ [4].

Tuyên Quang, trong những năm gần đây số trẻ đến khám và can thiệp tự kỷ ngày càng tăng, nếu được phát hiện và chẩn đoán sớm tự kỷ sẽ mang lại hiệu quả cao trong điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ và gia đình. Thực tế nêu trên cho thấy việc tăng cường nhận biết các dấu hiệu lâm sàng nhằm phát hiện sớm, chẩn đoán sớm, giúp cho tuyên truyền, tư vấn phòng mắc tự kỷ tại Tuyên Quang trở thành vấn đề rất cần được quan tâm, thúc đẩy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 24 đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hương Sen, Tuyên Quang*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ có độ tuổi từ 24 tháng đến 60 tháng khám và điều trị tại Bệnh viện PHCN Hương Sen Tuyên Quang được chẩn đoán là tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-IV. Cha, mẹ và hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ đồng ý hợp tác nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện PHCN Hương Sen, tỉnh Tuyên Quang từ năm 2022 đến năm 2023

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

* **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu toàn bộ

* **Chọn mẫu:**

Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ từ 24 tháng đến 60 tháng tuổi tại Tuyên Quang đáp ứng đủ tiêu chuẩn của DSM-IV, đã được bác sĩ chuyên khoa tâm thần chẩn đoán mắc tự kỷ. Cha, mẹ và hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ đồng ý hợp tác nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ tự kỷ có các vấn đề kèm theo như khiếm thính, khiếm thị, bệnh lý thực thể nặng đang phải điều trị nội trú tại các cơ sở y tế, bệnh lý thần kinh, thực thể có rối loạn tri giác; cha/mẹ trẻ tự kỷ không có khả năng trả lời phỏng vấn đầy đủ các thông tin của mẫu phiếu nghiên cứu hoặc không nhớ chính xác các thông tin.

Cách chọn mẫu: chọn toàn bộ trẻ tự kỷ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi chọn được 60 trẻ tự kỷ và gia đình đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

* **Chỉ số nghiên cứu.** Tỷ lệ trẻ tự kỷ phân bố theo giới tính, dân tộc, nơi ở và mức độ tự kỷ

Tuổi trung bình của trẻ tự kỷ trong nghiên cứu

Tỉ lệ các dấu hiệu bất thường về tương tác xã hội của trẻ tự kỷ theo 2 nhóm 24-35 tháng và 36-60 tháng tuổi.

Tỉ lệ các dấu hiệu bất thường về ngôn ngữ và giao tiếp của trẻ tự kỷ theo 2 nhóm tuổi 24-35 tháng tuổi và 36-60 tháng tuổi.

Tỉ lệ các rối loạn hành vi đặc trưng theo 2 nhóm 24-35 tháng và 36-60 tháng tuổi.

Tỉ lệ các rối loạn đi kèm với tự kỷ: rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ và rối loạn tri giác quan theo 2 nhóm 24-35 tháng và 36-60 tháng tuổi.

* **Phương pháp thu thập, xử lý số liệu**

Phương pháp thu thập số liệu

- Giải thích cho cha/mẹ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu.

- Phỏng vấn trực tiếp cha, mẹ, người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ theo mẫu bệnh án nghiên cứu

- Tiến hành thăm khám, phỏng vấn, quan sát và đánh giá tự kỷ tại Thái Nguyên theo tiêu chuẩn DSM-IV, CARS, phiếu quan sát lâm sàng trẻ tự kỷ (do bác sĩ tâm thần, cán bộ tâm lý và bác sĩ chuyên khoa Nhi thực hiện).

Phương pháp xử lý số liệu

- Nhập số liệu thích hợp trên phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý trên phần mềm Stata 14 (StataCorp LP, College Station, TX) với các test thống kê thích hợp.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên và sự cho phép của Bệnh viện Phục hồi chức năng Hương Sen, Tỉnh Tuyên Quang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các chỉ số (n=60)		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi (tháng), X ± SD		40,48 ± 11,15	
Giới tính	Nam	47	78,3

Dân tộc	Nữ	13	21,7
	Kinh	29	48,3
Nơi ở	Khác	31	51,7
	Phường, thị trấn	20	33,3
Mức độ tự kỷ	Xã	40	66,7
	Nhẹ và vừa	5	8,8
	Nặng	55	91,7

