

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
NHĨ CHÂM KẾT HỢP HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU
TRONG ĐIỀU TRỊ TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI – 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
NHĨ CHÂM KẾT HỢP HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU
TRONG ĐIỀU TRỊ TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. NGUYỄN DUY TUÂN**
- 2. TS. PHẠM THÁI HÙNG**

HÀ NỘI – 2025

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và lòng biết ơn sâu sắc, tôi xin được gửi lời cảm ơn tới:

Đảng uỷ, Ban giám đốc, Phòng Đào tạo Sau Đại học, Các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi đã trực tiếp đào tạo và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu luận văn.

TS. Nguyễn Duy Tuân và TS. Phạm Thái Hưng đã trực tiếp hướng dẫn, tận tình giảng dạy và chỉ bảo, theo sát, giúp đỡ cho tôi các vấn đề chuyên môn trong quá trình học tập, nghiên cứu để luận văn được hoàn thiện một cách tốt nhất.

Các quý thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng đạo đức đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu trong quá trình hoàn thiện luận văn.

Ban giám đốc bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi khi thực hiện nghiên cứu tại đơn vị. Xin được cảm ơn các y bác sĩ và điều dưỡng, kỹ thuật viên đã phối hợp, hỗ trợ, giúp đỡ tích cực tôi trong quá trình thu thập dữ liệu nghiên cứu nhằm đảm bảo tính trung thực, chính xác, khoa học và khách quan của các bệnh án thu thập được.

Xin được gửi lời cảm ơn chân thành đến 36 gia đình đã chấp thuận tham gia nghiên cứu và sự đóng góp lớn lao của họ trong toàn bộ nghiên cứu này.

Cuối cùng, tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp và tập thể học viên lớp Chuyên khoa II khoá 8 đã động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu đã qua.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 06 tháng 12 năm 2024

Tác giả

Nguyễn Thị Hồng Hạnh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Hồng Hạnh, học viên lớp Chuyên khoa II, khoá 8, chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của TS. Nguyễn Duy Tuân và TS. Phạm Thái Hưng.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm với những cam kết này.

Hà Nội, ngày 06 tháng 12 năm 2024

Tác giả

Nguyễn Thị Hồng Hạnh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Tổng quan rối loạn phổ tự kỷ theo Y học hiện đại:	3
1.1.1. Tên gọi và thuật ngữ có liên quan đến “rối loạn phổ tự kỷ”	3
1.1.2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ	4
1.1.3. Triệu chứng, chẩn đoán.....	5
1.2. Tổng quan rối loạn phổ tự kỷ theo Y học cổ truyền	6
1.2.1. Bệnh danh	6
1.2.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh	6
1.2.3. Phân thể theo Y học cổ truyền:	8
1.3. Tổng quan nhĩ châm điều trị trẻ tự kỷ.....	10
1.3.1. Đại cương về nhĩ châm	10
1.3.2. Thủ pháp gài kim nhĩ hoàn:	18
1.4. Tổng quan hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ tự kỷ	18
1.4.1. Nguyên tắc can thiệp.....	18
1.4.2. Quy trình can thiệp.....	19
1.4.3. Cách thức thực hiện	19
1.5. Một số nghiên cứu về trẻ tự kỷ	23
1.5.1. Các nghiên cứu trên thế giới	23
1.5.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam.....	24
CHƯƠNG 2: CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP	
NGHIÊN CỨU.....	26
2.1. Đối tượng nghiên cứu	26
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	26
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	30
2.2. Chất liệu nghiên cứu	31

2.2.1. Nhĩ châm	31
2.2.2. Hoạt động trị liệu	33
2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	33
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	33
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	33
2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu	33
2.4.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu	33
2.4.4. Phương pháp đánh giá kết quả.....	34
2.4.5. Các bước tiến hành nghiên cứu.....	35
2.4.6. Phương pháp xử lý số liệu	36
2.5. Đạo đức nghiên cứu	36
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	38
3.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi tự kỷ	38
3.1.1. Phân bố nhóm tuổi	38
3.1.2. Phân bố giới tính	38
3.1.3. Đặc điểm địa dư	39
3.1.4. Đặc điểm dân tộc.....	39
3.1.5. Đặc điểm tiền sử giáo dục đặc biệt.....	39
3.1.6. Phân bố thời gian hoạt động của trẻ trong ngày	40
3.1.7. Phân loại mức hỗ trợ tự kỷ theo DSM-5.....	41
3.2. Đánh giá kết quả điều trị trẻ tự kỷ bằng nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu	41
3.2.1. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC	41
3.2.2. Thang điểm CARS đánh giá mức độ tự kỷ.....	42
3.2.3. Sự thay đổi các triệu chứng của Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC	43
3.2.4. Sự thay đổi các triệu chứng của thang CARS.....	48
3.2.5. Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền.....	49

3.2.6. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị.....	50
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	54
KẾT LUẬN	64
KHUYẾN NGHỊ.....	66
TÀI LIỆU THAM KHẢO

CÁC TỪ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Phần tiếng Anh	Phần tiếng Việt
ASD/ RLPTK	<i>Autism Spectrum Disorder</i>	Rối loạn phổ tự kỷ
WHO	<i>World Health Organization</i>	Tổ chức Y tế thế giới
YHHĐ		Y học hiện đại
YHCT		Y học cổ truyền
XBBH		Xoa bóp bấm huyệt
PHCN		Phục hồi chức năng
HĐTL		Hoạt động trị liệu
NXB		Nhà xuất bản

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Ký hiệu các huyết vị trên loa tai	15
Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhi theo YHCT.....	31
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhi theo nhóm tuổi	38
Bảng 3.2. Đặc điểm địa dư.....	39
Bảng 3.3. Đặc điểm dân tộc	39
Bảng 3.4. Đặc điểm tiền sử giáo dục đặc biệt.....	40
Bảng 3.5. Phân bố thời gian hoạt động của trẻ trong ngày	40
Bảng 3.6. Phân loại mức độ hỗ trợ tự kỷ theo DSM-5	41
Bảng 3.7. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC.....	41
Bảng 3.8. Thang điểm CARS đánh giá mức độ tự kỷ	42
Bảng 3.9. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC- Triệu chứng.....	43
Bảng 3.10. Sự thay đổi các triệu chứng của thang CARS	48
Bảng 3.11. Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền	49
Bảng 3.12. Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị	50
Bảng 3.13. Liên quan giữa đặc điểm dân tộc và kết quả điều trị.....	51
Bảng 3.14. Liên quan giữa đặc điểm địa lý và kết quả điều trị	51
Bảng 3.15. Liên quan giữa đặc điểm dân tộc và kết quả điều trị.....	52
Bảng 3.16. Liên quan giữa tiền sử giáo dục đặc biệt và kết quả điều trị.....	52
Bảng 3.17. Liên quan giữa mức độ hỗ trợ và kết quả điều trị	53

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Các vùng huyết chủ yếu trên loa tai theo quy ước quốc tế	15
Hình 2.1. Sơ đồ huyết nhĩ châm điều trị tự kỷ.....	31
Hình 2.2. Kim nhĩ hoàn.....	32
Hình 2.3. Bộ công cụ nghiên cứu.....	32

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới tính.....	38
Biểu đồ 3.2. Hiệu quả điều trị chung sau 47 ngày điều trị.....	50

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Quy trình can thiệp hoạt động trị liệu cho trẻ tự kỷ [9].....	19
Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu	37

