

đơn thuần, còn lại 13/16 bệnh nhân cần hóa xạ trị đồng thời. Không có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu cần phải can thiệp phẫu thuật sau hóa trị cảm ứng. Đây cũng là kết quả bước đầu thuận lợi để nhóm nghiên cứu tiếp tục triển khai đánh giá hiệu quả điều trị bảo tồn thanh quản trong nhóm ung thư hạ họng, thanh quản.

V. KẾT LUẬN

Hóa chất cảm ứng có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao, độc tính ở mức chấp nhận được trong điều trị ung thư đầu cổ giai đoạn III-IVA. Ở nhóm ung thư hạ họng thanh quản, hóa trị cảm ứng giúp mở ra cơ hội điều trị không phẫu thuật, bảo tồn chức năng thanh quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan** (2020). Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site in Viet Nam.
2. **Lorch J.H., Goloubeva O., Haddad R.I., et al.** (2011). Long term results of TAX324, a randomized phase III trial of sequential therapy with TPF versus PF in locally advanced squamous cell cancer of the head and neck. *Lancet Oncol*, 12(2), 153–159.
3. **Blanchard P., Bourhis J., Lacas B., et al.** (2013). Taxane-cisplatin-fluorouracil as induction chemotherapy in locally advanced head and neck cancers: an individual patient data meta-analysis of the meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer group. *J Clin Oncol*, 31(23), 2854–2860.
4. **Pointreau Y., Garaud P., Chapet S., et al.** (2009). Randomized Trial of Induction

- Chemotherapy with Cisplatin and 5-Fluorouracil with or Without Docetaxel for Larynx Preservation. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 101(7), 498–506.
5. **Nguyễn Thị Hoài Thương và cộng sự** (2022). Kết quả hóa trị dẫn đầu phác đồ Gemcitabin-Cisplatin ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IV(M0) tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(2), 190–194.
 6. **Phạm Tiến Chung** (2018), Nghiên cứu phác đồ hóa xạ trị đồng thời có hóa trị trước cho ung thư vòm mũi họng giai đoạn N2,3 M0 tại bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 7. **Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group, Wolf G.T., Fisher S.G., et al.** (1991). Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med*, 324(24), 1685–1690.
 8. **National Comprehensive Cancer Network** (2022). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®); Head and Neck Cancers Version 1.2023.
 9. **Ghi M.G., Paccagnella A., Ferrari D., et al.** (2017). Induction TPF followed by concomitant treatment versus concomitant treatment alone in locally advanced head and neck cancer. A phase II–III trial. *Annals of Oncology*, 28(9), 2206–2212.
 10. **Sun Y., Li W.-F., Chen N.-Y., et al.** (2016). Induction chemotherapy plus concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 17(11), 1509–1520.

KẾT QUẢ CAN THIỆP RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ NẶNG Ở TRẺ TỪ 18-36 THÁNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI CÀ MAU

Nguyễn Minh Phương¹, Trần Thiện Thắng¹, Võ Văn Thi¹
Phan Việt Hưng¹, Trịnh Thanh Thuý², Nguyễn Ngọc Thùy²,
Ninh Thị Minh Hải², Lê Hoàng Mỹ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: rối loạn phổ tự kỷ là một loại rối loạn phát triển tâm thần đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng xã hội và những hành vi bị hạn chế hoặc lặp lại, gây ảnh hưởng đến cá nhân, gia đình, xã hội và tổn thất tài nguyên cộng đồng, đặc biệt là rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng. Việc can thiệp sớm các trường hợp rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng là cần thiết đối với cá nhân trẻ và gia đình, cộng đồng, giúp trẻ sớm hòa nhập và giảm gánh nặng cho gia đình, xã

hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả can thiệp rối loạn phổ tự kỷ nặng ở trẻ từ 18-36 tháng tuổi tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng bằng phương pháp PECS (Picture Exchange Communication System) hay còn được gọi là phương pháp giáo dục bằng hình ảnh trên 20 trẻ 18-36 tháng được chẩn đoán mắc rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng theo thang điểm CARS (The Childhood Autism Rating Scale) tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. **Kết quả:** Đánh giá mức độ tự kỷ bằng thang điểm CARS và năng lực thích ứng của trẻ bằng thang điểm Vineland-II sau can thiệp 3 tháng và 6 tháng, tất cả các lĩnh vực của thang điểm CARS có điểm trung bình giảm xuống và điểm trung bình của các chỉ số và điểm tổng thể của thang điểm Vineland-II đều tăng; nhóm tuổi, giới tính và nơi ở có mối liên quan đến kết quả sau can thiệp ($p < 0,05$). **Kết luận và kiến nghị:** tỷ lệ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

trẻ 18-36 tháng được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng sau khi can thiệp có cải thiện, mức độ cải thiện tùy thuộc vào một số yếu tố như giới tính, nơi ở, nhóm tuổi. Các trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng nên được can thiệp kịp thời, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình, nhà trường và nhân viên y tế.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng, kết quả can thiệp, thang điểm CARS, thang điểm Vineland-II.

