

giảm khi triển khai ORS, số lượng nhân viên giảm này theo từng năm và tương ứng với việc tăng số lượng người bệnh sử dụng ORS;

- Lợi nhuận tăng thêm do tăng số lượng NB sử dụng ORS, nếu không triển khai hệ thống này thì rõ ràng năm 2019, 2020 lượt khám bệnh ngoại trú tại Khoa Khám bệnh có giảm so với năm 2018; lợi nhuận này được tính toán trên cơ sở số lượt đăng ký khám bằng ORS nhân (x) với lợi nhuận giữ lại tối đa theo Nghị định 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2021 của Chính phủ (=10% x giá khám bệnh);

Nhận xét: việc giảm chi phí, tăng lợi nhuận khi triển khai hệ thống ORS đã đem lại những hiệu quả nhất định cho UMC (theo số liệu các bảng trên).

Trên cơ sở số lượt khám bệnh ngoại trú qua các năm 2018, 2019, 2020 và dự báo các năm từ 2021 đến 2024 là: 2.016.816 lượt, 2.098.979 lượt, 1.699.704 lượt, 1.661.126 lượt, 1.788.332 lượt, 1.932.778 lượt, 2.097.585 lượt; thì số đăng ký khám ORS chiếm tỷ lệ qua các năm lần lượt là: 0%, 12%, 18%, 23%, 25%, 28% và 31%. Việc triển khai ORS đã mang lại lợi ích rất rõ rệt cho UMC, cụ thể:

+ Giá trị hiện tại thuần của dự án (NPV) = 19.585.195.193đ > 0.

+ Tỷ suất hoàn vốn nội bộ (IRR) = 28,08% > Tỷ suất chiết khấu (r=12,5%).

+ Tỷ số lợi ích - chi phí (BCR) = B/C = 1,83 > 1.

Từ các chỉ số trên cho thấy việc triển khai hệ thống đăng ký khám bệnh trực tuyến không chỉ

mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh mà còn mang lại lợi ích đáng kể cho bệnh viện.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc triển khai hệ thống đăng ký khám chữa bệnh trực tuyến cho người bệnh chi phí hoạt động hàng năm (từ năm 2019 đến năm 2024) đảm bảo cân đối được và thu đủ bù chi (có tích lũy) và lợi ích Bệnh viện thu qua các năm (từ năm 2019 đến năm 2021) thể hiện khá rõ rệt và tăng dần qua các năm từ khi bắt đầu đầu tư đến khi triển khai. Các chỉ số liên quan đến đầu tư dự án đều đảm bảo dự án này có hiệu quả, dự án có thể đầu tư, triển khai rộng rãi các bệnh viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Digital in 2018.** A study of Internet, Social Media, and Mobile use throughout the region of Southeast Asia, We Are Social. 2018.
- 2 **Kaushal R., Jha A. K., Franz C., Glaser J., Shetty K. D., Jaggi T., et al.** Return on investment for a computerized physician order entry system. J Am Med Inform Assoc. 2006;13(3):261-6.
- 3 **Shekelle P. G., Morton S. C., Keeler E. B.** Costs and benefits of health information technology. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2006;132:1-71.
- 4 **Wang S. J., Middleton B., Prosser L. A., Bardon C. G., Spurr C. D., Carchidi P. J., et al.** A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care". Am J Med. 2003;114(5):397-403.
- 5 **Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie B J, Simoes E.** Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2017;19(4):134.