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (autism spectrum disorder: ASD) được đặc trưng bởi các triệu chứng từ ba nhóm sau: những bất thường ở chất lượng tương tác xã hội, bất thường trong việc giao tiếp, các mô hình hành vi hoặc các mối quan tâm bị thu hẹp, rập khuôn và lặp lại [1]. RLPTK đang dần phổ biến và trở thành một vấn đề mang tính xã hội ở nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Phân tích các nghiên cứu toàn cầu cho biết tỷ lệ RLPTK nói chung là 1/132 (0,75%). Theo số liệu của Cơ quan kiểm soát bệnh dịch của Mỹ (CDC US) vừa công bố đầu tháng 12 năm 2021, tỷ lệ trẻ có RLPTK trên nhóm trẻ 8 tuổi năm 2018 là 1/44 tức là 2,3%. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu năm 2018 của trường Đại học Y tế công cộng thực hiện tại 7 địa phương đại diện cho các vùng miền Việt Nam, tỷ lệ trẻ tự kỷ 18-30 tháng là 0,75%. Trẻ nam có tỷ lệ cao hơn trẻ nữ khoảng 4-6 lần. Rối loạn phổ tự kỷ có thể gặp ở mọi tầng lớp xã hội, văn hóa, dân tộc [2]. Tại Việt Nam, RLPTK mới được quan tâm từ những năm 1990. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy số lượng trẻ được chẩn đoán và điều trị RLPTK ngày càng nhiều, số lượt trẻ RLPTK đến khám năm 2007 tăng gấp 50 lần so với năm 2000; số lượt trẻ đến điều trị RLPTK năm 2007 tăng gấp 33 lần so với năm 2000 [3].

Theo lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh, kết hợp YHHĐ và YHCT là tư tưởng xuyên suốt của Đảng và Nhà nước trong việc xây dựng và phát triển nền y học Việt Nam [4]. Can thiệp, phục hồi chức năng cho trẻ còn bao gồm việc hỗ trợ gia đình tiếp cận các dịch vụ và phối hợp liên ngành tạo điều kiện thuận lợi cho trẻ khi tham gia vào các chương trình can thiệp, phục hồi chức năng [2],[5]. Việc sử dụng các chương trình và phương pháp can thiệp đã được đề cập trong một số nghiên cứu, như phương pháp can thiệp tâm lý, vận động và ngữ âm trị liệu, gói kỹ thuật châm cứu điều trị RLPTK, phân tích hành vi ứng dụng (ABA), ghép tế bào gốc...[6]. Trong đó, nhiều phương

pháp châm cứu đã được áp dụng như hào châm, mẫn châm, laser châm, đầu châm,... nhằm góp phần phục hồi chức năng vận động, ngôn ngữ và các rối loạn khác cho trẻ RLPTK.

Quá trình nghiên cứu và thực hành về nhĩ châm cho thấy ưu điểm của phương pháp là đơn giản mà vẫn hiệu quả, ít tác dụng không mong muốn, ít gây đau, thao tác đơn giản, không tốn kém, phù hợp với một số triệu chứng hành vi đi kèm ở trẻ RLPTK [7]. Hoạt động trị liệu là phương pháp mà các nhà trị liệu hoạt động đưa ra trình tự và nội dung các kỹ năng vận động, kỹ năng tự phục vụ, độc lập, sử dụng các hoạt động chức năng để xây dựng các kỹ năng phát triển, tối ưu hóa các hoạt động kích thích giác quan để tăng sự chú ý và học hỏi ở trẻ [8]. Xuất phát từ mong muốn tìm hiểu rõ hơn tác dụng của các phương pháp trị liệu mới, hiệu quả trong điều trị trẻ RLPTK, tôi tiến hành nghiên cứu, đề xuất và triển khai thực hiện đề tài: ***“Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ”*** với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai năm 2024.*

2. *Đánh giá kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan rối loạn phổ tự kỷ theo Y học hiện đại:

1.1.1. Tên gọi và thuật ngữ có liên quan đến “rối loạn phổ tự kỷ”

“Tự kỷ” xuất phát từ chữ Hy Lạp: Autism, nghĩa là tự động, tự thân trong tâm thần học, được Bleuler sử dụng lần đầu tiên để chỉ một triệu chứng cơ bản của bệnh tâm thần phân liệt. Người bệnh mất đi phần lớn các chức năng giao tiếp và tương tác với môi trường xã hội. Biểu hiện như là thu mình, khó giao tiếp và tương tác [9].

Lịch sử:

Năm 1867, Henry Maudsley, một nhà tâm thần học, đã chú ý đến một nhóm những đứa trẻ với rối loạn tâm thần nặng kèm theo những lệch lạc, chậm trễ và biến đổi lớn trong sự phát triển. Năm 1943, Leo Kanner, trong quyển sách của ông “các rối loạn tự kỷ về cảm xúc” đã đưa ra một thuật ngữ mới là “tự kỷ ở trẻ nhỏ” và cung cấp một cái nhìn rõ ràng và đầy đủ về hội chứng này. Ông đã miêu tả những trẻ mà có dấu hiệu tự kỷ một mình; mất khả năng bắt chước; ngôn ngữ phát triển chậm hoặc lệch lạc với sự nhại lại lời nói của người khác và đảo đại từ nhân xưng (sử dụng “bạn” thay cho “tôi”); sự lặp lại đơn điệu các âm thanh và những lời nói; trí nhớ máy móc rất tốt; các hoạt động tự phát hạn chế, rập khuôn và điệu bộ; lo âu ám ảnh về sự duy trì và sợ thay đổi; ít giao tiếp bằng ánh mắt; có các mối quan hệ khác thường với mọi người; và thích thú với những tranh ảnh và đồ vật rắn. Kanner nghi ngờ rằng hội chứng này xuất hiện thường xuyên hơn trong thực tế và cho rằng một số trẻ với rối loạn này đã bị phân loại nhầm thành chậm phát triển tâm thần hoặc tâm thần phân liệt. Trước năm 1980, trẻ với rối loạn phát triển lan tỏa đã thường được chẩn đoán mắc phải tâm thần phân liệt ở trẻ em. Theo thời gian, người ta nhận định lại rằng rối loạn tự kỷ và tâm thần phân liệt là 2 lĩnh vực tâm thần khác biệt nhau [1].

1.1.2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Từ khi được phát hiện bởi bác sĩ Leo Kanner năm 1943 đến nay, khoa học vẫn chưa xác định chính xác căn nguyên của chứng tự kỷ. Mọi cách tiếp cận khác nhau đưa ra những giả thuyết khác nhau về căn bệnh. Trong số đó có các giả thuyết: cấu tạo não bất thường, thiếu cân bằng về kích thích tố, dị ứng, di truyền, nhiễm độc thủy ngân, thiếu sinh tố, hở màng ruột, căn nguyên tâm lý, tổn thương trong khi sinh...[10].

1.1.2.1. Yếu tố di truyền:

Những bằng chứng mới đây ủng hộ việc gen là cơ sở cho phần lớn các trường hợp bị rối loạn tự kỷ, với sự đóng góp của 4-5 gen [1]. Nhiều nhà nghiên cứu cho rằng, những bất thường trong việc kết hợp giữa gen của người bố và người mẹ hoặc những gen được truyền lại từ những thế hệ trước trong gen người bố hoặc người mẹ là nguyên nhân cơ bản dẫn đến hội chứng này ở trẻ. Một trong những minh chứng là cơ sở cho các nhà khoa học thiên nhiên về nguyên nhân này là kết quả được thể hiện trên các cặp song sinh cùng trứng. Kết quả đã chỉ ra rằng, có đến 90 - 95% trường hợp những trẻ có những gen giống nhau (trẻ sinh đôi) sẽ cùng mắc tự kỷ. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên các trẻ sinh đôi nhưng khác trứng thì tỷ lệ cả hai cùng mắc tự kỷ chỉ là 5 - 10% [11],[12].

