

ẢNH HƯỞNG CỦA RỐI LOẠN HÀNH VI ĂN UỐNG LÊN THỂ CHẤT CỦA TRẺ TỰ KỶ

PHAN THỊ DIỆU NGỌC¹,
NGÔ TRÍ HIỆP¹, HOÀNG THỊ THANH HOÀI²
¹Trường Đại học Y khoa Vinh
²Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ rối loạn hành vi ăn uống của trẻ tự kỷ và đánh giá ảnh hưởng của rối loạn hành vi ăn uống lên sự phát triển thể chất của trẻ tự kỷ tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An năm 2019.

Phương pháp nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu bệnh - chứng. 93 trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ, tuổi trung bình của nhóm trẻ tự kỷ là $46,52 \pm 15,26$ tháng tuổi, được so sánh với 130 trẻ không mắc hội chứng tự kỷ, tương xứng với nhau về tuổi, giới, nơi sống. Người chăm sóc trẻ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi dựa trên thang đo đánh giá hành vi ăn uống ở trẻ em (CEBI). Kết quả cho thấy trẻ tự kỷ ăn uống kén chọn: Ăn thức ăn có cấu trúc cứng/gòn chiếm tỉ lệ rất thấp (1,1%), lựa chọn mùi vị thức ăn (32,3%). Rối loạn hành vi trong bữa ăn ở trẻ tự kỷ là hầu như không nhai trong khi ăn là 24,7%; nôn nhiều trong khi ăn là 38,7%; sặc trong khi ăn là 42,6%; ỉa hết, khóc, ném đồ ăn, chống đối và tránh đồ ăn (50,5%). Trẻ tự kỷ có rối loạn hành vi ăn uống thì nguy cơ thừa cân béo phì cao gấp 3,2 lần so với nhóm trẻ không có rối loạn hành vi ăn uống ($p < 0,05$). Trẻ tự kỷ có nguy cơ rối loạn hành vi ăn uống cao gấp 3,27 lần nhóm chứng ($p < 0,05$). Rối loạn hành vi ăn uống là rối loạn đi kèm thường gặp ở trẻ tự kỷ. Cần có sự can thiệp nhằm khắc phục những rối loạn hành vi ăn uống ở trẻ tự kỷ để nâng cao thể chất và chất lượng cuộc sống cho trẻ.

Từ khóa: Tự kỷ, rối loạn hành vi ăn uống, thể chất trẻ tự kỷ

SUMMARY

IMPACT OF EATING BEHAVIOR DISORDER ON PHYSICAL GROWTH OF AUTISTIC CHILDREN

The main purpose of this study is to identify the rate of eating behavior disorder of autistic children and assess its impact on their physical growth in Vinh city, Nghệ An province in 2019. The research method is designed by the way of disease-control solution. 93 children were diagnosed with autism, their average ages from 46.52 ± 15.26 months and were compared with 130 normal children with the same age and sex and geography. The care givers were interviewed by a set of questionnaires based on the children's eating behavior inventory (CEBI). The survey result shows that the autistic children are fastidious in foods: eating hard / crunchy foods accounts for a very low rate (1.1%) and choose food flavors (32.3%). Meal behavioral disorder in autistic children proves that they hardly chew while eating (24.7%); vomiting a lot while eating (38.7%); choke while eating (42.6%); yelling, crying, throwing food, resisting and avoiding food (50.5%). This results in a risk of overweight and obesity which is 3.2 times higher than children without eating behavior disorder ($p < 0.05$). Autistic children have a risk of eating behavior disorders 3.27 times higher than the control group ($p < 0.05$). Eating behavior disorder normally happens in children with autism. Intervention is needed to overcome eating behavioral disorders to improve their physical fitness and quality of life.