SUMMARY

STUDY ON THE RESULTS OF INTERVENTION FOR CHILDREN FROM 18 TO 36 MONTHS WITH SEVERE AUTISM SPECTRUM DISORDER AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Background: Autism spectrum disorder is a type of mental development disorder characterized by impaired social functioning and restricted or repetitive behaviors, causing personal, family, and social impact and loss. community resources, especially severe autism spectrum disorder. Early intervention in cases of severe autism spectrum disorder is necessary for individual children, families and communities, helping children integrate early and reduce the burden on families and society. **Objective:** evaluate the results of intervention for severe autism spectrum disorder in children aged 18-36 months at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Materials and methods:** Non-controlled intervention study using the PECS (Picture Exchange Communication System) method, also known as the visual education method, on 20 children 18-36 months old diagnosed with severe autism spectrum disorder according to the scale. CARS score (The Childhood Autism Rating Scale) at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Assessing the level of autism using the CARS scale and the child's adaptive capacity using the Vineland-II scale after 3 months and 6 months of intervention, all areas of the CARS scale had a decrease in average score and median score. The average of the indicators and the overall score of the Vineland-II scale both increased; Age group, gender and place of residence are related to results after intervention ($p < 0.05$). **Conclusion and suggestion:** The proportion of children 18-36 months old diagnosed with severe autism spectrum disorder improved after intervention. The degree of improvement depends on a number of factors such as gender, age and place of residence. Children with severe autism spectrum disorders need timely intervention, requiring close coordination between family, school and medical staff.

Keywords: Severe autism spectrum disorder, intervention results, CARS scale, Vineland-II scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

"Rối loạn phổ tự kỷ là một rối loạn phát triển thần kinh, đặc trưng bởi những khiếm khuyết về giao tiếp và tương tác xã hội, kèm theo những biểu hiện hành vi, sở thích, thói quen rập khuôn, giới hạn, những bất thường về điều hòa các giác quan" [1]. Rối loạn phổ tự kỷ là rối loạn phát

triển phức tạp của não bộ, thuật ngữ "phổ" chỉ sự đa dạng về triệu chứng và mức độ của rối loạn, là một rối loạn do đa nhân tố, có sự kết hợp phức tạp giữa gen và môi trường, đến nay vẫn chưa có cách điều trị khỏi [2]. Tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng đang ngày càng gia tăng. Nghiên cứu của Trần Thiện Thắng trên 58 trẻ 24 - 72 tháng tuổi có rối loạn phổ tự kỷ tại thành phố Cần Thơ cho kết quả trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng chiếm 20,7% [3].

Mục đích của can thiệp trẻ rối loạn phổ tự kỷ là giảm thiểu các khiếm khuyết cốt lõi, cũng như loại trừ các hành vi không mong muốn và nâng cao khả năng độc lập nhất có thể. Can thiệp trẻ rối loạn phổ tự kỷ thường được chia thành hai nhóm phương pháp lớn: (1) can thiệp giáo dục, hành vi và (2) các phương pháp y sinh khác. Ngay khi nghi ngờ các dấu hiệu tự kỷ, mỗi trẻ cần được lên một kế hoạch can thiệp cụ thể càng sớm càng tốt, với sự kết hợp chặt chẽ giữa gia đình, các chuyên gia như bác sĩ nhi khoa, bác sĩ tâm thần, cán bộ tâm lý, cán bộ trị liệu ngôn ngữ, phục hồi chức năng, giáo viên giáo dục đặc biệt [4]. Can thiệp hành vi và giáo dục được xem là đóng vai trò chủ đạo giải quyết các vấn đề cốt lõi của trẻ. Nhìn chung, không có một phương pháp nào tối ưu, việc can thiệp trẻ rối loạn phổ tự kỷ cần được cá nhân hóa tùy từng trẻ, gia đình và điều kiện tiếp cận dịch vụ tại địa phương. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tấn Đức (2022), sau 6 tháng can thiệp, ở nhóm chứng có 12,12% trường hợp có cải thiện mức độ rối loạn phổ tự kỷ theo thang điểm CARS và 87,88% trường hợp không cải thiện; tỷ lệ tương ứng ở nhóm can thiệp lần lượt là 16,67% và 83,33%; sự khác biệt về cải thiện mức độ rối loạn phổ tự kỷ theo thang điểm CARS giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [5]. Cà Mau là một tỉnh ven biển ở cực Nam của Việt Nam, nằm trong khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Với dân số khoảng 1,42 triệu dân và hơn 100.000 trẻ dưới 3 tuổi, có khả năng có rất nhiều trẻ bị tự kỷ mà chưa được tầm soát, phát hiện, chẩn đoán cũng như can thiệp sớm.

