

COMORBIDITIES AND THEIR ASSOCIATION WITH SYMPTOM SEVERITY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Nguyen Van Dung^{1*}, Tran Danh Tien Thinh¹, Cao Bich Thuy²,
Nguyen Tien Hung¹, Tran Van Ha¹, Tran Dinh Trung², Nguyen Dac Quynh Anh³,
Vo Van Chien¹, Phan Thi Tung Lam¹, Thi Thanh Thuong¹, Cao Thi Kim Vy¹, Nguyen Minh Hieu¹

¹Da Nang City Rehabilitation Hospital - 79 Dinh Gia Trinh, Hoa Xuan, Hoa Vang, Da Nang City, Vietnam

²Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau, Da Nang City, Vietnam

³Duy Tan University School of Medicine and Pharmacy -
254 Nguyen Van Linh, Thac Gian, Thanh Khe, Da Nang City, Vietnam

Received: 27/08/2025

Revised: 10/09/2025; Accepted: 22/09/2025

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence and characteristics of comorbidities in children with autism spectrum disorder (ASD) and to analyze the association between these comorbidities and the severity of ASD.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted on 105 children aged 2–12 years diagnosed with ASD according to DSM-5 criteria at Da Nang Rehabilitation Hospital from January to August 2025. Comorbidities were identified through clinical assessments, and ASD severity was evaluated using the Childhood Autism Rating Scale (CARS). Data were analyzed using R-language version 4.1.0.

Results: The most common comorbidities were attention-deficit/hyperactivity disorder (52.4%) and sleep disorders (45.7%). Other comorbidities included eating disorders (28.6%), constipation (21%), anxiety disorders (13.3%). No cases of depression or epilepsy were observed. Multivariate analysis showed that anxiety disorders were significantly associated with greater ASD severity (OR = 4.28, $p < 0.05$), as were sleep disorders (OR = 3.53, $p < 0.05$).

Conclusion: Children with ASD frequently present with multiple comorbidities, with sleep and anxiety disorders being significantly associated with greater severity of ASD. These findings highlight the importance of early detection and intervention for comorbidities to improve treatment outcomes and quality of life in children with ASD.

Keywords: Comorbidity, autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, sleep disorders, anxiety, children.

*Corresponding author

Email: Drnguyenvandung72@gmail.com Phone: (+84) 905644388 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3369>

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN ĐỒNG MẮC VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ NẶNG Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Nguyễn Văn Dũng^{1*}, Trần Danh Tiến Thịnh¹, Cao Bích Thủy²,
Nguyễn Tiến Hùng¹, Trần Văn Hà¹, Trần Đình Trung², Nguyễn Đắc Quỳnh Anh³,
Võ Văn Chiến¹, Phan Thị Tùng Lâm¹, Thị Thanh Thương¹, Cao Thị Kim Vy¹, Nguyễn Minh Hiếu¹

¹Bệnh viện Phục hồi chức năng Thành phố Đà Nẵng - 79 Đinh Gia Trinh, Hoà Xuân, Hòa Vang, Tp. Đà Nẵng, Việt Nam

²Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, Hải Châu, Tp. Đà Nẵng, Việt Nam

³Trường Y Dược, Đại học Duy Tân - 254 Nguyễn Văn Linh, Thạch Gián, Thanh Khê, Tp. Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 10/09/2025; Ngày duyệt đăng: 22/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm của các rối loạn đồng mắc ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các rối loạn đồng mắc với mức độ nặng của rối loạn phổ tự kỷ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang phân tích được thực hiện trên 105 trẻ từ 2–12 tuổi được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ tại Bệnh viện Phục hồi chức năng thành phố Đà Nẵng (1/2025-8/2025). Các rối loạn đồng mắc được thu thập qua khảo sát lâm sàng, thang điểm CARS để đánh giá mức độ rối loạn phổ tự kỷ. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm R-language 4.1.0.

Kết quả: Rối loạn đồng mắc phổ biến nhất là tăng động giảm chú ý (52,4%) và rối loạn giấc ngủ (45,7%). Ngoài ra, trẻ của rối loạn phổ tự kỷ còn có thể mắc rối loạn ăn uống (28,6%), táo bón (21%) và rối loạn lo âu (13,3%). Phân tích cho thấy rối loạn lo âu có liên quan với mức độ nặng của rối loạn phổ tự kỷ với $OR=4,28$ ($p<0,05$), rối loạn giấc ngủ với $OR=3,53$ ($p<0,05$).

