

ASSESSMENT OF TIC DISORDERS USING THE YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE (YSTSS) AMONG CHILDREN ATTENDING NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2025

Le Vu Tung Lam^{1*}, Truong Nguyen Xuan Quynh¹, Nguyen Mai Huong²

¹Vin University - Vinhomes Ocean Park, Da Ton, Gia Lam, Hanoi

²National Children's Hospital - 18 lane 879, La Thành Street, Lang, Hanoi

Received: 26/12/2025

Revised: 03/01/2026; Accepted: 23/02/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the severity of tic disorders using the Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) and to examine factors associated with tic severity among children attending the National Children's Hospital in 2025.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 176 patients under 18 years of age diagnosed with tic disorders according to ICD-10 criteria. All participants had not received pharmacological or psychological treatment for tic disorders prior to enrollment. Tic severity was assessed using the YGTSS. Data were managed and analyzed using RStudio software.

Results: Boys accounted for 75% of the sample, with a male-to-female ratio of 3:1. The mean age at diagnosis was 6.60 ± 2.63 years. Most patients were diagnosed with transient tic disorder (72.2%). The mean Total Tic Severity Score was 16.34 ± 7.01 , the mean impairment score was 16.64 ± 6.62 , and the mean global YGTSS score was 30.0 ± 11.2 . No significant difference in tic severity was found between sexes. Age at diagnosis and duration of illness were positively associated with tic severity. Children with comorbid conditions, particularly attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, had significantly higher YGTSS scores than those without comorbidities ($p < 0.05$).

Conclusions: Tic disorders in children present with varying degrees of severity and functional impairment. The YGTSS is a valuable tool for comprehensive assessment of tic severity and functional impact. A holistic approach to the evaluation and management of tic disorders, including early detection and assessment of comorbid conditions, is essential to reduce clinical burden and improve outcomes.

Keywords: tic disorders, Tourette, YGTSS.

*Corresponding author

Email: vutunglamfibt@gmail.com Phone: (+84) 332252787 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4414>

ĐÁNH GIÁ CÁC RỐI LOẠN TIC THEO THANG YALE ĐO MỨC ĐỘ NẶNG TỔNG QUÁT CỦA TIC (YGTSS) Ở TRẺ EM ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2025

Lê Vũ Tùng Lâm^{1*}, Trương Nguyễn Xuân Quỳnh¹, Nguyễn Mai Hương²

¹Đại học Vin University – Vinhomes OceanPark, Đa Tốn, Gia Lâm, Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương - Số 18, ngõ 879, đường La Thành, phường Láng, Hà Nội

Ngày nhận: 26/12/2025

Ngày sửa: 03/01/2026; Ngày đăng: 23/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ nặng của các rối loạn tic theo thang Yale đo mức độ nặng tổng quát của tic (YGTSS) và nhận xét một số yếu tố liên quan ở trẻ em đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 176 trẻ em dưới 18 tuổi được chẩn đoán mắc rối loạn tic theo tiêu chuẩn ICD-10, đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025, chưa được điều trị tic bằng các liệu pháp dược lý hoặc tâm lý. Mức độ nặng của tic và ảnh hưởng chức năng được đánh giá bằng thang YGTSS do bác sĩ thực hiện. Các đặc điểm lâm sàng và mối liên quan giữa điểm YGTSS với một số yếu tố như giới, tuổi chẩn đoán và thời gian mắc bệnh, rối loạn đồng mắc được phân tích bằng phần mềm RStudio.

Kết quả: Trẻ nam chiếm đa số (75,0%), với tỷ lệ nam/nữ là 3:1. Độ tuổi chẩn đoán trung bình là $6,60 \pm 2,63$ tuổi; thời gian mắc bệnh trung bình là $0,64 \pm 0,86$ năm. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn tic nhất thời (72,2%). Tổng điểm mức độ tic theo YGTSS trung bình là $16,34 \pm 7,01$, điểm suy giảm chức năng trung bình là $16,64 \pm 6,62$ và điểm mức độ nặng tổng thể trung bình là $30,0 \pm 11,2$. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ nặng của tic theo giới. Tuổi chẩn đoán và thời gian mắc bệnh có mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của tic. Trẻ có các rối loạn đồng mắc, đặc biệt là tăng động giảm chú ý, tự kỷ, có điểm YGTSS trung bình cao hơn rõ rệt so với nhóm không đồng mắc ($p < 0,05$).