1.1.2.2. Bất thường ở não:

- Các nghiên cứu cũng chỉ ra sự phát triển bất thường ở não cũng là một yếu tố liên quan đến RLPTK.

- Một số nghiên cứu phát hiện ra hành tủy, tiểu não bé hơn mức bình thường, sự bất thường trong vỏ não trước trán và thái dương gặp nhiều ở trẻ tự kỷ. Những khu vực này có vai trò quan trọng trong quá trình phát triển ngôn ngữ và nhận thức của trẻ.

- Ngoài ra, những nhận định về sự bất thường sinh hóa thần kinh, rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh: dopamine, catecholamine và serotonin cũng có liên quan tới các vấn đề hành vi trong tự kỷ.

- Các tổn thương não xảy ra vào các giai đoạn trước, trong và sau sinh có thể gây tự kỷ đã được chứng minh [1],[9],[11].

1.1.2.3. Yếu tố môi trường

Nguyên nhân của tự kỷ không liên quan đến sự xa cách tình cảm giữa trẻ với cha mẹ, cách nuôi dạy trẻ của gia đình, việc trẻ xem nhiều tivi, điện thoại,... Nhiều nghiên cứu xác định không có bằng chứng về mối liên quan giữa tiêm vắc xin sởi- quai bị- rubella với sự phát sinh của tự kỷ [1],[9].

1.1.3. Triệu chứng, chẩn đoán

Chẩn đoán trẻ tự kỷ có tầm quan trọng rất lớn đối với trẻ, gia đình và các nhà chuyên môn. Chẩn đoán có thể giúp gia đình nhận biết được, hiểu được vấn đề trẻ đang gặp phải, từ đó tìm kiếm can thiệp, điều trị, hỗ trợ phù hợp, theo dõi diễn biến. Chẩn đoán tạo thuận lợi trong trao đổi chuyên môn giữa các cán bộ làm việc trong lĩnh vực liên quan đến tự kỷ. Đặc biệt quan trọng, kết quả chẩn đoán giúp thiết lập kế hoạch can thiệp cá nhân cho trẻ tự kỷ.

1.1.3.1. Bộ công cụ chẩn đoán

Hiện nay trên thế giới đang áp dụng song song hai bộ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ của Hiệp hội tâm thần Mỹ và của Tổ chức Y tế thế giới (WHO-World Health Organization):

- Phiên bản thứ 5 xuất bản năm 2013 của cuốn *Sổ tay thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần* (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th – DSM-5) của Hiệp hội tâm thần Mỹ đã có những thay đổi về thuật ngữ và số lượng các tiêu chí chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ so với DSM-4, DSM-5 yêu cầu các nhà chuyên môn phải cụ thể hóa mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng ở hai lĩnh vực lớn, đồng thời người làm chẩn đoán cũng cần đánh giá những khó khăn khác kèm theo (nếu có).

- *Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan lần thứ 10* (International statistical classification of diseases and related health problems – ICD-10) của WHO xuất bản năm 1992, xác định các tiêu chí chẩn đoán tương tự DSM-4 và sử dụng thuật ngữ là “Tính tự kỷ ở trẻ em” (childhood autism).

- Hiện nay, hệ thống Y tế Việt Nam đang sử dụng mã bệnh theo ICD-

10 để thanh toán chi phí bảo hiểm y tế và quản lý, thống kê các tình trạng bệnh tật. Theo đó, rối loạn phổ tự kỷ theo DSM-5 sẽ tương đương với mã F84.0 (Tính tự kỷ ở trẻ em) và mã F84.5 (Rối loạn Asperger). Phiên bản lần thứ 11 của tài liệu này (ICD-11) được thông qua năm 2019 và đưa vào sử dụng tháng 1 năm 2022 cũng có những cập nhật tương tự DSM-5, cả về cách sắp xếp các tiêu chí chẩn đoán và thuật ngữ [2],[11],[12].

1.1.3.2. Test chẩn đoán

- Đánh giá sự phát triển tâm vận động ngôn ngữ cho trẻ dưới 6 tuổi: Denver II, PEP-3...

- Đánh giá sự phát triển trí tuệ cho trẻ trên 6 tuổi: Raven, WISC-IV...
- Test về hành vi cảm xúc nếu trẻ tăng hoạt động: Thang Vanderbilt.
- M-CHAT 23 (Sàng lọc tự kỷ sớm cho trẻ 16-30 tháng tuổi).
- Thang đo mức độ tự kỷ (CARS) [2],[11],[13],[14].

1.2. Tổng quan rối loạn phổ tự kỷ theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Theo y học cổ truyền, RLPTK thuộc phạm vi chứng “Ngũ trí”. Chứng này được An Kỳ Sinh, Cao Lỗ thời Thục An Dương Vương, Tuệ Tĩnh, Hải Thượng Lãn Ông hoặc Vũ Bình Phủ nhắc đến trong các tác phẩm “Châm cứu tiếp diễn ca”, “Nam Dược thần hiệu”, “Y tông tâm lĩnh”, “Ấu ấu tập thành”... mô tả và đưa ra phác đồ điều trị bằng châm cứu [15].

1.2.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh

1.2.2.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu do tiên thiên bất túc, hậu thiên không được nuôi dưỡng đầy đủ. Nhân tố của tiên thiên bao gồm tinh huyết của cha mẹ suy kém, mẹ suy nhược khi mang thai, đau ốm nhiều, sinh non, sinh đẻ phải can thiệp, trẻ bị ngạt trong lúc sinh... Nhân tố hậu thiên bao gồm sinh ra không được nuôi dưỡng đúng cách, ăn uống thiếu hoặc thừa chất, thể chất suy yếu, tỳ thận hư, đau ốm nhiều, môi trường âm thấp, thiếu ánh sáng tự nhiên...

[16]. Cũng theo lý luận YHCT, chứng chậm nói do ba tạng gây ra đó là tâm, phé và thận. Phé chủ âm thanh, tâm chủ thần minh, thận sinh tinh, tinh sinh tủy, thông với não [17]. Ngũ tạng chứa tinh thần, huyết, khí, hồn, phách; lục phủ tiêu hóa đồ ăn uống và vận hành tân dịch, những tác dụng ấy là bản năng tiên thiên. Tinh thần đầy đủ thì não mới phát triển, tâm được dưỡng thì thần minh mới sáng suốt [18].

Hải Thượng Lãn Ông (1724- 1791) trong tác phẩm “Y tông tâm lĩnh” đã phân tích nguyên nhân và cơ chế bệnh cơ như sau: Chứng ngũ trì là do thai yếu đuối. Có trẻ vì tinh cha huyết mẹ kém mà sinh ra, có trẻ vì huyết người mẹ đã lạnh mà cố dùng thuốc bổ, khi có thai người mẹ bị bệnh đa đàm, do nhiều tuổi mà sinh con, hoặc sinh thiếu tháng hoặc uống thuốc phá thai... nên con sinh ra yếu đuối, chính khí kém, dễ bị lục dâm, bát tà xâm nhập cơ thể. Muốn điều trị chứng này phải bổ ích ngũ tạng, lấy bổ huyết bổ khí dưỡng tâm làm chủ. Trong cuốn “Ấu ấu tập thành”, Hải Thượng Lãn Ông cũng chỉ ra rằng: khi mẹ mang bầu mắc một số bệnh nặng như “cảm mạo lưu hành” - là một bệnh truyền nhiễm thường phát sinh vào mùa đông xuân hoặc thu đông, khi mẹ mang thai ăn nhiều thức ăn cay nóng, khi bố mẹ đang say rượu hoặc đang tức giận mà hành phòng, bố và mẹ thận âm - thận dương kém sinh hoạt rồi mang bầu, mẹ trong quá trình mang thai sinh hoạt tình dục quá nhiều làm tổn thương khí huyết hoặc lớn tuổi mà vẫn sinh con... thì con sinh ra cơ thể không đầy đủ hoặc bị tổn thương trí não do thận huyết không đầy đủ, thận khí không phát triển. Phần bệnh nặng, kinh văn số 67 của sách Nội kinh, Hoàng đế có viết: “người mẹ quá trình mang thai nhiều lần sợ hãi, khí nghịch không xuống được, tinh khí tích tụ mà không tán ra, ảnh hưởng đến thai nhi làm cho đứa trẻ sinh ra bị điên giảo” [18].

