

KHẢO SÁT CẢM XÚC - HÀNH VI Ở TRẺ ĐIỀU TRỊ U ĐẶC ÁC TÍNH TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Nguyễn Ngọc Huyền¹, Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Đinh Thị Ngọc Mai¹

Nguyễn Đình Lê^{1,2}, Lê Thị Văn^{1,3} và Đỗ Cẩm Thanh^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Nhi Hà Nội

Rối loạn cảm xúc và hành vi là vấn đề đáng lo ngại ở trẻ em mắc u đặc ác tính tuy nhiên nghiên cứu về lĩnh vực này vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 60 bệnh nhi tại Bệnh viện K, sử dụng các thang đo CBCL và DASS-21. Kết quả cho thấy 9/44 trẻ 12 - 18 tuổi (20,5%) và 3/16 trẻ 6 - 11 tuổi (18,8%) có biểu hiện rối loạn cảm xúc - hành vi. Triệu chứng đau và buồn nôn liên quan có ý nghĩa thống kê với các vấn đề cảm xúc hành vi, đặc biệt là hành vi thu mình, trầm cảm và phàn nàn cơ thể ($p < 0,05$). Do vậy, cần sàng lọc phát hiện sớm và có các can thiệp tâm lý hành vi phù hợp trong quá trình điều trị cho trẻ mắc u đặc ác tính và đặc biệt cần chú trọng tới nhóm trẻ có triệu chứng nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Cảm xúc - hành vi, trẻ em, u đặc ác tính, CBCL, DASS-21.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em với khoảng 400.000 ca mới mỗi năm.¹ Trong số đó, u đặc ác tính chiếm khoảng 30% và ảnh hưởng nghiêm trọng đến cả thể chất lẫn tâm lý của trẻ.² Trẻ mắc bệnh lý u đặc không chỉ chịu đựng các triệu chứng do bệnh như đau, suy giảm chức năng cơ quan mà còn phải đối mặt với thay đổi về môi trường sống, sự xuất hiện các tác dụng không mong muốn của điều trị; từ đó gây ảnh hưởng đến tâm lý, có thể gây ra tình trạng căng thẳng, lo âu và trầm cảm kéo dài trong và sau quá trình điều trị.^{3,4} Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy tỷ lệ rối loạn cảm xúc - hành vi cao ở trẻ mắc ung thư nhưng tại Việt Nam các nghiên cứu về chủ đề này vẫn còn hạn chế.^{5,6} Bệnh viện K Tân

Triều thuộc tuyến trung ương thường xuyên tiếp nhận nhiều trường hợp u đặc ác tính ở trẻ nhưng chưa có nghiên cứu nào tập trung vào rối loạn cảm xúc - hành vi ở nhóm bệnh nhân này. Bài báo tập trung khảo sát vấn đề cảm xúc hành vi của trẻ mắc u đặc ác tính tại Khoa Nội Nhi, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều và nhận xét một số yếu tố liên quan đến vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

60 trẻ từ 6 - 18 tuổi được chẩn đoán mắc u đặc ác tính tại Khoa Nội Nhi, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều trong thời gian từ 7/2023 đến 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 6 - 18 tuổi được chẩn đoán mắc u đặc ác tính và đang điều trị tại Khoa Nội Nhi, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều; có sự đồng ý tự nguyện tham gia của gia đình.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân có rối loạn phát triển nặng hoặc rối loạn cảm xúc đã được chẩn đoán trước đó, bệnh nhi đang trong tình

Tác giả liên hệ: Đỗ Cẩm Thanh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: docamthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 18/03/2025

Ngày được chấp nhận: 20/05/2025

trạng bệnh nặng không thể trả lời câu hỏi. Bệnh nhân có bệnh lý u não có thể ảnh hưởng đến cảm xúc, hành vi cũng được loại bỏ trong tiêu chuẩn lựa chọn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, với cỡ mẫu thuận tiện gồm tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và đánh giá cảm xúc hành vi theo thang CBCL (dành cho trẻ 6 - 18 tuổi) và thang DASS-21 (dành cho trẻ vị thành niên).^{6,7} Anxiety, and Stress Scales (DASS-21

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Nội Nhi, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 07/2023 đến tháng 06/2024.

