

3. **Trần An Chung (2020)**, Thực trạng và hiệu quả giải pháp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hành tư vấn chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế tuyến cơ sở tỉnh Long An 2018, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Viện Vệ

sinh dịch tễ trung ương.

4. **World Health Organization (2015)**, "Health in 2015 from MDGs to SDGs".

5. **World Health Organization (2018)**, "A vision for Primary Health care in the 21st century".

## ĐỘ NHẠY VÀ ĐỘ ĐẶC HIỆU CỦA BỘ CÔNG CỤ STAT TRONG SÀNG LỌC RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ Ở TRẺ EM TỪ 24 -36 THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Thị Bích Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn An Nghĩa<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một rối loạn về sự phát triển của não, đặc trưng bởi các mức độ khó khăn trong tương tác xã hội và giao tiếp. Công cụ sàng lọc rối loạn phổ tự kỷ (STAT) cho trẻ từ 24 đến 36 tháng tuổi đã được ứng dụng rộng rãi tuy nhiên tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu bộ công cụ STAT trong sàng lọc RLPTK ở trẻ từ 24 đến 36 tháng tuổi có vấn đề chậm phát triển ngôn ngữ đến khám tại khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng Bệnh viện Nhi Đồng 1 và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 86 trẻ từ 24 đến 36 tháng tuổi có vấn đề chậm phát triển ngôn ngữ. Kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ được sử dụng đến khi đủ số lượng. Giá trị thang đo STAT được tính bằng cách so sánh với kết quả chẩn đoán DSM-5. Chọn điểm cắt dựa trên chỉ số Youden. **Kết quả:** Thang đo sàng lọc STAT với điểm cắt 2 điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89,1% và 50,0%. Kết quả gợi ý điểm cắt thang đo STAT để khẳng định chẩn đoán RLPTK ở trẻ em là 2,5 điểm. Rối loạn phổ tự kỷ có mối liên quan đến thứ tự trẻ trong gia đình (PR=0,74; KTC 95%: 0,56-0,95; p=0,018), trình độ học vấn ba (PR=0,73; KTC 95%: 0,56-0,96; p=0,025) và tình trạng kinh tế gia đình (PR=0,75; KTC 95%: 0,58-0,99; p=0,039). **Kết luận:** Thang đo STAT cho thấy độ nhạy cao trong sàng lọc RLPTK ở trẻ em Việt Nam từ 24 đến 36 tháng tuổi có vấn đề chậm phát triển ngôn ngữ. Tuy nhiên, sau khi sàng lọc trẻ cần được bác sĩ tâm thần học chẩn đoán chính xác tình trạng RLPTK. **Từ khóa:** Rối loạn phổ tự kỷ, sàng lọc, độ nhạy, độ đặc hiệu, trẻ em.

### SUMMARY

#### SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF THE SCREENING TOOL FOR AUTISM IN TWO-YEAR-OLDS (STAT) FOR CHILDREN AGED

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Ngọc

Email: bngoc0610@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

### 24 TO 36 MONTHS AT CHILDREN HOSPITAL 1

**Introduction:** Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder with impaired social interaction and communication. The Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT) for children aged 24 to 36 months has been widely utilized worldwide. It is noted that the effectiveness assessment of the STAT in screening Vietnamese children with ASD is lacking.

**Objectives:** Determine the sensitivity and specificity of the STAT measure used for screening ASD in children aged 24-36 months with language development delays admitted to the Department of Physical Therapy and Rehabilitation at Children Hospital 1, and identify related factors for ASD.

**Patients and methodology:** We conducted a cross-sectional study of 86 children aged 24-36 months with language development delays. The continuous sampling technique was applied to select study participants. Children who had been previously diagnosed with autism were excluded from the study.