1.2.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Thận tinh là vật chất cơ bản để duy trì sự sinh trưởng phát dục, giữ gìn nòi giống, các hoạt động bình thường của tạng phủ, nuôi dưỡng toàn thân

[15],[17]. Thận tinh bất túc sẽ dẫn tới chậm phát dục, cơ thể chậm phát triển với các biểu hiện răng chậm mọc, xương mềm, chậm biết đi, bể tủy trống rỗng dẫn tới tinh thần không tỉnh táo, hay quên.

Tạng tâm là quân chủ của ngũ tạng, mọi hoạt động của ngũ tạng đều do sự quản lý của tạng tâm, Nội kinh tố vấn có ghi “Tâm quân chủ chi quan, thần minh xuất yên”, hàm ý chỉ vai trò của tâm trong cơ thể [19]. Thần là tiếng gọi chung về hoạt động sống của con người bao gồm tinh thần, ý thức, vận động. Thần do tinh thiên phối hợp tinh hậu thiên sinh ra, được tạo ra rồi tàng trữ ở tâm. Tâm không tàng được thần thì trẻ mất tập trung, mất ngủ, trần trọc, kích động.

Can là nơi lưu trữ được huyết hữu hình, lại có thể sơ tiết được khí vô hình. Lấy huyết làm thể và lấy khí làm dụng. Can tàng thần, thần không tàng được thì mất ngủ dễ sợ hãi. Rối loạn chức năng tạng can thì khí của can bị ngưng trệ dẫn đến những thay đổi về mặt cảm xúc biểu hiện là trầm cảm muộn phiền, can khí ngưng trệ lâu ngày dẫn đến trạng thái tự phong bế [18].

1.2.3. Phân thể theo Y học cổ truyền:

1.2.3.1. Thận tinh bất túc:

- *Chứng trạng:* Do Thận tinh không đủ, Thận khí suy yếu không tư dưỡng não tủy nên não bộ phát triển kém, trẻ có tinh thần không mạnh, tâm trí không nhanh nhẹn, giao tiếp kém. Thận tinh kém sinh tủy, tủy kém sinh huyết nên khí huyết đều hư, trẻ sinh ra sinh trưởng và phát dục chậm, thể trạng gầy còm, lông tóc khô ròn, tay chân yếu lạnh, động tác không nhanh nhẹn, chính xác, sắc mặt kém tươi, đoản hơi mỗi mệt, móng tay chân sắc nhạt, đạo hãn, lưỡi nhạt, chỉ văn nhạt, mạch tế nhược.

- *Chẩn đoán:* Bệnh danh: Ngũ trì

Bát cương: Lý hư nhiệt

Tạng phủ: Can Thận

Nguyên nhân: Nội nhân

- *Pháp điều trị*: Bổ ích Can Thận, bổ khí huyết, khai khiếu tinh thần, thông kinh hoạt lạc.

1.2.3.2. Can hỏa vượng thịnh:

- *Chứng trạng*: Do Thận tinh bất túc khiến Tâm âm không đủ tư dưỡng, Tâm hỏa thiên vượng. Thận thủy không dưỡng được Can mộc, chức năng sơ tiết của Can kém điều hòa, Can hỏa vượng thịnh làm nội tâm trẻ không yên, trạng thái của trẻ khó tĩnh lặng, an hòa nên trẻ khó nghe lời, không chú ý tập trung, hành vi vô thức, kém tình cảm gắn bó với người thân kèm theo trẻ tính khí cáu kỉnh, không nói được, hay la hét, đêm khó ngủ không yên, đại tiện táo, tiểu tiện vàng, đầu lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch huyền sắc.

- *Chẩn đoán*: Bệnh danh: Ngũ tri

Bát cương: Lý hư nhiệt

Tạng phủ: Can hỏa vượng

Nguyên nhân: Nội nhân

- *Pháp điều trị*: Thanh Can giáng hỏa, tư âm bổ Thận, khai khiếu tinh thần, thông kinh lạc.

1.2.3.3. Đàm nhiệt phiền tâm:

- *Chứng trạng*: Do Thận tinh bất túc, Thận khí hư yếu nên Tỳ dương không được sưởi ấm, công năng vận hóa thủy cốc của Tỳ Vị và hậu thiên hóa sinh khí huyết kém nên trẻ chậm sinh trưởng và phát dục, khí sắc kém linh hoạt, không nhanh nhẹn, chậm chạp trong giao tiếp, tinh lực không đủ nên trí tuệ chậm so với tuổi. Bên cạnh đó Tỳ hư thấp thịnh, hỏa hỏa, nhiễu loạn tâm thần. Trẻ suốt ngày quấy khóc không yên, khó ngủ, hay tỉnh giấc, mơ ác mộng khóc thét. Trẻ chán ăn, tay chân nặng nề, đản hơi, tinh thần bạc nhược, đại tiện lỏng loãng hôi, tiểu tiện sền đỏ, lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch nhu sắc.

- *Chẩn đoán*: Bệnh danh: Ngũ tri

Bát cương: Lý hư nhiệt

Tạng phủ: Thận, Tỳ Tâm

Nguyên nhân: Nội nhân

- *Pháp điều trị*: Thanh nhiệt khai khiếu tỉnh thần, bổ Thận kiện Tỳ, trừ đàm định Tâm, thông kinh lạc [20].

1.3. Tổng quan nhĩ châm điều trị trẻ tự kỷ

1.3.1. Đại cương về nhĩ châm

1.3.1.1. Định nghĩa:

“Phương pháp châm loa tai là một trong những hình thức của châm cứu có tác dụng chẩn đoán bệnh, điều trị và dự phòng” [21].

1.3.1.2. Vài nét về lịch sử nhĩ châm:

- *Theo Y học phương Đông:*

Nội kinh, một cuốn sách kinh điển trước Công Nguyên (thế kỷ IV đến thế kỷ II TCN), viết “*Thập nhị kinh mạch vu nhĩ chi tụ hội*”. Đại ý là: 12 kinh mạch chính cơ thể con người đều tụ hội ở đôi tai. *Linh Khu* ghi: “*mười hai kinh mạch, 365 lạc, huyết khí đều đi lên mặt và đến các khiếu, đến tai*”. Các kinh dương đều liên quan đến tai, các kinh âm thì thông qua các kinh biệt hợp lại ở kinh dương và cũng dẫn tới các bộ phận của tai. Khí huyết và 12 kinh mạch, 365 lạc mạch đều lên mặt để tưới cho ngũ quan, thất khiếu, não tủy ở đầu mặt. Một khi các kinh có bệnh thì trên tai xuất hiện thống điểm (điểm đau) tương ứng, người xưa có lý thuyết lấy điểm đau là huyết (thiên ứng huyết, á thị huyết). Nếu châm vào điểm á thị huyết sẽ giúp khí huyết lưu thông, giảm đau và chữa được nhiều chứng rối loạn bệnh lý [22].

