

RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ 24-72 THÁNG TUỔI TẠI TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Tấn Đức¹, Lương Ngọc Khuê², Nguyễn Thanh Quang Vũ³, Võ Văn Thắng⁴

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Sở Y tế Quảng Ngãi

(2) Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế

3) Bệnh viện Tâm thần tỉnh Quảng Ngãi

(4) Khoa Y tế công cộng - Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là khuyết tật xuất hiện từ thời thơ ấu và phát triển suốt đời. Việc chẩn đoán xác định sớm và can thiệp kịp thời sẽ giúp cải thiện tình trạng, giảm những hậu quả nặng nề cho bản thân, gia đình và xã hội. **Mục tiêu:** (1) Mô tả tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ của trẻ em từ 24 - 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ từ 24 - 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ 74.308 trẻ từ 24 tháng tuổi đến 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi trong thời gian từ tháng 9 đến tháng 12/2016. Phòng vấn bố, mẹ, người giám hộ của trẻ về các đặc điểm kinh tế văn hóa và xã hội của gia đình và toàn bộ trẻ được khám sàng lọc lần lượt bằng các dấu hiệu, tiêu chuẩn: Dấu hiệu cờ đỏ, bảng kiểm tra sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ - chỉnh sửa (M-CHAT), thang đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ em (CARS), cuối cùng được khám lâm sàng và chẩn đoán xác định bằng tiêu chuẩn chẩn đoán theo sổ tay thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần, phiên bản thứ 5 (DSM-5). **Kết quả:** Có 280 trẻ từ 24 - 72 tháng tuổi, chiếm 3,8‰ bị mắc rối loạn phổ tự kỷ; Trong số trẻ bị RLPTK có 63,57% trẻ bị RLPTK mức độ nặng, 36,34% trẻ bị RLPTK mức độ nhẹ và vừa. Tỷ lệ trẻ trai bị RLPTK cao gấp 3,1 lần trẻ gái ($p < 0,01$); Tỷ lệ trẻ ở thành thị bị RLPTK cao xấp xỉ 2 lần so với trẻ ở nông thôn ($p < 0,01$). **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ từ 24-72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi chiếm 3,8‰ khá tương đương với kết quả nghiên cứu tương tự khác trên thế giới. Cần có sự nghiên cứu sâu hơn về một số yếu tố liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 24-72 tháng tuổi ở tỉnh Quảng Ngãi.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ, ASD, dấu hiệu cờ đỏ, thang đo M-CHAT, thang đo CARS

Abstract

AUTISM SPECTRUM DISORDER AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CHILDREN AGED 24-72 MONTHS IN QUANG NGAI PROVINCE

Nguyen Tan Duc¹, Luong Ngoc Khue², Nguyen Thanh Quang Vu³, Vo Van Thang⁴

(1) PhD Students of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Department of Health, Quang Ngai Province

(2) Medical Services Administration, Ministry of Health

(3) Quang Ngai Psychiatric Hospital

(4) Faculty of Public Health University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a disability developed in the young age and lasts during the lifetime. Early diagnosis and timely interventions will help improve the situation and reduce consequences caused to persons with ASD, their families and society. **Objectives:** (1) To describe the prevalence of ASD of the children aged 24 – 72 months Quang Ngai Province; (2) To analyse some factors related to ASD of the children aged 24 – 72 months in Quang Ngai Province. **Methodology:** Cross sectional research on a total sample size of 74,308 children aged 24 – 72 months in Quang Ngai Province in a period of September to December 2016; doing interview the parents or care givers on the children's family socio-economic characteristics; all the children were screened to examine ASD signs and standards using red flag signs, Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) and Childhood Autism Rating Scale (CARS). Children were finally examined and clinically diagnosed using criteria Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5). **Results:** 280 children aged 24 – 72 months, account for 3.8‰, were detected as ASD. Among the children

with ASD, 63.57% were diagnosed severe, 36.34% diagnosed medium and slight. The boys with ASD is 3.1 times higher than girls ($p<0.01$). The children with ASD in urban areas is almost two times higher than those in rural areas ($p<0.01$). No any statistically significant association between factors of ethnicity, religion, ages of pregnant mothers or mother's smoking habits with the children with ASD. **Conclusions:** Children aged 24 – 72 months with ASD in Quang Ngai Province accounted for 3.8%, rather similar to the ASD prevalence in other similar studies over the world. It is a need to more deeply study on some factors related to ASD among children aged 24-72 months in Quang Ngai province.