Kết luận: Trẻ rối loạn phổ tự kỷ thường đi kèm với nhiều rối loạn đồng mắc, trong đó rối loạn giấc ngủ và lo âu có liên quan đáng kể đến mức độ nặng của bệnh. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm các rối loạn đồng mắc cho trẻ của rối loạn phổ tự kỷ.

Từ khóa: Rối loạn đồng mắc, rối loạn phổ tự kỷ, tăng động giảm chú ý, rối loạn giấc ngủ, lo âu, trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một rối loạn phát triển thần kinh phức tạp, đặc trưng bởi khiếm khuyết trong giao tiếp xã hội, hành vi lặp đi lặp lại và sở thích hạn hẹp [1]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy RLPTK hiếm khi xuất hiện đơn độc mà thường đi kèm với các rối loạn phát triển thần kinh và rối loạn tâm thần khác. Theo thống kê quốc tế, hơn 70% trẻ mắc RLPTK có ít nhất một rối loạn tâm thần đồng mắc, trong đó khoảng 41% trẻ có từ hai rối loạn đồng mắc trở lên. Sự hiện diện đồng thời của các rối loạn này không chỉ làm phức tạp quá trình chẩn đoán và điều trị, mà còn ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống, khả năng học tập, hành vi và sự phát triển toàn diện của trẻ. Trong số các rối loạn đồng mắc, rối loạn

tăng động giảm chú ý (ADHD) là một trong những tình trạng phổ biến nhất [2]. Cả ADHD và RLPTK đều khởi phát từ giai đoạn đầu đời và có sự giao thoa về biểu hiện hành vi và nhận thức. Tỷ lệ ADHD ở trẻ RLPTK dao động từ 28,2% đến 78%, phụ thuộc vào độ tuổi, giới tính và phương pháp đánh giá. Sự đồng mắc ADHD làm tăng mức độ rối loạn hành vi, suy giảm khả năng chú ý, gây trở ngại đáng kể cho việc tiếp thu tri thức, xử lý thông tin và tương tác xã hội. Ngoài ra, trẻ đồng thời mắc RLPTK và ADHD có nguy cơ cao phát triển các rối loạn tâm thần khác như lo âu, trầm cảm và hành vi tự hủy hoại, làm tăng thêm độ phức tạp trong công tác điều trị [2]. Rối loạn lo âu cũng là một tình trạng đồng mắc phổ biến, với tỷ

*Tác giả liên hệ

Email: Drnguyenvandung72@gmail.com Điện thoại: (+84) 905644388 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3369>

lệ được ghi nhận lên đến 80% ở trẻ RLPTK. Các biểu hiện bao gồm lo âu phân ly, lo âu xã hội và rối loạn ám ảnh cưỡng chế, có thể cản trở quá trình giao tiếp, học tập và điều chỉnh cảm xúc. Nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời, rối loạn lo âu có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng của RLPTK và làm gia tăng nguy cơ phát sinh các vấn đề tâm thần khác như rối loạn giấc ngủ, hành vi gây hấn hoặc trầm cảm. Ngoài ADHD và lo âu, trẻ RLPTK còn có thể mắc đồng thời các rối loạn khác như trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, rối loạn hành vi, thiếu năng trí tuệ và các vấn đề tiêu hóa – miễn dịch – ăn uống. Cụ thể, từ 50–80% trẻ RLPTK gặp khó khăn trong giấc ngủ như khó vào giấc, thức giấc nhiều lần và ngủ không sâu; khoảng 26% có biểu hiện trầm cảm; đồng thời các vấn đề tiêu hóa như táo bón, trào ngược dạ dày – thực quản, hội chứng ruột kích thích và rối loạn ăn uống cũng rất phổ biến.