## THỰC TRẠNG RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TẠI KHOA TÂM THẦN BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Nguyễn Ngọc<sup>1,2</sup>, Dương Minh Tâm<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) ở khoa Tâm thần bệnh viện Nhi trung ương. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 67 trẻ được chẩn đoán xác định là rối loạn tăng động giảm chú ý theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM - V tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi trung ương. Kết quả cho

thấy phần lớn trẻ ADHD được chẩn đoán ở độ tuổi 6 – 10 tuổi và trung bình là  $7,3 \pm 1,3$ . Có 6,0% trẻ nhẹ cân và 13,4% trẻ sinh thiếu tháng. Có tới 32,8% trẻ được sinh mổ và 1,5% trẻ có can thiệp forceps. Rối loạn tâm thần phối hợp thường gặp là rối loạn giao tiếp (53,7%), tiếp theo là rối loạn bú bình chống đối (38,8%). 2 rối loạn ít gặp nhất và cùng tỷ lệ 7,5% là các dấu hiệu trầm cảm, lo âu và rối loạn Tic. Đa phần trẻ ADHD có chỉ số IQ mức độ trung bình với tỷ lệ 44,8% và có tới 13,4% trẻ chậm phát triển trí tuệ.

**Từ khóa:** tăng động giảm chú ý; trẻ em.

### SUMMARY

**THE SITUATION OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL**

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2021

Ngày duyệt bài: 11.01.2022

Our study aimed to describe the situation of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Department of Psychiatry in National Children's Hospital. This is a cross-sectional descriptive study, including 67 children diagnosed with ADHD according to the diagnostic criteria of DSM V at Department of Psychiatry in National Children's Hospital. Results: Majority of children with ADHD were diagnosed between 6 and 10 years old; the average age of diagnosis was  $7.3 \pm 1.3$ . There were 6.0% of patients had low birth weight and 13.4% had premature birth. 32.8% of children were delivered by cesarean section and 1.5% had forceps intervention. The most common comorbid mental disorder was communication disorder (53.7%), followed by oppositional defiant disorder (38.8%). Most patients have an average IQ (90-109) with the rate of 44.8% and 13.4% of children have mental retardation.

**Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder; children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn tâm thần phổ biến ở trẻ em. Theo Thomas và cộng sự (2015) ước tính tỷ lệ mắc rối loạn này trên toàn thế giới ở trẻ từ 18 tuổi trở xuống là 7,2%.<sup>1</sup> Rối loạn đặc trưng bởi ba nhóm triệu chứng giảm chú ý và hoặc tăng động/xung động, khởi phát trước 12 tuổi, tồn tại ở ít nhất hai môi trường khác nhau (ví dụ: gia đình, trường học, nơi làm việc, với bạn bè hoặc người thân, trong các hoạt động khác...). Triệu chứng của rối loạn tăng động giảm chú ý là sự không đồng nhất giữa các cá nhân, sự không đồng nhất góp phần vào sự khác biệt trong việc đưa ra phương pháp điều trị. Sự hiểu biết tinh vi hơn về đặc điểm triệu chứng trong rối loạn giúp có được phương pháp điều trị hiệu quả nhất.<sup>2</sup> Biểu hiện tăng động trong rối loạn tăng động giảm chú ý thường đa dạng và dễ nhận thấy, biểu hiện giảm chú ý trong rối loạn tăng động giảm chú ý cũng đa dạng nhưng khó nhận thấy dẫn đến chậm chẩn đoán ở trẻ từ đó ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của trẻ.<sup>3</sup> Hơn một nửa số trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý có các bệnh lý tâm thần khác đi kèm, các vấn đề hành vi, những khó khăn trong học tập, lo âu và trầm cảm. Nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng trẻ em mắc rối loạn tăng động giảm chú ý có nguy cơ gia tăng các rối loạn nhân cách phát triển sau này, tình trạng loạn thần, lạm dụng chất và hành vi tội phạm. Trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý có các rối loạn tâm thần phối hợp làm phức tạp bệnh cảnh lâm sàng, những rối loạn phối hợp này cần được điều trị đồng thời. Với mong muốn tìm hiểu tình hình hiện nay về trẻ tăng động giảm chú ý nên chúng

tôi tiến hành đề tài "Thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương" với mục tiêu là "mô tả thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu**

**2.2.1. Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 10/2020 đến tháng 2/2021.

**2.2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Lựa chọn đối tượng tham gia là (i) trẻ đến khám lần đầu tiên và được chẩn đoán xác định mắc rối loạn tăng động giảm chú ý theo tiêu chuẩn của DSM-V.

### Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM-V

A. Một mô hình liên tục của sự giảm chú ý và hoặc tăng động-xung động gây cản trở chức năng hoặc sự phát triển, được đặc trưng bởi (1) và hoặc (2):

(1) Giảm chú ý: Sáu (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây đã tồn tại ít nhất 6 tháng đến một mức độ không phù hợp với trình độ phát triển và tác động tiêu cực đến các hoạt động xã hội và học tập/ngành nghề nghiệp:

a. Thường không thể chú ý kỹ lưỡng vào các chi tiết hoặc phạm những lỗi do cầu thả trong học tập, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.

b. Thường gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động.

c. Thường dường như không lắng nghe khi được nói chuyện trực tiếp.

d. Thường không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành việc học, công việc, hoặc nhiệm vụ tại nơi làm việc.

e. Thường gặp khó khăn trong việc tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động.

f. Thường né tránh, không thích hoặc không muốn tham gia vào các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì nỗ lực tinh thần.

g. Thường mất những thứ cần thiết cho các nhiệm vụ hoặc hoạt động

h. Thường dễ bị sao nhãng bởi các kích thích bên ngoài.

i. Thường quên trong các hoạt động hàng ngày.

(2) Tăng động và xung động: Sáu (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây đã tồn tại ít nhất 6 tháng không phù hợp với mức độ phát triển, tác động tiêu cực trực tiếp đến các hoạt động xã hội và học tập/ngành nghề nghiệp:

a. Thường cựa quậy chân tay hoặc vịn vịn,

ngồi không yên.

b. Thường ra khỏi chỗ ngồi trong các tình huống cần ngồi yên.

c. Thường chạy loanh quanh hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống không phù hợp.

d. Thường khó khăn khi chơi hoặc tham gia các hoạt động tĩnh.

e. Thường hoạt động luôn chân tay hoặc hành động như thể được "gắn động cơ".

f. Thường nói quá nhiều.

g. Thường bột phát trả lời khi người khác chưa hỏi xong.

h. Thường gặp khó khăn khi chờ đợi đến lượt của mình.

i. Thường ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/cuộc hội thoại của người khác.

B. Gây ra suy giảm chức năng được nhận thấy hiện diện trước 12 tuổi.

C. Hiện diện trong ít nhất hai môi trường khác nhau.

D. Phải có bằng chứng rõ ràng về tình trạng suy giảm chức năng đáng kể về lâm sàng ở các hoạt động học tập và xã hội tương ứng với trình độ phát triển của trẻ.

E. Các triệu chứng không xảy ra trong quá trình của bệnh tâm thần phân liệt và không được giải thích tốt hơn bằng một rối loạn tâm thần khác.

DSM-V chia rối loạn tăng động giảm chú ý làm 3 thể lâm sàng:

Thể hỗn hợp: đáp ứng cả 2 tiêu chí (1) và (2). Thể tăng động/xung động chiếm ưu thế: đáp ứng tiêu chí (2) nhưng không đáp ứng tiêu chí (1). Thể giảm chú ý chiếm ưu thế: đáp ứng tiêu chí (1) nhưng không đáp ứng tiêu chí (2)

Loại ra khỏi nghiên cứu những người bệnh (i) Trẻ không có người nhà cung cấp tư liệu chính xác và khách quan về tiền sử, bệnh sử của trẻ; (ii) Trẻ có bệnh thực tổn não, các bệnh cơ thể nặng. Loại trừ các trẻ có tổn thương thực thể các cơ quan phát âm, thị giác, thính giác. Trẻ có các rối loạn vận động tự động trong các bệnh lý nội khoa thần kinh: múa giật, múa vờn, run, loạn trương lực cơ...; (iii) Những trẻ không tự nguyện tham gia nghiên cứu, hoặc người nhà không đồng ý hợp tác nghiên cứu.

**2.2.3. Địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi trung ương.

**2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.** Lấy mẫu thuận tiện, những trẻ đến khám lần đầu tiên đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ tại phòng khám khoa Tâm bệnh - Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 67 trẻ chẩn đoán xác định mắc ADHD.