Công cụ và phương pháp đánh giá

Các thang đánh giá bao gồm thang CBCL để đo các hành vi hướng nội, hướng ngoại và rối loạn khác được sử dụng để phỏng vấn đối tượng người chăm sóc trẻ từ đó đánh giá vấn đề cảm xúc – hành vi của trẻ. Thang DASS-21 để đánh giá lo âu, trầm cảm, stress được sử dụng ở đối tượng trẻ vị thành niên 12 -18 tuổi có khả năng hiểu và tự trả lời. Thời điểm đánh giá ở trẻ là giai đoạn mới bắt đầu điều trị (4 tuần đầu điều trị). Các triệu chứng như sốt giảm bạch cầu, loét miệng, đau, buồn nôn được đánh giá cùng thời điểm.

Đau được đánh giá dựa trên các thang điểm đánh giá đau FLACC (trẻ dưới 7 tuổi) và thang Wrong-Baker cho trẻ từ 7 tuổi trở lên.^{8,9}

Buồn nôn được đánh giá theo thang Bartex (BARF) cho trẻ dưới 7 tuổi, thang đánh giá mức độ buồn nôn VAS (cho trẻ từ 7 tuổi trở lên).^{10,11}

Đánh giá sốt giảm bạch cầu hạt và nôn dựa trên “Tiêu chuẩn thông dụng về đánh giá biến

cổ bất lợi (Common Terminology Criteria for Adverse Events) 5.0. (CTCAE 5.0).¹²

Phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với phân tích thống kê mô tả, kiểm định Khi bình phương và Fisher exact test để tìm mối liên quan giữa các biến. Độ tin cậy 95%.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu quan sát mô tả, không gây ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng bệnh nhân. Nghiên cứu là đề tài cơ sở tại Bệnh viện K đã được bảo vệ thành công theo quyết định số 3050 QĐ/BVK ngày 21/10/2024. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh, ngoài ra không có mục đích nào khác. Các số liệu trong nghiên cứu trung thực, chính xác. Thông tin của bệnh nhân được mã hoá và đảm bảo bí mật trong nghiên cứu. Người chăm sóc trẻ, trẻ từ 12 - 18 tuổi được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của việc thực hiện nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 60 bệnh nhi, trong đó 39 (65%) trẻ là nam, độ tuổi trung bình là 15,4 ± 1,37 tuổi. Phần lớn trẻ (73,3%) thuộc nhóm tuổi 12 - 18, 26,7% còn lại là nhóm tuổi 6 - 11 tuổi. 51 (85%) trẻ mắc bệnh sống ở nông thôn và 56/60 trường hợp sống cùng bố mẹ, 4 trường hợp trẻ có hoàn cảnh đặc biệt: gia đình ly hôn, bố mẹ đi làm xa, mất bố.

2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu với một tỉ lệ bệnh nhân mắc ung thư xương cao (50%), đa số chẩn đoán ở giai đoạn chưa di căn (91,7%) và điều trị bằng phương pháp đa mô thức (95%).

Bảng 1. Đặc điểm các loại u ác tính được chẩn đoán ở trẻ em

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán		
Ung thư xương	30	50,0
U ác mô liên kết	7	11,7
U ác hầu mũi	5	8,3
U ác trung thất	3	5,0
U ác buồng trứng	3	5,0
Khác	12	20,0
Tổng	60	100
Giai đoạn bệnh		
Chưa di căn, không nguy cơ cao	55	91,7
Đã di căn, nguy cơ cao	5	8,3
Tổng số	60	100
Phương thức điều trị		
Hóa trị đơn thuần	3	5,0
Kết hợp nhiều phương thức	57	95,0

3. Đặc điểm cảm xúc – hành vi**Bảng 2. Đặc điểm cảm xúc – hành vi ở trẻ mắc u đặc từ 6 - 11 tuổi (CBCL6-11) và trẻ mắc u đặc từ 12 - 18 tuổi tại thời điểm bắt đầu điều trị**

