

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN  
TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN  
CẦN THƠ NĂM 2018-2019**

*Trần Thiện Thắng<sup>1\*</sup>, Cao Hoàng Long<sup>2,3</sup>, Phạm Hồng Nhân<sup>4</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Trường Đại Học Cần Thơ*

*3. Vrije Universiteit Brussel and Flanders Make*

*4. CTTNHH Giáo Dục Và Chăm Sóc Sức Khỏe VTCare*

*\*Email: ttthang@ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Rối loạn phổ tự kỷ là sự rối loạn hay khiếm khuyết sự phát triển tâm thần mà tác động chính đến sự giao tiếp, thái độ và hành vi xuất hiện từ thời thơ ấu và tồn tại suốt đời. Việc chẩn đoán xác định sớm và phát hiện kịp thời sẽ giúp cải thiện tình trạng, giảm những hậu quả nặng nề cho bản thân, gia đình và xã hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ trẻ rối loạn phổ tự kỷ thông qua thang điểm CARS tại bệnh viện Tâm Thần Cần Thơ năm 2018-2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hàng loạt ca trên 17 trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-V. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ tự kỷ mức độ nặng chiếm 70,6%. Mức độ hạn chế ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Ở trẻ nam mức độ hạn chế nặng ở các lĩnh vực III (thể hiện tình cảm), IV (động tác cơ thể), XI (giao tiếp bằng lời), XIV (phản xạ thông minh). Tuổi xuất hiện dấu hiệu, được khám và chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ lần lượt là 23,3 tháng; 28,9 tháng; 30,5 tháng. Dấu hiệu bất thường đầu tiên gia đình nhận thấy là chậm nói (52,9%), trẻ không chú ý khi được gọi (29,4%). Chưa ghi nhận mối liên quan đến mức độ của rối loạn phổ tự kỷ với giới tính, tuổi mẹ, sanh non, số con, người chăm sóc, tuổi có dấu hiệu bất thường. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng đến khám tại Bệnh Viện Tâm Thần Thành Phố Cần Thơ là 70,6%. Chậm nói là dấu hiệu phổ biến nhất. Cần xây dựng chương trình phát hiện và can thiệp sớm để góp phần cải thiện hành vi, phát triển ngôn ngữ cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

**Từ khóa:** rối loạn phổ tự kỷ, thang đo CARS, yếu tố liên quan.

**ABSTRACT**

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS  
CHILDREN'S AUTISM SPECTRUM DISORDER IN CAN THO MENTAL  
HOSPITAL IN 2018-2019**

*Thang Thien Tran, Hoang Long Cao, Hong Nhan Pham*

**Background:** Autism Spectrum Disorder is a disruption or disability's mental development which impacts to communication, attitude and practice appeared at a young age and existed during the lifetime. Early disagnosing and detecting on time will help improve the situation, decrease several consequences caused to persons with ASD, their families and society. **Objective:** To assess clinical characteristics and research some factors related to the level of children's autism spectrum disorder by CARS scale in Can Tho mental hospital in 2018-2019. **Materials and methods:** A series of cross-sectional cases survey is conducted among 17 children who were disagnosed autism spectrum disorders by DSM-V standards. **Results:** The rate of severe autistic child is 70.6%. The limited level in male > female. Male child has several limited level in some field III (show affection), IV (body movements), XI (verbal communication), XIV (smart reflexes). The age has appeared,

*examined and diagnosed signs with autism spectrum disorder is 23.3 months; 28.9 months and 30.5 months. The first abnormal sign that the family noticed is slow speech (52.9%), children did not pay attention when called (29.4%). No associations have been noted between level of autism spectrum disorder and gender, the mother's age, the premature birth, the number of children, caregivers, the age with abnormal signs. **Conclusion:** The rate of children with severe autism spectrum disorder examined in Can Tho mental hospital is 70,6%. Slow talking is the most common sign. It is necessary to develop programs of early detection and intervention to contribute to improve behaviors and develop languages for children with autism spectrum disorders.*

**Keywords:** *autism spectrum disorder, CARS scale, related factors.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong xã hội ngày nay, rối loạn phổ tự kỷ được quan tâm và chẩn đoán nhiều hơn; bệnh gây ảnh hưởng lâu dài đến chất lượng cuộc sống của trẻ. Theo các nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học về rối loạn phổ tự kỷ ở các nước trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc khoảng 1% dân số [8].