- *Theo Y học Phương Tây:*

Paul Nogier (1908-1996) một châm cứu gia người Pháp, vốn là giáo sư vật lý học tại Trường Đại học Lyon (Pháp), đã sáng lập phương pháp nhĩ châm hiện đại.

Năm 1956, Paul Nogier, đã phát hiện sự liên quan giữa vành tai với một số bệnh. Sơ đồ loa tai thể hiện rõ mối liên quan mật thiết giữa các cơ quan, tạng phủ trong cơ thể với vành tai. Tới năm 1975, Nogier đưa ra 78 huyết trên loa tai. Phát kiến mới này, độc lập với những hiểu biết về nhĩ châm của y học phương Đông. Những kết quả nghiên cứu vành tai của Paul Nogier,

không tương đồng với nhĩ châm của Trung Quốc được phát triển bằng tri thức hiện đại có ứng dụng lý thuyết Tạng tượng của phương Đông.

Năm 1972, ông xuất bản chuyên luận về châm loa tai (Auriculotherapy). Từ năm 1975, Nogier bắt đầu giảng dạy về nhĩ châm và phương pháp này đã lan rộng khắp châu Âu và Mỹ...

P. Nogier còn phát hiện ra mối quan hệ điểm tai với các luân xa. Ông mất vào năm 1996, và con trai ông Raphael đang tiếp tục công việc nghiên cứu của cha. Khám phá của Paul Nogier đã dẫn dắt tới lý thuyết ánh xạ (phản chiếu) của thân thể trên vành tai, chỉ ra mối liên quan mật thiết giữa phôi thai học và giải phẫu học. Theo thống kê hiện có khoảng 200 huyệt trên loa tai.

Năm 1990, sơ đồ huyệt trên loa tai của Paul Nogier được một nhóm chuyên gia của Tổ chức Y tế thế giới, đứng đầu là Raphael Nogier chuẩn hóa. Một số chỉ định của nhĩ châm được nêu như: cai nghiện thuốc lá; giảm đau trong các chứng thần kinh tọa, đau vai gáy, zona; các rối loạn chức năng: tiêu chảy, táo bón, đau nửa đầu; các rối loạn chức năng thần kinh, suy giảm phản ứng...

So sánh sơ đồ nhĩ châm Trung Quốc và Paul Nogier có nhiều điểm khác biệt. Trong ứng dụng, cần phối hợp khai thác huyệt của cả hai trường phái nói trên [22].

- *Tại Việt Nam:*

Trong vài chục năm gần đây, phương pháp tác động loa tai chữa bệnh được nhiều thầy thuốc Việt Nam: Giáo sư Trần Thúy, Giáo sư Nguyễn Tài Thu, Giáo sư Phạm Quang Cự, bác sỹ Phạm Lê Minh, bác sỹ Lã Quang Nhiếp, bác sỹ Trần Văn Bản, Lê Quý Nguru, Lương Tú Vân... là những tên tuổi trong lĩnh vực này.

Tại Việt Nam từ năm 1962, Viện Nghiên cứu Đông y đã bắt đầu nghiên cứu nhĩ châm và năm 1968 viện đã báo cáo tổng kết 5 năm nghiên cứu nhĩ châm thực hiện trên 1923 đối tượng khảo sát điểm đau trên loa tai, khảo sát sơ đồ loa tai để phòng và chữa bệnh. Trong những năm 1981-1984, Bộ môn Y học dân tộc Trường Đại học Y khoa Hà Nội đã đạt một số kết quả ứng dụng châm loa tai. Từ năm 1990, tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, GS.

Nguyễn Tài Thu đã cho thành lập phòng Nhĩ châm... đạt nhiều kết quả tốt, từ đó đã có những đánh giá kết luận: “Châm loa tai có hiệu quả điều trị rõ rệt nhiều loại chứng bệnh với số ngày điều trị không kéo dài, ít tai biến” [23].

1.3.1.3. Cơ sở khoa học của nhĩ châm:

* Tiếp cận theo YHHĐ:

- Những đặc điểm về giải phẫu học của loa tai đã được thừa nhận về phương diện tổ chức học và sinh lý học, giúp ta thấy được mối quan hệ mật thiết giữa loa tai và toàn thân.

- Sự phân bố thần kinh ở tai:

+ Nhánh trước của dây thần kinh tai trái (nervus auriculo temporalis)

+ Dây thần kinh tai to (nervus aescularis major)

+ Nhánh tai của dây phế vị

+ Nhánh tai của dây thần kinh mặt

+ Dây thần kinh chẩm nhỏ (noccipitalis minor)

- Như vậy, loa tai là một ngã rẽ của nhiều đường thần kinh, làm cho nó không phải là một bộ phận cô lập, mà là gắn liền mật thiết với toàn thân, nhờ sự phân bố thần kinh cảm giác của nó, loa tai được liên hệ với:

+ *Các đường tủy*: nhờ có đám rối cổ nông là nơi đã phát ra dây thần kinh tai to.

+ *Não bộ*: chủ yếu dựa vào dây thần kinh sinh ba, thứ đến là nhờ vào dây trung gian wrisberg (một bộ phận của dây mặt) và dây lưỡi hầu.

+ *Hệ thần kinh thực vật*:

✓ Với hệ giao cảm: có rất nhiều sợi của thần kinh giao cảm cổ được phụ vào các nhánh của đám rối tủy cổ nông của dây phế vị, của dây sinh ba và của dây lưỡi hầu. Dây lưỡi hầu lại đi liên hệ trực tiếp với đám rối giao cảm của xoang cảnh (Siuna carotieus) mà ta đã biết tầm quan trọng của nó trong sự điều hòa vận động tim mạch.

✓ Với hệ phó giao cảm: nhờ có các nhánh mạch và bài tiết nước bọt của dây phó giao cảm thuộc hành não, phụ vào dây trung gian wrisberg và dây lưỡi hầu và chủ yếu nhờ dây phế vị qua nhánh tai của nó.

Rất nhiều hiện tượng sinh lý và phản xạ đã cho ta thấy rõ mối quan hệ giữa tai và các hệ thống kể trên [21].

* Theo YHCT:

- Mối quan hệ giữa tai và hệ thống kinh lạc:

Theo người xưa, tai không phải là một khí quan cô lập mà nó có quan hệ mật thiết với các bộ phận khác của cơ thể: “Thập nhị kinh mạch, tam bách lục thập ngũ lạc, kỳ khí huyết giai thương vu diện nhi tẩu khổng khiếu, kỳ liệt khí tẩu vu nhĩ thính”, nghĩa là khí huyết của 12 đường kinh và 365 lạc đều chạy lên mặt, tưới nhuận ngũ quan (mũi, mắt, môi, lưỡi và tai), thất khiếu (hai mắt, hai tai, hai lỗ mũi, miệng) và não tủy ở bộ phận đầu trong đó có khí huyết đi ra tưới vào tai.

+ Thiên U kinh mạch (Linh khu) lại ghi rõ sự tuần hoàn của 6 đường kinh dương đều đi qua tai.

+ Thiên Mậu thích luận sách Tố vấn viết: “Năm lạc của sáu kinh âm đều hội ở trong tai.

+ Thiên Khâu vấn sách Linh khu nói: “Nhĩ vi tổng mạch chi số tụ”, nghĩa là loa tai là nơi tụ tập của các kinh mạch [24].