The value of the STAT measurement scale is determined by comparing it to the DSM-5 diagnostic results. Select a cut-off value based on the Youden index. **Results:** Our results showed that the STAT screening scale has a sensitivity and specificity of 89.1% and 50.0%, respectively, when employing a cut-off value 2.0. The suggested cut-off point for the STAT scale to confirm a diagnosis of ASD in children is 2.5 points. Additionally, we found that the relationship between ASD risk and birth order (PR=0.74; 95% CI: 0.56-0.95; p=0.018), educational level of the fathers (PR=0.73; 95% CI: 0.56-0.96; p=0.025), and the family's economic status (PR=0.75; 95% CI: 0.58-0.99; p=0.039).

**Conclusion:** The STAT showed high sensitivity in screening ASD among Vietnamese children aged 24-36 months with language development delays. However, children with suspected ASD must undergo a thorough diagnostic evaluation by a qualified medical professional following screening.

**Keywords:** Autism spectrum disorder, Screening, Children, Sensitivity, Specificity

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một nhóm các rối loạn đa dạng liên quan đến sự phát triển của não, được đặc trưng bởi các mức độ khó khăn trong tương tác xã hội và giao tiếp<sup>6</sup>. RLPTK tại

Việt Nam ngày càng tăng qua các năm mặc dù có thể được phát hiện sớm thông qua sàng lọc<sup>6</sup>. Số lượng trẻ RLPTK được chẩn đoán tại bệnh viện Nhi Trung Ương tăng dần từ 450 trẻ vào năm 2008, 950 trẻ năm 2009 và 1792 trẻ vào năm 2010<sup>5</sup>.

Việc theo dõi sự phát triển của trẻ thông qua việc sử dụng các công cụ sàng lọc có thể giúp xác định những trẻ cần được đánh giá, chẩn đoán hoặc can thiệp. Can thiệp sớm chuyên sâu có vai trò quan trọng đối với kết quả điều trị trẻ em RLPTK. Đã có nhiều công cụ sàng lọc RLPTK được phát triển, tuy nhiên bộ công cụ STAT (Screening Tool for Autism in Toddlers & Young Children) được thiết kế riêng để sử dụng cho trẻ từ 24 đến 36 tháng tuổi và đã được ứng dụng trong mười năm qua tại nhiều nước trên thế giới.

Tại Việt Nam, STAT đã được Viện nghiên cứu và điều trị các RLPTK dịch chuyển ngữ và tập huấn cho nhân viên y tế, cũng được Bộ Y tế hướng dẫn sử dụng trong quy trình phát hiện sớm RLPTK ở trẻ em. Tuy nhiên, nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của bộ công cụ sàng lọc STAT vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của bộ công cụ STAT trong sàng lọc rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 24 -36 tháng tại Việt Nam. Từ đó, cung cấp thêm bằng chứng y văn và đề xuất các biện pháp thích hợp để sàng lọc trẻ có nguy cơ RLPTK.

**Mục tiêu:** *Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của bộ công cụ STAT dùng để sàng lọc RLPTK ở trẻ em từ 24 đến 36 tháng tuổi có vấn đề chậm trễ phát triển ngôn ngữ đến khám tại khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng (VLTL-PhCN) Bệnh viện Nhi Đồng 1 và xác định một số yếu tố liên quan.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế và đối tượng tham gia.** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên trẻ từ 24 - 36 tháng tuổi có vấn đề chậm trễ phát triển ngôn ngữ khám tại khoa VLTL – PhCN Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian 08/2022 đến 08/2023. Tiêu chí chọn mẫu gồm trẻ từ 24 - 36 tháng tuổi có vấn đề chậm trễ phát triển ngôn ngữ và có một trong các vấn đề: không có và /hoặc có rất ít sự tương tác mắt, hoặc có hành vi rập khuôn hoặc có bất kỳ rối loạn cảm giác nào hoặc có bất cứ anh chị em nào trong gia đình bị RLPTK. Loại trừ những trẻ được chẩn đoán mắc bệnh tự kỷ trước đó, có bệnh lý về gen di truyền hay khuyết tật não, khiếm khuyết về vận động.