Đặc điểm	Trẻ mắc u đặc từ 6 - 11 tuổi (n = 16)			Trẻ mắc u đặc từ 12 - 18 tuổi (n = 44)		
	Điểm trung vị (IQR)	Có rối loạn		Điểm trung vị (IQR)	Có rối loạn	
		Số lượng	Tỷ lệ %		Số lượng	Tỷ lệ %
Lo âu/Trầm cảm	1,00 (0,00; 2,75)	0	0,0	3,00 (1,00; 4,75)	2	4,5
Thu mình/ Trầm cảm	2,00 (1,25; 3,75)	1	6,3	2,00 (2,00; 3,00)	2	4,5
Phản nản cơ thể	2,00 (0,00; 4,00)	2	12,5	2,50 (2,00; 4,00)	5	11,4
Các vấn đề xã hội	1,50 (0,00; 2,75)	0	0,0	2,00 (0,00; 2,75)	2	4,5
Các vấn đề tư duy	1,50 (0,00; 3,75)	2	12,5	2,00 (1,00; 2,75)	3	6,8
Các vấn đề chú ý	1,00 (0,00; 4,00)	0	0,0	2,00 (0,25; 4,00)	2	4,5

Đặc điểm	Trẻ mắc u đặc từ 6 - 11 tuổi (n = 16)			Trẻ mắc u đặc từ 12 - 18 tuổi (n = 44)		
	Điểm trung vị (IQR)	Có rối loạn		Điểm trung vị (IQR)	Có rối loạn	
		Số lượng	Tỷ lệ %		Số lượng	Tỷ lệ %
Hành vi phá vỡ	0,50 (0,00; 2,75)	1	6,3	1,00 (0,00; 3,00)	1	2,3
Hành vi hung tính	1,50 (0,00; 7,00)	0	0,0	2,00 (0,25; 4,00)	0	0,0
Các vấn đề khác	2,00 (0,00; 4,00)	0	0,0	2,00 (2,00; 3,00)	0	0,0
Tổng điểm	13,50 (4,75; 32,75)	3	18,8	20,00 (14,00; 28,75)	9	20,5

IQR – Interquartile Range: khoảng bách phân vị thứ 25 và 75

Kết quả nghiên cứu nhận thấy có 18,8% trẻ nhóm 6 - 11 tuổi và 20,5% trẻ nhóm 12 - 18 tuổi có biểu hiện rối loạn cảm xúc - hành vi, với tỷ lệ lo âu/trầm cảm cao hơn ở nhóm 12 - 18 tuổi

(4,5% so với 0%).

4. Một số yếu tố liên quan đến vấn đề cảm xúc – hành vi qua các thang đo

Bảng 3. Đặc điểm cảm xúc – hành vi dựa trên bảng đánh giá CBCL6-18 với biểu hiện đau và buồn nôn

Đặc điểm cảm xúc – hành vi (n = 60)	Điểm trung vị CBCL (IQR) - Đau		p*	Điểm trung vị CBCL (IQR) – Buồn nôn		p*
	Không đau (n = 46)	Có đau (n = 14)		Không buồn nôn (n = 28)	Có buồn nôn (n = 32)	
Lo âu/Trầm cảm	2,00 (1,00; 4,25)	2,50 (1,00; 3,25)	0,986	2,00 (0,25; 5,00)	2,00 (1,00; 4,00)	0,615
Thu mình/ Trầm cảm	2,00 (2,00; 3,00)	4,00 (3,75; 4,25)	0,001	2,00 (2,00; 2,00)	3,00 (3,00; 4,00)	0,001
Phản nản cơ thể	2,00 (1,00; 3,00)	4,00 (3,00; 4,25)	0,002	2,00 (1,00; 2,00)	3,00 (2,25; 4,00)	0,002
Các vấn đề xã hội	1,50 (0,00; 2,25)	2,00 (0,75; 3,25)	0,535	1,50 (0,25; 2,00)	2,00 (0,00; 3,00)	0,855
Các vấn đề tư duy	1,00 (0,00; 3,00)	2,00 (1,75; 4,25)	0,065	2,00 (0,00; 3,00)	1,50 (1,00; 3,00)	0,94
Các vấn đề chú ý	2,00 (0,00; 4,00)	3,00 (1,00; 5,25)	0,306	1,50 (0,00; 4,00)	2,00 (0,25; 5,00)	0,301
Hành vi phá vỡ	1,00 (0,00; 2,00)	2,50 (0,00; 3,25)	0,177	1,00 (0,00; 2,75)	1,00 (0,00; 3,00)	0,963