Lý Thời Trân, nhà y học lỗi lạc đời nhà Minh (1518-1593) trong sách “Kỳ kinh bát mạch khảo” (1572) theo nội dung của 8 mạch kỳ kinh cũng đã vạch rõ: mối quan hệ kinh lạc hai mạch âm khiếu và dương khiếu có công năng giúp đỡ điều tiết và thông suốt riêng rẽ âm kinh và dương kinh phân bố tại mặt trong và mặt ngoài đùi và đầu gối, cùng sánh nhau “ vào sau tai”. Mạch dương duy tựa như chiếc võng liên lạc các kinh dương của toàn thân, cũng “lên đầu tai” [21].

- Mối quan hệ giữa tai và các tạng phủ:

Tai và tạng phủ có mối liên hệ mật thiết với nhau.

+ Với tâm thận: “Tố vấn- Kim quỹ chân ngôn luận” nói rằng: “Phía nam mày đỏ, thông với tâm, tâm khai khiếu tại tai, kinh khí tàng tại tâm”, gốc

khiếu của tâm là lỗ, song lỗ không có lỗ khiếu nên gửi vào tai. “Linh khu- Mạch độ” nói rằng: “Thận khí thông với tai, thận khí điều hòa thì tai có thể nghe rõ ngũ âm”. Vì thế thận lấy tai làm chủ khiếu, tâm lấy tai làm khách khiếu (sách Y quan của Triệu Dưỡng Quy đời nhà Minh).

+ Với khí quan tiêu hóa: “Tổ vấn- Ngọc cơ chân tạng luận” nói rằng: “đau đầu, tai ù, chín khiếu không lợi là do trường vị mà ra”, “Tỳ hư thì khiến cửu khiếu bất thông”.

+ Với can phế và não tủy: “Tổ vấn- Tạng khí pháp thời luận” nói rằng: “Can khởi phát bệnh... nếu can khí hư thì hai tai không thể nghe thấy được, khí nghịch tất nhưc đầu, tai điếc”. “Nạn kinh” nói rằng: “Phế chủ âm thanh, khiến cho tai có thể nghe thấy. Đến đời nhà Nguyên, trong “Chứng trị chuẩn thẳng” (1602) đã nhận thức được là “phế khí hư tất thiếu khí... làm cho tai bị điếc”. “Tập bệnh nguyên lưu tư chúc” (1773) đã nhận thức hơn một bước nữa “phế chủ khí, khí của toàn thân xuất ra tai”. “Linh khu- Hai luân” còn nói: “Tủy hải bất túc, tắc não truyền nhĩ minh” [21],[24].

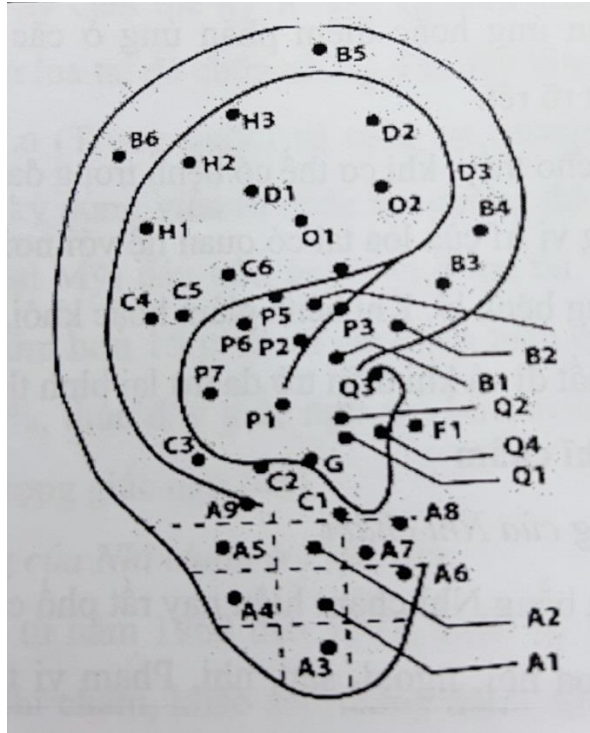
* Giữa thế kỷ 20, có P.Nogier (Lyon, Pháp) đã nghiên cứu Nhĩ châm, xuất bản cuốn “Traité d’ Aucuriculo- Thérapie” (1969) trình bày các lý luận chung về Nhĩ châm: Nhĩ châm trong bệnh lý tạng phủ, áp dụng Nhĩ châm trong điều trị chứng đau. Theo P.Nogier trên loa tai mỗi vùng huyết là một vùng tương ứng với mỗi tạng phủ bên trong: dải tai liên hệ với thận, lòng tai tương quan với tỳ, phần trên thuộc tâm, nhĩ bình là vùng của phế và vành tai là hành lang của can.

Nguyễn Tài Thu viết trên tạp chí Châm cứu, cho rằng ở mỗi một phần của loa tai đều có những khu vực gọi là những vùng huyết khác nhau, đại diện vùng chức năng của các cơ quan, các bộ phận trong cơ thể. Các biểu hiện sinh lý và các biến đổi bệnh lý của các cơ quan, tạng phủ đều thể hiện trên các vùng huyết tương ứng [7],[25].

1.3.1.4. Hệ thống huyết vị:

Trên thế giới qua các thời kỳ có nhiều hệ thống sơ đồ loa tai khác nhau,

với những vùng huyết tiêu biểu cho các cơ quan, tạng phủ của cơ thể trên loa tai tương đồng và khác nhau. Để thống nhất vùng huyết trong nhĩ châm, Hội đồng Châm cứu Tây Thái Bình Dương họp tháng 6/1987 tại Seoul, Hàn Quốc, sơ bộ công nhận 44 vùng huyết thống nhất trên loa tai như sau: [7]



Hình 1.1. Các vùng huyết chủ yếu trên loa tai theo quy ước quốc tế [7]

Bảng 1.1. Ký hiệu các huyết vị trên loa tai [7]

A1: mắt	C1: buồng trứng, tinh hoàn	O1: tâm, thần môn
A2: miệng, lưỡi	C2: cổ, giáp trạng	O2: tử cung, sinh dục
A3: trán	C3: vai	O3: tâm bào, thần kinh thực vật
A4: tai	C4: cột sống	P1: dạ dày, vị
A5: gáy	C5: ngực, vú	P2: tiểu đường
A6: răng, mũi	C6: bụng	P3: đại trường
A7: răng	D1: đầu gối	P4: buồng trứng, tinh hoàn
A8: thị giác	D2: bánh chè, cẳng chân, bàn chân	P5: bàng quang, niệu đạo
A9: thị giác	E: đùi chân, thần kinh tọa	P6: thận
B1: cơ hoành	F1: mũi	P7: tỳ, can, đờm
B2: trực tràng	F2: thực quản, thanh quản, da	Q1: phổi, tâm bào
B3: niệu đạo		
B4: sinh dục ngoài		

B5: can hỏa B6: thần kinh thực vật, tâm bào	H1: vai, cánh tay H2: khuỷu tay H3: cổ tay, bàn tay G: não tủy	Q2: tâm Q3: miệng, thực quản, thanh quản Q4: tai, thính giác
--	---	--

1.3.1.5. Nguyên tắc chọn huyết và phối hợp huyết:

- Căn cứ vào bộ vị tương ứng để chọn huyết: đau dạ dày, lấy điểm dạ dày, đau khớp gối, lấy điểm huyết gối.
- Căn cứ vào tạng tượng, nguyên lý học thuyết Kinh lạc để chọn huyết: như gan khai khiếu ở mắt, bệnh mắt có thể chọn dùng điểm gan; phế chủ bì mao, bệnh ngoài da thường dùng điểm phế.
- Căn cứ vào kiến thức sinh lý, bệnh lý của y học hiện đại mà chọn huyết: kinh nguyệt không đều thì lấy điểm nội tiết hoặc lấy điểm giao cảm và não.
- Căn cứ vào kinh nghiệm lâm sàng mà chọn huyết: như viêm da, bệnh tinh thần kinh thì lấy điểm phế, sốt thì chích máu ở tai [24].