Keywords: Autism, eating behavior disorder, autistic children physical health.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự kỷ là một rối loạn trong nhóm các rối loạn phát triển lan tỏa, có mức độ thể hiện từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm từ khi trẻ còn nhỏ (thường là trước 3 tuổi) và diễn biến kéo dài [1]. Biểu hiện chung của rối loạn tự kỷ là những

Chịu trách nhiệm: Phan Thị Diệu Ngọc
Email: nguyennhoc.vmu@gmail.com
Ngày nhận: 16/11/2020
Ngày phản biện: 28/12/2020
Ngày duyệt bài: 12/01/2021

khuyết về tương tác xã hội, giao tiếp và những hành vi định hình, ý thích bị thu hẹp [2]. Trẻ tự kỷ thường có nhiều rối loạn khác đi kèm như rối loạn cảm giác, tăng động, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ; trong đó rối loạn hành vi ăn uống là rối loạn hành vi đi kèm thường gặp,... [3],[4]. Những vấn đề trong ăn uống xuất hiện ở 25% đến 35% trẻ phát triển bình thường nhưng ở trẻ tự kỷ những vấn đề này được báo cáo chiếm tỷ lệ rất cao khoảng 90%, với gần 70% số trẻ được mô tả là ăn kén chọn [5].

Trẻ tự kỷ có nhiều rối loạn về hành vi ăn uống: 51,5% trẻ tự kỷ gặp nhiều rối loạn hành vi ăn uống trong bữa ăn; phổ biến là nuốt chửng hầu như không nhai, ăn quá chậm, ăn miếng kích thước lớn hoặc kích thước rất nhỏ, la hét và đẩy, ném đồ ăn (20,8%); hành vi nôn trong bữa ăn chiếm 6,9% [6]. Rối loạn hành vi ăn uống đã ảnh hưởng đến thể chất của trẻ tự kỷ, cũng như bố mẹ hoặc người chăm sóc của trẻ tự kỷ gặp nhiều khó khăn về những vấn đề trong sinh hoạt thường ngày, không chỉ liên quan đến hành vi và giao tiếp của trẻ, mà còn liên quan tới những bữa ăn của trẻ. Ở Việt Nam đã có nghiên cứu về lĩnh vực rối loạn ăn uống ở trẻ tự kỷ nhằm đưa ra các giải pháp can thiệp để trẻ có một cuộc sống bình thường nhưng vẫn chưa có nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu về vấn đề dinh dưỡng cho trẻ tự kỷ, đánh giá ảnh hưởng của rối loạn hành vi ăn uống lên thể chất của trẻ tự kỷ. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của rối loạn hành vi ăn uống lên sự phát triển thể chất của trẻ tự kỷ.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Bệnh chứng.

Nhóm bệnh gồm 93 trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ ở Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, cơ sở giáo dục chuyên biệt Minh Anh, Trung tâm Hỗ trợ Phát triển Giáo dục Hòa nhập Biển Dương và Quỹ Bảo trợ Trẻ em tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An và người chăm sóc chính về ăn uống của nhóm trẻ này. Nhóm chứng gồm 93 trẻ không mắc chứng tự kỷ (không có chẩn đoán tự kỷ trước đó và được sàng lọc bằng M-CHAT không có kết quả nghi ngờ mắc tự kỷ) tại Trường Mầm non xã Hưng Lộc, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An và người chăm sóc chính về ăn uống của nhóm trẻ này. Nhóm người chăm sóc

chính của trẻ về ăn uống, là người trực tiếp cho trẻ ăn 2/3 số bữa ăn khi trẻ ở nhà.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thuận tiện, nhóm bệnh là bệnh nhi tự kỷ và người chăm sóc bệnh nhi đến khám tại Bệnh viện Sản - Nhi Nghệ An và trẻ tự kỷ tại cơ sở giáo dục chuyên biệt Minh Anh, Trung tâm Hỗ trợ Phát triển Giáo dục Hòa nhập Biển Dương và Quỹ Bảo trợ Trẻ em tại thành phố Vinh 01/03/2019–31/03/2019, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ đối tượng nghiên cứu. Nhóm chứng: Lấy trẻ và người chăm sóc trẻ tại trường mầm non, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa, theo tỷ lệ 1 : 1.