Đặc điểm cảm xúc – hành vi (n = 60)	Điểm trung vị CBCL (IQR) Đau		p*	Điểm trung vị CBCL (IQR) Buồn nôn		p*
	Không đau (n = 46)	Có đau (n = 14)		Không buồn nôn (n = 28)	Có buồn nôn (n = 32)	
Hành vi hung tính	2,00 (0,00; 4,25)	2,50 (0,75; 4,25)	0,576	2,00 (0,00; 4,00)	2,00 (0,25; 4,75)	0,729
Các vấn đề khác	2,00 (0,75; 3,25)	2,50 (1,00; 4,00)	0,669	2,00 (0,00; 4,00)	3,00 (2,00; 3,00)	0,227
Tổng điểm	17,50 (8,00; 29,00)	21,50 (14,75; 41,75)	0,09	17,50 (8,00; 28,75)	21,00 (14,00; 37,50)	0,152

(*): *Man Whitney U*

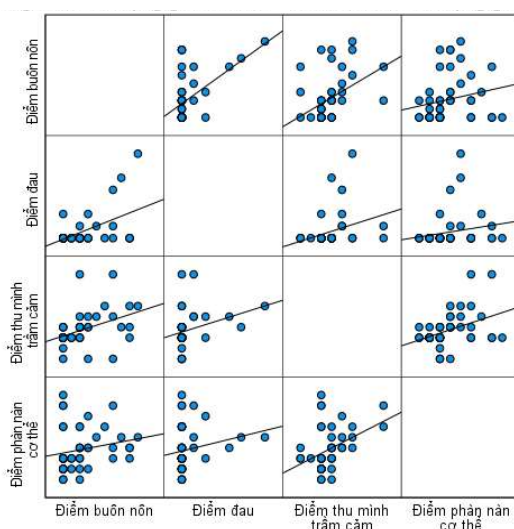
Đau và buồn nôn có liên quan chặt chẽ đến rối loạn cảm xúc - hành vi. Điểm các tiêu mục thu mình/trầm cảm, phản nản cơ thể cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm trẻ có triệu chứng

đau và buồn nôn ($p < 0,05$).

5. Mối tương quan giữa đau, buồn nôn và một số vấn đề hành vi thu mình, trầm cảm và phản nản cơ thể

Bảng 4. Mối tương quan giữa điểm lượng giá cảm xúc – hành vi dựa trên bảng đánh giá CBCL 6-18 với điểm lượng giá đau, buồn nôn

Đặc điểm cảm xúc – hành vi (n = 60)	Đau, r^* (p)	Buồn nôn, r^* (p)
Thu mình/ Trầm cảm	0,545 (0,001)	0,594 (0,001)
Phản nản cơ thể	0,391 (0,002)	0,352 (0,006)
Tổng điểm	0,212 (0,104)	0,122 (0,355)

(*): *Tương quan Spearman*

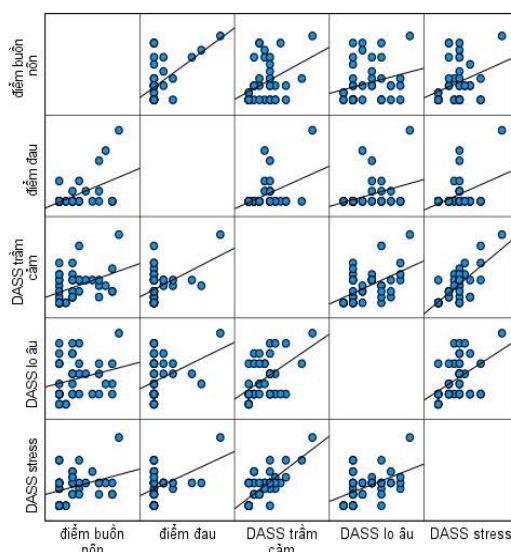
Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa điểm lượng giá cảm xúc – hành vi dựa trên bảng đánh giá CBCL 6-18 với điểm lượng giá đau, buồn nôn

Mức độ thu mình, trầm cảm và phân nản cơ thể ở trẻ có tương quan thuận với triệu chứng đau và buồn nôn ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mỗi tương quan giữa điểm DASS 21 với điểm lượng giá đau, buồn nôn

Điểm DASS (n = 44)	Đau, r^* (p)	Buồn nôn, r^* (p)
Điểm DASS trầm cảm	0,324 (0,036)	0,439 (0,004)
Điểm DASS lo âu	0,388 (0,011)	0,300 (0,054)
Điểm DASS stress	0,652 (0,001)	0,300(0,0054)