Việc nhận diện chính xác và đầy đủ các rối loạn đồng mắc ở trẻ RLPTK đóng vai trò thiết yếu trong xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa, giúp nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chức năng tâm lý – xã hội và chất lượng sống của trẻ. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm, tỷ lệ và tác động của các rối loạn đồng mắc ở trẻ RLPTK vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát các rối loạn đồng mắc thường gặp ở trẻ RLPTK đồng thời phân tích mối liên quan giữa các rối loạn đồng mắc với mức độ nặng của RLPTK, từ đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng các chiến lược hỗ trợ lâm sàng và can thiệp toàn diện, hiệu quả hơn cho nhóm đối tượng này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Phục hồi chức năng thành phố Đà Nẵng, thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025.

2.3. Đối tượng tham gia nghiên cứu

Trẻ từ 2-12 tuổi, không phân biệt giới tính được cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý cho tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ mục đích nghiên cứu và thỏa mãn các tiêu chuẩn:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ được chẩn đoán xác định rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn của DSM 5 với các tiêu chí sau:

+ A. Những thiếu hụt dai dẳng trong khả năng giao tiếp xã hội và tương tác xã hội trong nhiều tình huống khác nhau, với những biểu hiện như sau: Thiếu hụt khả năng trao đổi qua lại về cảm xúc-xã hội; Thiếu hụt những hành vi giao tiếp không lời được sử dụng trong tương tác xã hội; Thiếu hụt khả năng xây dựng, duy trì và hiểu được các mối quan hệ.

+ B. Những kiểu mẫu hành vi, sở thích hoặc hoạt động lặp khuôn hay bị giới hạn, với ít nhất hai biểu hiện như sau (hiện tại đang biểu hiện hay trước đây đã biểu hiện): Những động tác vận động, cách sử dụng đồ vật hay lời nói lặp khuôn hoặc lặp đi lặp lại; Khăng khăng yêu cầu những thứ giống nhau, thiếu sự linh động và chỉ muốn làm theo thường quy, hoặc những kiểu mẫu hành vi bằng lời hoặc không lời đã trở thành thói quen; Những sở thích rất giới hạn, gắn kết với cường độ hoặc tập trung bất thường; Tăng phản ứng hoặc giảm phản ứng với các tiếp nhận giác quan hoặc có hứng thú bất thường với những khía cạnh cảm giác/giác quan trong môi trường.

+ C. Những triệu chứng phải xuất hiện trong giai đoạn phát triển sớm

+ D. Các triệu chứng gây ra sự suy giảm có ý nghĩa lâm sàng đối với hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc những lĩnh vực hoạt động quan trọng khác trong hiện tại.

+ E. Những rối loạn này không được giải thích tốt hơn khi quy chúng vào thiếu năng trí tuệ (rối loạn phát triển trí tuệ).

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp cha/mẹ hoặc người giám hộ không có khả năng trả lời theo mẫu phiếu thu thập số liệu.

2.4. Cỡ mẫu – cách chọn mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ với công thức tính

$$n = Z^2 \frac{1-p}{\varepsilon^2 \times p}$$

(với $\alpha=0,05$; $\varepsilon=0,25$; $P=0,385$ [3]) thay vào công thức có cỡ mẫu tối thiểu cần 99.

Kết quả nghiên cứu đã thu thập được 105 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- Cách chọn mẫu: Ngẫu nhiên đơn.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Rối loạn đồng mắc: Tăng động giảm chú ý, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống, táo bón, lo âu, trầm cảm, động kinh, ... rối loạn khác. Các rối loạn được xác định thông qua bảng hỏi phụ huynh do nhóm nghiên cứu xây dựng, tham khảo CBCL (Child Behavior Checklist) và các hướng dẫn lâm sàng (DSM 5), gồm các mục: ADHD (dựa theo Conners short form), lo âu (theo SCARED), rối loạn giấc ngủ (theo Sleep Disturbance Scale for Children), vấn đề ăn uống, táo bón, trầm cảm, động kinh, chậm phát triển trí tuệ. Khám lâm sàng: do bác sĩ phục hồi chức năng, chuyên gia tâm lý lâm sàng ghi nhận. Các rối loạn chỉ được ghi nhận khi thỏa tiêu chí chẩn đoán lâm sàng hoặc có biểu hiện kéo dài ≥ 3 tháng.

- Mức độ nặng của RLPTK: thang điểm CARS được sử

dụng để đánh giá với điểm từ 30–36,5 điểm cho thấy ASD ở mức độ nhẹ và trung bình, điểm > 36,5 điểm cho thấy mức độ nặng [4].