Từ sự phổ biến, tính phức tạp, kéo dài trong can thiệp và hậu quả nặng nề khi không được can thiệp sớm nên rối loạn phổ tự kỷ thu hút sự quan tâm rất lớn từ nhà chuyên môn, lãnh đạo và cả cộng đồng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ nặng từ 18-36 tháng tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả can thiệp trẻ 18-36 tháng được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng tại tỉnh Cà Mau.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 20 trẻ từ 18-36 tháng tuổi được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng được can thiệp tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau

Tiêu chuẩn chọn mẫu: trẻ 18-36 tháng tuổi được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Cha mẹ, cô giáo giữ trẻ hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ không đồng ý hợp tác nghiên cứu.

- Bảng trả lời các câu hỏi không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 20 trẻ.

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu toàn bộ.

Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung (giới tính, nơi ở, nhóm tuổi), đánh giá kết quả can thiệp trẻ 18-36 tháng được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng (sử dụng thang đánh giá mức độ tự kỷ CARS và đánh giá năng lực thích ứng của trẻ bằng thang điểm Vineland-II).

Phương pháp thu thập số liệu: Dựa vào bộ câu hỏi thang lượng giá phát triển Vineland-II và CARS.

- Đánh giá và phân loại rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm CARS.

- Can thiệp cho trẻ có chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng tại tỉnh Cà Mau.

- Đối với trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng (thang CARS > 37 điểm):

+ Phụ huynh của trẻ được hướng dẫn lý thuyết và thực hành tại khoa, sau đó tiếp tục dạy trẻ bằng PECS cho trẻ tại nhà.

+ Hình thức: can thiệp trực tiếp cho trẻ, dạy lý thuyết, hướng dẫn trực tiếp và qua video cho

phụ huynh.

+ Tài liệu: tài liệu cho phụ huynh về rối loạn phổ tự kỷ và phương pháp can thiệp, tài liệu và video hướng dẫn PECS.

+ Người hướng dẫn, can thiệp: kỹ thuật viên, điều dưỡng được đào tạo.

+ Địa điểm: bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau.

+ Thời gian: kéo dài 06 tháng với 48 buổi (trung bình 2 buổi/tuần).

- Đánh giá kết quả can thiệp:

+ Đối tượng: 20 trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng trong nghiên cứu.

+ Người đánh giá: bác sĩ chuyên khoa Tâm thần Nhi.

+ Địa điểm: bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau.

+ Thời gian: 04 lần/trẻ tại các thời điểm trước khi can thiệp, sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: dữ liệu được xử lý và phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	25-30 tháng	7	35
	31-36 tháng	13	65
Giới tính	Nam	18	90
	Nữ	2	10
Nơi ở	TP Cà Mau	12	60
	Huyện	8	40

Đa số trẻ trong nhóm tuổi 31-36 tháng (65%), giới nam chiếm đa số (90%), tỷ lệ trẻ sống ở thành phố Cà Mau (60%) cao hơn ở huyện (40%).

3.2. Mức độ rối loạn phổ tự kỷ sau can thiệp

Bảng 2. Mức độ rối loạn phổ tự kỷ và hành vi thích ứng sau can thiệp

Mức độ	Trước can thiệp		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	N	%	n	%	n	%
Mức độ của rối loạn phổ tự kỷ (CARS)						
Nhẹ - Trung bình	0	0	0	0	14	70
Nặng	20	100	20	100	6	30
Mức độ hành vi thích ứng tổng thể (Vineland-II)						
Trung bình thấp	1	5	3	15	3	15
Thiếu hụt nhẹ	19	95	17	85	17	85
Tổng số lượng	20	100	20	100	20	100

Đánh giá sau can thiệp 3 tháng và 6 tháng bằng thang điểm đánh giá CARS và Vineland-II đều có sự thay đổi. Khi đánh giá bằng thang điểm CARS, sau 3 tháng chưa có sự thay đổi, sau 6 tháng thì tỷ lệ cải thiện là 70%. Khi đánh

giá bằng thang điểm Vineland-II, sau 3 tháng tỷ lệ cải thiện là 15%, sau 6 tháng không có sự thay đổi so với 3 tháng.