**Phương pháp nghiên cứu.** Sau khi được cung cấp thông tin về nghiên cứu và phụ

huynh/người giám hộ của trẻ đồng ý tham gia vào nghiên cứu, chuyên viên Ngôn ngữ trị liệu tiến hành đánh giá STAT, làm mù kết quả và chuyển bác sỹ tâm thần học của khoa Tâm lý khám và chẩn đoán RLPTK bằng công cụ DSM-5.

**Các chỉ số đánh giá.** Bộ câu hỏi gồm đặc điểm của trẻ và gia đình trẻ.

Thang đo sàng lọc RLPTK ở trẻ STAT gồm 5 nội dung trong đó phần chơi và phần yêu cầu có 2 nội dung, số điểm không đạt tương ứng (0, 0,5, 1 điểm), phần hướng sự chú ý và bắt chước có 4 nội dung, số điểm không đạt tương ứng (0, 0,25, 0,5, 0,75, 1 điểm) và phần câu hỏi sau sàng lọc. Nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ được xác định khi tổng điểm thang đo STAT  $\geq 2$  điểm.

Chẩn đoán các RLPTK theo DSM-5 gồm 6 nội dung đánh giá, trẻ có chẩn đoán RLPTK khi thỏa những điều kiện quy định trong 4 nhóm D1 (Khiếm khuyết về giao tiếp xã hội), D2 (Giới hạn hành vi, sở thích, hoặc hoạt động thu hẹp, lặp đi lặp lại), D3 (Triệu chứng phải xuất hiện trong giai đoạn phát triển sớm), D4 (Triệu chứng gây ra sự suy giảm rõ rệt về lâm sàng của chức năng hiện tại).

**Phân tích dữ kiện.** Sử dụng tỷ lệ để tóm tắt dữ liệu. Hồi quy Poisson với tùy chọn Robust được sử dụng để kiểm tra mối liên quan giữa RLPTK theo STAT, RLPTK theo DSM-5 với các biến số. Mức độ liên quan được đo lường bằng tỷ số tỷ lệ hiện mắc PR. Các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, tiên đoán dương được tính dựa trên kết quả sàng lọc RLPTK bằng thang đo STAT khi so sánh với kết quả chẩn đoán trên lâm sàng bằng DMS-5. Diện tích dưới đường cong ROC được xác định dựa trên độ nhạy, độ đặc hiệu giá trị sàng lọc RLPTK của thang đo STAT so với chẩn đoán RLPTK theo DSM-5. Giá trị điểm cắt sàng lọc tình trạng RLPTK. Tất cả quy trình thống kê thực hiện bằng phần mềm Stata 14.2.

**Đạo đức.** Nghiên cứu đã được chấp nhận từ Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi Đồng 1 số 489/GCN-BVNDD1 xét duyệt theo quy trình đầy đủ, chấp thuận ngày 21 tháng 12 năm 2022.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Theo đánh giá STAT, trẻ tham gia vào nghiên cứu có nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ chiếm tỷ lệ lên đến 79,1%. Theo đánh giá DSM-5, trẻ tham gia vào nghiên cứu có nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ chiếm tỷ lệ 74,4%.

**Bảng 1. Nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ theo**

**STAT và chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ theo DSM-5 (n=86)**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nguy cơ RLPTK theo STAT		

Không Có	18	20,9
Có	68	79,1
<b>Chẩn đoán theo DSM-5</b>		
RLPTK	64	74,4
Không RLPTK	22	25,6

