

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ TIC THEO THANG ĐO TỔNG QUÁT MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG CỦA TIC YALE (YGTSS)

Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ của tic theo thang đo tổng quát mức độ nghiêm trọng của tic Yale (YGTSS). Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 77 trẻ đến khám lần đầu tiên tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương, có tuổi dưới 18, được chẩn đoán xác định hội chứng Tourette (F95.2) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10. Kết quả cho thấy phần lớn Tic khởi phát ở độ tuổi ≤ 7 (62,3%), đa số Tic được chẩn đoán ở độ tuổi 8 – 11 (55,8%). Trẻ nam chiếm đa số (88,3%), tỷ lệ nam/nữ = 7,5/1 ($p < 0,01$). Dùng kháng sinh, tuổi bố, tuổi mẹ có liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ tic theo thang đo YGTSS trong mô hình hồi quy tuyến tính. Theo đó, bố tăng thêm 1 tuổi nguy cơ điểm YGTSS tăng thêm 1,6 điểm. Mẹ tăng thêm 1 tuổi, nguy cơ điểm YGTSS tăng thêm 1,7 điểm. Mẹ sử dụng kháng sinh trong thời kỳ mang thai nguy cơ điểm YGTSS tăng 25,8 điểm. Không có mối liên quan giữa con thứ 2 trở lên, để có can thiệp, tuổi thai, cân nặng lúc sinh với điểm thang đo YGTSS. Không có mối liên quan giữa các biến độc lập bao gồm stress của trẻ, triệu chứng khởi phát, ADHD, OCD, chậm phát triển, rối loạn lo âu, số lượng tic với điểm thang đo YGTSS trong mô hình hồi quy tuyến tính.

Từ khóa: hội chứng Tourette; yếu tố liên quan; trẻ em.

SUMMARY

RELATED FACTORS OF TIC SEVERITY IN THE YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE (YGTSS)

The study was carried out with the objective of analyzing some related factors of the severity of tics according to the Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS). This is a cross-sectional descriptive study, included 77 children who came to outpatient unit of Department of Psychiatry, National Children's Hospital for the first time, and were diagnosed with Tourette syndrome (F95.2). The results show that majority of tics onset in children under the age of seven (62.3%) and was diagnosed at the age of 8-11 years old (55.8%). Most children were male (88.3%), the male/female ratio was 7.5/1 ($p < 0.01$). Antibiotic use, father's age and mother's age were significantly related to the severity of tic according to the YGTSS scale in the linear regression model. Specifically, the risk of YGTSS score went up by 1.6 points when the

age of fathers increased by one year. The age of mothers increased by one year led the risk of YGTSS score went up by 1.7 points. Mothers who used antibiotics during pregnancy had an increase of risk of YGTSS score by 25.8 points. There was no relationship between the birth order of children, delivery with intervention, gestational age, birth weight with the YGTSS score. There was no relationship between other independent variables including children's stress, first symptoms, ADHD, OCD, developmental delay, anxiety disorders, number of tics with YGTSS scores in the linear regression model.

Keywords: Tourette's syndrome; related factors; children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Tourette là một rối loạn tâm - thần kinh đặc trưng bởi nhiều tic vận động và ít nhất một tic âm thanh xuất hiện trên 1 năm, khởi phát trước 18 tuổi. Tic là dấu hiệu đặc trưng nhất của hội chứng Tourette trong đó Tic âm thanh được khái niệm là những âm thanh vô nghĩa phát ra một cách đột ngột không mục đích.¹ Ngày càng có nhiều bằng chứng báo cáo các yếu tố góp phần vào sự khởi phát và mức độ của tic. Các yếu tố có thể bắt đầu trong tử cung, trong thời kỳ chu sinh tiếp tục qua thời thơ ấu, thanh thiếu niên và trưởng thành. Một số yếu tố nguy cơ như mẹ hút thuốc lá khi mang thai hoặc biến chứng khi sinh có thể liên quan đến sự khởi phát và mức độ của tic theo thang đo tổng quát mức độ nghiêm trọng của tic Yale (YGTSS) tại một thời điểm. Giả thuyết được đưa ra là những yếu tố bất lợi trong thời kỳ mang thai và thời kỳ chu sinh có khả năng gây tổn thương não, tác động vào sự phát triển của các mạng lưới não và ảnh hưởng đến sau khi sinh. Thêm vào đó, yếu tố môi trường đóng góp một phần quan trọng trong biểu hiện gen thông qua cơ chế biểu hiện ngoại sinh hay cơ chế ngoại di truyền.² Một số yếu tố bất lợi đã được nghiên cứu trong thời kỳ mang thai như tăng huyết áp, tiền sản giật, căng thẳng tâm lý hoặc đái tháo đường.³ Hoặc, sự hiện diện của các yếu tố bất lợi trong thời kỳ chu sinh như rau tiền đạo, vỡ ối sớm, dây rốn quấn quanh cổ em bé, nhịp tim thai chậm có liên quan đến mức độ nặng của tic theo thang đo tổng quát mức độ nghiêm trọng của tic Yale (YGTSS) tại một thời điểm.³ Hoặc một số yếu tố bất lợi thời kỳ sau sinh đã được chỉ ra là những yếu tố dự báo cho sự gia tăng mức độ nặng của hội