Key words: Autism Spectrum Disorder, ASD, Red flag signs, M-CHAT, CARS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là khuyết tật phát triển suốt đời, đặc trưng bởi những rối loạn trong hai nhóm triệu chứng: khiếm khuyết sự tương tác và giao tiếp xã hội, sự hạn chế và lặp đi lặp lại các ham thích và hành vi [8]. Trong những năm gần đây ở hầu hết các nghiên cứu của các nước trên thế giới chỉ ra rằng có sự gia tăng rõ rệt tỷ lệ trẻ em bị RLPTK. Năm 2005 ước tính trên thế giới tỷ lệ RLPTK khoảng 6/1.000 dân số, tăng đến gấp 15 lần so với năm 1960[11]. Tại Mỹ trong năm 2008 tỷ lệ RLPTK là 11,3/1.000 tăng 78% so với năm 2002 [10], và đến năm 2012 tỷ lệ là 1/68 [9]. Tại Việt Nam, trước năm 1980 có nhiều chuyên gia cho rằng không có trẻ rối loạn phổ tự kỷ; nhưng những năm gần đây có sự gia tăng chẩn đoán cũng như tỷ lệ mắc mới RLPTK. Nguyên nhân đến nay vẫn chưa rõ ràng nhưng hậu quả của RLPTK gây nên những khuyết tật rất nặng nề về tâm lý, xã hội và kinh tế, đã khiến rối RLPTK trở thành nỗi ám ảnh của nhiều gia đình và cộng đồng. RLPTK là bệnh lý xuất hiện từ rất sớm ở thời thơ ấu nhưng các triệu chứng thường điển hình và có thể chẩn đoán chuẩn xác bởi các chuyên gia khi trẻ được đủ 24 tháng tuổi, đồng thời nếu can thiệp chậm đối với trẻ sau 72 tháng tuổi sẽ có ít hiệu quả hơn. Để tìm hiểu thực trạng trẻ bị RLPTK trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi, qua đó kịp thời can thiệp giúp trẻ sớm hòa nhập cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ***“Rối loạn phổ tự kỷ và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 24 – 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi”***, với 2 mục tiêu: (1) *Mô tả tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ của trẻ em từ 24 - 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi*; (2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ từ 24 - 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi*.

Trong bài viết này, chúng tôi mô tả thực trạng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến RLPTK của trẻ em từ 24 - 72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ trẻ em từ 24 tháng tuổi đến 72 tháng tuổi tại thời điểm nghiên cứu trên địa bàn tỉnh

Quảng Ngãi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cách chọn mẫu:

Toàn bộ trẻ em từ 24 tháng tuổi đến 72 tháng tuổi tại thời điểm điều tra trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi được sự đồng ý của người chăm sóc chính, tổng cộng 74.308 trẻ. Dựa trên sổ hộ khẩu gia đình hoặc Giấy khai sinh hoặc Giấy chứng sinh, xác định trẻ có ngày sinh từ ngày 01/09/2010 đến 31/8/2014 trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi.

Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu theo 02 phương pháp tự điền có hướng dẫn và thăm khám lâm sàng:

- Thang M-CHAT (Modified-Checklist for Autism in Toddlers) là bảng kiểm tra sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ - chỉnh sửa, thang M-CHAT có 23 câu hỏi; mỗi câu hỏi được xác định có hoặc không, tương đương với mức điểm 1 hay 0. Trong 23 câu hỏi có 6 câu hỏi được đánh dấu (*). Tổng số điểm của tất cả các câu trả lời được cộng lại và đánh giá như sau: trẻ có nguy cơ RLPTK khi đạt từ 2 điểm (*) trở lên hoặc đạt ít nhất tổng điểm là 3.