(*): Tương quan Spearman



Biểu đồ 2. Mỗi tương quan giữa điểm DASS 21 với điểm lượng giá đau, buồn nôn

Tổng điểm DASS về trầm cảm, lo âu, và stress ở trẻ tương quan thuận với triệu chứng đau và buồn nôn ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân (73,3%) nằm trong độ tuổi 12 - 18, phù hợp với đặc điểm của u đặc ác tính, thường phát triển mạnh trong giai đoạn tăng trưởng nhanh của cơ thể. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ (65%), có thể liên quan đến yếu tố sinh học và môi trường.¹³ Hầu hết, bệnh nhi sống ở nông thôn (85%), gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận y tế chất lượng cao. Phần lớn trẻ sống cùng cha mẹ (93,3%), tuy nhiên, 6,7% có hoàn cảnh đặc biệt, dễ gặp khó khăn

về chăm sóc và hỗ trợ tinh thần.

Trong nghiên cứu, sarcoma xương là bệnh phổ biến nhất, chiếm 50% trường hợp, do sự phát triển nhanh của xương trong giai đoạn dậy thì. Theo Ward, ung thư xương, đặc biệt là sarcoma xương, thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên hơn so với người lớn.¹ So với dữ liệu từ Khoa Nội Nhi giai đoạn 2017 - 2021, tỷ lệ ung thư phần mềm cao nhất (16,4%), sau đó là sarcoma xương.¹⁴ Về giai đoạn bệnh, 91,7% trẻ được chẩn đoán chưa di căn, phản ánh xu hướng phát hiện sớm, giúp tăng khả năng điều trị và giảm nguy cơ di căn. Ung thư đã di căn chỉ chiếm 8,3%, nhưng có tiên lượng xấu hơn và yêu cầu các phương pháp điều trị phức tạp

hơn. Phương pháp điều trị đa mô thức (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị) được áp dụng trong 95% trường hợp, cho phép tấn công ung thư từ nhiều hướng, giúp tiêu diệt hiệu quả tế bào ung thư và giảm nguy cơ tái phát. Hóa trị đơn thuần chỉ chiếm 5% và thường chỉ áp dụng trong trường hợp không có lựa chọn khác.

Trong nghiên cứu có 16,7% trẻ biểu hiện cơn đau nhẹ khi bắt đầu điều trị, chủ yếu có thể kiểm soát bằng nội khoa cơ bản. Triệu chứng buồn nôn xuất hiện ở 53,3% trẻ, trong đó 33,3% ở mức độ nhẹ, thường do tác dụng phụ của hóa trị. Việc kiểm soát triệu chứng buồn nôn là rất quan trọng để duy trì dinh dưỡng và sức khỏe của trẻ.¹⁵

Trẻ từ 12 - 18 tuổi có tỷ lệ lo âu và trầm cảm là 4,5%, cao hơn so với nhóm 6 - 11 tuổi không có trường hợp nào mắc. Điều này có thể do trẻ lớn nhận thức rõ hơn về bệnh tật, dẫn đến phản ứng lo âu và trầm cảm nhiều hơn. Rey và cộng sự cũng chỉ ra rằng trầm cảm và lo âu thường ít gặp ở trẻ trước dậy thì (1 - 2%) nhưng tăng lên 5% ở thanh thiếu niên. Ngược lại, hành vi thu mình/trầm cảm phổ biến hơn ở trẻ nhỏ, với 10,53% ở nhóm 6 - 11 tuổi so với 3,92% ở nhóm lớn hơn.¹⁶ Theo nghiên cứu của Zahed, 89,2% trẻ mắc ung thư từ 5 - 12 tuổi có ít nhất một loại rối loạn tâm lý, với rối loạn sợ hãi chiếm tỷ lệ cao nhất.³

Nghiên cứu của Efe cũng cho thấy thanh thiếu niên mắc ung thư có điểm số cao về rối loạn hành vi nội tâm so với các bạn cùng trang lứa.¹⁷ Cả hai nhóm tuổi đều có vấn đề về tư duy, với tỷ lệ 12,5% ở trẻ nhỏ và 6,8% ở trẻ lớn. Điều này có thể xuất phát từ căng thẳng trong học tập, môi trường gia đình, và sự thay đổi tinh thần trong quá trình điều trị. Các hành vi phá vỡ và hung tính ít xuất hiện trong cả hai nhóm.³ Chỉ có 6,3% trẻ nhỏ và 2,3% trẻ lớn có hành vi phá vỡ, trong khi không có trẻ nào thể hiện hành vi hung tính, có thể do đặc điểm tính cách và môi

trường nuôi dạy ở nông thôn. Nhóm trẻ vị thành niên có tổng điểm cao hơn về các vấn đề tâm lý so với trẻ nhỏ (20,00 so với 13,50), cho thấy các vấn đề tâm lý phức tạp hơn khi trẻ lớn lên. Điều này đòi hỏi phải có sự can thiệp sớm để quản lý các rối loạn này.