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 9.5.2022

chứng Tourette và các rối loạn kèm theo.⁴ Tuy nhiên, nhiều yếu tố liên quan đến mức độ tic nhưng vẫn còn nhiều yếu tố chưa có sự đồng thuận tuyệt đối các nghiên cứu. Với mong muốn tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ của tic theo thang đo tổng quát mức độ nghiêm trọng của tic Yale (YGTSS) chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Mục tiêu của nghiên cứu là "*Phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ của tic theo thang đo tổng quát mức độ nghiêm trọng của tic Yale (YGTSS)*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

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

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu lựa chọn đối tượng tham gia là (i) trẻ em đến khám lần đầu tiên tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương; (ii) có độ tuổi dưới 18; (iii) được chẩn đoán hội chứng Tourette (F95.2) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10; (iv) có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng; (v) sử dụng thuốc điều trị tic; và (vi) gia đình và bản thân trẻ đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu loại những trẻ (i) có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não, tổn thương thực thể não kèm theo; (ii) nghiện chất hoặc lạm dụng chất; (iii) bố/me/người chăm sóc trẻ không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin và thực hiện thang đo tâm lý, không tuân thủ quá trình nghiên cứu; (iv) bố/me/người chăm sóc trẻ mắc bệnh lý tâm thần và đang điều trị trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Nghiên cứu sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tuần tự các người bệnh đáp ứng những tiêu chuẩn lựa chọn ở trên trong thời gian từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021. Tổng cộng cỡ mẫu thu được là 77 trẻ.

2.4. Biến số nghiên cứu. Giới tính, tuổi khởi phát, tuổi chẩn đoán bệnh,

Biến số phụ thuộc: mức độ nặng của tic theo thang đo tổng quát mức độ nghiêm trọng của tic Yale (YGTSS).

Biến độc lập: tuổi bố mẹ, các yếu tố trước sinh, các yếu tố chu sinh và các yếu tố sau sinh.

Thang đo tổng quát mức độ nặng của Tic Yale (YGTSS).

YGTSS là một công cụ được bác sĩ đánh giá mức độ nghiêm trọng của Tic trong vòng 7–10 ngày qua. Thang gồm có 6 mục xếp theo thứ tự từ trên xuống dưới là số lượng, tần số, mức độ, mức độ phức tạp, mức độ trở ngại và mức độ ảnh hưởng. Trong đó 5 mục đầu là được chia làm 2 là Tic vận động và Tic âm thanh. Điểm số đo cho mỗi loại Tic ở tất cả 5 mục là từ 0-25 và tổng điểm 2 loại Tic ở tất cả 5 mục là từ 0-50. Mục 6 là mục mức độ ảnh hưởng được tính điểm từ 0-50. Tổng điểm của thang đo được tính bằng tổng điểm của Tic vận động, tổng điểm Tic âm thanh và tổng điểm mức độ ảnh hưởng (0 – 100). Tổng điểm càng cao mức độ Tic càng nặng. Các nghiên cứu chứng minh tổng điểm ở thang đo YGTSS có tính nhất quán nội bộ hay điểm số Cronbach's alpha cao ($\alpha = 0,93-0,99$) và hệ số tương quan nội bộ nhóm cao (tương quan nội bộ = 0,84–0,95).⁵

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

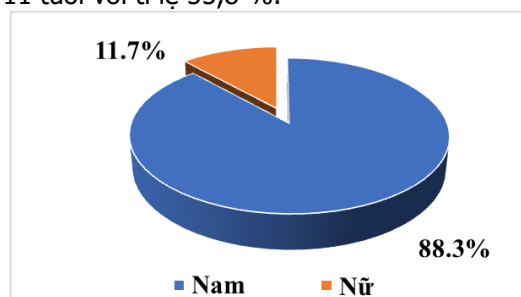
2.7. Đạo đức nghiên cứu. Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương thông qua số 1661/BVNTW-VNCSKTE