- Thang CARS (Childhood Autism Rating Scale) là thang đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ em. Thang đánh giá gồm 15 mục, mỗi mục có 4 mức độ. Người đánh giá quan sát trẻ, đánh giá các hành vi tương ứng với mỗi mức độ của mục đó. Với mỗi mục, khoanh tròn vào số ứng với tình trạng mô tả đúng nhất của trẻ. Bạn có thể chỉ ra trẻ với tình trạng nằm giữa hai mức độ bằng việc cho điểm 1,5; 2,5 hoặc 3,5. Sau khi đánh giá toàn bộ 15 mục, cộng điểm:

- + Từ 15 đến 29,5 điểm: trẻ bình thường;
- + Từ 30 đến 36,5 điểm: tự kỷ nhẹ đến trung bình;
- + Từ 37 đến 60 điểm: tự kỷ nặng.

2.3. Xử lý số liệu: Phiếu thu thập thông tin được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1; quản lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu 74.308 trẻ từ 24 tháng tuổi đến 72

tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi cho kết quả: có 39.701 trẻ nam (53,43%) và 34.607 trẻ nữ (46,57%); Độ tuổi trung bình của trẻ là $46,79 \pm 13,35$ tháng tuổi.

3.2. Tỷ lệ mắc RLPTK

3.2.1. Tỷ lệ mắc RLPTK của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc RLPTK của đối tượng nghiên cứu

TT	Mắc RLPTK	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Có	280	0,38
2	Không	74.028	99,62
Tổng cộng		74.308	100,00

Nhận xét: Trong đối tượng nghiên cứu tỷ lệ mắc RLPTK là 0,38%.

3.2.2. Tỷ lệ mắc RLPTK theo mức độ

Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc RLPTK theo mức độ

TT	Mức độ RLPTK	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Nặng	178	63,57
2	Nhẹ - Vừa	102	36,43
Tổng cộng		280	100,00

Nhận xét: Trẻ có RLPTK mức độ nặng chiếm tỷ lệ 63,57%, mức độ nhẹ - vừa chiếm tỷ lệ 36,43%.

3.3. Đặc điểm lâm sàng của RLPTK

3.3.1. Triệu chứng lâm sàng theo thang CARS

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng theo thang CARS

TT	Tiêu chí thang CARS	Tổng điểm	Điểm Trung bình
1	Khiếm khuyết trong quan hệ với mọi người	760,0	2,714
2	Hạn chế trong khả năng bắt chước	775,0	2,768
3	Khiếm khuyết trong thể hiện tình cảm	691,0	2,468
4	Hạn chế trong các động tác cơ thể	692,5	2,473
5	Hạn chế trong sử dụng đồ vật	723,0	2,582
6	Hạn chế trong khả năng thích ứng với sự thay đổi	731,5	2,613
7	Hạn chế trong khả năng phản ứng bằng thị giác	701,0	2,504
8	Hạn chế khả năng phản ứng bằng thính giác	699,0	2,496
9	Hạn chế trong khả năng phản ứng vị, khứu và xúc giác	612,5	2,188
10	Sự sợ hãi và hồi hộp	681,0	2,432
11	Khiếm khuyết trong giao tiếp bằng lời	893,0	3,189
12	Khiếm khuyết trong giao tiếp không lời	795,5	2,841

13	Hạn chế trong mức độ hoạt động	729,0	2,604
14	Hạn chế trong mức độ nhất quán của phản xạ thông minh	847,3	3,026
15	Ấn tượng chung về mức độ RLPTK	748,5	2,673
Tổng cộng		11.080,0	39,57

Nhận xét: Điểm theo thang CARS trung bình là 39,57 điểm. Trong đó nhóm tiêu chí có số điểm cao nhất là hạn chế trong giao tiếp bằng lời (3,189 điểm); Hạn chế trong mức độ nhất quán của phản xạ thông minh (3,026 điểm); Khiếm khuyết trong giao tiếp không lời (2,841 điểm). Điểm trung bình tiêu chí hạn chế trong khả năng phản ứng vị giác, khứu giác và xúc giác thấp nhất (2,188 điểm).