1.3.1.6. Nhĩ châm trong điều trị rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em:

- Cơ chế tác dụng của phương pháp châm:
 - Theo học thuyết thần kinh - nội tiết - thể dịch:
 - + Nhĩ châm cũng như châm cứu nói chung, là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế cung phản xạ bệnh lý có thể xuất hiện ngay tức thì sau khi châm và tác động vào huyết. Tại nơi châm có những biến đổi: tổ chức tại nơi châm bị tổn thương sẽ tiết ra các chất trung gian hóa học như histamine, acetylcholine, catecholamine... bạch cầu tập trung gây phù nề tại chỗ sẽ chèn ép vào các sợi thần kinh cảm giác, gây ra các phản xạ đột trực làm co giãn mạch máu làm nhiệt độ da thay đổi (nóng, lạnh). Tất cả những kích thích trên tạo thành một kích thích được truyền vào tủy, lên não; từ não xung động được đến các cơ quan đáp ứng hình thành một cung phản xạ mới, nó tuân theo hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của Utomski [24]. Nhĩ

châm hay các phương pháp châm cứu giúp cải thiện lưu lượng máu cục bộ đến các vùng bất thường của não, đặc biệt kích thích vào hoạt động bất thường của nơ-ron thần kinh trong và xung quanh các vùng não riêng.

+ Phản ứng tiết đoạn: Khi não có những tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác ở vùng da ở cùng một tiết đoạn với nó và ngược lại. Trẻ RLPTK có rối loạn chức năng giao tiếp xã hội, việc kích thích các huyết vùng tai có thể làm giảm độ nhạy cảm của một số vùng tai trong và não bộ, làm tăng khả năng nhận thức, học tập và giao tiếp. Việc nhĩ châm sẽ thúc đẩy trao đổi chất, tăng lưu lượng máu đến các vùng bất thường gây ảnh hưởng đến trí thông minh và trung tâm ngôn ngữ của não, cải thiện chức năng ngôn ngữ [26].

+ Phản ứng toàn thân: Bất kỳ một kích thích nào đối với cơ thể cũng đều thông qua hệ thần kinh, có liên quan tới hoạt động của tủy sống, vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân; dựa trên các nguyên lý về hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của Utomski, về cơ năng linh hoạt của hệ thần kinh của Wednensky; về các nội tiết tố (hormone), thần kinh (chất giống á phiện) (morphin like) và các chất dẫn truyền xung động thần kinh (acetylcholine...). Điểm quan trọng của phản ứng toàn thân là tác dụng đối với hệ thần kinh trung ương và thông qua hệ này và hệ thần kinh thực vật mà ảnh hưởng đến các cơ quan nội tạng và mọi tổ chức của cơ thể. Một điểm quan trọng nữa là các biến đổi về thể dịch và nội tiết. Thường thường trong khi châm và sau một đợt điều trị bằng châm cứu, các chất thể dịch như: sympatin, adrenalin, histamine, acetylcholine, morphin like (đặc biệt là endorphin) cũng có những biến đổi ảnh hưởng đến các hệ tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, bài tiết, sự trao đổi chất [24].

- Theo YHCT:

+ Sự mất cân bằng về âm dương dẫn tới sự phát sinh ra bệnh tật và cơ chế tác dụng của nhĩ châm- châm cứu cơ bản là điều hòa âm dương.

+ Bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh

lạc và cơ chế tác dụng châm cứu cơ bản là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc.

Mấu chốt thành công của châm cứu là vấn đề “điều khí” qua việc tác động lên huyết làm cho kinh lạc, khí huyết lưu thông, lập lại cân bằng của âm dương tạng phủ [24].

- *Phương huyết:*

Sử dụng bộ huyết theo phác đồ của Bộ y tế trong quy trình: “Điện nhĩ châm điều trị hội chứng tự kỷ ở trẻ em”.

1.3.2. Thủ pháp gài kim nhĩ hoàn:

Gài kim nhĩ hoàn là phương pháp duy trì kích thích vào huyết vị trong khoảng thời gian nhất định. Sau khi xác định rõ điểm huyết cần tác động, dính kim nhĩ hoàn dán trên 1 miếng băng dính, tốt nhất là băng dính trong để tiện quan sát đầu kim châm vào đúng huyết.

Dùng panh cặp miếng băng dính đã có kim gài dính vào huyết.

Thời gian lưu kim nhĩ hoàn vào mùa rét có thể 5-7 ngày. Mùa hè thời gian lưu kim 3-5 ngày. Gài kim nhĩ hoàn để tiếp tục kích thích vào huyết.

Hàng ngày dặn người bệnh dùng đầu ngón tay gõ nhẹ nhàng vào vị trí gài kim để kích thích vùng huyết. Người bệnh cần tránh không để nước dính ướt vào tai gây nhiễm trùng chân kim [21],[22],[23],[24].

1.4. Tổng quan hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ tự kỷ

1.4.1. Nguyên tắc can thiệp

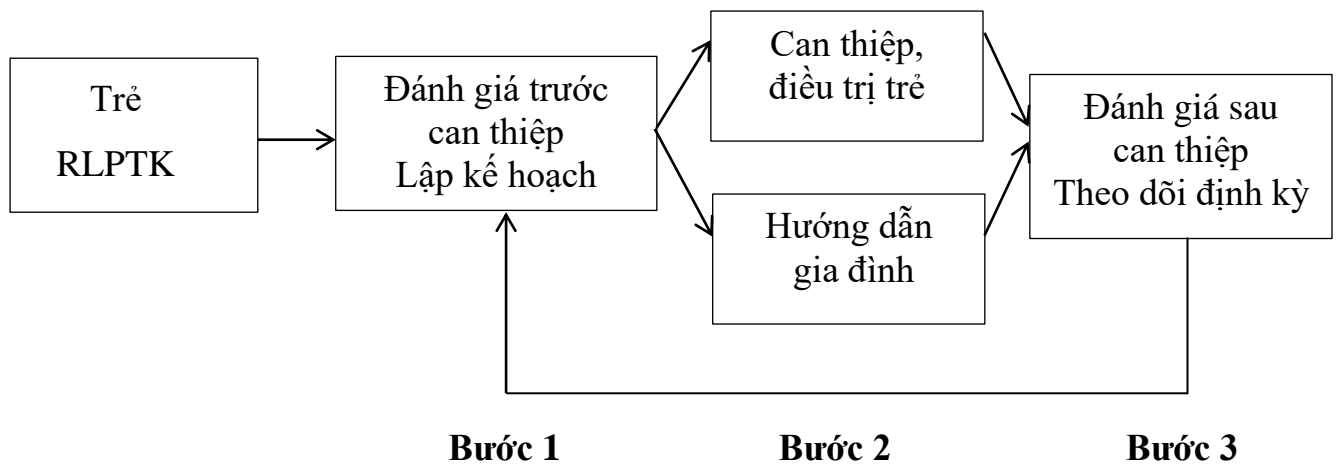
Hoạt động trị liệu (Occupational Therapy - OT): tổng hợp các kỹ năng nhận thức, thể chất và vận động. Mục tiêu của hoạt động trị liệu là giúp cá nhân có thể tự lập và hòa nhập tốt hơn trong cuộc sống. Với trẻ tự kỷ, hoạt động trị liệu có thể tập trung vào việc dạy cho trẻ chơi đùa phù hợp, học tập, và những kỹ năng sống cơ bản; tăng cường khả năng độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày; giảm thiểu các khó khăn trong điều hòa giác quan [2],[13],[27],[28].