Việc phát hiện và can thiệp sớm trẻ tự kỷ có ý nghĩa rất quan trọng để thực hiện can thiệp và hỗ trợ đạt hiệu quả, phòng ngừa các khuyết tật thứ phát, đặc biệt ở trẻ trước 3 tuổi [4]. Tại thành phố Cần Thơ hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào về rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ được đánh giá theo thang điểm CARS. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại bệnh viện tâm thần Cần Thơ năm 2018-2019”, với các mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ trẻ rối loạn phổ tự kỷ thông qua thang điểm CARS tại bệnh viện Tâm Thần Cần Thơ năm 2018-2019.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-V

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Trẻ em từ 24 tháng tuổi trở lên được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-V vào tháng 10/2018 đến tháng 04/2019 tại bệnh viện tâm thần thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người nhà của trẻ từ chối tham gia khảo sát hoặc không cung cấp đầy đủ thông tin. Đối với những trẻ đến khám nhiều lần, chỉ lấy mẫu một lần duy nhất.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: có tất cả 17 trẻ rối loạn phổ tự kỷ tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện không xác suất tất cả những trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ đến khám tại bệnh viện tâm thần thành phố Cần Thơ từ tháng 10/2018 đến tháng 04/2019.

Nội dung nghiên cứu: tỷ lệ mức độ tự kỷ của trẻ theo thang đo CARS, 15 lĩnh vực của thang đo CARS, tuổi và các dấu hiệu bất thường đầu tiên gia đình nhận thấy, tuổi được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ. Mối liên quan giữa mức độ rối loạn phổ tự kỷ của trẻ với giới tính, người chăm sóc, tuổi mẹ khi sinh con, số con trong gia đình, tiền sử sanh non.

Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả trẻ em được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được khám, đánh giá theo thang đo CARS gồm 15 mục, mỗi mục có 4 mức độ từ 1-4 điểm. 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.

Đồng thời phỏng vấn phụ huynh trẻ để ghi vào phiếu thu thập thông tin.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Kiểm định  $\chi^2$  để kiểm định mối liên quan giữa các yếu tố ở ngưỡng  $\alpha=0,05$ . Tính tỉ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95%.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

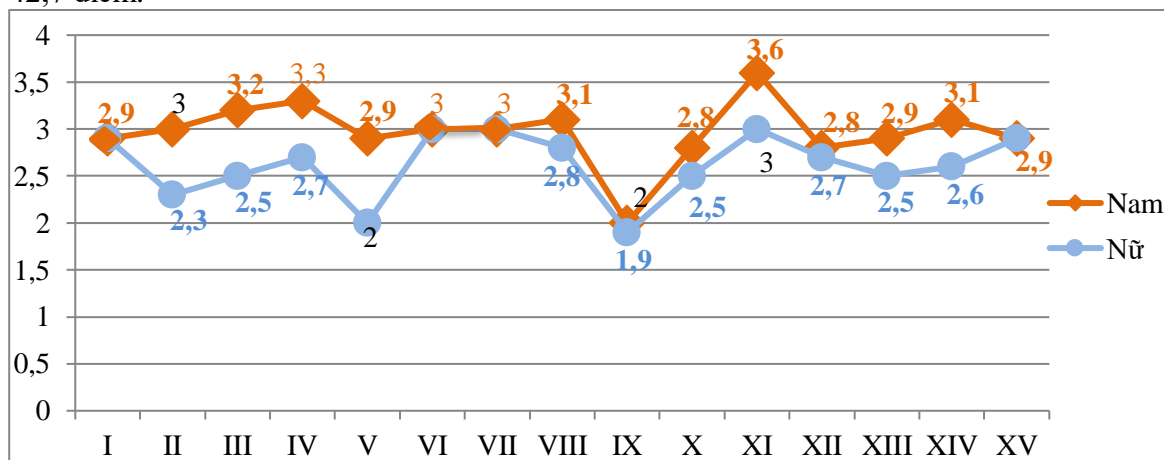
Trong 17 trẻ rối loạn phổ tự kỷ đến khám tại bệnh viện tâm thần Cần Thơ, trẻ nam chiếm tỷ lệ 70,6% và trẻ nữ là 29,4%. Tuổi trung bình của trẻ là 43,5 tháng (tuổi nhỏ nhất là 26 tháng, cao nhất là 67 tháng). Đa số các trẻ sống chủ yếu ở thành thị (chiếm 88,2%). Về trình độ học vấn của phụ huynh trẻ từ đại học trở lên: cha 82,4%, mẹ 58,8%.

