

lượng bệnh nhân nghiên cứu được thu thập từ những bệnh án đáp ứng đủ điều kiện một cách ngẫu nhiên. Vì vậy có thể thấy tỉ lệ mắc bệnh giữa 2 giới là khá tương đồng và không có sự khác biệt quá lớn. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu thì đa số đang sinh sống tại vùng nông thôn với 85.8% còn lại là thành thị chiếm một phần rất nhỏ 14.2%. Thành thị có môi trường sống sạch sẽ hơn, điều kiện chăm sóc và vệ sinh tốt hơn có thể giảm thiểu sự lây nhiễm yếu của tổ gây bệnh.

**4.2. Triệu chứng cơ năng.** Thị lực khi vào viện thường giảm nghiêm trọng (82.2%) điều này nói lên rằng VMNN nội sinh là một bệnh rất nặng, tổn thương nghiêm trọng tới thị lực của bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Kim Xuân với tỉ lệ thị lực sáng tối chiếm 31,1%, thị lực từ 20/200 trở lên chỉ đạt 3,34%.<sup>(5)</sup> Theo Jackson và cộng sự, tỉ lệ này là 83.3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu chỉ ra rằng đau nhức mắt cũng là triệu chứng cơ năng thường gặp với tỷ lệ 81,1%. Kết quả trên phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Hải Vân và Jackson.<sup>(4; 6)</sup> Triệu chứng đỏ mắt gặp ở 110 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 68%. Kết quả trên cho thấy giảm thị lực, đau nhức mắt và đỏ mắt là ba triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của viêm mủ nội nhãn.

**4.3. Triệu chứng thực thể.** Phù đục giác mạc là triệu chứng thực thể thường gặp nhất với tỉ lệ 88,9%. Hiện tượng này gây khó khăn trong việc quan sát và đánh giá các tổn thương nội nhãn. Mủ tiền phòng cũng gặp ở số lượng lớn bệnh nhân chiếm tỉ lệ 74,1%. Thể thủy tinh và dịch kính cũng ảnh hưởng nặng nề do bệnh lý

nghiêm trọng này. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, viêm mủ nội nhãn nội sinh xuất hiện nhiều ở lứa tuổi 2-10 tuổi, đa phần sống ở nông thôn, không có sự khác biệt đáng kể về giới. Ba triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nhìn mờ, đau nhức và đỏ mắt. Viêm mủ nội nhãn gây tổn thương nặng nề các cấu trúc nội nhãn, trong đó hiện tượng phù giác mạc chiếm tỉ lệ lớn, gây khó khăn cho việc quan sát và đánh giá các tổn thương phía sau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jackson TL, Eykyn SJ, Graham EM et al. (2003) Endogenous bacterial endophthalmitis: a 17-year prospective series and review of 267 reported cases. Survey of ophthalmology 48, 403-423.
2. Lim HW, Shin JW, Cho HY et al. (2014) Endogenous endophthalmitis in the Korean population: a six-year retrospective study. Retina 34, 592-602.
3. Cho H, Shin YU, Siegel NH et al. (2018) Endogenous endophthalmitis in the American and Korean population: an 8-year retrospective study. Ocular Immunology and Inflammation 26, 496-503.
4. Jackson TL, Paraskevopoulos T, Georgalas I (2014) Systematic review of 342 cases of endogenous bacterial endophthalmitis. Survey of Ophthalmology 59, 627-635.
5. Xuan LTK (2011) Đặc điểm lâm sàng và tác nhân gây viêm mủ nội nhãn nội sinh ở trẻ em Tạp chí Y học Thực hành 6, 15-18.
6. Van VTH (2019) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm mủ nội nhãn tại bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn 2012 đến 2017, Luận văn Thạc sĩ Nhân khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN XỬ LÝ GIÁC QUAN Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ DƯỚI 15 TUỔI

Phạm Thu Thủy<sup>1</sup>, Nguyễn Hoài Nam<sup>1</sup>, Vũ Thị Bích Hạnh<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Thủy