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu (N=77)

Nhóm tuổi	Tuổi khởi phát		Tuổi chẩn đoán	
	n	%	n	%
≤ 7 tuổi	48	62,3	20	26,0
8 – 11 tuổi	28	36,4	43	55,8
>11 tuổi	1	1,3	14	18,2
Tổng	77	100	77	100%
p	< 0,01		< 0,01	

Phần lớn Tic khởi phát ở độ tuổi ≤ 7 với tỉ lệ 62,3%, ít gặp nhất là Tic khởi phát ở độ tuổi > 11 (1,3%). Đa số Tic được chẩn đoán ở độ tuổi 8 – 11 tuổi với tỉ lệ 55,8 %.



Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính (N = 77)

Trẻ nam chiếm đa số (88,3%), tỷ lệ nam/nữ = 7,5/1 ($p < 0,01$)

Bảng 3.2. Phương trình hồi qui tuyến tính các yếu tố trước sinh liên quan đến mức độ

Biến số	Hệ số hồi qui (B)	CI 95%	p
(Constant)	50,6	32,55 ± 68,65	0,000
Sử dụng cafe	-15,0	-33,95 ± 3,94	0,12
Doạ sảy	-1,5	-10,34 ± 7,40	0,74
Dùng kháng sinh	25,8	7,26 ± 44,35	0,007
Gia đình có người bị tic	1,9	-9,56 ± 13,29	0,75
Gia đình có người bị rối loạn tâm thần	13,5	-9,09 ± 36,02	0,24
Tuổi mẹ	1,7	-3,31 ± 0,19	0,029
Tuổi bố	1,6	0,23 ± 2,95	0,023

$R^2 = 18,8\%$, $p_{Anova} = 0,037$; Dùng kháng sinh, tuổi bố, tuổi mẹ có liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ tic theo thang đo YGTSS.

Bảng 3.3. Phương trình hồi qui tuyến tính các yếu tố chu sinh liên quan đến mức độ

Biến số	Hệ số hồi qui (B)	CI 95%	p
(Constant)	79,8	26,97 ± 132,59	0,004
Con thứ 2 trở lên	- 2,9	- 8,28 ± 2,43	0,28
Đẻ có can thiệp	2,2	- 3,59 ± 8,01	0,45
Tuần thai	- 0,6	- 2,16 ± 0,97	0,45
Cân nặng lúc sinh	- 0,002	- 0,009 ± 0,005	0,56

$R^2 = 4,3\%$, $p_{Anova} = 0,52$; Không có mối tương quan con thứ 2 trở lên, đẻ có can thiệp, tuần thai, cân nặng lúc sinh trong mô hình hồi qui đa biến.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức độ với các yếu tố sau sinh

Biến số	Hệ số hồi qui (B)	CI 95%	p
(Constant)	44,4	33,45 ± 55,38	0,000
Stress của trẻ	1,1	-7,79 ± 9,98	0,81
Triệu chứng khởi phát	4,8	-1,98 ± 11,53	0,16
ADHD	- 0,8	-7,69 ± 6,12	0,82
OCD	- 6,8	-19,76 ± 6,19	0,3
Chậm phát triển	4,8	-5,12 ± 14,77	0,34
Rối loạn lo âu	- 3,2	-14,35 ± 8,03	0,58
Số lượng tic	1,1	-1,36 ± 3,44	0,39

$R^2 = 8,3\%$, $p_{Anova} = 0,51$

Không có mối tương quan giữa các biến độc lập bao gồm Stress của trẻ, triệu chứng khởi phát, ADHD, OCD, chậm phát triển, rối loạn lo âu, số lượng tic với điểm mức độ của tic trong mô hình hồi qui đa biến.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hội chứng Tourette xuất hiện rất sớm từ những năm đầu của cuộc đời. Phần lớn Tic khởi phát ở độ tuổi ≤ 7 với tỷ lệ 62,3%, ít gặp nhất là Tic khởi phát ở độ tuổi > 11 (1,3%). Đa số Tic được chẩn đoán ở độ tuổi 8 – 11 tuổi với tỷ lệ 55,8% (bảng 3.1). Tương tự như vậy, Hiệp hội Tourette quốc tế báo cáo tuổi khởi phát của trẻ mắc hội chứng Tourette dao động trong khoảng từ 2 - 20 với tuổi khởi phát trung bình là 6,4. Theo y văn, hội chứng Tourette dao động từ 3 đến 8 trên 1.000 ở trẻ em trong độ tuổi đi học. Xu hướng xuất hiện ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái với tỷ lệ thay đổi từ 2: 1 đến 4: 1 (DSM5). Tỷ lệ nam giới so với nữ giới còn dao động nhiều hơn trong nghiên cứu của Freeman, từ 3:1 đến 10:1.⁶ Tương tự như vậy, Yang và cộng sự khảo sát trên 122.884 người Canada trong năm 2010 – 2011 cho biết ở độ