3.3. Đánh giá kết quả can thiệp

Bảng 3. Kết quả cải thiện các triệu chứng của phổ tự kỷ qua thang điểm CARS

Lĩnh vực	Trước can thiệp	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	p
Quan hệ với mọi người	2,92 ± 0,52	2,8 ± 0,44	2,43 ± 0,29	p3 = 0,02, p6 <0,01
Bắt chước	2,85 ± 0,52	2,58 ± 0,44	2,13 ± 0,32	p3 < 0,01, p6 <0,01
Thể hiện tình cảm	2,58 ± 0,52	2,53 ± 0,47	2,33 ± 0,37	p3 = 0,162, p6 <0,01
Các động tác cơ thể	2,68 ± 0,52	2,58 ± 0,47	2,25 ± 0,26	p3 = 0,04, p6 <0,01
Sử dụng đồ vật	2,68 ± 0,47	2,53 ± 0,41	2,15 ± 0,29	p3 = 0,01, p6 <0,01
Thích ứng với thay đổi	2,58 ± 0,52	2,38 ± 0,36	2,10 ± 0,20	p3 = 0,02, p6 <0,01
Sự phản ứng thị giác	3,05 ± 0,22	2,8 ± 0,25	2,33 ± 0,34	p3 < 0,08, p6 <0,01
Sự phản ứng thính giác	2,95 ± 0,39	2,8 ± 0,41	2,35 ± 0,37	p3 = 0,16, p6 <0,01
Vị/khứu/xúc giác	2,1 ± 0,35	2 ± 0,32	1,73 ± 0,62	p3 <0,01, p6=0,02
Sự sợ hãi và hồi hộp	2,43 ± 0,61	2,22 ± 0,44	2,00 ± 0,32	p3 = 0,16, p6=0,02
Giao tiếp bằng lời	3,48 ± 0,20	3,42 ± 0,18	3,00 ± 0,54	p3<0,01, p6 =0,02
Giao tiếp không lời	3,45 ± 0,22	3 ± 0,16	2,50 ± 0,16	p3 = 0,06, p6 <0,01
Mức độ hoạt động	2,93 ± 0,24	2,8 ± 0,34	2,50 ± 0,36	p3 < 0,01, p6 =0,02
Nhất quán của phản xạ	2,90 ± 0,21	2,9 ± 0,21	2,78 ± 0,38	p6 <0,01
Ăn uống chung	3,7 ± 0,25	3,48 ± 0,20	3,02 ± 0,11	p3 < 0,01, p6 <0,01
Tổng	43,00± 4,34	40,80 ±4,14	35,40 ± 3,97	p3 < 0,01, p6 <0,01

Sau can thiệp, tất cả các lĩnh vực của thang điểm CARS có điểm trung bình giảm xuống sau 3 tháng và 6 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Sau 6 tháng can thiệp, điểm số lĩnh vực giao tiếp không lời giảm nhiều điểm

nhất (giảm trung bình 0,95 điểm), điểm số lĩnh vực nhất quán của phản xạ giảm ít nhất (giảm trung bình 0,12 điểm). Tổng điểm của thang điểm CARS giảm trung bình 7,6 điểm.

Bảng 4. Kết quả can thiệp qua thang điểm Vineland-II

Mức độ HVTN tổng thể	Trước can thiệp		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	TB	± SD	TB	± SD	TB	± SD
Giao tiếp	68,7	5,62	70,25	6,61	70,85	5,34
Kỹ năng sống	65	5,79	65,35	6,4	66	6,52
Xã hội hóa	60,85	2,67	61,5	3,93	62,4	3,91
Kỹ năng vận động	74,85	7,48	74,95	8,61	76,15	6,04
Điểm tổng thể HVTN	64,25	6,23	64,85	4,23	65,63	4,39

Sau can thiệp 3 tháng và 6 tháng, điểm trung bình của các chỉ số và điểm tổng thể của thang điểm Vineland-II đều tăng. Cụ thể sau 3 tháng can thiệp, lĩnh vực giao tiếp tăng điểm nhiều nhất (tăng trung bình 1,55 điểm), lĩnh vực

kỹ năng vận động tăng điểm ít nhất (tăng trung bình 0,1 điểm). Sau 6 tháng can thiệp, lĩnh vực giao tiếp tăng điểm nhiều nhất (tăng trung bình 2,15 điểm), lĩnh vực kỹ năng sống tăng điểm ít nhất (tăng trung bình 1 điểm).