(SD, độ lệch chuẩn; X, trung bình)

Nhận xét: Trẻ tự kỷ chủ yếu là trẻ nam (chiếm 78,3%), sống ở các xã (66,7%) và phần lớn là tự kỷ ở mức độ nặng (chiếm 91,7%)

Bảng 2. Đặc điểm về tương tác xã hội của trẻ tự kỷ

Đặc điểm về tương tác xã hội	Tuổi (tháng)		24-35 (n=25)		36-60 (n=35)		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không/ ít quan tâm, chia sẻ tình cảm đến bố mẹ/người thân	23	92,0	32	91,4	55	91,7			1,0
Không thể hiện vui buồn	17	68,0	14	40,0	31	51,7			0,032
Tình cảm bất thường khi không đồng ý	17	68,0	19	54,3	36	60,0			0,285
Không/khó khăn điều hòa các mối quan hệ	20	80,0	25	71,4	45	75,0			0,45
Thường chơi một mình, không/khó khăn tham gia hoạt động nhóm	22	88,0	22	62,9	44	73,3			0,03
Kéo tay người thân lấy đồ vật như một công cụ	24	96,0	30	85,7	54	90,0			0,386

* Fisher Exact test

Nhận xét: Đối với đặc điểm về suy giảm kỹ năng tương tác xã hội, hầu hết trẻ tự kỷ không hoặc ít quan tâm, chia sẻ tình cảm đến bố mẹ/người thân (91,7%), kéo tay người thân lấy đồ vật như một công cụ (90%). Trên một nửa số trẻ tự kỷ không thể hiện vui buồn (51,7%), có những tình cảm bất thường khi không đồng ý

(60,0%), không/khó khăn điều hòa các mối quan hệ (75%), thường chơi một mình, không/khó khăn tham gia hoạt động nhóm (73,3%). Có sự khác biệt về dấu hiệu thường chơi một mình, không/khó khăn tham gia hoạt động nhóm, không thể hiện vui buồn giữa hai nhóm tuổi (p<0,05).

Bảng 3. Đặc điểm các dấu hiệu bất thường về ngôn ngữ và giao tiếp không lời của trẻ tự kỷ ở các nhóm tuổi

Tuổi (tháng)	24-35 (n=25)		36-60 (n=35)		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Dấu hiệu bất thường về ngôn ngữ							
Chậm phát triển ngôn ngữ nói so với tuổi	25	100	34	97,1	59	98,3	1,0
Phát ra một chuỗi âm thanh khác thường, vô nghĩa	22	88,0	25	71,4	47	78,3	0,125
Bất thường về kỹ năng giao tiếp không lời							
Giảm/không giao tiếp mắt-mắt	25	100	34	97,1	59	98,3	1,0
Thờ ơ/giảm biểu cảm nét mặt	25	100	32	91,4	57	95,0	0,258
Rất ít/không đáp ứng khi gọi tên	25	100	29	82,9	54	90,0	0,036*
Rất ít/không có cử chỉ, điệu bộ	24	96,0	31	88,6	55	91,7	0,390
Không biết dùng ngón trỏ để chỉ	22	88,0	25	71,4	47	78,3	0,125

* Fisher Exact test

Nhận xét: Gần 100% trẻ tự kỷ chậm phát triển ngôn ngữ so với tuổi. Hầu hết số trẻ tự kỷ trong nhóm nghiên cứu đều có dấu hiệu của suy giảm kỹ năng giao tiếp không lời với tần suất xuất hiện tương tự ở hai nhóm trẻ. Có sự khác

biệt giữa trẻ ở nhóm 24-35 tháng tuổi và 36-60 tháng tuổi về tỷ lệ trẻ rất ít hoặc không đáp ứng khi gọi tên (p=0.036); các dấu hiệu còn lại ở nhóm trẻ nhỏ 24-35 tháng tuổi tương tự như ở nhóm trẻ lớn hơn 36-60 tháng tuổi (p>0,05).