Email: phamthuy9706@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 75 trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi trong năm 2023 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Có 63 trẻ (84%) có ít nhất một rối loạn xử lý giác quan (RLXLGQ), trong đó 23 trẻ (30,7%) mắc rối loạn ở 3 giác quan trở lên. Rối loạn xử lý vận động chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%) trong đó 48% rối loạn mức độ nhẹ, 5,3% rối loạn mức độ nặng tiếp theo là rối loạn xúc giác và cảm thu bản thể. Số trẻ có mẫu cảm giác Ghi nhận chiếm tỷ lệ cao nhất (52%). Có 22 trẻ (29,3%) không thuộc mẫu cảm giác nào và 7 trẻ (9,3%) thuộc cả 4 mẫu cảm giác. Trẻ tự kỷ có mức độ nặng hơn (CARS  $\geq$  37 điểm) có tỷ lệ mắc RLXLGQ cao hơn. **Kết luận:** RLXLGQ gặp phổ biến ở trẻ RLPTK và mỗi trẻ có thể nằm trong

những mẫu cảm giác khác nhau. Do đó, cần có nhiều nghiên cứu hơn về RLXLGQ ở nước ta và đưa ra phương pháp can thiệp sớm.

**Từ khóa:** Tự kỷ; Rối loạn xử lý giác quan

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTIC OF SENSORY PROCESSING DISORDER IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER UNDER 15 YEARS OLD

**Objectives:** To find out the prevalence, clinical features of sensory processing disorder in children with autism spectrum disorder under 15 years old. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 75 autistic children under 15 years old in Department of Psychiatry of National Hospital of Pediatrics (2023). **Result:** There were 63 children (84%) had at least one sensory processing disorder (SPD), of which 23 children (30,7%) had 3 disorders or more senses. Motor processing disorder accounted for the highest rate (53,3%) in which 48% had mild disorder, 5,3% had severe disorder, followed by somatic and tactile processing disorder. Registration accounted for the highest rate (52%). There are 22 children (29,3%) who do not belong to any sensory patterns and 7 children (9,3%) belong to all four sensory patterns. Children with more severe autism (CARS  $\geq$  37 points) have a higher rate of ASD. **Conclusions:** Sensory processing disorder is common in children with autism spectrum disorder and each child may have many different sensory patterns. The study highlights the importance of a comprehensive evaluation of the symptoms of sensory processing disorder in children with autism spectrum disorder.

**Keywords:** Autism; Sensory processing disorder

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) được đặc trưng bởi các đặc điểm cốt lõi trong hai lĩnh vực: giao tiếp xã hội và sự hạn chế, lặp đi lặp lại của các hành vi vận động, cảm giác, những rối loạn này không phân biệt văn hóa, chủng tộc, dân tộc hoặc nhóm kinh tế xã hội [4]. Tỷ lệ trẻ RLPTK ngày càng tăng lên theo thời gian, theo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC), năm 2014 tỷ lệ RLPTK là 1/59 trẻ, năm 2016 là 1/54 trẻ và năm 2018 tỷ lệ này là 1/44 [5]. Thống kê tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2016-2018 cho thấy tỷ lệ trẻ RLPTK tại phòng khám ngoại trú chiếm 18,26%, cao nhất trong các nguyên nhân trẻ đến khám tại đây [1].

Rối loạn xử lý giác quan (RLXLGQ) (Sensory Processing Disorders - SPD) là tình trạng não gặp khó khăn trong việc tiếp nhận, xử lý và phản hồi thông tin đầu vào từ các giác quan. Theo Tomcheck và Dunn năm 2007, có tới 95% trẻ em bị RLPTK được chứng minh có một số rối loạn chức năng xử lý giác quan kèm theo trên theo dựa trên thang điểm Short Sensory Profile[6].

Nghiên cứu của Thành Ngọc Minh năm 2017 cho thấy 77,7% trẻ Tự kỷ có ít nhất một loại RLXLGQ, 46,9% trẻ mắc trên 3 loại [2]. Đặc biệt theo DSM-5 RLXLGQ là một phần tiêu chí của lĩnh vực những mẫu hành vi, sở thích, hoặc hoạt động thu hẹp, lặp đi lặp lại để chẩn đoán Rối loạn phổ tự kỷ.