tuổi 12 – 17 tỉ lệ mắc hội chứng Tourette ở nam giới là 6,03 trên 1000 (95%CI: 3,24 – 8,81) và ở nữ giới là 0,48 trên 1.000 (95%CI: 0,05 – 0,91).⁷ Hoặc nghiên cứu của ở vùng Nordbaden, Tây Nam nước Đức ghi nhận tỉ lệ nam giới là 0,015% và nữ giới là 0,005%.⁸ Chúng tôi cũng ghi nhận có tới 68 trẻ mắc hội chứng Tourette trong số 77 trẻ tham gia vào nghiên cứu. Tỷ lệ trẻ nam là 88,3% và trẻ nữ là 7,5:1 (biểu đồ 3.1)

Dựa vào cơ sở dữ liệu Medline, Embase và PsycINFO chúng tôi đã tìm thấy được một số yếu tố ảnh hưởng đến hội chứng Tourette và mức độ nặng của tic. Các yếu tố trong thời kỳ mang thai đã được đưa vào khảo sát bao gồm mẹ hút thuốc lá, uống coffee, sử dụng rượu bia, đại tháo đường, sử dụng thuốc kháng sinh, dọa sảy, gia đình có người bị tic, gia đình có người bị rối loạn tâm thần, tuổi mẹ, tuổi bố, đi khám trước sinh sớm và khám nhiều lần, căng thẳng tâm lý, cao

huyết áp, tiền sản giật, tử cung thấp... Tuy nhiên các nghiên cứu vẫn chưa có sự đồng nhất trong kết quả nghiên cứu. Phần lớn các kết quả cho các yếu tố nhân khẩu học bao gồm tuổi của trẻ, học vấn, tình trạng kinh tế xã hội và tình trạng hôn nhân, cho thấy không có mối liên hệ đáng kể nào với sự khởi phát của hội chứng Tourette hoặc sự hiện diện của bệnh đi kèm như ADHD. Nghiên cứu về ảnh hưởng của tuổi bố mẹ đối với sự xuất hiện của hội chứng Tourette và mức độ tic cho nhiều kết quả khác nhau. Một nghiên cứu bệnh chứng so sánh trẻ em trong độ tuổi đi học ở Tây Ban Nha có tic với nhóm không có tic không tìm thấy sự khác biệt trong tuổi mẹ giữa hai nhóm.⁹ Một nghiên cứu thuần tập ở Thụy Điển cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi mẹ và hội chứng Tourette. Mathews nghiên cứu thuần tập có theo dõi dọc các yếu tố nguy cơ trước khi sinh không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi mẹ và sự xuất hiện của hội chứng Tourette hoặc mức độ nặng của tic. Tuy nhiên, Janecka nhận thấy có ý nghĩa thống kê giữa tuổi mẹ và tuổi cha trẻ hơn (< 27,5 so với 27,5–32,5) và sự khởi phát của hội chứng Tourette và mức độ nặng của tic. Kết quả mô hình hồi quy tuyến tính cho thấy có mối tương quan của tuổi mẹ và tuổi bố với điểm mức độ nghiêm trọng của tic theo thang đo YGTSS. Theo đó, tuổi bố tăng thêm 1 tuổi thì điểm mức độ sẽ tăng thêm 1,6 điểm, tuổi mẹ tăng thêm 1 tuổi thì điểm mức độ sẽ tăng thêm 1,7 điểm và mẹ trong thời kỳ mang thai có sử dụng kháng sinh thì điểm số trong thang đo YGTSS tăng thêm 25,8 điểm (bảng 3.2).