Bảng 4. Đặc điểm về hành vi, thói quen bất thường của trẻ tự kỷ

Tuổi (tháng)	24-35	36-60	Tổng	p
--------------	-------	-------	------	---

Đặc điểm hành vi, thói quen	(n=25)		(n=35)				
	n	%	n	%	n	%	
Hành vi rập khuôn, động tác định hình	25	100	26	74,3	51	85,0	0,007
Hoạt động quá mức mọi lúc, mọi nơi	9	36,0	13	37,1	22	36,7	0,928
Bồn chồn, ngồi không yên	10	40,0	19	54,3	29	48,3	0,275
Đề cấu kính	16	64,0	24	68,6	40	66,7	0,711
Khó hiểu, khó gần	25	100	33	94,3	58	96,7	0,506
Thói quen, sở thích thu hẹp, lặp lại, cuốn hút quá mức	15	60,0	21	60,0	36	60,0	1,0
Mối quan tâm bất thường với các chi tiết của đồ vật	16	64,0	22	62,9	38	63,3	0,928

Nhận xét: 100% trẻ ở nhóm tuổi 24-35 tháng có hành vi rập khuôn, động tác định hình, cao hơn so với ở nhóm trẻ 36-60 tháng tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các thói quen còn lại của trẻ tự kỷ không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 5. Đặc điểm về rối loạn xử lý giác quan, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ của trẻ tự kỷ

Tuổi (tháng)	24-35 (n=25)		36-60 (n=35)		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Đặc điểm về xử lý giác quan của trẻ tự kỷ							
Giảm cảm giác đau	5	20,0	6	17,1	11	18,3	1,0
Thích ôm, giữ chặt	6	24,0	7	20,0	13	21,7	0,711
Đặc điểm về ăn uống của trẻ tự kỷ							
Ăn uống chọn lọc quá mức	8	32,0	8	22,9	16	26,7	0,43
Ăn không nhai, chỉ nuốt chửng	15	60,0	10	28,6	25	41,7	0,015
Đặc điểm về giấc ngủ của trẻ tự kỷ							
Khó vào đầu giấc ngủ	18	72,0	21	60,0	39	65,0	0,337
Không ngủ trưa	9	36,0	11	31,4	20	33,3	0,711

Nhận xét: Rối loạn hành vi ăn uống như ăn không nhai, chỉ nuốt chửng ở nhóm trẻ từ 24-35 tháng tuổi nhiều hơn nhóm trẻ từ 36-60 tháng tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 65,0% trẻ tự kỷ có khó vào đầu giấc ngủ, gần 22% trẻ tự kỷ có rối loạn xử lý giác quan, không có sự khác biệt về những tỷ lệ này giữa hai nhóm tuổi trên ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong 60 trẻ rối loạn phổ tự kỷ tham gia nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là trẻ nam chiếm tỉ lệ 78,33%, với tỉ lệ nam/nữ: 3,6/1, tương tự như nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, nghiên cứu của Nguyễn Đức Tấn và cộng sự (2021), tỉ lệ rối loạn phổ tự kỷ nam/nữ 3,1/1 [1]. Alshaban F và cs (2019), tỉ lệ trẻ nam/trẻ nữ: 4,3/1 [8]. Chúng tôi sử dụng thang điểm CARS để đánh giá mức độ nặng của tự kỷ, (CARS) chia tự kỷ làm hai mức độ: nhẹ-trung bình và nặng, kết quả cho thấy số trẻ tự kỷ ở mức độ nặng chiếm tỉ lệ 91,7% tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác, phần lớn số trẻ tham gia trong nghiên cứu là tự kỷ ở mức độ nặng [1],[2],[3].

Những đặc điểm về tương tác xã hội được thể hiện khá đa dạng ở trẻ tự kỷ. Kết quả bảng 2, đặc điểm về tương tác xã hội của trẻ tự kỷ cho thấy trên 90% số trẻ tự kỷ có các biểu hiện