Mặc dù RLXLGQ xảy ra phổ biến ở trẻ RLPTK, tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu được thực hiện về vấn đề này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi*" với mục tiêu: *Xác định đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện trên 75 trẻ được chẩn đoán Rối loạn phổ tự kỷ tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 10/2022 – 08/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ em dưới 15 tuổi được chẩn đoán là RLPTK tại khoa Tâm thần, bệnh viện Nhi Trung ương theo tiêu chuẩn DSM-5.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc các bệnh cơ thể nặng hoặc dị tật bẩm sinh, khuyết tật các cơ quan vận động, cảm giác, đang điều trị bằng thuốc thần kinh hoặc thuốc hướng thần, gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

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

Các công cụ sử dụng trong nghiên cứu: Thang đánh giá giác quan trẻ em 2 (Sensory Profile 2), Thang đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ nhỏ (CARS)

**Số liệu được phân tích** bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

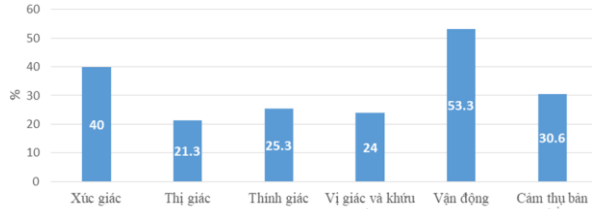
**Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, mức độ nặng tự kỷ của đối tượng nghiên cứu (n=75)**

		Nam		Nữ		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tuổi (tháng)	36-48	38	50,7	13	17,3	51	68,0
	49-60	10	13,3	1	1,3	11	14,7
	>60	9	1,0	4	5,3	13	17,3
	Tổng	57	76,0	18	24,0	75	100,0
	X $\pm$ SD	48,77 $\pm$ 16,67					
Điểm CARS	30-36,5	17	22,7	4	5,3	21	28,0
	37-60	40	53,4	14	18,6	54	72,0
	X $\pm$ SD	38,29 $\pm$ 3,09					

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu là 48,77  $\pm$  16,67 (tháng). Trong đó nhóm tuổi 36 – 48 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với

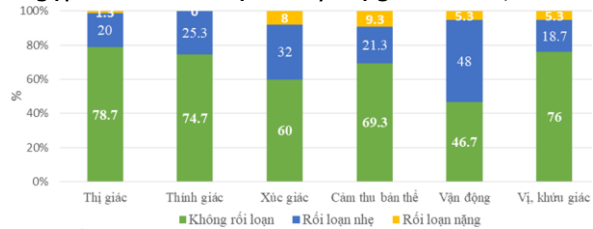
50,7%, thấp nhất là nhóm >60 tháng với 12,0%. Đa số trẻ trong nghiên cứu là nam giới (76%). Tỷ lệ nam/nữ = 3.2/1.

Các đối tượng trong nghiên cứu đa số là tự kỷ mức độ nặng (72,0%), với điểm CARS thấp nhất là 33, cao nhất là 50.



**Biểu đồ 1: Tần suất các rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ**

**Nhận xét:** Trong các RLXLGQ thì rối loạn xử lý vận động chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,3%. Ít gặp nhất là rối loạn xử lý thị giác với 21,3%.



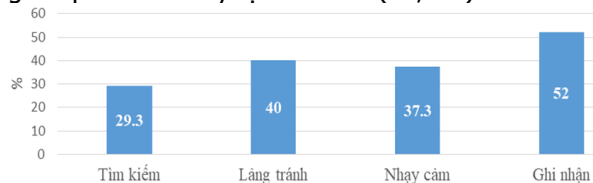
**Biểu đồ 2: Mức độ nặng của các rối loạn giác quan**

**Nhận xét:** Các rối loạn xử lý giác quan đa số ở mức rối loạn nhẹ. Rối loạn xử lý thính giác không có trường hợp nào rối loạn mức độ nặng.

**Bảng 2: Số lượng các giác quan bị rối loạn ở trẻ Rối loạn phổ tự kỷ (n=75)**

Số giác quan	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không rối loạn	8	10,7	4	5,3	12	16,0
1 giác quan	14	18,7	2	2,7	16	21,3
2 giác quan	17	22,7	7	9,3	24	32,0
3 giác quan	11	14,7	3	4,0	14	18,7
4 giác quan	4	5,3	2	2,7	6	8,0
5 giác quan	2	2,7	0	0,0	2	2,7
6 giác quan	1	1,3	0	0,0	1	1,3

**Nhận xét:** Có 84,0% trẻ có ít nhất một rối loạn xử lý giác quan. Trong đó có 30,7% có từ 3 rối loạn xử lý giác quan trở lên. Số trẻ rối loạn 2 giác quan chiếm tỷ lệ cao nhất (32,0%)



**Biểu đồ 3: Tần suất các rối loạn giác quan theo các mẫu cảm giác (n=75)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ xuất hiện rối loạn giác quan ở mẫu cảm giác Ghi nhận là cao nhất với 52,0%, thấp nhất ở mẫu cảm giác Tìm kiếm với 29,3%.