Kết luận: Các rối loạn tic ở trẻ em có mức độ nặng và ảnh hưởng chức năng đa dạng. Thang YGTSS là công cụ hữu ích giúp đánh giá toàn diện mức độ nặng và suy giảm chức năng của tic. Việc đánh giá rối loạn tic cần được thực hiện theo cách tiếp cận toàn diện, chú trọng phát hiện sớm và quản lý các rối loạn đồng mắc nhằm giảm gánh nặng lâm sàng cho trẻ.

Từ khóa: rối loạn tic, Tourette, YGTSS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tic là một nhóm rối loạn thần kinh đặc trưng bởi các cử động hoặc âm thanh đột ngột, lặp lại, không nhịp nhàng và khó kiểm soát được [1]. Biểu hiện lâm sàng của tic bao gồm tic vận động và tic âm thanh, trong đó tic vận động có thể là các chuyển động như chớp mắt, nhăn mặt, hoặc lắc đầu, còn tic âm thanh thường bao gồm các âm thanh như hắng giọng, ho khan, hoặc tiếng kêu không có nghĩa... Các biểu hiện tic thường khởi phát ở trẻ 3-8 tuổi [2]. Trẻ nam mắc các rối loạn tic cao hơn so với trẻ nữ trong hầu hết các nghiên cứu, với tỷ lệ dao động từ 10:1 đến 3:1 [3], [4], [5]. Theo hệ thống phân loại ICD-10, các rối loạn tic gồm: rối loạn tic nhất thời, rối loạn tic vận động hoặc âm thanh mạn tính và hội chứng Tourette. Trong một số trường hợp, tic có thể diễn biến lành tính trong một thời gian ngắn, nhưng ngược lại, cũng có không ít trẻ em có

biểu hiện tic kéo dài, dao động hoặc tiến triển nặng hơn, gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng học tập, hành vi, cảm xúc và chất lượng cuộc sống. Một số các yếu tố khác như các bệnh đồng mắc, mức độ tập trung, nghỉ ngơi, hành động khuyến khích trẻ cũng đã được chứng minh làm thay đổi mức độ nặng của tic [6].

Trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam, việc đánh giá các rối loạn tic ở trẻ em vẫn còn gặp nhiều khó khăn, do quá trình thăm khám thường tập trung chủ yếu vào việc mô tả các triệu chứng tic đơn lẻ mà chưa chú trọng đầy đủ đến mức độ nặng tổng thể, sự dao động của triệu chứng theo thời gian và đặc biệt là ảnh hưởng chức năng do tic gây ra. Cách tiếp cận này có thể dẫn đến việc đánh giá chưa toàn diện gánh nặng lâm sàng của rối loạn tic, làm hạn chế khả năng theo dõi tiến triển bệnh và xây dựng chiến lược can

*Tác giả liên hệ

Email: vutunglamflbt@gmail.com Điện thoại: (+84) 332252787 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4414>

thiệt phù hợp. Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) là thang đo do bác sĩ thực hiện, được sử dụng rộng rãi trên thế giới như công cụ tiêu chuẩn để lượng giá mức độ nặng của các rối loạn tic. Thang đo này cho phép đánh giá có hệ thống các khía cạnh lâm sàng chính của tic vận động và tic âm thanh, đồng thời bao gồm một mục riêng phản ánh mức độ suy giảm chức năng do tic gây ra [7]. Nhờ đó, YGTSS không chỉ giúp lượng hóa mức độ triệu chứng mà còn cung cấp thông tin quan trọng về tác động lâm sàng thực sự của rối loạn tic đối với đời sống hằng ngày của trẻ.

Tại Việt Nam, hiện đang thiếu vắng những đánh giá hệ thống về mức độ nặng và ảnh hưởng chức năng theo thang YGTSS ở trẻ em mắc các rối loạn tic. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá các rối loạn tic theo thang Yale đo mức độ nặng tổng quát của tic (YGTSS) ở trẻ em đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2025”, với hai mục tiêu là mô tả mức độ nặng của các rối loạn tic theo thang đo YGTSS và nhận xét một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng theo YGTSS.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: Bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương, được chẩn đoán mắc một trong các rối loạn tic theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10, bao gồm: F95.0: Rối loạn tic nhất thời; F95.1: Rối loạn tic vận động hoặc âm thanh mãn tính; F95.2: Hội chứng Tourette.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tuổi dưới 18.