Thời gian từ 1//2019 đến 5/2019. Công cụ đánh giá: Thang đo đánh giá hành vi ăn uống ở trẻ em - CEBI (Children's Eating Behavior Inventory) do Archer và cộng sự xây dựng năm 1991 [7], đã được Schreck và cộng sự [5] và nhiều nghiên cứu khác sử dụng, dùng để phỏng vấn người chăm sóc trẻ nhằm đánh giá việc ăn uống và những hành vi trong bữa ăn của trẻ. Tổng điểm càng cao cho thấy các vấn đề trong hành vi ăn uống của trẻ càng nhiều.

3. Thu thập và xử lý số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền được thiết kế sẵn và phỏng vấn NCS về vấn đề ăn uống của trẻ dựa theo thang đo CEBI, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.2 và xử lý số liệu theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Đảm bảo tính trung thực và tính chính xác với những thông tin thu được từ kết quả nghiên cứu dựa trên câu trả lời khách quan của người chăm sóc trẻ. Nghiên cứu không ảnh hưởng tới quá trình điều trị của trẻ, kết quả điều tra được phản hồi lại cho nơi tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ phỏng vấn người chăm sóc bằng sử dụng bộ câu hỏi và thang đo tâm lý, không có các hoạt động mang tính chất can thiệp đến cơ thể của trẻ. Thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ được cung cấp cho mục tiêu nghiên cứu.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của trẻ trong nghiên cứu

Nhóm trẻ tự kỷ có số tháng tuổi trung bình là $46,52 \pm 15,26$ tháng tuổi. Tỷ lệ trẻ trai được chẩn đoán tự kỷ cao hơn trẻ gái với tỷ lệ nam/ nữ là 2,3/1. Độ tuổi trẻ được chẩn đoán tự kỷ trung bình là $27,73 \pm 7,08$ tháng, trong đó nhóm được chẩn đoán tự kỷ trước 36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 88,2%.

2. Đặc điểm về rối loạn hành vi ăn uống của trẻ

Bảng 1. Những hành vi ăn uống của trẻ tự kỉ và nhóm chứng

STT	Hành vi ăn uống		Nhóm tự kỉ		Nhóm chứng	
			Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1	Trẻ có gặp vấn đề nào về tiêu hóa trong 1 tuần qua	Không	45	48,4	84	90,3
		Táo bón	42	45,1	5	5,4
		Tiêu chảy	8	6,5	4	4,3
		Khác	0	0	0	0
2	Loại thức ăn bữa chính của trẻ	Cơm	63	67,8	78	83,9
		Cháo/cháo xay nhuyễn	32	34,4	28	30,1
		Thức ăn nhanh	7	7,5	20	21,5
		Thức ăn nguồn gốc động vật	58	62,4	64	68,8
		Hoa quả	12	12,9	45	48,4
		Rau xanh	42	45,2	67	72
		Khác	2	2,1	0	0
3	Loại thức ăn bữa phụ của trẻ	Bánh kẹo ngọt	28	30,1	53	57
		Đồ ăn liền	13	14	18	19,3
		Bánh mì	21	22,6	24	25,8
		Sữa	72	77,4	84	90,3
		Ngũ cốc	15	16,1	24	25,8
		Hoa quả	38	40,9	65	69,9
		Không ăn bữa ăn phụ	1	1	0	0
4	Dạng cấu trúc thức ăn mà trẻ thường dùng	Lỏng (sữa, cháo loãng,...)	15	16,1	3	3,2
		Mềm (thức ăn nấu nhừ)	46	49,5	31	33,3
		Đặc (thức ăn ít nước)	31	33,3	45	48,4
		Cứng/giòn (kẹo, lạc, thịt khô,...)	1	1,1	14	15,1
5	Mùi vị thức ăn trẻ có thể sử dụng	Trẻ chỉ ăn được một vài loại khẩu vị thích hợp	30	32,3	7	7,5
		Trẻ ăn được đa dạng các loại mùi vị thực phẩm	63	67,7	86	92,5

Trong 1 tuần trước khi phỏng vấn trẻ tự kỉ gặp vấn đề về tiêu hóa chủ yếu là táo bón (chiếm 45,1%) cao hơn nhiều so với nhóm chứng (5,4%). Trẻ tự kỉ có thu hẹp lựa chọn thức ăn: cấu trúc cứng/giòn chiếm tỉ lệ rất thấp (1,1%), chỉ ăn được một vài loại khẩu vị thức ăn thích hợp (32,3%)