**Bảng 3: Mức độ rối loạn xử lý giác quan theo mẫu cảm giác**

	Bình thường		Rối loạn nhẹ		Rối loạn nặng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tìm kiếm	53	70.7	21	28	1	1.3
Nhảy cảm	47	62.7	23	30.7	5	6.7
Lảng tránh	45	60	25	33.3	5	6.7
Ghi nhận	36	48.0	24	32.0	15	20.0

**Nhận xét:** Các rối loạn xử lý giác quan theo các mẫu cảm giác đa số ở mức rối loạn nhẹ.

**Bảng 4. Tỷ lệ các dưới nhóm phụ theo các mẫu cảm giác**

	SL	%
Không thuộc nhóm nào	22	29,3
Thuộc 1 nhóm	14	18,7
Thuộc 2 nhóm	19	25,3
Thuộc 3 nhóm	13	17,3
Thuộc cả 4 nhóm	7	9,3

**Nhận xét:** Có 22 trẻ (29,3%) không thuộc mẫu cảm giác nào, là những trẻ có phản ứng cân bằng với đầu vào giác quan. Có 7 trẻ (9,3%) nằm trong cả 4 mẫu cảm giác là những trẻ có phản ứng mãnh liệt với rối loạn đầu vào giác quan.

**Bảng 5. Môi liên quan mức độ RLPTK và số lượng giác quan rối loạn**

	30-36.5		37-60		P	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Thính giác	3	14,3	16	29,6	0,241	2,53 (0,65-9,79)
Thị giác	3	14,3	13	24,1	0,532	1,90 (0,48-7,50)
Xúc giác	5	23,8	25	46,3	0,115	2,76 (0,88-8,61)
Vị khứu giác	2	9,5	16	29,6	0,079	4,0 (0,83-19,22)
Vận động	9	42,9	31	57,4	0,308	1,80 (0,65-4,98)
Cảm thụ bản thể	4	19,1	19	45,2	0,265	2,31 (0,68-7,85)

**Nhận xét:** Nhìn chung, nhóm trẻ mức độ tự kỷ nặng thì tỷ lệ mắc các rối loạn xử lý giác quan cao hơn, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 6. Môi liên quan mức độ RLPTK với các mẫu cảm giác**

	30-36.5		37-60		P	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Tìm kiếm	3	14,3	19	35,2	0,094	3,26 (0,85-12,49)
Lảng	5	23,8	25	46,3	0,115	2,76

<b>tránh</b>						(0,88-8,61)
<b>Ghi nhận</b>	8	38,1	31	57,4	0,308	1,80 (0,65-4,98)
<b>Nhạy cảm</b>	4	19,0	24	44,4	0,041	3,40 (1,01-11,49)

**Nhận xét:** Nhìn chung, nhóm trẻ mức độ tự kỷ nặng thì tỷ lệ thuộc các mẫu cảm giác cao hơn, tuy nhiên chỉ có mẫu cảm giác Nhạy cảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 3.2/1. Tỷ lệ này cũng tương tự với tỷ lệ của các nghiên cứu khác về tỷ lệ phân bố giới tính ở trẻ tự kỷ khoảng 4 trẻ trai/1 trẻ gái [7]. Đa số trẻ tự kỷ ở mức độ nặng (72%) với điểm CARS trung bình là  $38.29 \pm 3.09$ , tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) với 88.2% [2] và Nguyễn Thế Tài (2022) với 82.7% [3]. Sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở cả các trẻ can thiệp tại khoa và các trẻ ở phòng khám khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương. Tỷ lệ người chăm sóc chính của trẻ đa số là mẹ (88%). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $48.77 \pm 16.67$  tháng, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Thành Ngọc Minh năm 2017  $45 \pm 8.14$  tháng tuổi [2] do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở trẻ từ 3 đến dưới 15 tuổi so với 3-6 tuổi của tác giả Thành Ngọc Minh.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan.** Trong 75 trẻ RLPTK trong nghiên cứu của chúng tôi, có 84,0% trẻ có ít nhất một rối loạn xử lý giác quan, trong đó có 30,7% có từ 3 rối loạn xử lý giác quan trở lên tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Ben-sasson năm 2009 là khoảng 80%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Thành Ngọc Minh (2017) với 77,7% và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Tài (2022) với 90,7%. Sự khác nhau này do sự khác nhau trong cách chọn mẫu và bộ công cụ đánh giá. Như vậy có thể thấy tỷ lệ trẻ RLPTK mắc RLXLGQ ở nước ta khá tương đồng so với các nghiên cứu trên thế giới.