**2.4. Biên số nghiên cứu.** Tuổi khởi phát,

tuổi chẩn đoán, giới, thời kỳ mang thai, cân nặng lúc sinh (gram), tuần thai khi sinh, phương thức sinh và rối loạn tâm thần phối hợp.

**Chỉ số IQ được đánh giá bằng trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn RAVEN màu.**

Trắc nghiệm RAVEN màu gồm 3 bộ A, AB và B. Mỗi bộ có 12 khuôn hình. Trắc nghiệm được xây dựng để đánh giá và phân loại mức độ trí tuệ cho trẻ. Chỉ số IQ đánh giá bằng test RAVEN: Rất thông minh ( $\geq 130$ ), thông minh (120-129), trung bình cao (110-119), trung bình (90-109), trung bình thấp (80-89), ranh giới (70-79), chậm phát triển trí tuệ mức độ nhẹ (50-69), chậm phát triển trí tuệ mức độ vừa (35-49), chậm phát triển trí tuệ mức độ nặng (20-34), chậm phát triển trí tuệ mức độ trầm trọng ( $<20$ ).

**2.5. Công cụ thu thập số liệu.** Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu)

**2.6. Phân tích số liệu.** Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

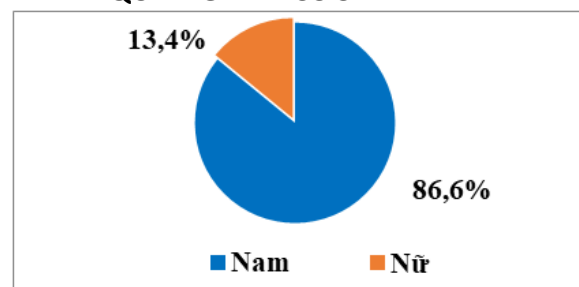
**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Đối tượng và người thân tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu.

Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

Hội đồng đạo đức Y học Bệnh viện Nhi Trung ương thông qua số 1657/ BVNTW-VNCSKTE.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



**Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới ở trẻ ADHD (n = 67)**

**Nhận xét:** Trẻ ADHD chủ yếu gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tỷ lệ nữ/nam 6,5/1.

**Bảng 3.1. Tuổi khởi phát và tuổi chẩn đoán của trẻ ADHD (n=67)**

Nhóm tuổi	Tuổi khởi phát		Tuổi chẩn đoán	
	n	%	n	%
<6	45	67,2	8	11,9
6 - 10	22	32,8	55	82,1

> 10	0	0,0	4	6,0
<b>Tổng số</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
$X \pm SD$	<b>4,7 ± 1,6</b>		<b>7,3 ± 1,3</b>	

**Nhận xét.** Phần lớn trẻ khởi phát của trẻ ADHD gặp ở độ tuổi < 6 tuổi (67,2%), tuổi trung bình thường gặp là 4,7 ± 1,6. Còn phần lớn tuổi chẩn đoán của trẻ ADHD gặp ở độ tuổi 6 – 10 tuổi (82,1%) và trung bình tuổi chẩn đoán là 7,3 ± 1,3.

**Bảng 3.2. Tiền sử sản nhi của trẻ mắc ADHD (n = 67)**

Chỉ số nghiên cứu		n	%
Thời kỳ mang thai	Bình thường	55	<b>82,1</b>
	Bất thường	12	17,9
Cân nặng lúc sinh (gram)	≥ 2500	63	94,0
	< 2500	4	6,0
Tuần thai khi sinh	Đủ tháng	58	86,6
	Thiếu tháng	9	13,4
Phương thức sinh	Sinh thường	44	65,7
	Sinh mổ	22	32,8
	Có can thiệp (forceps, giác hút)	1	1,5

**Nhận xét:** Đa số mẹ trẻ khi mang thai không có bất thường (82,1%). Có 4 trường hợp trẻ nhẹ cân với tỷ lệ 6,0% và có 9 trường hợp trẻ sinh thiếu tháng với tỷ lệ 13,4%. Có 32,8% trẻ ADHD được sinh mổ và 1 trường hợp trẻ có can thiệp forceps (1,5%).