bất thường về kỹ năng trao đổi qua lại về tình cảm, xã hội như: không ít quan tâm chia sẻ tình cảm đến bố mẹ người thân (91,7%), kéo tay người thân lấy đồ vật (90%); Trên một nửa số trẻ tự kỷ không thể hiện vui buồn (51,7%), có những tình cảm bất thường khi không đồng ý (60,0%), không/khó khăn điều hòa các mối quan hệ (75%), thường chơi một mình, không/khó khăn tham gia hoạt động nhóm (73,3%). Theo nghiên cứu Lê Thị Kim Dung và cộng sự (2021) kéo tay người thân lấy đồ vật (90,1%); cảm xúc bất thường khi không đồng ý (82,6%); thường chơi một mình, không/khó khăn tham gia hoạt động nhóm (82,0%); không quay đầu lại khi được gọi tên (80,8%) [3]. Như vậy, dấu hiệu kéo tay người thân, không ít quan tâm chia sẻ tình cảm đến bố mẹ người thân là một dấu hiệu nhận biết sớm tự kỷ ở trẻ nhỏ. Có sự khác biệt về dấu hiệu thường chơi một mình, không/khó khăn tham gia hoạt động nhóm, không thể hiện vui buồn giữa hai nhóm tuổi ($p < 0,05$), sự tách biệt này khá phổ biến ở trẻ tự kỷ, nó có thể có thay đổi khi đứa trẻ lớn lên, nhưng đa phần biểu hiện này tiếp tục kéo dài cho đến hết cuộc đời, có thể trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ trẻ tự kỷ ở nhóm tuổi 36-60 tháng (58,3%) nhiều hơn so với trẻ từ 24-25 tháng tuổi (41,7%) nên có sự khác biệt về dấu hiệu này ở hai nhóm tuổi. Tuy

hiện cần có thêm những nghiên cứu khác lớn hơn để đánh giá vấn đề này ở trẻ tự kỷ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 98,3% trẻ tự kỷ chậm phát triển về ngôn ngữ, tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác như theo nghiên cứu Lê Thị Kim Dung và cs (2021) chỉ ra rằng 100% trẻ tự kỷ có dấu hiệu chậm nói, phần lớn trẻ chậm ngôn ngữ trên 12 tháng so với tuổi (60,2%) [3]. Đây cũng là dấu hiệu mà cha mẹ hay đưa trẻ đi khám vì dấu hiệu này dễ nhận thấy, để đo lường khi so sánh với những trẻ cùng tuổi. Như vậy, các nghiên cứu trong và ngoài nước đều nhận thấy dấu hiệu chậm nói là dấu hiệu điển hình và thường gặp nhất ở trẻ tự kỷ. Khi phát hiện trẻ chậm nói so với tuổi cần đưa trẻ đến các cơ sở y tế có các thầy thuốc chuyên khoa Nhi, chuyên khoa tâm thần, chuyên khoa phục hồi chức năng để được chẩn đoán nguyên nhân cũng như đánh giá phát triển nhằm phát hiện sớm những bất thường ở trẻ.

Kết quả bảng 4 về đặc điểm hành vi, thói quen bất thường của trẻ tự kỷ, chúng tôi nhận thấy: hành vi rập khuôn, động tác định hình có ở 85% trẻ tự kỷ, tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác phần lớn trẻ tự kỷ có hành vi rập khuôn, động tác định hình [2],[3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ ở nhóm tuổi 24-35 tháng có hành vi rập khuôn, động tác định hình, cao hơn so với ở nhóm trẻ 36-60 tháng tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hành vi rập khuôn, động tác định hình ở nhóm trẻ tự kỷ này có rất nhiều dạng khác nhau, thể hiện ở sự lặp từ, định hình về các vận động cơ thể, một số trẻ duy trì thói quen định hình, sở thích định hình, không muốn thay đổi thói quen, sở thích cho dù thói quen, sở thích đó không phù hợp. Những hành vi này là đặc điểm cốt lõi, dấu hiệu đặc trưng của trẻ tự kỷ, có thể liên quan đến việc trẻ tự kỷ bị rối loạn xử lý thông tin giác quan, khó khăn trong xử lý thông tin, hoặc bộc lộ cảm xúc, hoặc gây sự chú ý, quan tâm của người khác, theo một cách thể hiện sự riêng biệt của trẻ, nhưng cũng có thể do những lý do khác cần nghiên cứu thêm. Việc tìm hiểu nguyên nhân của hành vi và giải quyết hành vi của chúng rất phức tạp, cần rất nhiều thời gian và công sức tuy nhiên đó vẫn là một công việc cần thiết trong quá trình can thiệp trẻ tự kỷ, vì với trẻ tự kỷ thì hành vi là một trong các nguyên nhân quan trọng khiến trẻ khó hoà nhập với cộng đồng, xã hội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 41,7% trẻ ăn không nhai, chỉ nuốt chửng, tương tự như nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước. Peverill S và cs (2019), nghiên cứu