**Bảng 2. Mối liên quan giữa nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ đánh giá theo thang điểm STAT với đặc điểm nền của trẻ và gia đình trẻ (n=86)**  
\*Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Đặc điểm	Tổng (n, %)	Tự kỷ theo STAT		p	PR (KTC 95%)
		Có (n=68) n (%)	Không (n=18) n (%)		
<b>Tháng tuổi*</b>	30 (27-33)	30 (27-33)	29,5 (28-34)	0,521	0,99 (0,96-1,02)
<b>Giới tính:</b>					
Nữ	56 (65,1)	26(86,7)	4 (13,3)	0,205	1,16 (0,94-1,42)
Nam	30 (34,9)	42(75)	14 (25)		
<b>Ngạt sau sinh:</b>					
Không rõ	77 (89,5)	8 (88,9)	1 (11,1)	0,444	1,14 (0,88-1,48)
Không ngạt	9 (10,5)	60 (77,9)	17 (22,1)		
<b>Thứ tự trẻ trong gia đình</b>					
Con thứ nhất	38 (44,2)	34 (89,5)	4 (10,5)		1
Con thứ hai	38 (44,2)	25 (65,8)	13 (34,2)	0,018	0,74 (0,56-0,95)
Con thứ ba trở lên	10 (11,6)	9 (90,0)	1 (10,0)	0,961	1,01 (0,80-1,27)
<b>Tuổi của ba trẻ*</b>	35 (31-39)	35 (31,5-39)	34,5 (31-39)	0,348	1,01 (0,99-1,02)
<b>Tuổi của mẹ trẻ*</b>	32 (30-36)	34 (30-36)	31 (30-34)	0,409	1,01 (0,99-1,04)
<b>Trình độ học vấn ba</b>					
THCS trở xuống	20 (23,3)	18 (90,0)	2 (10,0)		1
Tốt nghiệp THPT	28 (32,6)	21 (75,0)	7 (25,0)	0,170	0,83 (0,64-1,08)
Trên THPT	38 (44,2)	25 (65,8)	13 (34,2)	0,025	0,73 (0,56-0,96)
<b>Trình độ học vấn mẹ</b>					
THCS trở xuống	25 (29,1)	19 (79,2)	5 (20,8)		1
Tốt nghiệp THPT	22 (25,6)	21 (91,3)	2 (8,7)	0,249	1,15 (0,91-1,47)
Trên THPT	39 (45,3)	24 (61,5)	15 (38,5)	0,127	0,78 (0,56-1,07)
<b>Mức độ kinh tế:</b>					
Giàu/Khá	64 (74,4)	14 (63,6)	8 (36,4)	0,039	0,75 (0,58-0,99)
Trung bình/Cận nghèo	22 (25,6)	54 (84,4)	10 (15,6)		
<b>Tiền sử gia đình các bệnh về RLTK:</b>					
Có	8 (9,3)	7 (87,5)	1 (12,5)	0,373	1,20 (0,89-1,61)
Không	78 (90,7)	57 (73,1)	21 (26,9)		

Có mối liên quan giữa RLPTK theo STAT với thứ tự trẻ trong gia đình, nghề nghiệp chính của ba và mức độ kinh tế (lần lượt p=0,018, p=0,001, p=0,039). Không có mối liên quan giữa RLPTK theo STAT với các yếu tố đặc điểm khác của trẻ (tháng tuổi, giới tính, ngạt sau sinh) và đặc điểm gia đình trẻ (tuổi của ba mẹ, trình độ học vấn của mẹ, tiền sử gia đình các bệnh RLTK) do p>0,05.

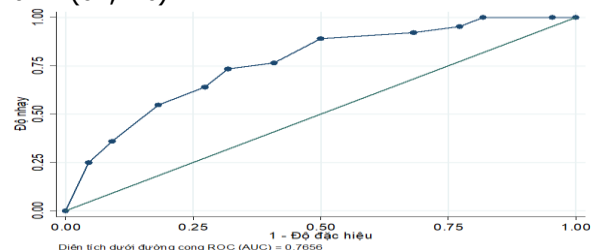
**Bảng 3. So sánh kết quả sàng lọc STAT và chẩn đoán DSM-5**

Đặc điểm	Chẩn đoán DSM-5	
	RLPTK n=64	Không RLPTK n=22
<b>Sàng lọc STAT</b>		
Có nguy cơ RLPTK (n=68)	57 (A)	11 (B)
Không có nguy cơ RLPTK (n=18)	7 (C)	11 (D)

Độ nhạy: Se = A/(A+ C) = 89,1%

Độ đặc hiệu: Sp = D/(B+ D) = 50,0%

Giá trị tiên đoán dương: PPV = A/(A+ B) = 83,8%  
 Giá trị tiên đoán âm: NPV= D/(C+D)= 61,1%  
 Khi so sánh với tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 thì thang đo sàng lọc STAT với ngưỡng 2 điểm để xác định RLPTK ở trẻ em thì có độ nhạy khá cao (89,1%), tuy nhiên độ đặc hiệu tương đối thấp (50,0%). Giá trị tiên đoán dương khá cao (83,8%) nhưng giá trị tiên đoán âm ở mức trung bình (61,1%).