Theo kết quả nghiên cứu rối loạn vận động chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%. Nguyên nhân dẫn đến các rối loạn vận động là do trẻ gặp các rối loạn trong xử lý cảm giác tiền đình khiến trẻ có xu hướng tìm kiếm hoặc lảng tránh vận động. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) với 55,3% [2]. Trong số đó, đa số trẻ gặp rối loạn vận động mức độ nhẹ (48%), trong khi rối loạn mức độ nặng chỉ chiếm 5,3%.

RLXLGQ hay gặp tiếp theo là rối loạn xử lý xúc giác 40%, trong đó trẻ rối loạn mức độ nhẹ chiếm 32%, rối loạn mức độ nặng chiếm 8%. Rối loạn này khiến trẻ có xu hướng tránh xa người khác hoặc nhu cầu được đụng chạm, âu yếm, là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến những hành vi bất thường khiến người xung quanh cảm thấy khó chịu.

Rối loạn xử lý cảm thụ bản thể chiếm 30,6% với tỷ lệ mức độ rối loạn nhẹ là 21,3% và tỷ lệ mức độ rối loạn nặng là 9,3%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) là 30,9% [2]. Rối loạn xử lý cảm thụ bản thể khiến trẻ khó khăn trong kiểm soát vận động ví dụ như không kiểm soát sức mạnh khi đóng cửa, khi bước đi khiến dáng đi của trẻ cứng nhắc, khiến trẻ dễ dàng vấp ngã, không biết tránh các vật cản khi di chuyển trên đường.

Rối loạn xử lý thị giác gặp 21,3% trẻ RLPTK trong nghiên cứu, trong đó có 20% trẻ rối loạn mức độ nhẹ, 1,3% trẻ rối loạn mức độ nặng. Có 25,3% trẻ RLPTK rối loạn xử lý thính giác mức độ nhẹ, không có trẻ nào rối loạn mức độ nặng. Tỷ lệ trẻ rối loạn xử lý vị giác và khứu giác là 24% với 18,7% rối loạn mức độ nhẹ và 5,3% rối loạn mức độ nặng. Rối loạn vị giác và khứu giác là một trong những nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tình trạng kén ăn của trẻ RLPTK. Theo nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) tỷ lệ trẻ rối loạn thị giác 36,2%, rối loạn xử lý thính giác là 23,4% và rối loạn xử lý vị giác và khứu giác là 41,4%. Sự khác biệt này do cách thu thập mẫu và sử dụng bộ công cụ đánh giá khác nhau.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, Thang đánh giá giác quan Trẻ em 2 của Dunn gồm 4 mẫu cảm giác Tìm kiếm, Nhạy cảm, Lảng tránh và Ghi nhận. Trong đó trẻ thuộc mẫu Ghi nhận chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, tiếp đó là Lảng tránh 40%, Nhạy cảm 37,3% và thấp nhất là Tìm kiếm 29,3%. Như vậy trẻ RLPTK có xu hướng bỏ lỡ kích thích đầu vào cảm giác cao nhất. Trong số đó, đa số các rối loạn xử lý giác quan theo các mẫu cảm giác ở mức độ nhẹ.

Trong mẫu nghiên cứu, có 29,3% trẻ không thuộc mẫu cảm giác nào, trẻ có cấu hình cảm giác cân bằng đặc trưng bởi điểm số thấp ở cả 4 mẫu cảm giác. Những trẻ trong phân nhóm này có thể khám phá các kích thích giác quan khác nhau và dễ dàng tham gia vào các trải nghiệm giác quan khác nhau. Có 9,3% trẻ thuộc trong cả 4 mẫu cảm giác, chúng có cấu hình cảm giác mãnh liệt với điểm số cao ở cả 4 mẫu cảm giác Tìm kiếm, Lảng tránh, Nhạy cảm và Ghi nhận. Những trẻ trong nhóm này có thể không thích nhiều trải nghiệm giác quan nhưng cũng gặp khó

khẩn trọng việc ghi nhận các kích thích giác quan và tham gia vào các hành vi tìm kiếm giác quan với tốc độ cao. Theo nghiên cứu của Little (2016), trẻ có cấu hình cảm giác cân bằng chiếm 35,1%, có cấu hình cảm giác mãnh liệt là 19,5% [8]. Ausderau và cộng sự (2014) cũng đã tìm thấy một 'phân nhóm cảm giác nhẹ' cho thấy tần số thấp tổng thể của các tính năng cảm giác, với 29% trẻ em mắc RLPTK từ 2-12 tuổi thuộc nhóm này. Nguyên nhân của sự khác biệt này là do sự khác nhau trong cách chọn mẫu và mô hình bệnh tật ở quốc gia khác nhau.