về vấn đề nuôi dưỡng ở trẻ em bị trẻ rối loạn phổ tự kỷ, nhận thấy các vấn đề ăn uống có mối tương quan cao với các vấn đề hành vi chung hơn là mức độ nghiêm trọng của triệu chứng tự kỷ [6]. Lê Thị Kim Dung (2021) ăn không nhai, chỉ nuốt chửng (47,8%) [3]. Rối loạn hành vi ăn uống có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ, do đó cần thông tin cho bố/mẹ người trực tiếp chăm sóc trẻ cùng giám sát can thiệp hành vi này.

Tương tự, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có 65% trẻ khó vào giấc ngủ đầu. Theo Maria G. P. và cộng sự khảo sát cho thấy trẻ em và thanh thiếu niên mắc rối loạn phổ tự kỷ có tỷ lệ bất thường về giấc ngủ cao hơn so với trẻ em phát triển bình thường [7]. Vì vậy, quan tâm, phát hiện và chẩn đoán sớm các vấn đề rối loạn giấc ngủ ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ là việc làm cần thiết, không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả can thiệp điều trị, giúp trẻ hòa nhập cộng đồng mà còn giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người chăm sóc trẻ và các thành viên trong gia đình. Nghiên cứu của chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng ở trẻ tự kỷ, giữa hai nhóm tuổi trẻ 24-35 tháng và 35-60 tháng tuổi ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Các biểu hiện lâm sàng đặc trưng của trẻ rối loạn tự kỷ xuất hiện với tần suất cao ($> 80\%$). Nhóm trẻ nhỏ 24-35 tháng tuổi đã bộc lộ các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của tự kỷ tương tự như nhóm 36-60 tháng, cho phép chẩn đoán xác định sớm trong giai đoạn tuổi này. Khi phát hiện trẻ có những dấu hiệu bất thường, đặc biệt là chậm nói, cần đưa trẻ đến cơ sở y tế để trẻ được đánh giá phát triển, chẩn đoán sớm và can thiệp sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Tân và cộng sự (2021), "Nghiên cứu tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ và kết quả bước đầu can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Quảng Ngãi", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 505 (1).
2. Trần Thiện Thắng và cộng sự (2022), "Đặc điểm lâm sàng rối loạn phổ tự kỷ từ 24 - 72 tháng tại thành phố Cần Thơ", Tạp chí Nghiên cứu Y học, tập 150 (2).
3. Lê Thị Kim Dung (2020), "Đặc điểm lâm sàng trẻ mắc rối loạn tự kỷ tại Thái Nguyên", Tạp chí Y học thực hành, tập 1131 (4).
4. Nguyễn Minh Phương (2021), "Khảo sát tỉ lệ trẻ từ 18-36 tháng có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm M-Chat tại trường mầm non ở thành phố Cà Mau 2020", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 502 (1).
5. Lê Thị Vui (2020), "Dịch tễ học rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 18-30 tháng và rào cản tiếp cận dịch vụ chẩn đoán, can thiệp rối loạn phổ tự kỷ tại Việt

Nam 2017-2020", Luận án tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.

6. **Smith I.M. Peverill S, Duku E. et al.** (2019), "Developmental Trajectories of Feeding Problems in Children with Autism Spectrum Disorder, Journal Pediatr Psychol, Vol. 44 (8).
7. **Maria G. P. et al.** (2021), "Subjective and Electroencephalographic Sleep Parameters in

Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review", Journal of Medicine, Vol. 3893 (10).

8. **Aldosari M. A. F. et al.** (2019), "Prevalence and correlates of autism spectrum disorder in Qatar: a national study", Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 60 (12).