#### 3.2. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng trẻ rối loạn phổ tự kỷ qua thang điểm CARS

Bảng 1. Đánh giá mức độ tự kỷ theo thang đo CARS

Mức độ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ-Trung bình	5	29,4
Nặng	12	70,6
<b>Điểm CARS</b>	42,7±7,5	

Tỷ lệ trẻ tự kỷ mức độ nặng chiếm tỷ lệ khá cao 70,6%. Điểm CARS trung bình đạt 42,7 điểm.



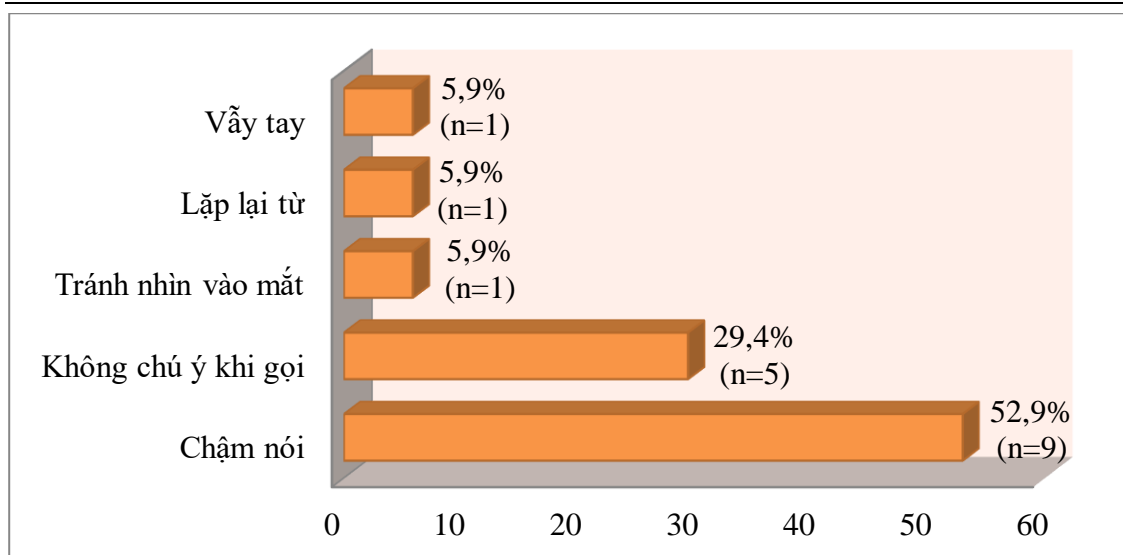
Biểu đồ 1: Mức độ các lĩnh vực của thang đo CARS

Trong 15 lĩnh vực của thang đo CARS mức độ hạn chế ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Ở trẻ nam mức độ hạn chế nặng ở các lĩnh vực III (thể hiện tình cảm), IV (động tác cơ thể), XI (giao tiếp bằng lời), XIV (phản xạ thông minh).

Bảng 2. Tuổi xuất hiện các dấu hiệu bất thường đầu tiên

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 24 tháng	8	47,1
24-48 tháng	9	52,9
<b>Trung bình</b>	23,3±8,5	

Trung bình tuổi xuất hiện các dấu hiệu bất thường được ghi nhận là 23,3 tháng.



Biểu đồ 2. Các dấu hiệu bất thường đầu tiên gia đình nhận thấy

Đa số gia đình nhận thấy dấu hiệu bất thường của trẻ là chậm nói (52,9%), tiếp đến là gọi trẻ nhưng trẻ không quan tâm chú ý (29,4%).

Bảng 3. Tuổi trẻ được đi khám lần đầu tiên

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 24 tháng	5	29,4
24-48 tháng	11	64,7
Trên 48 tháng	1	5,9
Trung bình	28,9±9,9	

Đa số trẻ được đưa đi khám khi 2-4 tuổi (64,7%). Trung bình tuổi của trẻ được đưa đi khám khoảng 29 tháng tuổi.

Bảng 4. Tuổi của trẻ khi lần đầu được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 24 tháng	3	17,6
24-48 tháng	13	76,5
Trên 48 tháng	1	5,9
Trung bình	30,5±9,2	

Từ 2-4 tuổi là giai đoạn trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ nhiều nhất (76,5%).

Tuổi trung bình được chẩn đoán ở các trẻ là 30,5 tháng.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ trẻ rối loạn phổ tự kỷ

Bảng 5. Liên quan giữa giới tính trẻ với mức độ rối loạn phổ tự kỷ

Giới tính	Tự kỷ nặng		Tự kỷ nhẹ-trung bình	
	n	%	n	%
Nam	9	75	3	25
Nữ	3	60	2	40
<b>Tổng cộng</b>	12	70,6	5	29,4
OR=2 (95% CI: 0,22-18,33); p=0,6*				

\*Fisher's Exact Test

Trẻ trai có nguy cơ mắc tự kỷ mức độ nặng gấp 2 lần trẻ gái, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,6).