3.3.2. Triệu chứng lâm sàng của giao tiếp và tương tác xã hội theo DSM-5

Bảng 3.4. Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng của giao tiếp và tương tác xã hội

TT	Tiêu chí theo DSM-5	Có (mức độ)						Tổng cộng	
		Hỗ trợ		Hỗ trợ đáng kể		Hỗ trợ tối đa			
		n	%	n	%	n	%	N	%
1	Cảm xúc trong tương tác xã hội	120	42,9	97	34,6	63	22,5	280	100
2	Hành vi giao tiếp không bằng lời	102	36,4	122	43,6	56	20,0	280	100
3	Phát triển duy trì mối quan hệ	112	40,0	111	39,6	56	20,0	280	100

Nhận xét: Trong số 280 trẻ RLPTK, tỷ lệ theo 3 tiêu chí của mục A trong DSM-5 (tổng số lượt tiêu chí khảo sát là 840 lượt) cao nhất ở mức Hỗ trợ (39,76%), thấp hơn ở mức Hỗ trợ đáng kể (39,29%), và thấp nhất ở mức Hỗ trợ tối đa (20,95%). Các triệu chứng riêng lẻ cũng tương tự như trên, ngoại trừ Hành vi giao tiếp không lời có mức Hỗ trợ đáng kể (43,57%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.3.3. Triệu chứng lâm sàng của hành vi, ham thích, hoạt động theo DSM-5

Bảng 3.5. Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng của hành vi, ham thích, hoạt động

TT	Tiêu chí theo DSM-5	Không	Có (mức độ)								Tổng cộng	
			Hỗ trợ		Hỗ trợ đáng kể		Hỗ trợ tối đa					
		n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
1	Tính lặp khuôn	8	2,9	134	47,9	90	32,1	48	17,1	280	100	
2	Tính cứng nhắc, không chịu thay đổi	33	11,8	146	52,1	77	27,5	24	8,6	280	100	
3	Tính bám dính, quan tâm quá mức	29	10,4	119	42,5	104	37,1	28	10,0	280	100	
4	Tăng hoặc giảm cảm giác	31	11,1	105	37,5	94	33,6	50	17,9	280	100	

Nhận xét: Trong số 280 trẻ RLPTK tỷ lệ theo 4 tiêu chí của mục B trong DSM-5 (tổng số lượt tiêu chí khảo sát là 1.120 lượt) cao nhất ở mức Hỗ trợ (45,00%), thấp hơn ở mức Hỗ trợ đáng kể (32,59%), Hỗ trợ tối đa (13,39%) và thấp nhất ở mức Không (9,02%). Nhìn chung các triệu chứng riêng rẽ cũng tương tự như trên, tỷ lệ giảm dần từ mức Hỗ trợ, Hỗ trợ đáng kể, đến Hỗ trợ tối đa. Hai nhóm triệu chứng chúng tôi khảo sát ở đối tượng nghiên cứu là đặc trưng của RLPTK mục A (Giao tiếp và tương tác xã hội) và mục B (Hành vi, ham thích và hoạt động) của DSM-5. Nhìn chung mức độ “Hỗ trợ” chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến mức độ “Hỗ trợ đáng kể”, thấp nhất ở mức “Hỗ trợ tối đa”.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến RLPTK

Bảng 3.6. Một số yếu tố liên quan đến RLPTK

Đặc điểm	Mắc RLPTK				χ ² , p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Giới tính					
Nam	219	0,55	39.482	99,45	χ ² =69,397 p = 0,000
Nữ	61	0,18	34.546	99,82	
Dân tộc					
Kinh	230	0,38	60.150	99,62	χ ² = 0,145 p = 0,754
Thiểu số	50	0,36	13.878	99,64	
Tôn giáo					
Không	277	0,38	73.288	99,62	χ ² = 0,015 p = 0,761
Có	3	0,40	740	99,60	
Nơi sinh sống					
Thành thị	74	0,61	12.040	99,39	χ ² = 21,121 p = 0,000
Nông thôn	206	0,33	61.988	99,67	
Tuổi mẹ khi mang thai					
< 35 tuổi	252	0,37	68.142	99,63	χ ² = 1,599 p = 0,220
≥ 35 tuổi	28	0,47	5.886	99,53	
Tình trạng mẹ hút thuốc					
Có	2	1,41	140	98,59	χ ² = 4,034 p = 0,101
Không	278	0,37	73.888	99,63	

Nhận xét:

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có liên quan giữa giới tính, nơi ở của gia đình với tình trạng mắc RLPTK ở trẻ (tỷ lệ RLPTK ở trẻ nam (0,55%) cao hơn ở trẻ nữ (0,18%), khu vực thành thị (0,61%) cao hơn ở khu vực nông thôn (0,33%)).