Bảng 2. Những rối loạn hành vi ăn uống của nhóm tự kỉ và nhóm chứng

STT	Những rối loạn hành vi		Nhóm tự kỉ		Nhóm chứng	
			Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1	Trẻ có nhai thức ăn	Không bao giờ	3	3,2	1	1,1
		Hiếm khi	20	21,5	4	4,3
		Thỉnh thoảng	15	16,1	2	2,2
		Thường xuyên	37	39,8	35	37,6
		Luôn luôn	18	19,4	51	54,8
2	Trẻ thường nôn trong khi ăn	Không bao giờ	22	23,7	44	47,3
		Hiếm khi	35	37,6	38	40,9
		Thỉnh thoảng	29	31,2	9	9,7
		Thường xuyên	7	7,5	2	2,1
		Luôn luôn	0	0	0	0
3	Trẻ thường bị sặc thức ăn trong mỗi bữa ăn	Không bao giờ	37	39,8	39	41,9
		Hiếm khi	35	37,6	45	48,4
		Thỉnh thoảng	19	20,4	9	9,7
		Thường xuyên	2	2,2	0	0
		Luôn luôn	0	0	0	0
4	Trẻ thường ăn nhanh	Không bao giờ	34	36,5	23	24,7
		Hiếm khi	25	26,9	52	56
		Thỉnh thoảng	29	31,2	15	16,1
		Thường xuyên	4	4,3	2	2,1
		Luôn luôn	1	1,1	1	1,1

5	Trẻ thường hay ngậm thức ăn trong miệng	Không bao giờ	19	20,4	26	28
		Hiếm khi	26	28	35	37,6
		Thỉnh thoảng	27	29	27	29
		Thường xuyên	19	20,4	5	5,4
		Luôn luôn	2	2,2	0	0
6	Hành vi la hét, khóc, ném đồ ăn và chống đối, tránh đồ ăn của trẻ	Không bao giờ	23	24,7	40	43,0
		Hiếm khi	23	24,7	39	41,9
		Thỉnh thoảng	27	29,0	9	9,7
		Thường xuyên	19	20,4	5	5,4
		Luôn luôn	1	1,1	0	0

Trẻ tự kỉ có nhiều rối loạn hành vi ăn uống, tỉ lệ trẻ tự kỉ hầu như không nhai trong khi ăn là 24,7%; nôn nhiều trong khi ăn là 38,7%, sặc trong khi ăn là 42,6%; trẻ thường hay la hét, khóc, ném đồ ăn, chống đối và tránh đồ ăn (50,5%).

3. Đánh giá rối loạn hành vi ăn uống của trẻ theo thang đo CEBI

Bảng 3. Mối liên quan giữa hành vi ăn uống, rối loạn hành vi ăn uống và thái độ của NCS với tình trạng thừa cân, béo phì của trẻ

Nhóm trẻ tự kỉ		TC, BP	Không TC, BP	P
RLHVAU	Có	28	24	0,009
	Không	11	30	
OR = 3,2; 95% CI = 1,32 – 7,67; $\chi^2 = 6,87$				
HVAU	Không tốt	25	24	0,061
	Tốt	14	30	
OR = 2,23; 95% CI = 0,96 – 5,2; $\chi^2 = 3,51$				
Thái độ, cảm xúc của NCS	Có	25	22	0,026
	Không	14	32	
OR = 2,6; 95% CI = 1,11 – 6,08; $\chi^2 = 4,94$				
Nhóm chứng		TC, BP	Không TC, BP	P
RLHVAU	Có	3	23	0,032
	Không	1	66	
OR = 8,6; 95% CI = 0,85 – 86,94; $\chi^2 = 4,6$				
HVAU	Không tốt	2	23	0,286
	Tốt	2	66	
OR = 2,87; 95% CI = 0,38 – 21,56; $\chi^2 = 1,14$				
Thái độ, cảm xúc của NCS	Có	2	11	0,034
	Không	2	78	
OR = 7,09; 95% CI = 0,91 – 55,59; $\chi^2 = 4,51$				