**Biểu đồ 1. Đường cong ROC của thang đo sàng lọc rối loạn phổ tự kỷ STAT**

Diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của

thang đo STAT để sàng lọc RLPTK ở trẻ em có giá trị là 0,7656 ở mức ý nghĩa trung bình.

**Bảng 4. Độ nhạy, độ đặc hiệu và chỉ số Youden tại các điểm cắt bộ công cụ STAT theo chẩn đoán DSM-5**

Điểm STAT	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Chỉ số Youden
0,5	100%	0%	0
0,75	100%	4,6%	0,046
1,25	100%	18,2%	0,182
1,5	95,3%	22,7%	0,18
1,75	92,2%	31,8%	0,24
<b>2</b>	<b>89,1%</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,391</b>
2,25	76,6%	59,1%	0,357
<b>2,5</b>	<b>73,4%</b>	<b>68,2%</b>	<b>0,416</b>
2,75	64,1%	68,2%	0,323
3	54,7%	72,7%	0,274
3,25	35,9%	81,8%	0,174
3,5	25,0%	90,9%	0,159
3,75	10,9%	95,5%	0,064
4	4,7%	95,5%	0,002
>4	0%	100%	0

Kết quả gợi ý điểm cắt thang đo STAT để khẳng định chẩn đoán RLPTK ở trẻ em là 2,5 điểm, tương ứng với độ nhạy 73,4%, độ đặc hiệu 68,2% và chỉ số Youden cao nhất là 0,416.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Kết quả đánh giá rối loạn phổ tự kỷ theo thang điểm STAT và DSM-5.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ RLPTK được sàng lọc bởi STAT lên đến 79,1% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Phương (2021) với 6,63% trẻ RLPTK bằng thang điểm M-CHAT<sup>2</sup>. Điều này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu được thực hiện trên dân số khỏe. Những thay đổi trong định nghĩa về RLPTK và sự khác biệt trong phương pháp và bối cảnh nghiên cứu cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả.

Xét về các nghiên cứu sàng lọc điểm cắt STAT, tỷ lệ trẻ mắc RLPTK trong nghiên cứu cao hơn so với các nghiên cứu trước với tỷ lệ từ 47,8% đến 55,8% ở trẻ 16-24 tháng tuổi<sup>4,7</sup>. Kết quả thể hiện điểm trung bình là 2,60±0,86 cao hơn nghiên cứu của Chiang (2013) (2,10±1,18)<sup>4</sup>. Điều này có thể do sự khác biệt về thời gian, địa điểm và tình trạng kinh tế xã hội của các nghiên cứu. Theo đánh giá DSM-5, hầu hết trẻ tham gia vào nghiên cứu có nguy cơ RLPTK chiếm với tỷ lệ lên đến 74,4% cao hơn nghiên cứu Chiang (2013) với 39,0%<sup>4</sup>.

**4.2. Mối liên quan giữa rối loạn phổ tự kỷ với các đặc điểm theo thang đo STAT.** Nhóm trẻ có mức độ kinh tế giàu/ khá có nguy

cơ RLPTK bằng 0,75 lần nhóm trẻ có mức độ kinh tế gia đình trung bình/ cận nghèo. Nguyên nhân có thể do những gia đình có kinh tế giàu/ khá có khả năng tiếp cận với cơ sở y tế nhiều hơn, dẫn đến việc phát hiện và điều trị sớm hơn, trong khi đó những gia đình có điều kiện trung bình/cận nghèo khả năng tiếp xúc với y tế thấp hơn, tỷ lệ phát hiện RLPTK khi trẻ còn nhỏ ít hơn. Điều này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thủy (2000) với tỉ lệ trẻ phát hiện RLPTK trong giai đoạn 37-60 tháng tuổi là 0,55% trong khi tỉ lệ phát hiện ở trẻ 18-36 tháng tuổi chỉ có 0,32%<sup>3</sup>.