**Bảng 3.3. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần phối hợp (n = 67)**

Rối loạn tâm thần phối hợp	n	%
Rối loạn lưỡng cực chống đối	26	<b>38,8</b>
Rối loạn hành vi	7	10,4
Các dấu hiệu trầm cảm, lo âu	5	7,5
	Rối loạn Tic	5
Rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập	17	25,4
Rối loạn giao tiếp	36	<b>53,7</b>
Chậm phát triển trí tuệ	9	13,4

**Nhận xét.** Rối loạn tâm thần phối hợp thường gặp ở trẻ ADHD là rối loạn giao tiếp với tỷ lệ 53,7%, tiếp theo là rối loạn lưỡng cực chống đối với tỷ lệ 38,8%. Có 2 rối loạn ít gặp nhất và có cùng tỷ lệ 7,5% là các dấu hiệu trầm cảm, lo âu và rối loạn Tic.

**Bảng 3.4. Chỉ số IQ của trẻ ADHD (n = 67)**

Chỉ số IQ	n	%
Chậm phát triển trí tuệ (< 70)	9	13,4
Ranh giới (70-79)	6	9,0
Trung bình thấp (80-89)	8	11,9
Trung bình (90-109)	30	<b>44,8</b>
Trung bình cao (110-119)	9	13,4
Thông minh (120-129)	5	7,5
<b>Tổng số</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét.** Trẻ ADHD phần lớn có chỉ số IQ mức độ trung bình với tỷ lệ 44,8%. Tỷ lệ chậm phát triển trí tuệ có tỷ lệ 13,4%.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn trẻ khởi phát của trẻ ADHD gặp ở độ tuổi dưới 6 tuổi, tuổi trung bình thường gặp là 4,7 ± 1,6. Còn phần lớn tuổi chẩn đoán của trẻ ADHD gặp ở độ tuổi 6 – 10 tuổi và trung bình tuổi chẩn đoán là 7,3 ± 1,3 (bảng 3.1). Tuổi khởi phát trong nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Mark A. Riddle (2013) khi cho biết tuổi khởi phát trung bình là 4,1 tuổi.<sup>4</sup> Tuy vậy, độ tuổi trung bình trẻ được chẩn đoán mắc ADHD của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Fleck tại Australia khi tuổi chẩn đoán trung bình là 9,4±1,7 tuổi. Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong môi trường bệnh viện không phải nghiên cứu dịch tễ tại cộng đồng.<sup>5</sup> Nghiên cứu của chúng tôi chia 67 trẻ trong nghiên cứu được chia thành 3 nhóm tuổi khác nhau theo các cấp học: dưới 6 tuổi, 6-10 tuổi, lớn hơn 10 tuổi. Hầu hết trẻ trong nghiên cứu ở nhóm từ 6-10 tuổi với tỷ lệ 82,2%, tiếp theo là nhóm dưới 6 tuổi chiếm 14,9%, còn lại là nhóm lớn hơn 10 tuổi chiếm 6,0% (bảng 3.1). Lứa tuổi mẫu giáo trẻ được đưa đi khám bởi vì triệu chứng tăng động và xung động, những triệu chứng này được coi là những hành vi gây rối, trong khi đó vấn đề giảm chú ý chưa được quan tâm cho đến khi trẻ đi học tiểu học khi mà tại đây hiệu suất học tập ở trường được coi là có vấn đề. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ ADHD chủ yếu gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tỷ lệ nữ/nam 6,5/1 (biểu 3.1) Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới rằng ADHD chủ yếu gặp ở nam giới.