Dựa vào hồi cứu lại từ các bố mẹ của trẻ chúng tôi khảo sát một số biến trong thời kỳ chu sinh như thứ tự sinh, đẻ có can thiệp, tuần thai, cân nặng lúc sinh. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các biến thời kỳ chu sinh với điểm mức độ tic (bảng 3.3). Tương tự như vậy, mối quan hệ giữa tuổi thai, cân nặng, thứ tự sinh với sự khởi phát của hội chứng Tourette và mức độ nặng của tic đã được khảo sát trong một số nghiên cứu. Đa số các nghiên cứu báo cáo kết quả không có ý nghĩa đối với các yếu tố này.

Yếu tố thời kỳ sau sinh có liên quan đến mức độ nặng của hội chứng Tourette bao gồm những yếu tố bất lợi về thể chất và tinh thần trong các thời kỳ sơ sinh, nhũ nhi, mầm non, tiểu học và tuổi vị thành niên. Căng thẳng tâm lý, lo âu là những yếu tố bất lợi về tinh thần thường gặp nhất, tiếp đó đến mệt mỏi, và buồn chán. Mức độ căng thẳng tâm lý hiện tại có khả năng tiên lượng mức độ nặng của tic.⁴ Một nghiên cứu đã

cho thấy tập trung chú ý vào một nhiệm vụ và giảm trương lực giao cảm bằng phương pháp phản hồi sinh học có thể làm giảm mức độ tic theo thang đo tổng quát mức độ nghiêm trọng của tic Yale (YGTSS) tại một thời điểm. Không giống với các nghiên cứu, trẻ có stress đã được đưa vào khảo sát trong nghiên cứu của chúng tôi. Hồi quy tuyến tính không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố stress của trẻ với mức độ nặng của tic (bảng 3.4). Sự khác biệt giữa kết quả của chúng tôi so với các kết quả khác có thể xảy ra do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi không đủ lớn và cũng có thể nghiên cứu của chúng tôi không tiến hành ngoài cộng đồng như các nghiên cứu khác mà tiến hành trong môi trường bệnh viện. Mặc dù rất muốn khảo sát những yếu tố bất lợi về thể chất như nhiễm trùng và miễn dịch nhưng do nghiên cứu chúng tôi tiến hành trên những trẻ đến khám tại khoa Tâm bệnh, bệnh viện Nhi trung ương nên chúng tôi chỉ khảo sát trẻ và bố mẹ tại một thời điểm nhất định vì vậy chúng tôi không thể tìm hiểu được hết các yếu tố đó. Chúng tôi chỉ kiểm tra thêm một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến mức độ tic khác bao gồm triệu chứng khởi phát, ADHD, OCD, chậm phát triển, rối loạn lo âu, số lượng tic. Tuy vậy, các yếu tố sau sinh này cho thấy không có mối liên quan đến điểm trung bình mức độ của tic theo thang đo YGTSS ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 77 trẻ mắc hội chứng Tourette chúng tôi nhận thấy phần lớn Tic khởi phát ở độ tuổi ≤ 7 (62,3%), đa số Tic được chẩn đoán ở độ tuổi 8 – 11 (55,8%). Trẻ nam chiếm đa số (88,3%), tỷ lệ nam/nữ = 7,5/1 ($p < 0,01$). Dùng kháng sinh, tuổi bố, tuổi mẹ có liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ tic theo thang đo YGTSS trong mô hình hồi quy tuyến tính. Theo đó, bố tăng thêm 1 tuổi nguy cơ điểm YGTSS tăng thêm 1,6 điểm. Mẹ tăng thêm 1 tuổi, nguy cơ điểm YGTSS tăng thêm 1,7 điểm. Mẹ sử dụng kháng sinh trong thời kỳ mang thai nguy cơ điểm YGTSS tăng 25,8 điểm. Không có mối liên quan giữa con thứ 2 trở lên, đẻ có can thiệp, tuổi thai, cân nặng lúc sinh với điểm thang đo YGTSS. Không có mối liên quan giữa các biến độc lập bao gồm stress của trẻ, triệu chứng khởi phát, ADHD, OCD, chậm phát triển, rối loạn lo âu, số lượng tic với điểm thang đo YGTSS trong mô hình hồi quy tuyến tính.