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tham gia nghiên cứu và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận tham gia của cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp. Mọi thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho bất kể mục đích nào khác. Thông tin của đối tượng tham gia nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối. Đề tài đã được thông qua Hội đồng tuyển chọn của Sở khoa học và công nghệ thành phố Đà Nẵng.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu: Thu thập số liệu qua mẫu phiếu thống nhất, nhập dữ liệu dạng file Excel,

xử lý số liệu sử dụng R-language phiên bản 4.1.0. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ %, so sánh sử dụng chi-square test (hoặc Fisher exact test dành cho trường hợp có >20% ô có số đếm kỳ vọng <5). Các biến định lượng mô tả dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Xác định mối liên quan bằng mô hình hồi quy logistic đa biến với biến phụ thuộc là mức độ nặng rối loạn phổ tự kỷ theo phân loại điểm CARS.

3. KẾT QUẢ

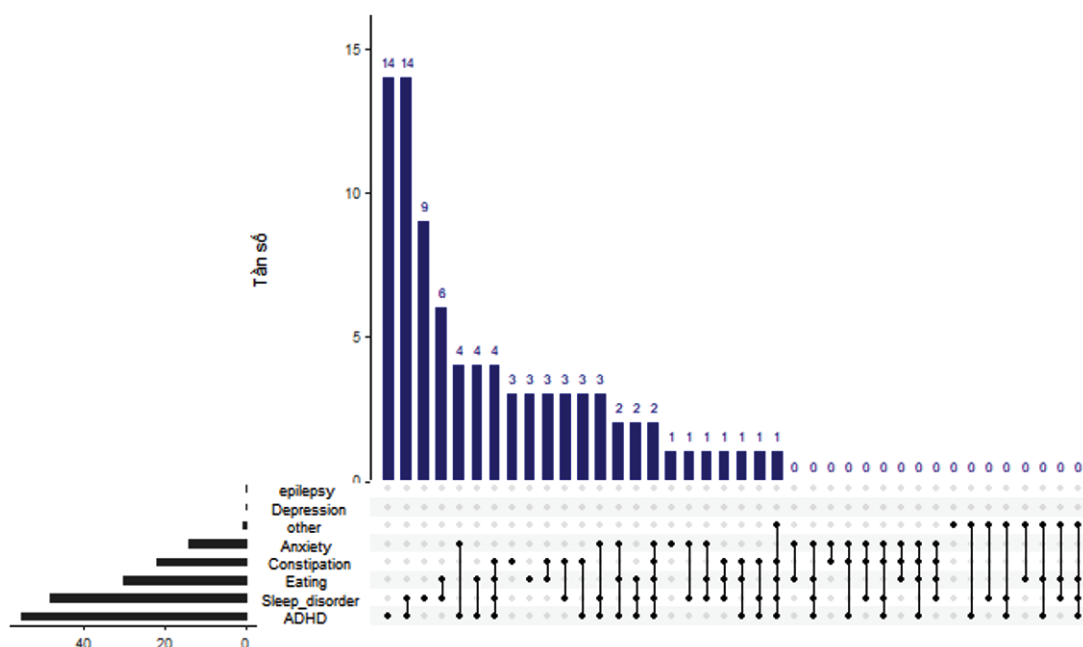
Nghiên cứu đã thu thập số liệu của 105 trẻ được chẩn đoán RLPTK theo DSSM 5 với tuổi trung bình là $3,9 \pm 1,9$ tuổi, trong đó nam giới chiếm 79%, nữ giới chiếm 21% được cha/mẹ và người giám hộ hợp pháp đồng ý cho tham gia nghiên cứu (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, điểm CARS và các rối loạn đồng mắc ở trẻ RLPTK

Đặc điểm		Tổng số (N = 105 ¹)	Nam (N = 83 ¹)	Nữ (N = 22 ¹)	p- value ²
Tuổi (năm)		3,91 (1,95)	3,8(1,9)	4,18 (2,15)	0,507
Điểm CARS: $\bar{X} \pm SD$		33,7(5,0)	33,8(5,1)	33,3(4,6)	0,23
Rối loạn đồng mắc	Tăng động giảm chú ý	55 (52,4)	46,0 (55,4)	9,0 (40,9)	0,23
	Rối loạn giấc ngủ	48(45,7)	39(47,0)	9(40,9)	0,61
	Rối loạn ăn uống	30(28,6)	27(32,5)	3(13,6)	0,081
	Táo bón	22(21,0)	19(22,9)	3(13,6)	0,56
	Rối loạn lo âu	14(13,3)	10(12,0)	4(18,2)	0,49
	Trầm cảm	0(0)	0(0)	0(0)	> 0,99
	Động kinh	0(0)	0(0)	0(0)	> 0,99
	Khác	1(1,0)	1(1,2)	0(0)	> 0,99