+ Chưa được điều trị tic bằng các liệu pháp dược lý hoặc tâm lý.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Trẻ có những tổn thương thực thể hệ thần kinh trung ương và ngoại biên.

+ Trẻ đang sử dụng các thuốc hướng thần.

+ Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần và phòng khám chuyên khoa Sức khỏe vị thành niên, Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025. Trên thực tế, nghiên cứu đã thu nhận được 176 bệnh nhân.

- Công cụ nghiên cứu: Thang YALE đo mức độ nặng tổng quát của tic (YGTSS) là một công cụ đánh giá do bác sĩ thực hiện thông qua phỏng vấn và quan sát lâm sàng, các bác sĩ và nghiên cứu viên đã được đào tạo về cấu trúc cũng như cách dung thang điểm YGTSS nhằm lượng giá tổng quát về nhiều khía cạnh liên quan mức độ nặng của bệnh nhân mắc các rối loạn tic. Về cấu trúc, thang YGTSS

gồm hai tiểu thang đánh giá riêng rẽ tic vận động và tic âm thanh, mỗi tiểu thang bao gồm 5 khía cạnh đánh giá: (1) số lượng, (2) tần suất, (3) cường độ, (4) mức độ phức tạp và (5) mức độ gây trở ngại. Mỗi khía cạnh được chấm điểm từ 0 đến 5. Tổng điểm mức độ tic được tính bằng tổng điểm của tic vận động và tic âm thanh, dao động từ 0 đến 50. Ngoài ra, YGTSS còn có một mục riêng đánh giá mức độ suy giảm chức năng do tic gây ra, được chấm điểm từ 0 đến 50. Điểm tổng của YGTSS, hay còn gọi mức độ nặng tổng thể, được tính bằng cách cộng điểm hai mục này. Tổng điểm càng cao tương ứng với mức độ nặng của rối loạn tic càng cao. Trên thế giới, các nghiên cứu đã chứng minh thang YGTSS có tính tin cậy cao, với chỉ số Cronbach's alpha dao động từ 0,93 đến 0,99. Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu sử dụng YGTSS trong đánh giá và phân tích các yếu tố liên quan tới các triệu chứng lâm sàng của tic.

- Các biến số và chỉ số nghiên cứu: Giới tính, tuổi khởi phát, tuổi chẩn đoán bệnh, các triệu chứng tic, các khía cạnh về mức độ nặng của tic theo YGTSS.

2.3. Phân tích số liệu: Chúng tôi sử dụng phần mềm nhập và quản lý số liệu trên Red Cap. Lưu trữ, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Rstudio. Các biến số phân loại sẽ được thống kê mô tả và so sánh tỉ lệ, các biến số liên tục được thống kê và tính trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị trung bình...

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào các phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người cha mẹ hoặc người giám hộ trẻ em tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân sẽ được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương (số IRB - VN01037/IRB00011976/FWA00028418).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	132	75,0
	Nữ	44	25,0
Tuổi khởi phát	Từ 6 tuổi trở xuống	71	40,3
	Từ 6-11 tuổi	97	55,1
	Trên 11 tuổi	8	4,5
Tuổi trung bình (năm)	6,60 ± 2,63		
Chẩn đoán	Rối loạn tic nhất thời	127	72,2
	Rối loạn tic mãn tính	34	19,3
	Hội chứng Tourette	15	8,5
Thời gian mắc bệnh (năm)	0,64 ± 0,86		

Nhận xét: Trẻ nam mắc các rối loạn tic chiếm 75%, tỷ lệ giữa nam và nữ là 3:1. Hầu hết bệnh nhân tic đến khám lần đầu là dưới 12 tuổi, trong đó trẻ dưới 6 tuổi chiếm

45,5% và trẻ 6-11 tuổi chiếm 52,3%. Phần lớn trẻ em được chẩn đoán mắc rối loạn tic nhất thời (72,2%), trong khi rối loạn tic mãn tính (19,3%) và hội chứng Tourette (8,5%) chiếm tỷ lệ thấp hơn.