Nghiên cứu khảo sát tiền sử của trẻ mắc ADHD cho biết mẹ có bất thường trong thời kỳ mang thai có tỷ lệ 17,9% (bảng 3.2). Một số tác giả cho biết các bà mẹ có con mắc ADHD có nhiều khả năng được chẩn đoán mắc một số vấn đề về sức khỏe và tâm thần, bao gồm nhiều nguyên nhân và hệ thống cơ quan so với bà mẹ có con không mắc ADHD. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trẻ có cân nặng bình thường khi sinh là 94%, nhẹ cân khi sinh là 6,0% (bảng 3.2). Kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Hữu Hải (2021) khi cho biết tỷ lệ trẻ nhẹ cân là 4,2%, trẻ cân nặng bình thường là 95,8%. Tỷ lệ trẻ sinh thiếu tháng (< 37 tuần) là 13,4%, sinh đủ tháng là 86,6% không có trẻ nào sinh già tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Hữu Hải (2021) với tỷ lệ trẻ sinh (< 37 tuần) chiếm 20,8%, trẻ sinh ( $\geq$  37 tuần) chiếm 79,2%. Theo Bhutta trẻ sinh non trong độ tuổi đi học đã chứng minh rằng trẻ sinh non có nguy cơ cao gấp 2,64 lần phát triển rối loạn tăng động giảm chú ý so với nhóm chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ mắc ADHD có tiền sử sinh thường chiếm 65,7%, trẻ được sinh mổ chiếm 32,8% và có 1 trẻ sinh có can thiệp forceps chiếm 1,6%. So sánh với nghiên cứu của Jamal H Al Hamed (2008) nhận thấy tỷ lệ sinh thường trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn (92,34%) tuy nhiên sinh mổ và có can thiệp là cao hơn (7,66%). Trẻ sinh có can thiệp thủ thuật là tăng nguy cơ chấn thương sọ não, gây ra các tổn thương não tối thiểu là một trong các cơ chế liên quan đến ADHD.

Nghiên cứu của chúng tôi có 38,8% trẻ có rối loạn lưỡng cực chống đối đi kèm. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi Tingting Wang và CS (2017).<sup>7</sup> Nghiên cứu của chúng tôi có 10,4% trẻ có rối loạn hành vi đi kèm. Một số tác giả cho biết hành vi hung hăng, nói dối, trộm cắp, phóng hỏa, bỏ nhà ra đi là những biểu hiện thường gặp nhất ở trẻ rối loạn hành vi khi phối hợp với ADHD. Các triệu chứng lo âu, trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ 7,5%, trẻ thường có biểu hiện kém tự tin, dễ bối rối, sợ thừ những điều mới vì lo sợ mắc lỗi và cảm thấy cô đơn, vô tích sự, không được yêu quý, phàn nàn không ai yêu mình. Lo lắng kèm theo làm giảm các triệu chứng tăng động và làm tăng các triệu chứng giảm chú ý. Nghiên cứu của chúng tôi có 5 trẻ mắc rối loạn Tic với tỷ lệ 7,5% (bảng 3.3). Rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng học tập ở trẻ ADHD trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 25,4%. Qua 17 nghiên cứu (2001-2011) cho thấy tỷ lệ rối loạn học tập ở trẻ ADHD trung bình là 45,1%.<sup>8</sup> Một số tác giả cho biết ADHD thường liên quan đến khó khăn khi đọc; những khó khăn khi viết, mặc dù được coi là ít được nghiên cứu hơn, nhưng lại xuất hiện phổ biến ở trẻ em ADHD trong độ tuổi đi học. Đọc và viết là hai kỹ năng có liên quan chặt chẽ với nhau, theo thời gian một số trẻ em có kỹ năng đọc kém cuối cùng sẽ vượt qua được vấn đề đọc của mình, còn khó khăn trong viết chính tả sẽ còn tồn tại dai dẳng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn giao tiếp ở trẻ ADHD là 53,7%. Biểu hiện rối loạn ngôn ngữ ở trẻ ADHD các vấn đề: chậm nói, nói lắp, diễn đạt lời nói, khó khăn trong hoàn thành câu. Chẩn đoán ADHD từ lâu đã gắn liền với những khó khăn

trong ngôn ngữ ở trẻ em. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trẻ chậm phát triển trí tuệ được đánh giá bằng trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn RAVEN màu. Kết quả cho thấy trẻ ADHD phần lớn có chỉ số IQ mức độ trung bình với tỷ lệ 44,8%. Tuy nhiên tỷ lệ chậm phát triển trí tuệ cũng không phải là thấp. Có tới 13,4% trẻ có chậm phát triển trí tuệ.