Bảng 6. Liên quan giữa số con trong gia đình với mức độ rối loạn phổ tự kỷ

Số con trong gia đình	Tự kỷ nặng		Tự kỷ nhẹ-trung bình	
	n	%	n	%
1 con	5	83,3	1	16,7
2 con	7	63,3	4	36,4
<b>Tổng cộng</b>	12	70,6	5	29,4
OR=2,86 (95% CI: 0,24-33,9); p=0,6*				

\*Fisher's Exact Test

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số con trong gia đình với mức độ rối loạn phổ tự kỷ (p=0,6).

Bảng 7. Liên quan giữa người chăm sóc trẻ với mức độ rối loạn phổ tự kỷ

Người chăm sóc trẻ	Tự kỷ nặng		Tự kỷ nhẹ-trung bình	
	n	%	n	%
Cha/mẹ	3	75	1	25
Ông/bà	9	69,2	4	30,8
<b>Tổng cộng</b>	12	70,6	5	29,4
OR=1,33 (95% CI: 0,1-17,1); p=1*				

\*Fisher's Exact Test

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa người chăm sóc trẻ với mức độ rối loạn phổ tự kỷ (p>0,05).

Bảng 8. Liên quan giữa tuổi mẹ lúc sinh trẻ với mức độ rối loạn phổ tự kỷ

Tuổi mẹ lúc sinh	Tự kỷ nặng		Tự kỷ nhẹ-trung bình	
	n	%	n	%
≥ 35 tuổi	4	80	1	20
< 35 tuổi	8	66,7	4	33,3
<b>Tổng cộng</b>	12	70,6	5	29,4
OR=2 (95% CI: 0,16-24,3); p=1*				

\*Fisher's Exact Test

Nhóm tuổi mẹ lúc sinh trẻ từ 35 trở lên có nguy cơ con tự kỷ nặng gấp 2 lần nhóm tuổi mẹ nhỏ hơn 35, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 9. Liên quan giữa sanh non với mức độ rối loạn phổ tự kỷ

Sanh non	Tự kỷ nặng		Tự kỷ nhẹ-trung bình	
	n	%	n	%
Có	2	66,7	1	33,3
Không	10	71,4	4	28,6
<b>Tổng cộng</b>	12	70,6	5	29,4
OR=0,8 (95% CI: 0,06-11,5); p=1*				

\*Fisher's Exact Test

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trẻ sanh non với mức độ rối loạn phổ tự kỷ (p>0,05).

Bảng 10. Liên quan giữa tuổi xuất hiện dấu hiệu bất thường đầu tiên với mức độ rối loạn phổ tự kỷ

Tuổi có dấu hiệu bất thường	Tự kỷ nặng		Tự kỷ nhẹ-trung bình	
	n	%	n	%
Dưới 24 tháng	5	62,5	3	37,5

24-48 tháng	7	77,8	2	22,2
<b>Tổng cộng</b>	12	70,6	5	29,4
OR=0,47 (95% CI: 0,06-3,99); p=0,62*				

\*Fisher's Exact Test

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi xuất hiện dấu hiệu bất thường đầu tiên với mức độ rối loạn phổ tự kỷ ( $p>0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, trẻ trai chiếm tỷ lệ 70,6% cao hơn trẻ gái 29,4%. Điều này phù hợp với báo cáo của trung tâm phòng chống và kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ năm 2018 với tỷ lệ trẻ trai gấp 4 lần trẻ gái, nghiên cứu Cao Trường Sinh trẻ trai 73.6%, trẻ gái 26.4% [6], [3]. Tuổi trung bình của trẻ là 43,5 tháng, tương tự nghiên cứu Cao Trường Sinh ghi nhận 3,69 tuổi [3]. Trên 55% cha, mẹ của trẻ có học vấn từ đại học trở lên. Điều này cũng khá hợp lý khi đa số (88,2%) trẻ sống ở thành thị nên việc học vấn cha mẹ cao như vậy là điều dễ hiểu.