CĂN NGUYÊN GÂY NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MIỄN DỊCH HỌC, VI RÚT HỌC Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS THẤT BẠI VỚI PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ARV BẬC 1

Lương Hương Giang¹, Đoàn Thu Trà^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị ARV giúp phục hồi chức năng miễn dịch, giảm các biến cố bất lợi gây ra bởi HIV. Tuy nhiên thất bại trong điều trị ảnh hưởng nghiêm trọng tới lợi ích điều trị ARV, dẫn đến gia tăng tỉ lệ mắc bệnh nhiễm trùng cơ hội và tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân HIV. Mục đích của nghiên cứu là tìm hiểu căn nguyên gây nhiễm trùng cơ hội và mối liên quan với miễn dịch học, vi rút học ở bệnh nhân HIV/AIDS thất bại điều trị với phác đồ ARV bậc 1 tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương và Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu bệnh án ngoại trú của 72 bệnh nhân HIV/AIDS thất bại với phác đồ điều trị ARV bậc 1 tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương và Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 72 bệnh nhân HIV/AIDS thất bại với phác đồ điều trị ARV bậc 1, có 45 bệnh nhân có bệnh nhiễm trùng cơ hội tại thời điểm chẩn đoán thất bại điều trị. Đa số các bệnh nhân phát hiện thất bại điều trị ở giai đoạn lâm sàng III, IV. Các nhiễm trùng cơ hội thường gặp là nấm Candida miệng (36.7%), tiếp theo là nhiễm lao (28.3%), nhiễm nấm Talaromyces marneffeii máu (11.7%) viêm não Toxoplasma (10%), viêm phổi do PCP (3.3%), nhiễm CMV (3.3%). Với $p < 0.05$, có sự khác biệt về chỉ số BMI, số lượng tế bào T-CD4 và tải lượng vi rút giữa 2 nhóm bệnh nhân có và không có NTCH tại thời điểm thất bại điều trị. Tuy nhiên chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa sự xuất hiện NTCH với phác đồ điều trị ARV bậc 1. Bệnh nhân có số lượng tế bào T-CD4 < 50 tế bào/cm³ có nguy cơ mắc bệnh lao và nấm Candida miệng nhiều hơn so với bệnh nhân có số lượng tế bào T-CD4 ≥ 50 tế bào/cm³. **Kết luận:** Việc phát hiện

sớm thất bại điều trị với phác đồ ARV bậc 1 là rất quan trọng để kịp thời chuyển đổi phác đồ ARV bậc 2, cải thiện tiên lượng sống sót cho bệnh nhân HIV/AIDS.

Từ khóa: nhiễm trùng cơ hội, thất bại điều trị, ARV bậc 1, HIV/AIDS.

SUMMARY

CAUSES OF OPPORTUNITY SERIOUS INFECTIONS AND ASSOCIATIONS WITH IMMUNOLOGICAL, VIROLOGICAL, IN HIV/AIDS PATIENTS WHO FAILED THE FIRST-LINE ART REGIMEN

Introduction: Antiretroviral therapy (ART) restores immune function and reduces HIV-related adverse events. But treatment failure affects this advantage and leads to increase opportunistic infections and mortality rates in HIV patients. The purpose of this study was to determine the causes of opportunistic infections (OIs) and the relationship between OIs with immunology and virology in HIV/AIDS patients who failed treatment with first-line ART regimens at the National hospital for Tropical diseases and Center for Tropical diseases, Bach Mai hospital. **Participants and Methods:** We conducted a cross-sectional, retrospective descriptive study in 72 HIV/AIDS patients who failed first-line ART regimens at the National hospital for Tropical diseases and Center for Tropical diseases, Bach Mai hospital from January 2017 to August 2021. **Results:** Among 72 HIV/AIDS patients who failed first-line ART regimens, 45 had opportunistic infections at the time of diagnosis of treatment failure. Most of the patients were at clinical stage III, IV. Oral Candidiasis accounted for the highest rate of 36.7%, followed by Tuberculosis and blood fungus Talaromyces marneffeii accounted for 28.3% and 11.7%. Toxoplasma encephalitis accounted for 10%, PCP pneumonia and CMV infection accounted for the lowest rate of 3.3%. There was no relationship between the occurrence of OIs with first-line ART regimen. However, with $p < 0.05$, there were differences in BMI, CD4 T-cell count and viral load between the 2 groups patients with and without OIs at the time of treatment failure. Patients with T-CD4 counts of fewer than 50 cells/cm³ have a higher risk of Tuberculosis and oral Candidiasis than patients with T-

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023