1: n (%) or $\bar{X} \pm SD$; 2: Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

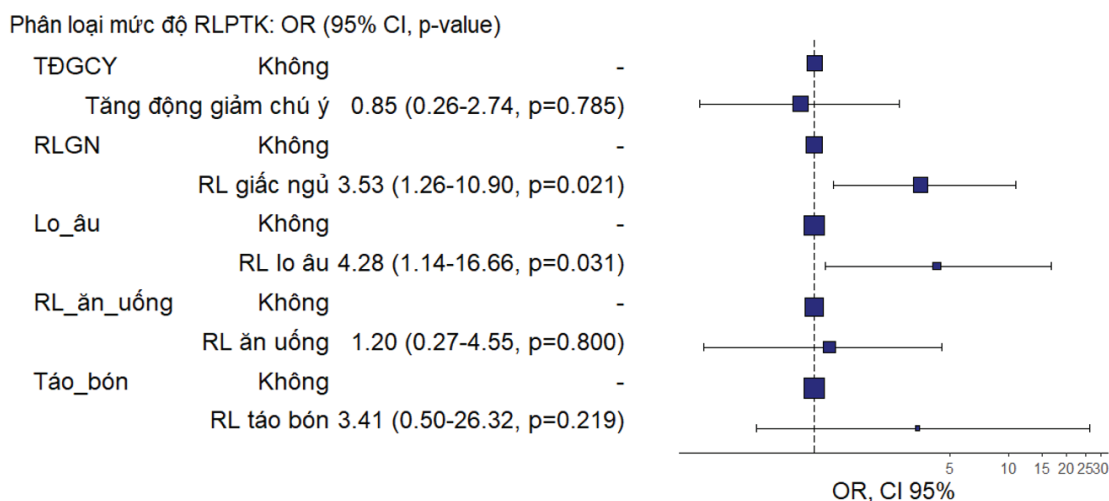
Kết quả nghiên cứu cho thấy tăng động giảm chú ý và rối loạn giấc ngủ là hai rối loạn đồng mắc thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 52,4% và 45,7%. Không có sự khác biệt thống kê giữa hai giới ($p > 0,05$). Các rối loạn đồng mắc khác như rối loạn về ăn uống (28,6%), rối loạn táo bón (21,0%), rối loạn lo âu (13,3%), và không nhận thấy trường hợp nào trầm cảm, động kinh.



*Epilepsy- Động kinh; Depression-Trầm cảm; Anxiety- Rối loạn lo âu; ADHD-tăng động giảm chú ý;
Sleep disorder: rối loạn giấc ngủ; Eating- Rối loạn ăn uống; Constipation-Táo bón*

Hình 1. Đặc điểm phân bố rối loạn đồng mắc

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số trẻ có ít nhất một rối loạn đồng mắc, trong đó rối loạn giấc ngủ và tăng động giảm chú ý là hai rối loạn đồng mắc có xu hướng xuất hiện đơn lẻ, còn lại các rối loạn đồng mắc khác có xu hướng mắc kết hợp với nhau (hình 1).



TĐGCY- -tăng đông giảm chú ý; RLGN- rối loạn giấc ngủ

Hình 2. Mối liên quan giữa rối loạn đồng mắc với mức độ RLPTK

Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn lo âu và rối loạn giấc ngủ có nguy cơ gia tăng mức độ nặng của trẻ RLPTK theo phân loại điểm CARS. Cụ thể trẻ có rối loạn lo âu có nguy cơ mắc RLPTK mức độ nặng cao gấp 4,28 lần (95%KTC từ 1,14 đến 16,66) so với trẻ không rối loạn lo âu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Rối loạn giấc ngủ làm gia tăng nguy cơ RLPTK mức độ nặng cao gấp 3,53 lần (95%KTC từ 1,26 đến 10,90), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các rối loạn đồng mắc khác, kết quả phân tích cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (hình 2).