### 4.2. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng trẻ rối loạn phổ tự kỷ thông qua thang điểm CARS

Trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng chiếm 70,6%. 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 (59,2%), Nguyễn Lan Trang (62,1%), Nguyễn Tấn Đức (63,57%) [2],[5],[1]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, mức độ nặng RLPTK của 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% [7]. Mức độ RLPTK nặng ở Việt Nam cao hơn các nước khác. Điều này có thể được lý giải: ở Việt Nam phát hiện sớm bệnh vẫn chưa được quan tâm đúng mức; nhận thức của người dân về RLPTK chưa cao, phần lớn cho rằng trẻ chậm nói là điều bình thường nên không đi khám sớm; mặt khác chưa có nhiều cơ sở thăm khám về rối loạn này nên chỉ khi trẻ có biểu hiện triệu chứng nặng, bất thường nhiều mới chịu đưa trẻ đến khám tại bệnh viện tâm thần.

Trong 15 lĩnh vực của thang đo CARS mức độ hạn chế ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Ở trẻ nam mức độ hạn chế nặng ở các lĩnh vực III (thể hiện tình cảm), IV (động tác cơ thể), XI (giao tiếp bằng lời), XIV (phản xạ thông minh). Theo nghiên cứu Nguyễn Tấn Đức 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) [2]. 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 rối loạn tăng động giảm chú ý... nên ở đây nhóm triệu chứng này có điểm số cao. 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. Trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu bất thường đầu tiên gia đình nhận thấy là trẻ chậm nói chiếm tới 52,9%. Tuổi xuất hiện dấu hiệu bất thường, được khám và chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ lần lượt là 23,3 tháng; 28,9 tháng; 30,5 tháng.

### 4.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ trẻ rối loạn phổ tự kỷ

Kết quả của chúng tôi cho thấy, trẻ trai có nguy cơ mắc tự kỷ mức độ nặng gấp 2 lần trẻ gái tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với tác giả Werling và cộng sự cho rằng rối loạn phổ tự kỷ ảnh hưởng đến nữ giới ít hơn nam giới có thể do một

số gen và hormon giới tính [9]. Tương tự, chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số con trong gia đình, tuổi mẹ, người chăm sóc trẻ, sanh non, tuổi có dấu hiệu bất thường với mức độ rối loạn phổ tự kỷ.

## V. KẾT LUẬN

Trong số 17 trẻ em rối loạn phổ tự kỷ đến khám tại bệnh viện tâm thần Cần Thơ, tỷ lệ trẻ tự kỷ mức độ nặng chiếm 70,6%. Mức độ rối loạn ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Ở trẻ nam mức độ rối loạn nặng ở các lĩnh vực III (thể hiện tình cảm), IV (động tác cơ thể), XI (giao tiếp bằng lời), XIV (phản xạ thông minh). Tuổi xuất hiện dấu hiệu, được khám và chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ lần lượt là 23,3 tháng; 28,9 tháng; 30,5 tháng. Chậm nói là dấu hiệu phổ biến nhất (52,9%). Chưa ghi nhận mối liên quan đến mức độ của rối loạn phổ tự kỷ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Đức (2018), “Rối loạn phổ tự kỷ và một số yếu tố liên quan ở trẻ 24-72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi”, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 8, số 6 - tháng 11/2018.
2. Phạm Trung Kiên (2014), “Nghiên cứu tỉ lệ hiện mắc và kết quả điều trị tự kỷ trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên”, Trường Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
3. Cao Trường Sinh (2015), “Nghiên cứu đề xuất một số giải pháp phòng trị bệnh tự kỷ trẻ em dưới 6 tuổi tại Nghệ An”, Hội nghị khoa học ngành y tế Nghệ An mở rộng – 2015.
4. Lưu Thị Mỹ Thục, Nguyễn Thị Yến (2012), “Một vài nhận xét về bệnh tự kỷ tại viện nhi Trung Ương”, Tạp Chí Y Học Thực Hành (855)-số 12/2012.
5. Nguyễn Lan Trang (2012), “Thực trạng tự kỷ ở trẻ em từ 18 đến 60 tháng tuổi tại thành phố Thái Nguyên”, Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Trường Đại Học Y-Dược Thái Nguyên.
6. CDC (2018), “Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014”, Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR, April 27, 2018 / 67(6);1–23.
7. Hussein H, GR Taha, and A Almanasef (2011), “Characteristics of autism spectrum disorders in a sample of egyptan and saudi patents: transcultural cross sectional study”, Child and adolescent psychiatry and mental health. 5(1), p. 1-12.
8. Nicholas, J. S. et al., (2009), "Autism Spectrum Disorders in Preschool-Aged Children: Prevalence and Comparison to a School-Aged Population", Ann Epidemiol, 19(11), pp. 808-14.
9. Werling DM et al (2013), “Sex differences in autism spectrum disorder”, Current opinion in neurology 26(2), p.146-153.

(Ngày nhận bài: 25/9/2019 - Ngày duyệt đăng: 03/11/2019)

---