Bảng 5. Môi trường quan giữa biên dân số và kết quả can thiệp qua thang CARS

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp 6 tháng	Hiệu số thay đổi	p
Nhóm tuổi				
25 – 30	44,07 ± 1,40	36,07 ± 1,10	8 ± 1,12	<0.0001
31 – 36	42,80 ± 2,47	35,31 ± 1,82	7,5 ± 2,40	<0.0001
Giới tính				
Nam	43,28 ± 2,32	35,39 ± 1,60	7,89 ± 2,02	<0.0001
Nữ	43,00 ± 0,71	37,25 ± 0,35	5,75 ± 0,36	0.0277
Nơi ở				
TP.Cà Mau	44,33 ± 2,07	36,04 ± 1,21	8,30 ± 2,01	<0.0001
Huyện	41,63 ± 1,19	34,88 ± 1,96	6,72 ± 1,77	<0.0001

Nhóm tuổi 25-30 tháng sau 6 tháng can thiệp điểm số giảm 8 điểm so với lúc ban đầu, nhóm 31 -36 tháng giảm 7,5 điểm so với ban đầu. Nhóm giới tính nam có sự thay đổi điểm CARS nhiều hơn so với nhóm nữ. Sau 6 tháng

can thiệp thì điểm của nhóm trẻ nam giảm 7,89 điểm, trẻ nữ chỉ 5,75. Nhóm trẻ ở thành phố Cà Mau giảm 8,30 điểm sau 6 tháng can thiệp, cao hơn so với nhóm trẻ ở các huyện.

Bảng 6. Môi trường quan giữa biến dân số và kết quả can thiệp qua thang Vineland-II

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp 6 tháng	Hiệu số thay đổi	p
Giới tính				
Nam	64,17 ± 3,88	65,39 ± 4,22	1,22 ± 2,01	0,0198
Nữ	65 ± 4,24	67,5 ± 7,78	2,5 ± 3,53	0,50
Nhóm tuổi				
25 – 30 tháng	66,29 ± 4,61	69 ± 5,57	2,71 ± 2,43	0,0254
31– 36 tháng	63,15 ± 2,94	63,77 ± 2,94	0,62 ± 1,56	0,1795
Nơi ở				
TP.Cà Mau	64,83 ± 4,47	66,33 ± 4,98	1,5 ± 2,20	0,0373
Huyện	63,38 ± 2,56	64,5 ± 3,42	1,13 ± 2,10	0,1735

Nhóm trẻ nữ có sự thay đổi điểm nhiều hơn so với nhóm trẻ nam. Sau 6 tháng can thiệp, nhóm trẻ nữ tăng 2,5 điểm điểm so với ban đầu. Trẻ ở nhóm tuổi 25-30 tháng sau 6 tháng can thiệp điểm số tăng nhiều hơn trẻ ở nhóm tuổi 31-36 tháng. Nhóm trẻ ở thành phố Cà Mau tăng 1,88 điểm, cao hơn so với nhóm trẻ ở các huyện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tổng số trẻ rối loạn phổ tự kỷ nặng tham gia nghiên cứu là 20 trẻ. Trong đó, có 90% là trẻ nam và 10% là trẻ nữ, nhóm trẻ >31-36 tháng có tỷ lệ cao nhất là 65%; nhóm trẻ 25-30 tháng có tỷ lệ thấp hơn (35%). Tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ nặng sống ở thành phố Cà Mau (60%) cao hơn ở huyện (40%). Trong nghiên cứu của Lê Thị Kim Dung, trẻ tự kỷ trong nhóm can thiệp phần lớn là trẻ nam (79,2%), nhóm tuổi từ 36-72 tháng chiếm đa số (60,4%) [6]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tấn Đức (2022), tổng số trẻ rối loạn phổ tự kỷ tham gia can thiệp là 66 trẻ. Trong đó, có 86,36% là trẻ nam và 13,63% là trẻ nữ, nhóm trẻ >36-48 tháng có tỷ lệ cao nhất chiếm 43,94%; nhóm trẻ >48-60 tháng có tỷ lệ thấp nhất (10,61%). Tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ sống ở nông thôn (60,61% cao hơn ở thành thị (39,39%) [5]. Nghiên cứu của Trần Thiện Thắng cho thấy độ tuổi trung bình của trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ nặng là 42,46 ± 8,25 tháng tuổi, nhỏ nhất là 24 tháng, cao nhất là 72 tháng lứa tuổi [7]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Kim Dung và Nguyễn Tấn Đức về đặc điểm giới tính, tỷ lệ trẻ nam mắc rối loạn phổ tự kỷ nhiều hơn trẻ nữ. Có sự sai khác về độ tuổi nhưng nhìn chung nhóm tuổi >31 tháng chiếm tỷ lệ cao. Tác giả Werling và cộng sự cho rằng rối loạn phổ tự kỷ ảnh hưởng ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ có thể liên quan đến một số gen và hormon giới tính [2]. Sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ liên quan nơi ở có thể do sự sai khác về điều kiện kinh tế, xã hội và sự phân bố dân cư của từng vùng.