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng các triệu chứng thể chất, đặc biệt là đau và buồn nôn, có mối liên hệ mật thiết với tình trạng rối loạn cảm xúc - hành vi ở trẻ em mắc u đặc ác tính. Trẻ có biểu hiện đau thường có điểm cao hơn về hành vi thu mình và trầm cảm so với trẻ không có triệu chứng đau. Cụ thể, nhóm có triệu chứng đau có điểm trung vị về hành vi thu mình và trầm cảm là 4,00 (khoảng IQR 3,75 - 4,25), cao hơn đáng kể so với nhóm không đau ($p < 0,05$). Điều này cho thấy đau không chỉ gây ảnh hưởng đến thể chất mà còn là yếu tố nguy cơ cho các rối loạn tâm lý, đặc biệt là rối loạn trầm cảm. Đây là kết quả phù hợp với các nghiên cứu khác, như của Knook và cộng sự, cho thấy đau mạn tính có khả năng làm tăng các rối loạn tâm thần ở trẻ em.¹⁸

Buồn nôn cũng được xem là yếu tố quan trọng tác động đến sức khỏe tâm lý của trẻ. Trẻ có triệu chứng buồn nôn ghi nhận mức độ thu mình và trầm cảm cao hơn đáng kể với điểm trung vị là 3,00 (IQR 3,00 - 4,00), so với nhóm không có triệu chứng này ($p < 0,05$). Ngoài tác động đến cảm xúc, buồn nôn còn có thể ảnh hưởng tiêu cực đến tư duy và hành vi của trẻ. Theo nghiên cứu của Brink, buồn nôn và các triệu chứng liên quan thường làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống ở trẻ em mắc ung thư cho thấy đây là yếu tố cần được kiểm soát để nâng cao chất lượng sống của trẻ.¹⁹

Nghiên cứu cũng chỉ ra mối tương quan thuận giữa triệu chứng đau, buồn nôn với điểm lượng giá theo thang DASS-21. Điều này phù hợp với kết quả đánh giá qua thang CBCL với nhóm trẻ vị thành niên có tỉ lệ cao hơn về các

rối loạn cảm xúc - hành vi nhóm hướng nội trên. Thang DASS-21 đã được sử dụng rộng rãi cho đối tượng trẻ vị thành niên nhưng chưa có nhiều nghiên cứu sử dụng thang này trên nhóm đối tượng trẻ mắc bệnh lý ung thư. Thang DASS-21 có thể tiếp tục được sử dụng như một công cụ hữu ích bên cạnh thang CBCL để đánh giá sức khỏe tâm lý của đối tượng trẻ vị thành niên mắc bệnh lý ung thư nói chung cũng như mắc bệnh lý u đặc ác tính nói riêng.

Nhìn chung, các triệu chứng đau và buồn nôn không chỉ làm gia tăng các rối loạn cảm xúc mà còn làm phức tạp thêm tình trạng tâm lý của trẻ trong quá trình điều trị. Do đó, kiểm soát tốt các triệu chứng này không chỉ giúp cải thiện sức khỏe thể chất mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao trạng thái tâm lý và chất lượng sống cho trẻ em mắc u đặc ác tính.