RLHVAU và thái độ cảm xúc của người chăm sóc chính đều có mối liên quan với thừa cân, béo phì ở cả hai nhóm. Ở nhóm trẻ tự kỉ có RLHVAU thì nguy cơ thừa cân béo phì cao gấp 3,2 lần so với nhóm trẻ không có RLHVAU ($p = 0,009$). Và thái độ của người chăm sóc chính (buồn, căng thẳng, mệt mỏi khi cho trẻ ăn) cũng làm tăng nguy cơ thừa cân, béo phì cao gấp 2,6 lần ($p=0,026$).

Bảng 4. Mối liên quan về rối loạn hành vi ăn uống, hành vi ăn uống và thái độ cảm xúc của NCS của nhóm trẻ tự kỉ và nhóm chứng

Đặc điểm		Nhóm tự kỉ	Nhóm chứng	P
RLHVAU	Có	52	26	0,000
	Không	41	67	
OR = 3,27; 95% CI = 1,78 – 6,02; $\chi^2 = 14,93$				
HVAU	Không tốt	49	25	0,000
	Tốt	44	68	
OR = 3,03; 95% CI = 1,64 – 5,59; $\chi^2 = 12,93$				
Thái độ, cảm xúc của NCS	Có	47	13	0,000
	Không	46	80	
OR = 6,29; 95% CI = 3,08 – 12,83; $\chi^2 = 28,44$				

Có mối liên quan giữa rối loạn hành vi ăn uống, hành vi ăn uống và thái độ, cảm xúc của người chăm sóc trẻ giữa trẻ tự kỉ và nhóm chứng. Trẻ tự kỉ có nguy cơ rối loạn hành vi ăn

uống cao gấp 3,27 lần nhóm chứng ($p<0,05$). Trẻ tự kỉ có các hành vi ăn uống như (la hét, chống đối, ném đồ ăn,...) cao gấp 3,03 lần so với nhóm chứng ($p<0,05$). Người chăm sóc có

thái độ, cảm xúc tiêu cực về vấn đề ăn uống của trẻ tự kỷ cao gấp 6,29 lần so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Về độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, nhóm trẻ tự kỷ có số tháng tuổi trung bình là $46,52 \pm 15,26$ tháng tuổi, tháng tuổi thấp nhất là 25 tháng tuổi và cao nhất là 96 tháng tuổi.

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ trẻ trai được chẩn đoán tự kỷ cao hơn trẻ gái với tỷ lệ nam/ nữ là 2,3/1. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thương Huyền (2014): tỷ lệ nam/ nữ là 7,1/1 [6]. Rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trẻ trai có tỉ lệ mắc tự kỷ cao hơn rất nhiều so với trẻ gái. Jonhson và cộng sự đã tìm ra được nguyên nhân là do tự kỷ được cho là có liên quan đến nhiễm sắc thể giới tính X, hội chứng X dễ gây ra nguyên nhân di truyền phổ biến nhất của rối loạn tự kỷ [8]

Nghiên cứu này chỉ ra rằng đặc điểm thu hẹp loại thức ăn ưa thích ở nhóm trẻ tự kỷ là cao hơn nhiều lần với nhóm chứng như: cơm, hoa quả, rau xanh. Trong thực tế trẻ tự kỷ gặp nhiều khó khăn liên quan đến nhai, nuốt và thường xuyên ngậm thức ăn vì người chăm sóc trẻ mong muốn trẻ ăn được nhiều hơn và nhanh hơn, đảm bảo đủ dinh dưỡng cho trẻ nên họ thường chọn cách xay nhuyễn tất cả các loại thức ăn. Theo nghiên cứu của Diolordi và cộng sự (2014): Kết quả của nghiên cứu đã cho thấy thực phẩm dưới dạng lỏng hoặc thức ăn mềm như đồ xay nhuyễn hay nước trái cây thường được trẻ tự kỷ sử dụng, trẻ tự kỷ tiêu thụ thực phẩm nhiều năng lượng nhưng lại ăn ít rau củ hơn trẻ bình thường. Lượng trái cây tiêu thụ giữa 2 lần khảo sát ở trẻ tự kỷ giảm (từ 42 xuống 40%), trong khi ở nhóm trẻ bình thường lại tăng (từ 43 lên 58%). Các nghiên cứu cho thấy trẻ em mắc hội chứng tự kỷ rất nhạy cảm với vị đắng dẫn đến từ chối các loại thực phẩm nhất định. Có thể điều này dẫn đến trẻ tự kỷ ăn ít rau củ hơn trẻ bình thường [9].