4.2. Mức độ rối loạn phổ tự kỷ sau can

thiệp. Đánh giá sau can thiệp 3 tháng và 6 tháng bằng thang điểm đánh giá CARS và Vineland-II đều có sự thay đổi. Khi đánh giá bằng thang điểm CARS, sau 3 tháng chưa có sự thay đổi, sau 6 tháng thì tỷ lệ cải thiện là 70%. Khi đánh giá bằng thang điểm Vineland-II, sau 3 tháng tỷ lệ cải thiện là 15%, sau 6 tháng không có sự thay đổi so với 3 tháng. Nghiên cứu của Trần Văn Lý và Vũ Thị Bích Hạnh (2016) khi đánh giá kết quả mô hình can thiệp toàn diện cho nhóm trẻ tự kỷ mức độ trung bình-nặng tại trung tâm Phục hồi chức năng tại Thụy An-Ba Vì cũng cho kết quả cải thiện đáng kể [8]. Điều này cho thấy can thiệp có hiệu quả trên các trẻ có rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng nhưng cần phải có thời gian dài cũng như sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình, bác sĩ Tâm thần Nhi, nhà trường và xã hội, trong đó gia đình đóng vai trò trung tâm.

4.3. Đánh giá kết quả can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi sau can thiệp, tất cả các lĩnh vực của thang điểm CARS có điểm trung bình giảm xuống sau 3 tháng và 6 tháng. Sau can thiệp 6 tháng, điểm số lĩnh vực giao tiếp không lời giảm nhiều điểm nhất (giảm trung bình 0,95 điểm), điểm số lĩnh vực nhất quán của phân xạ giảm ít nhất (giảm trung bình 0,12 điểm). Tổng điểm của thang điểm CARS giảm trung bình 7,6 điểm. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tấn Đức (2022), sau 6 tháng can thiệp, thang điểm CARS trung bình giảm 2,21 điểm (từ 41,09 xuống 38,88), có 14/15 lĩnh vực cải thiện điểm, 1/15 lĩnh vực tăng điểm, đó là lĩnh vực hạn chế trong khả năng phản ứng vị, khứu và xúc giác [5]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung nghiên cứu trên 105 trẻ rối loạn tự kỷ mức độ nặng, đánh giá sự thay đổi 15 lĩnh vực tự kỷ sau 6 tháng can thiệp dựa vào thang điểm CARS cho thấy còn 7 lĩnh vực: phản ứng cơ thể, động tác thị giác, phản ứng thính giác, sợ hãi hồi hộp, giao tiếp bằng lời, đáp ứng trí tuệ, ấn tượng chung về tự kỷ là chưa có sự cải thiện rõ rệt ($p>0,05$), còn các lĩnh vực còn lại đều có sự thay đổi có ý nghĩa [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2012) cũng

cho thấy tất cả lĩnh vực của thang điểm CARS đều thay đổi sau can thiệp, trong đó 6 lĩnh vực có sự thay đổi rõ nhất là quan hệ với mọi người (86%), giao tiếp không lời (84%), phản ứng thính giác (78%), bắt chước (75,5%), sử dụng đồ vật (75,5%), đáp ứng tình cảm (74,1%) [9]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu trên về sự cải thiện ở lĩnh vực giao tiếp không lời, đó là lĩnh vực thể hiện khả năng hiểu ngôn ngữ và đáp ứng lại, qua đó cho thấy khả năng nhận thức của trẻ cải thiện nhanh hơn các khả năng khác. Đây cũng là điều mà các phụ huynh quan tâm khi theo dõi quá trình can thiệp của trẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá sau can thiệp 3 tháng và 6 tháng bằng thang điểm đánh giá Vineland-II cho thấy có sự cải thiện. Cụ thể đánh giá sau 3 tháng can thiệp bằng thang điểm Vineland-II, lĩnh vực giao tiếp tăng điểm nhiều nhất (tăng trung bình 1,55 điểm), lĩnh vực kỹ năng vận động tăng điểm ít nhất (tăng trung bình 0,1 điểm). Sau 6 tháng can thiệp, lĩnh vực giao tiếp tăng điểm nhiều nhất (tăng trung bình 2,15 điểm), lĩnh vực kỹ năng sống tăng điểm ít nhất (tăng trung bình 1 điểm). Trong nghiên cứu của Nguyễn Tấn Đức năm 2022, đánh giá kết quả can thiệp bằng thang điểm CARS sau 6 tháng can thiệp, có 16,67% trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng có cải thiện [5]. Tương tự, kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Trung Kiên năm 2013, sau 6 tháng can thiệp cho thấy tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng và thang điểm CARS trung bình có giảm, tuy nhiên vẫn chưa có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp [10]. Điều này có thể được giải thích, thời gian can thiệp 6 tháng là quá ngắn đối với những trẻ có rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng, việc điều trị tự kỷ rất khó khăn và cần phải có thời gian đủ dài mới có sự tiến triển.