V. KẾT LUẬN

Trẻ em mắc bệnh lý u đặc ác tính thường gặp phải nhiều vấn đề cảm xúc - hành vi bao gồm lo âu, trầm cảm và hành vi phá vỡ. Cần sàng lọc phát hiện sớm và có các can thiệp tâm lý hành vi phù hợp trong quá trình điều trị cho trẻ mắc u đặc ác tính và đặc biệt cần chú trọng tới nhóm trẻ có triệu chứng nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ward E, DeSantis C, Robbins A, et al. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin.* 2014;64(2):83-103.
2. Kline NE, Sevier N. Solid tumors in children. *J Pediatr Nurs.* 2003;18(2):96-102.
3. Zahed G, Koohi F. Emotional and Behavioral Disorders in Pediatric Cancer Patients. *Iran J Child Neurol.* 2020;14(1):113-121.
4. Kunin-Batson AS, Lu X, Balsamo L, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression after completion of chemotherapy for childhood acute lymphoblastic leukemia: A prospective longitudinal study. *Cancer.* 2016;122(10):1608-1617.
5. Rietman AB, van der Vaart T, Plasschaert E, et al. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet.* 2018;177(3):319-328.
6. Achenbach TM, Ruffle TM. The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatr Rev.* 2000;21(8):265-271.
7. Norton PJ. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety Stress Coping.* 2007;20(3):253-265.
8. Peng T, Qu S, Du Z, et al. A Systematic Review of the Measurement Properties of Face, Legs, Activity, Cry and Consolability Scale for Pediatric Pain Assessment. *J Pain Res.* 2023;16:1185-1196.
9. Garra G, Singer AJ, Domingo A, et al. The Wong-Baker pain FACES scale measures pain, not fear. *Pediatr Emerg Care.* 2013;29(1):17-20.
10. Baxter AL, Watcha MF, Baxter WV, et al. Development and validation of a pictorial nausea rating scale for children. *Pediatrics.* 2011;127(6):e1542-1549.
11. Johnson EW. Visual analog scale (VAS). *Am J Phys Med Rehabil.* 2001;80(10):717.
12. CTEP. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Protocol Development. Accessed May 2, 2025. https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/ctc.htm
13. Williams LA, Richardson M, Kehm RD, et al. The association between sex and most childhood cancers is not mediated by

birthweight. *Cancer Epidemiol.* 2018;57:7-12.

14. Do Cam Thanh, Do Hung Kien, Hoang Thu Trang, et al. Spectrum of pediatric cancer diseases and treatment results at pediatric department of Vietnam National cancer hospital, campus 3. *TNU journal of science and technology.* 2024;229(13):244-251.

15. Antonio Ruggiero, Daniela Rizzo, Martina Catalano, et al. Acute chemotherapy-induced nausea and vomiting in children with cancer: Still waiting for a common consensus on treatment. *J Int Med Res.* 2018 Jun;46(6):2149-2156. doi: 10.1177/0300060518765324

16. Rey JM, Bella-Awusah TT, Liu J. Depression in children and Adolescents. *Mood disorder.* Chapter E.1. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015

Edition. 2015;1-36.

17. Efe YS, Özbey H, Caner N, et al. Social exclusion and behavior problems in adolescents with cancer and healthy counterparts. *J Pediatr Nurs.* 2022;64:e95-e101.

18. Knook LME, Konijnenberg AY, van der Hoeven J, et al. Psychiatric disorders in children and adolescents presenting with unexplained chronic pain: what is the prevalence and clinical relevancy? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(1):39-48.

19. van den Brink M, Been R, Grootenhuis MA, et al. Nausea and nausea-related symptoms in children with cancer: Presence, severity, risk factors and impact on quality of life during the first year of treatment. *EJC Paediatr Oncol.* 2023;2:100128.

Summary

ASSESSMENT OF EMOTIONAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PEDIATRIC CANCER PATIENTS WITH SOLID MALIGNANT TUMORS AT THE NATIONAL CANCER HOSPITAL CAMPUS TAN TRIEU

Emotional and behavioral disorders are psychological concerns in children with malignant solid tumors, but research in this field is still limited. A cross-sectional study was conducted on 60 pediatric patients at the Vietnam National Cancer Hospital campus Tan Trieu, using CBCL and DASS-21 scales to assess emotions and behaviors. The results showed that 9/44 children aged 12 - 18 years old (20.5%) and 3/16 children aged 6 - 11 years old (18.8%) had emotional and behavioral disorders. Pain and nausea symptoms were significantly associated with emotional and behavioral problems, particularly who had symptoms of withdrawal, depression, and body complaints ($p < 0.05$). Therefore, early screening and psychological interventions during the treatment of children with malignant solid tumors are needed, especially for children with symptoms, to improve their quality of life.

Keywords: Emotional-behavioral, malignant solid tumors, CBCL scale, DASS-21 scale.