Tỉ lệ trẻ tự kỷ chỉ ăn được một vài loại khẩu vị thích hợp chiếm khoảng 32,3% cao hơn rất nhiều so với nhóm chứng (7,5%). Trong nghiên cứu của Williams và CS thì 45% trẻ tự kỷ có lựa chọn thu hẹp mùi vị thức ăn và 36% trẻ nhóm chứng có lựa chọn thu hẹp mùi thức ăn [10].

Tỉ lệ trẻ nuốt chửng hầu như không nhai thức ăn là 24,7%; trẻ thường nôn trong khi ăn chiếm 38,7%; trẻ hay bị sặc thức ăn chiếm 22,6%; trẻ hay ngậm thức ăn chiếm 22,6%; la hét, khóc, ném đồ ăn, chống đối và tránh đồ ăn (21,5%). Theo nghiên cứu của Vũ Thương Huyền (2014), có 51,5% nhóm trẻ tự kỷ gặp nhiều rối loạn

hành vi ăn uống trong bữa ăn; phổ biến là nuốt chửng hầu như không nhai, ăn quá chậm, ăn miếng kích thước lớn hoặc kích thước rất nhỏ, la hét và đẩy, ném đồ ăn (20,8%); hành vi nôn trong bữa ăn ở trẻ tự kỷ chiếm 6,9% [6]. Nghiên cứu của Provost và CS (2010): tỷ lệ trẻ tự kỷ đẩy ném đồ ăn chiếm 33%, ngậm thức ăn (25%), nôn trong bữa ăn (8%), có vấn đề trong nhai, nuốt thức ăn là 21% [11]. Trẻ tự kỷ có những hạn chế trong các hoạt động môi miệng điều đó giải thích cho những khó khăn trong việc nhai và nuốt thức ăn ở trẻ.

Chúng tôi cũng tiến hành đánh giá ảnh hưởng của rối loạn hành vi ăn uống đến sự phát triển thể chất của trẻ, có 36,56% người chăm sóc trẻ nhóm tự kỷ trả lời trẻ có biểu hiện không tăng cân trong 3 tháng liên tục gần đây nhất, tỷ lệ trẻ không tăng cân ở nhóm chứng là 20,43%. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi thì nghiên cứu của Vũ Thương Huyền có 31,5% người chăm sóc trẻ nhóm tự kỷ trả lời trẻ có biểu hiện không tăng cân trong 3 tháng liên tục trước thời điểm nghiên cứu, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 17,7%, ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trẻ nhóm tự kỷ có rối loạn hành vi ăn uống là 52 (chiếm tỉ lệ 55,91%), trong khi đó ở nhóm chứng là 26 trẻ (27,96%), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự như thế đối với trẻ tự kỷ có hành vi ăn uống không tốt là 49 (chiếm 52,69%) và nhóm chứng là 25 trẻ (26,88%), ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa tỉ lệ thừa cân béo phì và rối loạn hành vi ăn uống, ở nhóm trẻ tự kỷ có rối loạn hành vi ăn uống thì nguy cơ thừa cân béo phì cao gấp 3,2 lần so với nhóm trẻ không có rối loạn hành vi ăn uống ($p = 0,009$). Trong một nghiên cứu của Schreck và cộng sự đã báo cáo rằng trẻ em mắc chứng tự kỷ có sự thu hẹp lựa chọn thức ăn cao hơn trẻ em phát triển bình thường, trẻ tự kỷ ưa thích những thức ăn giàu năng lượng (ví dụ: xúc xích, bơ, đậu phộng, bánh,...). Những hành vi ăn uống này là một trong những nguyên nhân gây ra thừa cân, béo phì cho trẻ tự kỷ [5]. Trẻ có rối loạn hành vi ăn uống, thu hẹp về lựa chọn cấu trúc, mùi vị thức ăn; trẻ ăn một vài loại thức ăn ngày này qua ngày khác, không thay đổi, có thể hấp thu quá mức những chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể, mà có một số chất lại thiếu, làm mất cân bằng dinh dưỡng trong cơ thể của trẻ. Vì vậy trẻ dễ bị thừa cân, gây ra béo phì, mà những hệ lụy từ thừa cân, béo phì là rất nhiều, có thể ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của trẻ.