Về mối tương quan giữa biến dân số và hiệu quả can thiệp, trong nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá theo thang điểm CARS nhóm giới tính nam có sự thay đổi điểm CARS nhiều hơn so với nhóm nữ. Sau 6 tháng can thiệp thì điểm của nhóm trẻ nam giảm 7,89 điểm, trẻ nữ chỉ giảm 5,75 điểm, nhóm tuổi 25-30 tháng sau 6 tháng can thiệp giảm 8 điểm so với lúc ban đầu, nhóm 31-36 tháng giảm 7,5 điểm so với ban đầu. Nhóm trẻ ở thành phố Cà Mau giảm 8,30 điểm sau 6 tháng can thiệp, cao hơn so với nhóm trẻ ở các huyện. Khi đánh giá theo thang điểm Vineland-II thì nhóm trẻ nữ có sự thay đổi điểm nhiều hơn so với nhóm trẻ nam. Sau 6 tháng can thiệp, nhóm trẻ nữ tăng 2,5 điểm điểm so với ban đầu. Trẻ ở nhóm tuổi 25-30 tháng sau 6

tháng can thiệp điểm số tăng nhiều hơn trẻ ở nhóm tuổi 31-36 tháng. Nhóm trẻ ở thành phố Cà Mau tăng 1,88 điểm, cao hơn so với nhóm trẻ ở các huyện. Đặc điểm chung khi đánh giá kết quả can thiệp dựa vào thang điểm CARS và Vineland-II là nhóm trẻ thuộc nhóm tuổi 25-30 tháng thì can thiệp có hiệu quả hơn nhóm tuổi 31-36 tháng, can thiệp ở thành phố Cà Mau tỏ ra hiệu quả hơn so với các huyện còn lại thuộc tỉnh Cà Mau, điều này cho thấy ở thành phố can thiệp hiệu quả hơn ở các huyện do phần lớn trẻ ở thành phố được tiếp cận với môi trường giáo dục từ sớm, ba mẹ có kiến thức và tìm hiểu về rối loạn phổ tự kỷ nên hiểu rõ con cần những gì và cho con can thiệp sớm đồng thời cũng dành nhiều thời gian cho con hơn khi biết con có vấn đề nên hiệu quả can thiệp cao hơn các huyện còn lại. Điều này cũng đã được chứng minh trong nghiên cứu của chúng tôi khi trẻ thuộc nhóm tuổi 25-30 tháng thì can thiệp có hiệu quả hơn nhóm tuổi 31-36 tháng. Chưa thấy sự liên quan giữa giới tính và hiệu quả can thiệp khi đánh giá dựa vào thang điểm CARS và Vineland-II cho kết quả khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Trẻ 18-36 tháng ở các trường mầm non tại tỉnh Cà Mau được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng đa số là trẻ từ 31-36 tháng, trẻ nam, sống ở thành phố. Kết quả can thiệp được đánh giá thông qua các công cụ chuẩn là CARS và Vineland-II cho thấy hiệu quả tích cực. Trẻ có cải thiện rõ rệt, tuy nhiên cần có thời gian dài, sự thay đổi mang ý nghĩa thống kê. Không có sự liên quan giữa kết quả can thiệp và giới tính, trẻ càng nhỏ tuổi thì kết quả can thiệp càng cao, trẻ rối loạn phổ tự kỷ nặng ở thành phố có kết quả can thiệp tốt hơn so với trẻ ở huyện.

VI. KIẾN NGHỊ

Các trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng nên được can thiệp kịp thời, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình, nhà trường và nhân viên y tế. Quá trình can thiệp thường có hiệu quả chậm nên đòi hỏi sự kiên nhẫn từ nhà trường, gia đình và nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định 1862/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. 2022:4
2. **Werling D. M., Geschwind** (2013), "Sex differences in autism spectrum disorders", *Current Opinion in Neurology*, 26(2), pp. 146-53.
3. **Trần Thiện Thắng,** "Tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 24 - 72 tháng tuổi bằng tiêu chuẩn DSM-5", *Tạp chí Nghiên cứu y học* (2023)-163(2), tr.108-117.