- Không có mối liên quan giữa các yếu tố dân tộc, tôn giáo, tuổi mẹ khi mang thai, tình trạng hút thuốc của mẹ và tình trạng RLPTK.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc RLPTK

Tỷ lệ trẻ bị mắc RLPTK trong nghiên cứu này chiếm 0,38% (3,8‰), nằm trong khoảng trung bình so với các kết quả nghiên cứu khác tại Việt Nam và các nước trên thế giới.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu của Nguyễn Lan Trang (2012) ở trẻ em từ 18 - 60 tháng tuổi tại thành phố Thái Nguyên; Nguyễn Thị Hương Giang (2010) nghiên cứu trẻ 18 - 24 tháng tuổi tại tỉnh Thái Bình; Phạm Trung Kiên (2014) nghiên cứu trẻ em từ 18 - 60 tháng tuổi ở Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ trẻ bị RLPTK chiếm tỷ lệ từ 0,45% đến 0,59% [1],[4],[5]. Kết quả

trẻ bị RLPTK trong nghiên cứu này có thấp hơn các nghiên cứu trên, điều này có thể được lý giải là do có sự khác nhau trong tiêu chuẩn chẩn đoán. Trong khi các nghiên cứu của các tác giả trên sử dụng thang MCHAT, tiêu chuẩn DSM-4 thì trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi sàng lọc bằng MCHAT, chúng tôi tiến hành chẩn đoán xác định bằng DMS-5. Điều này phù hợp bởi MCHAT có chức năng sàng lọc. Mặt khác DSM-5 làm cho các tiêu chuẩn chẩn đoán của RLPTK rõ ràng hơn mà cũng có thể làm tăng hiệu lực của chẩn đoán. Một số nghiên cứu đã so sánh đánh giá chẩn đoán giữa tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-4 TR và DSM-5, cho thấy tỷ lệ RLPTK giảm rõ rệt khi xác định theo tiêu chuẩn DSM-5. Một kết quả khác trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có thể lý giải cho tỷ lệ này là do tỷ lệ trẻ sống ở khu vực thành thị khá thấp, chỉ chiếm 16,3% (thấp hơn nhiều so với bình quân chung cả nước là 34,51% - Số liệu công bố của Tổng cục Thống kê) trong khi tỷ lệ trẻ bị RLPTK ở khu vực thành thị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với khu vực nông thôn (tương ứng 0,61% và 0,33%).

Tuy nhiên, so với một số nước trong khu vực

châu Á – Thái Bình Dương thì kết quả nghiên cứu này nằm trong khoảng trung bình, thấp hơn ở Australia (0,39%) [14], Nhật Bản (1,81%) và Hàn Quốc (1,89%) [15], cao hơn một số quốc gia khác Oman (0,14%) [6], Ấn Độ (0,233%) [20], Trung Quốc (từ 0,11- 0,275%) [12],[23].

4.2. Mức độ nặng của RLPTK

So sánh với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong nước cho thấy: Tỷ lệ trẻ bị RLPTK mức độ nặng luôn chiếm tỷ lệ cao hơn mức độ nhẹ - vừa và có sự tương đồng với kết quả của tác giả Phạm Trung Kiên (40,8%) và Nguyễn Thị Kim Hòa (57,1%) [3],[4]. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn tác giả Nguyễn Thị Hương Giang (85,7%), điều này có thể giải thích do độ tuổi nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang nhỏ hơn, trẻ càng lớn thì mức độ nặng của RLPTK càng thuyên giảm có thể do trẻ được can thiệp, do trẻ được học tập - hòa nhập với xã hội cộng đồng[2].