3.2. Mức độ nặng của tic theo YGTSS

Bảng 2. Điểm thành phần các mức độ nặng của tic theo YGTSS

	Điểm cao nhất	Điểm thấp nhất	Điểm trung bình (độ lệch chuẩn)
Mức độ tic vận động	16	0	11,31 (4,16)
Mức độ tic âm thanh	21	0	5,05 (5,06)
Tổng điểm mức độ tic	37	7	16,34 (7,01)
Mức độ suy giảm chức năng	40	10	16,64 (6,62)
Mức độ nặng tổng thể	77	17	30 (11,2)

Nhận xét: Tic vận động có điểm trung bình cao hơn tic âm thanh (11,31±4,16 so với 5,05±5,06). Tổng điểm mức độ Tic đạt 16,34±7,01, kèm mức suy giảm chức năng 16,64±6,62. Điểm mức độ nặng tổng thể trung bình 30,0±11,2.

Bảng 3. So sánh mức độ nặng của tic theo YGTSS theo giới

	Nam		Nữ		p
	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	
Mức độ suy giảm chức năng	13,56	6,44	13,86	7,22	0,803
Mức độ nặng tổng thể	29,48	10,53	31,5	13,16	0,2772

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa nam và nữ trong mức độ nặng của Tic theo thang điểm YGTSS.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuổi chẩn đoán, thời gian mắc bệnh và mức độ nặng tic theo YGTSS

	B (SE)	95%CI	p
Tuổi chẩn đoán	0,04	0,02 – 0,058	0,0004
Thời gian mắc bệnh	0,128	0,08 – 0,18	0,031

R2 = 0,202

Nhận xét: Sau khi biến đổi log(YGTSS + 1), tuổi chẩn đoán và thời gian mắc bệnh (tính theo năm) đều có mối liên quan độc lập với mức độ nặng tic. Mỗi tăng 1 năm tuổi chẩn đoán liên quan đến tăng khoảng 4% điểm YGTSS, trong khi mỗi tăng 1 năm thời gian mắc bệnh liên quan đến tăng khoảng 14% điểm YGTSS.

Bảng 5.1 Mối liên quan giữa các rối loạn đồng mắc và mức độ nặng của tic theo YGTSS

Rối loạn đồng mắc		Số lượng	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Tăng động giảm chú ý	Có	33	36,0	13,0	< 0,001
	Không	143	24,0	13,0	
Tự kỷ	Có	8	34,5	17,0	0,047
	Không	168	28,0	15,3	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ nặng của tic theo YGTSS theo tình trạng rối loạn đồng mắc. Cụ thể, trẻ có rối loạn tic mà mắc kèm theo rối loạn tăng động

giảm chú ý, tự kỷ, hoặc lo âu đều có điểm YGTSS trung bình cao hơn rõ rệt so với nhóm không kèm theo các rối loạn này với p<0,05.

Bảng 5.2 Mối liên quan giữa trẻ mắc ADHD và điểm Total Tic Score và Impairment Score

	Số lượng	Median	IQR	P
Total Tic Score				
Trẻ có mắc ADHD	33	22	15-26	< 0.001
Trẻ không mắc ADHD	143	12	10-19	
Impairment Score				
Trẻ có mắc ADHD	33	20	10-20	<0,001
Trẻ không mắc ADHD	143	10	10	

*ADHD: Tăng động giảm chú ý

Nhận xét: Trẻ mắc ADHD có mức độ nặng tic và mức độ ảnh hưởng chức năng cao hơn rõ rệt so với nhóm không mắc ADHD. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê theo kiểm định Mann–Whitney U (p < 0,001 cho cả hai chỉ số)