4. **Chien YL, Wu CS, Chang YC, Cheong ML, Yao TC, Tsai HJ.** Associations between parental psychiatric disorders and autism spectrum disorder in the offspring. *Autism Res.* 2022;doi: 10.1002/aur.2835. 5.
5. **Nguyễn Tấn Đức.** Rối loạn phổ tự kỷ và một số yếu tố liên quan ở trẻ 24-72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi. *Tạp chí Y Dược học.* 11-2018 2018;8(6).
6. **Lê Thị Kim Dung.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, phương pháp chẩn đoán và can thiệp sớm rối loạn tự kỷ ở trẻ em tại cộng đồng. Đại học Thái Nguyên; 2021.
7. **Trần Thiện Thắng,** "Đặc điểm giao tiếp chức năng ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ 3 theo tiêu chuẩn DSM-5", *Tạp chí Nghiên cứu y học* (2023)-162(1), tr.206-213.
8. **Trần Văn Lý, Vũ Thị Bích Hạnh** (2016), "Đánh giá kết quả mô hình can thiệp toàn diện cho trẻ tự kỷ tại Trung tâm phục hồi chức năng Thụy An-Bà Vì", *Tạp chí Y học Thực hành* (1002)-số 4, tr. 57-59.
9. **Nguyễn Thị Hương Giang.** Nghiên cứu phát hiện sớm tự kỷ bằng MCHAT 23, đặc điểm dịch tễ-lâm sàng và can thiệp sớm phục hồi chức năng cho trẻ nhỏ tự kỷ. Trường đại học Y Hà Nội; 2012.
10. **Phạm Trung Kiên.** Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc và kết quả điều trị tự kỷ trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2014;18(4)(4):74-79.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU NÃO THẤT III TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Đại Hùng Linh¹, Nghiêm Phương Thảo¹, Thái Khánh Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị bình thường của các thông số não thất III ở người Việt Nam trưởng thành bằng cộng hưởng từ và mối liên quan giữa các thông số trên với tuổi, giới tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 120 người khỏe mạnh được chụp cộng hưởng từ sọ não tại Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh - Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Ninh Thuận từ tháng 01/2022 đến 12/2023. Sử dụng chuỗi xung 3D Axial T1W để tiến hành đo đạc các thông số não thất III. **Kết quả:** Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 42.62 ± 10.63 . Chiều dài (CD), CR NT III của nam đều lớn hơn nữ (CD ở nam: $25.81 \pm 2.51\text{mm}$ và CD ở nữ: $23.43 \pm 1.32\text{mm}$, CR ở nam: $5.41 \pm 1.66\text{mm}$ và CR ở nữ: $4.35 \pm 1.24\text{mm}$), ngoại trừ chiều cao (CC) NT III thì số đo ở nam nhỏ hơn nữ (nam: $17.05 \pm 1.39\text{mm}$ và nữ: $17.34 \pm 1.43\text{mm}$). Sự khác nhau các thông số GP NT III giữa hai giới đều có ý nghĩa thống kê (ngoại trừ CC NT III). CR NT III và CSNTIII đều có mối tương quan thuận mức độ trung bình với tuổi (CR NT III: $r = 0.315$, $p < 0.05$; CSNTIII: $r = 0.331$, $p < 0.05$). **Kết luận:** Cộng hưởng từ là phương pháp không xâm lấn và đáng tin cậy, có thể cung cấp thông tin chính xác về cấu trúc và hình thái giải phẫu của não thất III cũng như mối liên quan của các thông số não thất III với chỉ số nhân trắc học, bước đầu giúp các nhà lâm sàng trong định hướng và theo dõi sau điều trị. **Từ khóa:** chiều dài, chiều rộng, chiều cao não thất III, cộng hưởng từ

SUMMARY

MORPHOMETRIC STUDY OF THE THIRD

¹Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đại Hùng Linh

Email: nghunglinh1977@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

VENTRICLES IN VIETNAMESE ADULTS BY MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Objectives: To determine the normal range of third ventricle demensions in Vietnamese people by using Magnetic resonance imaging (MRI) and examine the relation between those parameters with age and gender. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 120 healthy individuals by using magnetic resonance imaging at Department of Imaging Diagnosis, Ninh Thuan province's hospital. Using 3D Axial T1W sequence for third ventricle measurement. and age by computing the Pearson correlation coefficient at a significance level of 0.05. **Results:** The average age of the study sample is 42.62 ± 10.63 . Length, width of the third ventricle in males were generally larger than in females (length in male: $25.81 \pm 2.51\text{mm}$, length in female: $23.43 \pm 1.32\text{mm}$; width in male: $5.41 \pm 1.66\text{mm}$, width in female: $4.35 \pm 1.24\text{mm}$), excluding third ventricle height was larger in female than in male (Height in male: $17.05 \pm 1.39\text{mm}$, height in female: $17.34 \pm 1.43\text{mm}$). Furthermore, the difference in anatomical parameters of the third ventricle between genders were statistically significant, except the third ventricle height. The third ventricle width (TVW) and third ventricular ratio (TVR) both showed a positive significant moderate correlation with age (TVW: $r = 0.315$, $p < 0.05$; TVR: $r = 0.331$, $p < 0.05$). **Conclusions:** Magnetic resonance imaging is a non-invasive and reliable method that can provide accurate measurement regarding the structure and anatomical morphology of the third ventricle, as well as the relation of its parameters with anthropometric indices, offering initial guidance for clinicians in post-treatment monitoring. **Keywords:** third ventricle length, width, height, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hình thành hệ thống não thất (HTNT) là do sự phát triển của ống thần kinh tạo ra. Khi bước vào tuổi trưởng thành, HTNT bình thường