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, mức độ nặng RLPTK của tác giả Eric Schopler (1980) từ nhẹ, vừa đến nghiêm trọng là 49%, 33% và 18% [21]. Còn theo tác giả Husein H (2011) ghi nhận nhóm bệnh nhân RLPTK ở Ai Cập mức độ nặng chiếm 10%, vừa 85% và nhẹ là 5%; nhóm bệnh nhân ở Ả Rập mức độ nặng là 17,4%, vừa là 34,8% và nhẹ là 47,7% [13]. Đặc biệt hơn khi tất cả các nghiên cứu ở Việt Nam đều cho ra kết quả tỷ lệ RLPTK mức độ nặng cao hơn mức độ nhẹ - vừa. Sự khác biệt so với kết quả ở Việt Nam và các nước khác có thể do yếu tố về địa lý, phong tục tập quán, kinh tế xã hội, các dịch vụ chăm sóc can thiệp...ở các quốc gia khác nhau.

4.3. Đặc điểm lâm sàng của RLPTK

4.3.1. Triệu chứng lâm sàng theo thang CARS

Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm trung bình thang CARS ở trẻ RLPTK là 39,57 điểm, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hòa (37,23 điểm) [3], Ozonoff (40,9 điểm)[19]. Điều này phù hợp với các kết luận của các nghiên cứu khác khi cho rằng thang CARS là một công cụ hữu ích, rõ ràng đặc biệt cho nghiên cứu; cùng một lúc, có thể cung cấp thông tin mô tả về hành vi bệnh lý của trẻ RLPTK và mức độ nặng. Thang CARS được đánh giá thuộc vào nhóm có độ mạnh tương đối, được thực hành tốt và sử dụng rộng rãi [18].

Điểm số trung bình của 15 mục của thang CARS, nhóm tiêu chí có số điểm cao nhất là hạn chế trong giao tiếp bằng lời (3,189 điểm); Hạn chế trong mức độ nhất quán của phản xạ thông minh (3,026 điểm); Khiếm khuyết trong giao tiếp không lời (2,841 điểm). Hạn chế trong khả năng bắt chước (2,768 điểm). Điều này có thể giải thích do đây là những nhóm triệu chứng chính của DSM-5 (giao tiếp và hành vi) nên sự phổ biến và đặc trưng của nó đương

nhiên nổi bật hơn các nhóm tiêu chí khác của CARS. Mặt khác, bất thường trong giao tiếp bằng lời là triệu chứng dễ nhận biết nhất đối với gia đình và cán bộ y tế, các nhà chuyên môn. Phần lớn trẻ RLPTK thường đi kèm với các bất thường khác về rối loạn phát triển, thường là chậm phát triển tâm thần, các bệnh kèm theo như động kinh, rối loạn tăng động giảm chú ý...nên ở đây nhóm triệu chứng này có điểm số cao.

Ở chiều ngược lại, điểm trung bình tiêu chí hạn chế trong khả năng phản ứng vị giác, khứu giác và xúc giác thấp nhất (2,188 điểm). Có thể do đây là khiếm khuyết về các giác quan mà thông thường ở lứa tuổi nhỏ, mức độ biểu hiện chưa được phong phú và tinh tế như giao tiếp bằng lời. Ngay cả ở lứa tuổi lớn hơn, việc khám và phát hiện các bất thường về những giác quan trên cũng gặp nhiều khó khăn.

4.3.2. Triệu chứng lâm sàng theo tiêu chuẩn DSM-5

Hai nhóm triệu chứng chúng tôi khảo sát ở đối tượng nghiên cứu là đặc trưng của RLPTK mục A (Giao tiếp và tương tác xã hội) và mục B (Hành vi, ham thích và hoạt động) của DSM-5. Nhìn chung mức độ Hỗ trợ chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến mức độ Hỗ trợ đáng kể, thấp nhất ở mức Hỗ trợ tối đa.

4.4. Một số yếu tố liên quan với RLPTK

Kết quả của chúng tôi cho thấy trẻ thuộc các nhóm dân tộc, tôn giáo khác nhau tỷ lệ mắc RLPTK tương đương nhau. Tỷ lệ trẻ có mẹ hút thuốc hay có thai khi tuổi trên 35 bị mắc RLPTK cao hơn các trẻ còn lại, tuy nhiên trong nghiên cứu này chưa đủ cơ sở kết luận có sự liên quan giữa tuổi mẹ khi mang thai hay tình trạng hút thuốc của mẹ với nguy cơ mắc RLPTK của trẻ.