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các rối loạn tic ở trẻ em đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương có biểu hiện đa dạng về mức độ nặng và ảnh hưởng chức năng khi được đánh giá bằng thang YGTSS. Phần lớn đối tượng nghiên cứu là trẻ nam, với tỷ lệ nam/nữ là 3:1, phù hợp với nhận định chung trong y văn rằng rối loạn tic và hội chứng Tourette gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái [1]. Về độ tuổi, đa số trẻ trong nghiên cứu được chẩn đoán ở lứa tuổi dưới 12, với tuổi chẩn đoán trung bình là 6,60 ± 2,63. Kết quả này phù hợp với đặc điểm khởi phát sớm của rối loạn tic được mô tả trong nhiều nghiên cứu trước đây, cho thấy tic thường xuất hiện trong giai đoạn đầu của thời thơ ấu và có xu hướng dao động theo thời gian. Knight (2012) đã báo cáo rằng 93% trẻ em bị rối loạn tic bắt đầu có triệu chứng trước 10 tuổi, với độ tuổi khởi phát trung bình vào khoảng 6–7 tuổi [8]. Một số nghiên cứu ghi nhận tic thường đạt mức độ nặng nhất ở lứa tuổi học đường trước khi giảm dần khi trẻ bước vào tuổi vị thành niên [1]. Việc phần lớn trẻ được đưa đến khám ở giai đoạn sớm có thể phản ánh sự quan tâm ngày càng tăng của gia đình đối với các biểu hiện bất thường về vận động và hành vi ở trẻ.

Khi đánh giá mức độ nặng của tic bằng thang YGTSS, nghiên cứu ghi nhận điểm tic vận động trung bình cao hơn tic âm thanh. Kết quả này phù hợp với thực hành lâm sàng, khi các tic vận động như nháy mắt, nhăn mặt hoặc lắc đầu thường dễ nhận biết hơn và là lý do chính khiến gia đình đưa trẻ đi khám. Đồng thời, các nghiên cứu cũng cho thấy tic vận động thường xuất hiện sớm hơn, đa dạng hơn và chiếm ưu thế so với tic âm thanh trong giai đoạn đầu của bệnh. Leckman (1998) mô tả rằng tic vận động đơn giản, như chớp mắt và nhăn mặt, là những biểu hiện phổ biến nhất ở trẻ em, với tic âm thanh như ho và ngửi xuất hiện sau đó [7]. Một nghiên cứu của Jankovic (2001) xác nhận rằng tic phức tạp ít phổ biến hơn, và tic vận động thường bắt đầu ở các cơ mặt, như mắt và miệng [10]. Cũng theo nghiên cứu của Cohen, Leckman và Bloch (2009), tic âm

thanh thường xuất hiện sau các tic vận động và thường là các âm thanh không ngôn ngữ, chẳng hạn như hắng giọng, khịt hoặc thở hỗn hển [9], [11]. Các tic phức tạp, bao gồm tic ngôn ngữ và các động tác phối hợp, ít gặp hơn ở trẻ em và thường chỉ xuất hiện khi bệnh kéo dài hoặc nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng điểm mức độ tic theo YGTSS đạt trung bình $16,34 \pm 7,01$, kèm theo điểm suy giảm chức năng trung bình $16,64 \pm 6,62$, cho thấy rối loạn tic không chỉ biểu hiện bằng các triệu chứng vận động hoặc âm thanh đơn lẻ mà còn gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng học tập, hành vi và sinh hoạt hằng ngày của trẻ. Leckman và cộng sự ghi nhận rằng mặc dù mức độ nặng của tic có thể dao động theo thời gian, điểm suy giảm chức năng mới là yếu tố phản ánh rõ nhất gánh nặng lâm sàng và nhu cầu can thiệp [1]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa điểm suy giảm chức năng của YGTSS với các khó khăn học tập, vấn đề hành vi và suy giảm chất lượng cuộc sống ở trẻ mắc rối loạn tic [12]. Trên cơ sở đó, nhiều hướng dẫn thực hành khuyến cáo rằng quyết định can thiệp ở trẻ mắc rối loạn tic nên dựa chủ yếu vào mức độ suy giảm chức năng hơn là chỉ dựa vào sự hiện diện hoặc số lượng tic, đặc biệt trong các trường hợp tic mức độ nhẹ đến trung bình [13]. Việc sử dụng YGTSS cho phép lượng giá đồng thời mức độ nặng của triệu chứng và mức suy giảm chức năng, từ đó phản ánh toàn diện hơn gánh nặng bệnh tật. Trong bối cảnh thực hành lâm sàng tại Việt Nam, kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tích hợp đánh giá mức suy giảm chức năng vào quy trình khám và theo dõi trẻ mắc rối loạn tic. Việc áp dụng YGTSS không chỉ giúp chuẩn hóa đánh giá mức độ nặng, mà còn hỗ trợ phân tầng nguy cơ, lựa chọn thời điểm can thiệp phù hợp và theo dõi đáp ứng điều trị một cách khách quan hơn.