Khuyến nghị. Có mối liên quan giữa các thời kỳ trước sinh với điểm mức độ tic theo thang đo YGTSS. Do đó, người mẹ nên hạn chế hạn chế

mang thai muộn và hạn chế sử dụng kháng sinh trong thời kỳ mang thai và

Lời cảm ơn. Tôi xin chân thành cảm ơn các trẻ và gia đình trẻ trong nghiên cứu, khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương và Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cohen S, Leckman JF, Bloch MH.** Clinical Assessment of Tourette Syndrome and Tic Disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(6):997-1007. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.11.013
2. **Brander G, Rydell M, Kuja-Halkola R, et al.** Perinatal risk factors in Tourette's and chronic tic disorders: a total population sibling comparison study. *Mol Psychiatry.* 2018;23(5):1189-1197. doi:10.1038/mp.2017.31
3. **Bos-Veneman NGP, Kuin A, Minderaa RB, Hoekstra PJ.** Role of perinatal adversities on tic severity and symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with a tic disorder. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* 2010;31(2):100-106. doi:10.1097/DBP.0b013e3181cc7cbc
4. **Hoekstra PJ, Dietrich A, Edwards MJ, Elamin I, Martino D.** Environmental factors in Tourette syndrome. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(6):1040-1049.

- doi:10.1016/j.neubiorev.2012.10.010
5. **García-López R, Perea-Milla E, Romero-González J, et al.** [Spanish adaptation and diagnostic validity of the Yale Global Tics Severity Scale]. *Rev Neurol.* 2008;46(5):261-266.
 6. **Freeman RD, Fast DK, Burd L, Kerbeshian J, Robertson MM, Sandor P.** An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Dev Med Child Neurol.* 2000;42(7):436-447. doi:10.1017/s0012162200000839
 7. **Yang J, Hirsch L, Martino D, Jette N, Roberts J, Pringsheim T.** The prevalence of diagnosed tourette syndrome in Canada: A national population-based study. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 2016;31(11):1658-1663. doi:10.1002/mds.26766
 8. **Schlender M, Schwarz O, Rothenberger A, Roessner V.** Tic disorders: administrative prevalence and co-occurrence with attention-deficit/hyperactivity disorder in a German community sample. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2011;26(6):370-374. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.10.003
 9. **Cubo E, Hortigüela M, Jorge-Roldan S, et al.** Prenatal and Perinatal Morbidity in Children with Tic Disorders: A Mainstream School-based Population Study in Central Spain. *Tremor Hyperkinetic Mov N Y N.* 2014;4:272. doi:10.7916/D8FN14W9

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT NÃO TỰ PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Lê Hoàng Nhã*, Kiều Đình Hùng**, Trần Kiến Vũ*

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ các kết quả về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và kết quả sau phẫu thuật xuất huyết não tự phát tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca trên 21 bệnh nhân xuất huyết não do nguyên nhân tự phát được phẫu thuật trong năm 2019. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trước mổ, đánh giá khối xuất huyết trên CT-Scan, khảo sát kết quả sau khi phẫu thuật bằng chỉ số GOS, đánh giá sự phục hồi bệnh nhân bằng chỉ số Barthel lúc xuất viện, 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Trong 21 trường hợp của lô nghiên cứu có 18 nam và 3 nữ. Tuổi trung bình là 53 (34-79). GCS trung bình lúc nhập viện là 7-8 (5-13), 10/21 bệnh nhân có dẫn đồng tử, 19/21 yếu liệt nửa người, huyết áp tối đa trung bình là 190 mmHg, đa phần

bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và nghiện rượu, 5/21 nhập viện trước 4 giờ. Thể tích khối xuất huyết trung bình 95 ml (75-200), 14/21 cách vỏ não < 1 cm. Tỉ lệ tử vong là 7/21 trường hợp, GOS1=1; GOS2=7; GOS3=5; GOS4=1; GOS5=7, GCS >10 có kết quả tốt hơn, chỉ số Barthel sau 03 tháng có sự cải thiện có ý nghĩa (p=0.02). **Kết luận:** Tuy tỉ lệ tử vong sau mổ vẫn còn cao và để lại nhiều di chứng cho bệnh nhân nhưng phẫu thuật trong bệnh lý xuất huyết não tự phát vẫn là một lựa chọn có hiệu quả khi điều trị nội khoa thất bại.

Từ khóa: xuất huyết não tự phát.

Từ viết tắt: GOS=Glasgow Outcome Scale, GCS=Glasgow Coma Scale.

SUMMARY

ASSESSING THE OUTCOME OF SPONTANEOUS CEREBRAL HEMORRHAGE SURGERY AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL IN 2019

Purpose: The study aimed to determine the ratio of clinical symptom, imaging results and spontaneous hemorrhagic brain surgery results at Tra Vinh General Hospital. **Methods:** We conduct a prospective study, describing a series of cases in 21 patients with idiopathic cerebral hemorrhage who had surgery in 2019. Survey of clinical symptoms of patients before

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Nhã

Email: lehoangnhatuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022