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ ADHD được chẩn đoán ở độ tuổi 6 – 10 tuổi và trung bình là  $7,3 \pm 1,3$ . Có 6,0% trẻ nhẹ cân và 13,4% trẻ sinh thiếu tháng. Có tới 32,8% trẻ được sinh mổ và 1,5% trẻ có can thiệp forceps. Rối loạn tâm thần phối hợp thường gặp là rối loạn giao tiếp (53,7%), tiếp theo là rối loạn lưỡng cực chống đối (38,8%). Có 2 rối loạn ít gặp nhất và cùng tỷ lệ 7,5% là các dấu hiệu trầm cảm, lo âu và rối loạn Tic. Đa phần trẻ ADHD có chỉ số IQ mức độ trung bình với tỷ lệ 44,8% và có tới 13,4% trẻ chậm phát triển trí tuệ.

**Khuyến nghị.** Rối loạn tăng động giảm chú ý thường có các rối loạn tâm thần phối hợp. Do đó, bác sĩ nhi khoa và các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần cần lưu ý để tránh bỏ sót.

**Lời cảm ơn.** Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào nghiên cứu, cảm ơn Khoa Tâm thần – bệnh viện Nhi trung ương đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P.** Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-1001. doi:10.1542/peds.2014-3482
2. **Silk TJ, Malpas CB, Beare R, et al.** A network analysis approach to ADHD symptoms: More than the sum of its parts. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211053. doi:10.1371/journal.pone.0211053
3. **Lacramioara Spetie, Eugene L. Arnold. Chapter 5.1.1.** Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. In: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 5th ed. Wolters Kluwer Health; 2017.
4. **Riddle MA, Yershova K, Lazzaretto D, et al.** The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(3):264-278.e2. doi:10.1016/j.jaac.2012.12.007
5. **Fleck K, Jacob C, Philipsen A, et al.** Child impact on family functioning: a multivariate analysis in multiplex families with children and mothers both affected by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Atten Deficit Hyperact Disord*. 2015;7(3):211-223. doi:10.1007/s12402-014-0164-8

6. **Germinario EAP, Arcieri R, Bonati M, et al.** Attention-deficit/hyperactivity disorder drugs and growth: an Italian prospective observational study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013;23(7):440-447. doi:10.1089/cap.2012.0086
7. **Wang T, Liu K, Li Z, et al.** Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic

- review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17:32. doi:10.1186/s12888-016-1187-9
8. **DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD.** Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil.* 2013; 46(1):43-51. doi:10.1177/0022219412464351

## VAI TRÒ CỦA THANG ĐIỂM SARC-F TRONG DỰ ĐOÁN NGUY CƠ TIẾN TRIỂN Ở BỆNH NHÂN COVID-19 CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN TRUYỀN NHIỄM 5G