Với mức độ tự kỷ nặng (CARS  $\geq$  37 điểm), tỷ lệ trẻ RLPTK rối loạn xử lý ở từng loại giác quan và thuộc các mẫu cảm giác đều cao hơn so với trẻ có mức độ tự kỷ nhẹ và trung bình (CARS 30-36,5 điểm), tuy nhiên khác biệt hầu hết không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này có khác biệt so với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) [2] và Nguyễn Thế Tài (2022) [3], sự khác biệt này là do sử dụng công cụ đánh giá khác nhau.

## V. KẾT LUẬN

RLXLGQ gặp phổ biến ở trẻ RLPTK và mỗi trẻ có thể nằm trong nhiều mẫu cảm giác khác nhau. Không có mối liên quan rõ rệt nhưng RLXLGQ có xu hướng tăng lên ở trẻ có mức độ tự kỷ nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mai Hương, Thành Ngọc Minh, Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Thị Hồng

- Thúy, Đào Thị Thuý (2019). Khảo sát mô hình bệnh tật tại phòng khám ngoại trú khoa tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 2016 đến 2018. Tạp Chí Nghiên Cứu Và Thực Hành Nhi Khoa, tháng 2 năm 2019.
2. Thành Ngọc Minh, Mai Thị Xuân Thu, Nguyễn Mai Hương, Nguyễn Thị Hồng Thuý (2018). Đặc điểm những rối loạn điều hòa cảm giác ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ. Tạp Chí Y học Việt Nam, tập 473 số tháng 11, số chuyên đề năm 2018 (79-89).
3. Nguyễn Thế Tài, Nguyễn Doãn Phương (2022). Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý cảm giác ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Tạp Chí Y Học Việt Nam, tập 519 số 2 tháng 10 năm 2022
4. Khan N.Z., Gallo L.A., Arghir A., et al. (2012). Autism and the grand challenges in global mental health. Autism Res Off J Int Soc Autism Res, 5(3), 156-159.
5. Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder CDC. Centers for Disease Control and Prevention.
6. Tomchek S.D. and Dunn W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc, 61(2), 190-200.
7. Maenner M.J., Shaw K.A., Bakian A.V., et al. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. MMWR Surveill Summ, 70(11), 1-16.
8. Little L.M., Dean E., Tomchek S.D., et al. (2017). Classifying sensory profiles of children in the general population. Child Care Health Dev, 43(1), 81-88.

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHÌNH MẠCH NÃO VỠ BẰNG VI PHẪU THUẬT KẸP CỔ TÚI PHÌNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Đình Hưởng<sup>1</sup>, Phạm Thị Thanh Huyền<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Quý<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị túi phình động mạch não bằng phẫu thuật kẹp clip vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, trên 31 bệnh nhân mắc bệnh phình động mạch não có chỉ định phẫu thuật kẹp clip túi phình Khoa Ngoại Thần kinh- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 9/2019 đến 10/2022. **Kết quả:** Về mặt lâm sàng, tại thời điểm ra viện, 77,4% bệnh

nhân phục hồi tốt (GOS 4 và 5 điểm), kết quả trung bình (GOS 3 điểm) chiếm 9,7%, kết quả xấu (GOS 2 điểm) chiếm 9,7%. Có 1 bệnh nhân tử vong (1 điểm) chiếm 3,2%. Tỷ lệ cải thiện sau 3 tháng chiếm 36,7%. Chụp CTA kiểm tra sau mổ, kết quả 97,4% túi phình được loại bỏ hoàn toàn. **Kết luận:** Phình động mạch não vỡ chiếm tỷ lệ khá thấp nhưng để lại nhiều hậu quả nặng nề. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bệnh phình động mạch nhưng phẫu thuật vẫn có nhiều ưu điểm riêng, vẫn đang tiếp tục được cải thiện nhằm đem lại kết quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** túi phình động mạch não, kẹp clip vi phẫu

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE RESULT OF INTRACRANIAL ANEURYSM MICROSURGICAL TREATMENT BY CLIPPING

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hưởng

Email: bshuongngtk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023