Có sự liên quan chặt chẽ giữa giới tính của trẻ với tỷ lệ mắc RLPTK. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ RLPTK ở trẻ nam (0,55%) cao hơn ở trẻ nữ (0,18%), tỷ lệ RLPTK nam:nữ là 3,1:1. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác trong nước và trên thế giới. Theo các nghiên cứu được chúng tôi tổng hợp, tại châu Mỹ tỷ lệ RLPTK với nam:nữ là 4,3:1, tại châu Âu là 2,9:1, ở châu Á 5,6:1. Trẻ trai được xác định với RLPTK nhiều hơn gấp 4 - 5 lần so với trẻ gái[7],[8],[16]. Tác giả Werling và cộng sự cho rằng RLPTK ảnh hưởng đến nữ giới ít hơn nam giới có thể do một số yếu tố gen và hormon giới tính[22].

Có sự liên quan chặt chẽ giữa nơi sinh sống của trẻ với tỷ lệ mắc RLPTK. Tỷ lệ RLPTK ở trẻ thuộc khu vực thành thị là 0,61% cao hơn ở nông thôn với 0,33%, khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. Khi nghiên cứu về RLPTK, các tác giả đều ghi nhận tỷ lệ mắc giảm dần từ khu vực

thành thị tới khu vực nông thôn. Tác giả Phạm Trung Kiên(2014) ghi nhận tỷ lệ tự kỷ giảm dần từ khu vực trung tâm thành phố (0,66%), phường thuộc thành phố (0,45%), xã thuộc thành phố (0,25%), xã thuộc huyện (0,23%)[4]. Tại Đà Loan, tác giả Lai và cộng sự (2012) nghiên cứu trẻ trong độ tuổi từ 3-17 từ năm 2004 đến năm 2010 cho thấy tỷ lệ RLPTK ở khu vực thành thị luôn cao hơn khu vực nông thôn (1,05/1.000 và 0,39/1.000)[17].

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ hiện mắc rối loạn phổ tự kỷ tại tỉnh Quảng Ngãi là 3,8 phần nghìn. Trong đó: Rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng chiếm 63,57%; Rối loạn phổ tự kỷ mức độ nhẹ - vừa chiếm 36,43%. Điểm số trung bình của 15 mục của thang CARS, nhóm tiêu chí có số điểm cao nhất là hạn chế trong giao tiếp bằng lời (3,189 điểm); Hạn chế trong mức độ nhất quán của phản xạ thông minh (3,026 điểm); Khiếm khuyết trong giao tiếp không lời (2,841 điểm); Hạn chế trong khả năng bắt chước (2,768 điểm). Tiêu chí Hạn chế trong khả

năng phản ứng vị giác, khứu giác và xúc giác có điểm trung bình thấp nhất (2,188 điểm).

- Có sự liên quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và nơi sinh sống của trẻ với tỷ lệ mắc RLPTK ($p < 0,01$).

6. KIẾN NGHỊ

Tuyên truyền nâng cao nhận thức về rối loạn phổ tự kỷ, nhằm huy động sự chung tay của cả cộng đồng, gia đình, cơ sở giáo dục để phát hiện sớm và tích cực tham gia hỗ trợ can thiệp.

Phát huy giá trị của các thang đánh giá nguy cơ mắc rối loạn phổ tự kỷ trong việc sàng lọc thường xuyên tại cộng đồng cũng như tại hệ thống y tế từ tuyến tỉnh đến xã phường nhằm phát hiện sớm và can thiệp sớm trẻ rối loạn phổ tự kỷ, đặc biệt chú ý đến đối tượng trẻ nam, trẻ sống ở khu vực thành thị.