Nhóm trẻ có ba làm nghề buôn bán hay công nhân có nguy cơ RLPTK cao hơn so với trẻ có ba làm nghề cán bộ, viên chức/NVVP. Sự khác biệt này có thể do kiến thức và mối quan tâm về RLPTK của nhóm này còn thấp dẫn đến chưa quan tâm đưa trẻ đi khám sớm.

**4.3. Độ nhạy, độ đặc hiệu thang điểm STAT theo chẩn đoán DSM-5.** Thang đo STAT với ngưỡng điểm cắt 2 để sàng lọc RLPTK ở trẻ em có độ nhạy khá cao (89,1%), tuy nhiên độ đặc hiệu lại tương đối thấp (50,0%). Và giá trị tiên đoán dương khá cao (83,8%) nhưng giá trị tiên đoán âm lại ở mức trung bình (61,1%). Diện tích dưới đường cong ROC của thang đo STAT có giá trị là 0,76 ở mức ý nghĩa trung bình. Mục đích chính của công cụ sàng lọc là cung cấp thông tin liên quan đến việc phân loại trẻ đến các dịch vụ chẩn đoán và điều trị thích hợp nhất tránh trường hợp bỏ sót trẻ có RLPTK. Sự chậm trễ trong chẩn đoán làm trì hoãn sự can thiệp thích hợp<sup>1</sup>. Trong sàng lọc độ nhạy có tầm quan trọng lớn hơn độ đặc hiệu, bởi vì hậu quả của việc không xác định được trẻ có nguy cơ mắc chứng RLPTK được xem trầm trọng hơn so với việc xác định không đúng trẻ có nguy cơ. Như vậy với ngưỡng điểm cắt 2 là phù hợp để sàng lọc trẻ có nguy cơ RLPTK.

Khi thống kê điểm cắt gợi ý của bộ công cụ STAT để sàng lọc RLPTK ở trẻ em thì ngưỡng  $\geq 2,5$  điểm là phù hợp nhất. Tại điểm cắt này, độ nhạy và đặc hiệu được điều chỉnh lại với giá trị lần lượt là 73,4% và 68,2%. Tuy nhiên không thể kết luận được tăng ngưỡng điểm cắt của thang đo STAT vì mục đích của bộ công cụ STAT là sàng lọc.

Kết quả ngưỡng điểm cắt này của thang đo STAT tương tự với nghiên cứu của Wu và cộng sự (2020) tại Đài Loan<sup>8</sup>. Kết quả cho thấy STAT với ngưỡng điểm cắt 2,5 có độ nhạy là 89% và độ đặc hiệu là 97% và AUC là 0,95 (KTC 95%: 0,91-0,99). Tuy nhiên, sự khác biệt về độ tuổi

của trẻ giữa các nghiên cứu gây khó khăn khi lý giải ngưỡng điểm cắt thang đo STAT giống nhau. Trẻ mắc rối loạn tự kỷ càng nhỏ tuổi thì càng dễ bị thiếu hụt các kỹ năng giao tiếp xã hội, giảm chú ý nên điểm thang đo STAT sẽ lớn hơn. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng những khiếm khuyết sớm về giao tiếp xã hội và khả năng dễ mắc phải tình trạng giảm chú ý được thể hiện rõ ràng ở trẻ 12-24 tháng tuổi mắc RLPTK so với giai đoạn trẻ 24 tháng<sup>7</sup>.