Nguyễn Duy Đông\*, Nguyễn Ngọc Khánh\*, Nguyễn Thị Dịu\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Điều tra mối liên quan giữa nguy cơ suy nhược cơ và độ nặng của bệnh ở bệnh nhân COVID-19 cao tuổi. **Phương pháp:** Một nghiên cứu thuần tập tiến cứu trên 182 bệnh nhân lớn tuổi nhập viện ( $\geq 60$  tuổi) bị viêm phổi do COVID-19 được xác nhận trong khoảng thời gian từ ngày 6 tháng 9 năm 2021 đến ngày 30 tháng 10 năm 2021. Dữ liệu dịch tễ học, nhân khẩu học xã hội, lâm sàng và xét nghiệm lúc nhập viện và dữ liệu kết quả được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá về tình trạng suy nhược cơ khi nhập viện bằng thang điểm SARC-F và kết quả là sự phát triển của bệnh nặng hơn trong thời gian nằm viện. Chúng tôi đã sử dụng mô hình nguy cơ theo tỷ lệ Cox để xác định mối liên quan giữa suy nhược cơ và sự tiến triển của bệnh. **Kết quả:** Trong số 182 bệnh nhân, 87 (47,8%) bệnh nhân có nguy cơ cao mắc suy nhược cơ trong khi 95 (52,2%) thì không. 42 (23,1%) bệnh nhân tiến triển thành các trường hợp nặng hơn. Bệnh nhân COVID-19 có nguy cơ mắc suy nhược cơ cao hơn có nhiều khả năng phát triển bệnh nặng hơn những người không mắc bệnh (36,8% so với 10,5%,  $p < 0,001$ ). Sau khi điều chỉnh các yếu tố nhân khẩu học, lâm sàng, và xét nghiệm, nguy cơ suy nhược cơ cao hơn có liên quan đến nguy cơ tình trạng nặng cao hơn [tỷ lệ nguy cơ = 6,37 (KTC 95%: 1,61-25,18)]. **Kết luận:** Nguy cơ suy nhược cơ ở bệnh nhân cao tuổi mắc COVID-19 là phổ biến. Những người có nguy cơ suy nhược cơ cao hơn có nhiều khả năng phát triển tình trạng nghiêm trọng hơn. Một đánh giá đơn giản với bác sĩ về tình trạng suy nhược cơ có thể giúp cảnh báo sớm những bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ cao bị viêm phổi COVID-19 nặng.

**Từ khóa:** COVID-19, SARC-F, Suy nhược cơ, Tiên lượng, Cao tuổi

### SUMMARY

#### THE ROLE OF SARC-F SCALE IN

\**Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Đông

Email: dnduydong157@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2021

Ngày duyệt bài: 12.01.2022

### PREDICTING PROGRESSION RISK OF COVID-19 IN ELDERLY PATIENTS TREATED AT THE INFECTIOUS FIELD HOSPITAL NO.5G

**Objectives:** To investigate the association between the risk of myasthenia gravis and disease severity in elderly COVID-19 patients. **Methods:** A prospective cohort study of 182 hospitalized elderly patients ( $\geq 60$  years of age) with confirmed COVID-19 pneumonia between September 6, 2021 and October 30, 2021. Epidemiological, sociodemographic, clinical and laboratory data on admission and outcome data were extracted from electronic medical records. All patients were assessed for myasthenia gravis on admission using the SARC-F score and as a result the development of worsening disease during hospital stay. We used the Cox proportional hazard model to determine the association between sarcopenia and disease progression. **Results:** Among 182 patients, 87 (47.8%) were at high risk for sarcopenia while 95 (52.2%) were not. We found that 42 (23.1%) patients progressed to more severe cases. COVID-19 patients at higher risk of developing sarcopenia were more likely to develop severe disease than those without (36.8% vs 10.5%,  $p < 0.001$ ). After adjusting for demographic and clinical, and laboratory factors, a higher risk of sarcopenia was associated with a higher risk of severe condition [hazard ratio = 6.37 (95% CI: 1.61-25.18)]. **Conclusion:** The risk of sarcopenia in elderly patients with COVID-19 was common. People with at higher risk of sarcopenia were more likely to develop more serious conditions. A simple physician assessment of sarcopenia can provide early warning in older patients who are at high risk for more severe COVID-19 pneumonia.

**Keywords:** COVID-19, SARC-F, Sarcopenia, Prognosis, Elderly

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh do coronavirus 2019 (COVID-19) là một bệnh truyền nhiễm đường hô hấp cấp tính do nhiễm vi rút SARS-CoV-2. COVID-19 rất dễ lây lan và có thể dẫn đến tỷ lệ bệnh nặng. Khoảng 15% trường hợp COVID-19 bị bệnh nặng và tỷ lệ tử vong dao động từ 1,4 đến 14% ở những bệnh