4. BÀN LUẬN

Các rối loạn như tăng động giảm chú ý, rối loạn lo âu, trầm cảm, và rối loạn giấc ngủ không chỉ tăng cường mức độ của các triệu chứng rối loạn phổ tự kỷ mà còn làm phức tạp việc điều trị. Ví dụ, tăng động giảm chú ý có thể làm tăng khó khăn trong giao tiếp, học tập và hành vi xã hội, trong khi rối loạn lo âu và trầm cảm có thể làm trầm trọng thêm vấn đề về cảm xúc và hành vi. Rối loạn giấc ngủ cũng làm tăng các thách thức về hành vi và sức khỏe thể chất. Sự tồn tại của những rối loạn đồng mắc này yêu cầu cần có sự can thiệp chuyên sâu hơn, tích hợp nhiều phương pháp điều trị khác nhau để đối phó với cả rối loạn phổ tự kỷ và các rối loạn kèm theo. Việc nhận diện và điều trị kịp thời các rối loạn đồng mắc là quan trọng trong việc tối ưu hóa hiệu quả can thiệp cho rối loạn phổ tự kỷ.

Kết quả nghiên cứu này phát hiện rối loạn giấc ngủ (45,7%), tăng động giảm chú ý (52,4%) là hai rối loạn thường gặp nhất. Ngoài ra một số rối loạn thường gặp khác là rối loạn ăn uống (28,6%), táo bón (21%), rối loạn lo âu (13,3%), không ghi nhận trường hợp nào trầm cảm và động kinh, ngoài ra đa số trẻ có ít nhất một rối loạn đồng mắc, song mức độ phổ biến khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như một số nghiên cứu khác như kết quả báo cáo tổng hợp 63 nghiên cứu cho thấy tăng động giảm chú ý là rối loạn phổ biến thường gặp nhất trên trẻ rối loạn phổ tự kỷ với tỷ lệ hiện mắc trung bình khoảng 38,5% (95%KTC từ 34-43,2%) [3]. Tương tự như vậy, kết quả khảo sát trên 42.564 đối tượng mắc rối loạn phổ tự kỷ tại Hoa Kỳ (1999-2019) kết quả cho thấy rối loạn tăng động giảm chú ý là rối loạn đồng mắc thường gặp nhất (35,3%), tiếp theo là rối loạn lo âu và rối loạn giấc ngủ [5]. Theo Margaret (2010) rối loạn giấc ngủ là rối loạn thường gặp trong các rối loạn tâm thần với tỷ lệ hiện mắc dao động từ 40-80% với các rối loạn như khó ngủ, ngủ ít, duy trì giấc ngủ. Cơ chế được cho là liên quan đến melatonin dẫn tới thay đổi nhịp thức ngủ và chất lượng giấc ngủ [6]. Tuy nhiên, có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ mắc các bệnh đi kèm: tăng động giảm chú ý (0,00-86,00%), lo âu (0,00-82,20%), rối loạn trầm cảm (0,00-74,80%), động kinh (2,80-77,50%), IQ thấp (0,00-91,70%), rối loạn giấc ngủ (2,08-72,50%), suy giảm/mất thị lực/thính lực (0,00-14,90%/0,00-4,90%) và hội chứng đường tiêu hóa (0,00-67,80%) [7]. Sự khác biệt về mức độ phổ biến các rối loạn đồng mắc trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do sự khác biệt về độ tuổi đối tượng tham gia nghiên cứu, trong khi các rối loạn như trầm cảm thường xuất hiện ở độ tuổi muộn hơn, ngoài ra có thể do sự chồng lấn các triệu chứng. Bên cạnh đó các nghiên cứu không đồng nhất về thiết kế và phương pháp ước tính tỷ lệ mắc bệnh, ngoài ra điều này còn cho thấy rối loạn phổ tự kỷ không phải là một rối loạn thuần nhất mà là bao gồm nhiều cơ

chế bệnh sinh khác nhau.