Nghiên cứu không chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa giữa nam và nữ ở cả điểm suy giảm chức năng và mức độ nặng tổng thể theo YGTSS. Kết quả này gợi ý mặc dù rối loạn tic phổ biến hơn ở trẻ nam, nhưng khi đã biểu hiện lâm sàng và được đưa đến khám tại cơ sở chuyên khoa, gánh nặng triệu chứng và ảnh hưởng chức năng có thể tương đương giữa hai giới. Khác với yếu tố giới tính, kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi chẩn đoán có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của tic, trong đó trẻ được chẩn đoán ở độ tuổi lớn hơn có xu hướng điểm YGTSS cao hơn. Kết quả này có thể liên quan tới đặc điểm diễn tiến tự nhiên của rối loạn tic, đồng thời nhà lâm sàng cần phân biệt rõ giữa tuổi chẩn đoán và tuổi khởi phát. Các rối loạn tic thường khởi phát sớm, trung bình khoảng 4–6 tuổi, nhưng mức độ nặng của tic thường đạt đỉnh ở lứa tuổi học đường, khoảng 10–12 tuổi. Theo kết luận của Sambrani (2016) mức độ nặng của tic không bị ảnh hưởng bởi tuổi khởi phát [14]. Đồng thời nghiên cứu so sánh khởi phát rất sớm (<4 tuổi) với khởi phát muộn hơn (6–8 tuổi) của Richer (2015) cũng cho thấy khởi phát sớm không liên quan có ý nghĩa với mức độ nặng, mà khác biệt chủ yếu ở một số đặc điểm triệu chứng [15]. Do đó, việc trẻ được chẩn đoán ở độ tuổi lớn hơn có thể phản ánh tình trạng các triệu chứng đã kéo dài, dao động hoặc tiến triển đến giai đoạn nặng hơn. Cách diễn giải này được củng cố bởi kết quả của chúng tôi khi ghi nhận thời gian mắc bệnh có mối liên quan thuận có ý nghĩa với mức độ nặng của tic: tăng 1 năm thời gian

mắc bệnh liên quan đến tăng trung bình 2,99 điểm YGTSS ($p = 0,031$). Như vậy, việc phát hiện sớm các biểu hiện tic khởi phát ở trẻ nhỏ, rút ngắn khoảng trễ chẩn đoán có thể hạn chế nguy cơ gia tăng mức độ nặng cũng như suy giảm chức năng ở các giai đoạn sau.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các rối loạn đồng mắc có liên quan tới mức độ nặng của tic theo YGTSS, trong đó mối liên quan rõ rệt nhất được ghi nhận ở trẻ có kèm theo rối loạn tăng động giảm chú ý. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác khi chỉ ra tăng động giảm chú ý không chỉ là rối loạn đồng mắc phổ biến nhất mà còn liên quan tới mức độ nặng hơn của tic và suy giảm chức năng rõ rệt hơn. Bloch (2009) cho rằng các triệu chứng ADHD như giảm chú ý, bốc đồng và khó kiểm soát hành vi có thể làm gia tăng mức độ cản trở trong học tập và sinh hoạt, từ đó làm tăng điểm suy giảm chức năng và tổng điểm YGTSS, ngay cả khi mức độ biểu hiện tic không tăng tương ứng [16]. Đối với rối loạn khác là tự kỷ cũng cho kết quả tương tự, trẻ có điểm YGTSS trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm đồng mắc so với không đồng mắc. Do vậy, việc đánh giá và điều trị các rối loạn tic ở trẻ em cần được thực hiện theo tiếp cận toàn diện, trong đó chú tới sàng lọc và can thiệp các rối loạn đồng mắc, nhằm góp phần làm giảm mức độ nặng và suy giảm chức năng của tic.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các rối loạn tic ở trẻ em đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương có mức độ nặng và ảnh hưởng chức năng đa dạng khi được đánh giá bằng thang YGTSS. Trẻ nam chiếm đa số, tuy nhiên không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ nặng của tic theo giới. Tuổi chẩn đoán cao hơn và thời gian mắc bệnh kéo dài có liên quan đến mức độ nặng tic cao hơn, cho thấy ảnh hưởng của diễn tiến bệnh và sự tích lũy triệu chứng theo thời gian. Đặc biệt, các rối loạn đồng mắc, nhất là rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ có liên quan rõ rệt đến mức độ nặng và suy giảm chức năng của tic. Việc sử dụng thang YGTSS cho phép đánh giá toàn diện cả mức độ biểu hiện triệu chứng và ảnh hưởng chức năng, qua đó phản ánh đầy đủ hơn gánh nặng lâm sàng của rối loạn tic ở trẻ em.