KẾT LUẬN

Trẻ tự kỷ có rối loạn hành vi ăn uống hầu như không nhai trong khi ăn là 24,7%; nôn nhiều trong khi ăn là 38,7%; sặc trong khi ăn là 42,6%; trẻ chỉ ăn được một vài loại khẩu vị thức ăn thích hợp chiếm 32,3%.

Rối loạn hành vi ăn uống có nguy cơ thừa cân, béo phì gấp 3,2 lần nhóm không có rối loạn hành vi ăn uống ($\chi^2 = 6,87$; $p < 0,05$). Thái độ của NCS chính (buồn, căng thẳng, mệt mỏi khi cho trẻ ăn) làm tăng nguy cơ thừa cân, béo phì cao gấp 2,6 lần ($p = 0,026$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moran J.S, *Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years*. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 2014.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM - IV), 1994: p. 58 - 63.

3. Nadon G and et al, *Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders*. Autism research and treatment, 2011: p. 1 - 8.

4. Kodak T and Piazza C.C, *Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism*

spectrum disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2008: p. 17, 887 – 900.

5. Schreck K.A and et al, *A comparison of eating behaviors between children with and without Autism*. Journal of Autism and Development Disorder, 2004: p. 433 - 438.

6. Vũ Thương Huyền, *Đánh giá rối loạn hành vi ăn uống ở trẻ tự kỷ*. 2014.

7. Archer L.A, Rosenbaum P.L, and Streiner D.L, *The children's eating behavior inventory*. Journal of Pediatric Psychology, 1991: p. 629-642.

8. Johnson C.P and Myer S.M, *Identification and evaluation of children with autism spectrum disorder*. Pediatrics, 2007: p. 1183 -1215.

9. Diolordi, e.a., *Eating habits and dietary patterns in children with autism*. 2014.

10. Williams K.E and et al, *Feeding disorder of infancy or early childhood: how often is it seen in feeding programs?* Children's Health Care, 2009: p. 123-136.

11. Provost B, Crowe K, Osbourn L, et al. (2010). *Mealtime Behaviors of Preschool Children: Comparison of Children with Autism Spectrum Disorder and Children with Typical Development*. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÒM HỌNG NGUYÊN PHÁT

LÂM ĐÔNG PHONG¹,
HOÀNG ĐỨC KIỆT², TRẦN THANH PHƯƠNG³
¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
²Bệnh viện Hữu Nghị Việt xô,
³Bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và khảo sát giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán ung thư vòm họng (UTVH) nguyên phát.

Chịu trách nhiệm: Lâm Đông Phong

Email: lamdongphong@gmail.com

Ngày nhận: 18/11/2020

Ngày phản biện: 24/12/2020

Ngày duyệt bài: 12/01/2021

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 47 trường hợp UTVH xác chẩn bằng mô bệnh học, chưa điều trị, được chụp CHT 1,5T từ tháng 08/2017 đến tháng 5/2020 và xếp loại giai đoạn T của bệnh theo hệ thống phân loại TNM của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) ấn bản lần thứ 8.

Kết quả: Tuổi mắc UTVH trung bình 45 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ 1,94/1. Tồn thương trên hình CHT có đặc điểm dây bất thường niêm mạc (21,3%) hoặc khối u (78,7%) vùng vòm họng. U hay gặp ở thành bên vòm