Phát hiện quan trọng thứ hai của nghiên cứu này đó là có mối liên quan giữa các rối loạn đồng mắc với mức độ nặng của triệu chứng rối loạn phổ tự kỷ, cụ thể nghiên cứu này cho thấy trẻ rối loạn phổ tự kỷ mắc kèm rối loạn giấc ngủ và rối loạn lo âu có nguy cơ tăng nặng triệu chứng cao hơn so với trẻ không mắc. Mối liên hệ giữa các rối loạn đồng mắc và mức độ trầm trọng của triệu chứng rối loạn phổ tự kỷ không chỉ gợi ý về mối quan hệ nhân quả tiềm tàng mà sự phức tạp trong cơ chế bệnh sinh. Trẻ mắc rối loạn lo âu và rối loạn giấc ngủ có thể bị suy giảm chức năng điều hòa cảm xúc, khả năng giao tiếp và hành vi thích nghi những lĩnh vực vốn đã bị ảnh hưởng trong rối loạn phổ tự kỷ. Do đó, việc chẩn đoán và điều trị đồng thời các rối loạn này một cách thường quy là cần thiết nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống và tăng hiệu quả can thiệp cho trẻ tự kỷ [8],[9].

Nghiên cứu này tồn tại các hạn chế chính cần được quan tâm, đầu tiên đó là sự hạn chế về cỡ mẫu và địa điểm nghiên cứu đòi hỏi cần có sự tham gia ở nhiều mẫu hơn, thứ hai là độ tuổi đối tượng tham gia nghiên cứu giới hạn, chưa phản ánh đầy đủ các rối loạn có thể xuất hiện muộn hơn. Ngoài ra, nghiên cứu này sử dụng dữ liệu dựa vào các phương pháp đo lường lâm sàng, thiếu các dữ liệu khách quan dựa trên các dấu ấn sinh học.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy trẻ rối loạn phổ tự kỷ có nhiều rối loạn mắc kèm như rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn giấc ngủ, lo âu, rối loạn ăn uống. Trong đó rối loạn giấc ngủ và rối loạn lo âu có mối liên quan với mức độ nặng của trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

LỜI CẢM ƠN

Cảm ơn tất cả các cộng tác viên đã hỗ trợ nhóm nghiên cứu thu thập số liệu. Nhóm tác giả gửi lời cảm ơn tới 105 cha/mẹ người giám hộ của trẻ tham gia đã cung cấp số liệu phục vụ nghiên cứu.

TÀI TRỢ

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Ủy ban nhân dân thành phố Đà Nẵng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] O. Ousley and T. Cermak, 2014, Autism spectrum disorder: defining dimensions and subgroups, Current developmental disorders reports, vol. 1, no. 1, pp. 20-28.
- [2] T. Hirvikoski, E. Mittendorfer-Rutz, M. Boman,

- H. Larsson, P. Lichtenstein, and S. Bölte, 2016, Premature mortality in autism spectrum disorder, *The British Journal of Psychiatry*, vol. 208, no. 3, pp. 232–238.
- [3] Y. Rong, C.-J. Yang, Y. Jin, and Y. Wang, 2021, Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis, *Research in Autism Spectrum Disorders*, vol. 83, p. 101759.
- [4] K. A. Mick, Diagnosing autism: comparison of the childhood autism rating scale (CARS) and the autism diagnostic observation schedule (ADOS). Wichita State University, College of Liberal Arts and Sciences.
- [5] V. Khachadourian et al., 2023, Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies, *Translational Psychiatry*, vol. 13, no. 1, p. 71.
- [6] M. L. Bauman, 2010, Medical comorbidities in autism: challenges to diagnosis and treatment, *Neurotherapeutics*, vol. 7, no. 3, pp. 320–327.
- [7] C. Bougeard, F. Picarel-Blanchot, R. Schmid, R. Campbell, and J. Buitelaar, 2021, Prevalence of autism spectrum disorder and co-morbidities in children and adolescents: a systematic literature review, *Frontiers in psychiatry*, vol. 12, p. 744709.
- [8] D. Plesa Skwerer, R. M. Joseph, B. Eggleston, S. R. Meyer, and H. Tager-Flusberg, 2019, Prevalence and correlates of psychiatric symptoms in minimally verbal children and adolescents with ASD, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, p. 43.
- [9] J. Jang and J. L. Matson, 2015, Autism Severity as a Predictor of Comorbid Conditions, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, vol. 27, no. 3, pp. 405–415.