6. KHUYẾN NGHỊ

Đánh giá trẻ mắc rối loạn tic cần được thực hiện một cách hệ thống bằng các công cụ như YGTSS. Cần tăng cường phát hiện sớm các biểu hiện tic khởi phát ở trẻ nhỏ nhằm rút ngắn khoảng trễ chẩn đoán và hạn chế sự gia tăng mức độ nặng theo thời gian. Các nghiên cứu tiếp theo nên được triển khai với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế theo dõi dọc để làm rõ hơn vai trò của các yếu tố liên quan, đặc biệt là các rối loạn đồng mắc, trong diễn biến và tiên lượng rối loạn tic.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn các bệnh nhân và gia đình đã đồng ý tham gia nghiên cứu, cùng tập thể cán bộ y tế tại khoa Tâm thần, khoa Sức khỏe vị Thành niên, Bệnh viện Nhi Trung ương đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi để nghiên cứu được thực hiện.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ueda K, Black KJ. A Comprehensive Review of Tic Disorders in Children. *J Clin Med*. 2021;10(11):2479. DOI: 10.3390/jcm10112479

- [2] Leckman JF, King RA, Bloch MH. Clinical Features of Tourette Syndrome and Tic Disorders. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(4):372 - 379. DOI: 10.1016/j.jocrd.2014.03.004
- [3] Zheng R yuan, Jin R, Xu H qin, et al. [Study on the prevalence of tic disorders in schoolchildren aged 7-16 years old in Wenzhou]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 2004;25(9):745-747. PMID: 1555352.
- [4] 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
- [5] Robertson MM, Eapen V, Cavanna AE. The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome: a cross-cultural perspective. *J Psychosom Res*. 2009;67(6):475-483. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.07.010
- [6] Himle MB, Capriotti MR, Hayes LP, et al. Variables Associated With Tic Exacerbation in Children With Chronic Tic Disorders. *Behav Modif*. 2014;38(2):163-183.
- [7] Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989 Jul;28(4):566-73. DOI: 10.1177/0145445514531016
- [8] Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N, Pringsheim T. Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Neurol*. 2012 Aug;47(2):77-90. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002
- [9] Bloch MH, Leckman JF. Clinical course of Tourette syndrome. *J Psychosom Res*. 2009;67(6):497-501. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.09.002
- [10] Jankovic J. PHENOMENOLOGY AND CLASSIFICATION OF TICS. *Neurol Clin*. 1997;15(2):267-275. DOI: 10.1016/s0733-8619(05)70311-x
- [11] Cohen SC, Leckman JF, Bloch MH. Clinical assessment of Tourette syndrome and tic disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Jul;37(6):997-1007.
- [12] Jung Y-W, Park T-W. Environmental Risk Factors in Tic Disorders. *Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 2010. p. 133-40. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2012.11.013
- [13] Szejko N, Robinson S, Hartmann A, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part I: assessment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(3):383-402. DOI: 10.1007/s00787-021-01842-2
- [14] Sambrani T, Jakubovski E, Müller-Vahl KR. New Insights into Clinical Characteristics of Gilles de la Tourette Syndrome: Findings in 1032 Patients from a Single German Center. *Front Neurosci*. 2016 Sep 12;10:415. DOI: 10.3389/fnins.2016.00415
- [15] Richer F, Daghfal R, Rouleau GA, Lespérance P, Chouinard S. Clinical features associated with an early onset in chronic tic disorders. *Psychiatry Res*. 2015 Dec 30;230(3):745-8. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.11.018
- [16] Bloch MH, Peterson BS, Scahill L, et al. Meta-analysis of the treatment of ADHD in children with comorbid tic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(9):884-893. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181b26e9f