Cần có những nghiên cứu về rối loạn phổ tự kỷ có qui mô lớn, chuyên sâu, thời gian đủ dài để đánh giá toàn diện hơn nữa về các yếu tố nguy cơ, yếu tố liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hương Giang, chủ biên (2010), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng của trẻ tự kỷ từ 18 tháng đến 36 tháng tuổi*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Tập Bệnh viện Nhi Trung ương.
2. Nguyễn Thị Hương Giang (2010), “Nghiên cứu phát hiện sớm tự kỷ bằng bảng kiểm sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ (MCHAT-023)”, *Y học thực hành*. (741) - Số 11/2010, tr. 5-7.
3. Nguyễn Thị Kim Hòa (2014), “Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và các yếu tố liên quan ở trẻ rối loạn tự kỷ tại Bệnh viện Tâm thần Trung Ương 2 Biên Hòa”, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học kỷ niệm 100 năm (1915 - 2015) thành lập và phát triển*, tr. 260-272.
4. Phạm Trung Kiên (2014), “Nghiên cứu tỉ lệ hiện mắc và kết quả điều trị tự kỷ trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên”, *Y học - Thành phố Hồ Chí Minh*. Tập 13(Phụ bản số 4 - 2014), tr. 74-79.
5. Nguyễn Lan Trang (2012), “Thực trạng tự kỷ ở trẻ em từ 18 – 60 tháng tuổi tại Thành phố Thái Nguyên”, *Y học thực hành* Số (851) 11/2012, tr. 29-32.
6. Al-Farsi YM, MM Al-Sharbati, OA Al-Farsi, et al. (2011), “Brief report: Prevalence of autistic spectrum disorders in the Sultanate of Oman”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 41(6), p. 821-825.
7. American Psychiatric Association (2000), “DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision”, *Washington, DC: American Psychiatric Association*. 75.

8. American Psychiatric Association (2013), “Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition American Psychiatric Publishing”, *Arlington, VA, USA: doi*. 10.
9. Centers for Disease Control (2012), “CDC’s Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network”, *National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities*.
10. Centers for Disease Control and Prevention (2012), “Prevalence of Autism Spectrum Disorders - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008”, *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*. Volume 61, Number 3.
11. Frith U and F Happé (2005), “Autism spectrum disorder”, *Current biology*. 15(19), p. R786-R790.
12. Huang JP, SS Cui, H Yu, et al. (2014), “Prevalence and Early Signs of Autism Spectrum Disorder (ASD) among 18–36 Month Old Children in Tianjin of China”, *Biomedical and Environmental Sciences*. 27(6), p. 453-461.
13. Hussein H, GR Taha, and A Almanasef (2011), “Characteristics of autism spectrum disorders in a sample of egyptian and saudi patients: transcultural cross sectional study”, *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 5(1), p. 1-12.
14. Icasiano F, P Hewson, P Machet, et al. (2004), “Childhood autism spectrum disorder in the Barwon region: a community based study”, *Journal of paediatrics*

and child health. 40(12), p. 696-701.

15. Kawamura Y, O Takahashi, and T Ishii (2008), "Reevaluating the incidence of pervasive developmental disorders: impact of elevated rates of detection through implementation of an integrated system of screening in Toyota, Japan", *Psychiatry and clinical neurosciences*. 62(2), p. 152-159.

16. Kogan MD, SJ Blumberg, LA Schieve, et al. (2009), "Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007", *Pediatrics*. 124(5), p. 1395-1403.

17. Lai DC, YC Tseng, YM Hou, et al. (2012), "Gender and geographic differences in the prevalence of autism spectrum disorders in children: analysis of data from the national disability registry of Taiwan", *Res Dev Disabil*. 33(3), p. 909-15.

18. Odom SL, BA Boyd, LJ Hall, et al. (2010), "Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders", *Journal of autism and*

developmental disorders. 40(4), p. 425-436.

19. Ozonoff S and K Cathcart (1998), "Effectiveness of a home program intervention for young children with autism", *Journal of autism and developmental disorders*. 28(1), p. 25-32.

20. Poovathinal SA, A Anitha, R Thomas, et al. (2016), "Prevalence of autism spectrum disorders in a semiurban community in south India", *Annals of Epidemiology*. 26(9), p. 663-665. e8.

21. Schopler E, RJ Reichler, RF DeVellis, et al. (1980), "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)", *Journal of autism and developmental disorders*. 10(1), p. 91-103.

22. Werling DM and DH Geschwind (2013), "Sex differences in autism spectrum disorders", *Current opinion in neurology*. 26(2), p. 146-153.

23. Zhang X and C Ji (2005), "Autism mental retardation of young children in China", *Biomedical and Environmental Sciences*. 18(5), p. 334.