Bên cạnh đó, các giá trị như độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm trong nghiên cứu của Wu và cộng sự (2020) đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi<sup>8</sup>. Điều này có thể lý giải bởi sự khác biệt về nhóm tuổi, nhân viên sàng lọc tự kỷ, bác sĩ chẩn đoán tự kỷ ở trẻ và các tiêu chuẩn chẩn đoán tự kỷ ở trẻ. Ngược lại, ngưỡng điểm cắt thang đo STAT trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Chiang và cộng sự (2013)<sup>4</sup>. Tuy nhiên kết quả cỡ mẫu của nghiên cứu này khá nhỏ nên kết quả có tính hạn chế rất lớn.

Theo Quyết định 2254/QĐ-BYT của Bộ Y tế về quy trình phát hiện sớm RLPTK ở trẻ em, những trẻ có tổng điểm STAT  $\geq 2$  sẽ được chuyển sang bước chẩn đoán và đánh giá mức độ RLPTK<sup>1</sup>. Điểm cắt 2 này được đưa ra để tránh bỏ sót các trường hợp trẻ RLPTK.

#### IV. KẾT LUẬN

Thang đo sàng lọc STAT với ngưỡng cắt 2 điểm để xác định RLPTK ở trẻ em có độ nhạy khá cao và phù hợp với mục đích sàng lọc. Tuy

niên độ đặc hiệu trong nghiên cứu của thang đo khá thấp nên sau khi sàng lọc trẻ cần được bác sĩ chẩn đoán chính xác tình trạng RLPTK.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021) Quyết định 2254/QĐ-BYT ngày 07/05/2021 về việc ban hành bộ công cụ phát hiện sớm rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em, Government Document, 12.
2. **Nguyễn Minh Phương, Trần Thiện Thắng, Phan Việt Hưng, Võ Văn Thi, Trịnh Thanh Thuý, Ninh Thị Minh Hải, et al.** (2021) "Khảo sát tỷ 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, 502 (1), tr. 124-128.
3. **Trần Thị Thủy, Vũ Thị Chi** (2020) "Tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em 18-60 tháng tuổi trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh". Tạp chí Y Học Công Đồng, 58 (5), tr. 62-67.
4. **Chiang CH, Wu CC, Hou YM, Chu CL, Liu JH, Soong WT** (2013) "Development of T-STAT for Early Autism Screening". Journal of Autism and Developmental Disorders, 43 (5), pp. 1028-1037.
5. **Ha V, Maxine W** (2014) "Living with autism spectrum disorder in Hanoi, Vietnam". Social Science & Medicine, pp. 178-285.
6. **WHO** (2022) Autism, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>, accessed on August 8, 2022.
7. **Wu CC, Chu CL, Stewart L, Chiang CH, Hou YM, Liu JH** (2020) "The Utility of the Screening Tool for Autism in 2-Year-Olds in Detecting Autism in Taiwanese Toddlers Who are Less than 24 Months of Age: A Longitudinal Study". J Autism Dev Disord, 50 (4), pp. 1172-1181.
8. **Wu CC, Chiang CH, Chu CL, Iao LS, Hou YM** (2021) "T-STAT for detecting autism spectrum disorder in toddlers aged 18-24 months". Autism, 25 (4), pp. 911-920.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP KHÓ KIỂM SOÁT TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Phạm Lý Giao Linh<sup>1</sup>, Trần Viết An<sup>2</sup>, Huỳnh Tuấn An<sup>2</sup>,  
Huỳnh Thị Ngọc Giàu<sup>2</sup>, Lê Văn Cường<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp khó kiểm soát là một trong những bệnh lý gây nhiều khó khăn trong việc

điều trị đồng thời đây cũng là yếu tố nguy cơ tim mạch chính gây gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu. Tình trạng huyết áp cao kéo dài không được kiểm soát, sẽ dẫn đến tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp (THA). Tổn thương đặc trưng là sự thay đổi cấu trúc và chức năng của các động mạch quan trọng và những cơ quan chính trong cơ thể. **Mục tiêu:** Xác định một số tổn thương cơ quan đích và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp khó kiểm soát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp khó kiểm soát tại Khoa Tim mạch can thiệp –Thần kinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Tam Bình

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Tuấn An

Email: htan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024