1.4.2. Quy trình can thiệp

1.4.2.1. Nội dung can thiệp:

- Nhận thức bản thân và thế giới xung quanh.
- Kỹ năng ứng xử.
- Kỹ năng tự phục vụ.
- Kỹ năng sử dụng các thiết bị, phương tiện.
- Kỹ năng giữ an toàn... [13],[28].

1.4.2.2. Quy trình can thiệp: Theo quy trình chung của các phương pháp can thiệp [2]:



Sơ đồ 1.1. Quy trình can thiệp hoạt động trị liệu cho trẻ tự kỷ [2]

1.4.3. Cách thức thực hiện

1.4.3.1. Bước 1: Đánh giá trước can thiệp và lập kế hoạch

- Đánh giá trước can thiệp:

- *Đối với trẻ tự kỷ*: Đánh giá mức độ phát triển, các thiếu sót, điểm mạnh của trẻ trong mỗi lĩnh vực, sở thích của trẻ để phát huy, tạo động lực cho trẻ.

- + Đánh giá các kỹ năng vận động: Do kỹ thuật viên hoạt động trị liệu-phục hồi chức năng thực hiện. Đánh giá nhằm xác định mức độ phát triển vận động (bao gồm vận động tinh, vận động thô) và những khó khăn cụ thể liên quan tư thế, trương lực cơ, phối hợp... vận động, những hệ quả của những khó khăn này trong việc thực hiện các chức năng. Công cụ đánh giá có thể là

những bảng kiểm hoặc quan sát, phỏng vấn lâm sàng.

+ Đánh giá những khó khăn giác quan và hệ quả: Do kỹ thuật viên hoạt động trị liệu- phục hồi chức năng thực hiện. Đánh giá nhằm xem xét hệ quả của những khó khăn giác quan đối với các hoạt động chức năng (VD: gây cản trở can thiệp, góp phần tạo nên những hành vi có vấn đề...), từ đó xác định những rối loạn ưu tiên cần được giải quyết.

+ Các đánh giá khác: sở thích, những hoạt động vui chơi, phong cách học tập...

- Lập kế hoạch can thiệp cá nhân:

Xây dựng kế hoạch bao gồm các nội dung:

- Xác định các lĩnh vực cần can thiệp, trong đó mỗi lĩnh vực đưa ra mục tiêu ngắn hạn, trung hạn và dài hạn phù hợp với đặc điểm và nhu cầu của trẻ.

- Các hoạt động và những bài tập trong mỗi lĩnh vực dự kiến nhằm đạt mục tiêu can thiệp.

- Xác định vai trò của những người tham gia: cha mẹ, bác sỹ, các kỹ thuật viên.

- Đo lường hiệu quả can thiệp đối với từng mục tiêu và với tình trạng chung.

Đánh giá trước can thiệp tập trung vào những thiếu sót hiện tại và ảnh hưởng chức năng của những thiếu sót này tới trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và gia đình.

1.4.3.2. Bước 2: Thực hiện kế hoạch can thiệp:

Gồm 2 hoạt động chính là Can thiệp, điều trị trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và Hướng dẫn, huấn luyện gia đình.

- Can thiệp, điều trị trẻ có rối loạn phổ tự kỷ:

- Can thiệp phát triển thể chất, vận động và giác quan: Can thiệp về vận động và giác quan do kỹ thuật viên trị liệu hoạt động- phục hồi chức năng

thực hiện. Can thiệp nhằm giải quyết các vấn đề như: thiếu năng lượng và giảm cơ lực; kém tự chủ, kém về thăng bằng, vận tốc và sức mạnh của hoạt động; khó khăn điều khiển toàn cơ thể trong những hoạt động phức tạp, liên hoàn. Việc cho trẻ tham gia các hoạt động thô đa dạng có mục đích góp phần giúp trẻ kiểm soát hành vi, hỗ trợ các quá trình nhận thức và tri giác, giao tiếp, phối hợp nhóm...

+ Vận động tinh là nhóm các kỹ năng giúp trẻ thực hiện được các hoạt động chăm sóc bản thân và thao tác với đồ vật. Trẻ tự kỷ cần được can thiệp nhằm thành thạo việc cầm nắm; phối hợp chuyển động giữa các ngón tay trong thao tác với đồ vật, sử dụng song song hai tay để hỗ trợ cho quá trình thực hiện động tác. Bên cạnh đó, trẻ cũng cần được tập luyện phối hợp giữa chuyển động của mắt và chuyển động của tay một cách nhịp nhàng khi thực hiện một hoạt động.

+ Tâm vận động là một phương pháp hướng tới ý tưởng kết hợp hài hòa hai loại chức năng vận động và tâm thần, bằng cách vận dụng vai trò và ảnh hưởng của hệ thần kinh trong giai đoạn não bộ của trẻ còn đang phát triển, nhất là từ 0 – 7 tuổi. Ở phương pháp này, trẻ sẽ được tham gia những trò chơi vận động cơ thể mà qua đó phát triển khả năng khám phá và học hỏi, ví dụ: có kiến thức về không gian, trải nghiệm thời gian, xây dựng trí tưởng tượng và hệ thống biểu tượng, giải tỏa những ức chế, những xung đột nội tâm, những áp lực của cuộc sống. Có nhiều trò chơi ở các cấp độ khác nhau được những nhà trị liệu lựa chọn theo mức độ phát triển, nhu cầu, sở thích.

+ Can thiệp tích hợp giác quan có thể được thực hiện ở những trẻ có rối loạn điều hòa cảm giác. Bằng cách thông qua những chiến lược, kỹ thuật nhất định, các kỹ thuật viên trị liệu hoạt động- phục hồi chức năng có thể giúp điều chỉnh nhu cầu cảm giác của trẻ cho phù hợp, giúp trẻ thích ứng được với các tín hiệu cảm giác đầu vào đến từ môi trường và hạn chế suy giảm chức năng liên quan tới khó khăn cảm giác. Ví dụ: trẻ có rối loạn về cảm nhận cơ thể và

thăng bằng sẽ được tham gia những hoạt động lăn người trên bóng hoặc các hoạt động với bóng khác (ball therapy), nhảy trampoline... Mặc dù đây là một can thiệp đang được áp dụng ngày càng nhiều với trẻ có rối loạn phổ tự kỷ do hiểu biết về các cơ chế sinh học- thần kinh nền tảng của các triệu chứng rối loạn cảm giác ngày càng gia tăng, nhưng những nghiên cứu bằng chứng về hiệu quả can thiệp còn hạn chế.

+ Điều trị các vấn đề/ bệnh lý cơ thể đi kèm:

Các vấn đề ăn uống: Theo nghiên cứu, các vấn đề ăn uống xảy ra ở 3/4 trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. Trẻ có thể có thói quen chỉ ăn một vài loại thức ăn, từ chối không ăn những thức ăn thô, kích thước to hoặc khó nhai, khó nuốt. Ăn uống giới hạn có thể khiến trẻ thiếu vi chất, thiếu Protein, thiếu năng lượng cần thiết cho tăng trưởng và phát triển, táo bón chức năng. Đồng thời ăn uống giới hạn gây ra những khó khăn cho người chăm sóc. Các vấn đề hành vi ăn uống có thể kéo dài đến tuổi vị thành niên. Ngoài ra, một vấn đề khác là ăn vô độ, ăn quá mức có thể dẫn tới béo phì ở trẻ tự kỷ. Ăn không an toàn (pica) – tức ăn những thứ không phải thức ăn, cũng là một vấn đề hay gặp và khó xử trí, có thể gây ra những nguy cơ nuốt phải chất độc, dị vật tiêu hóa. Ở trẻ ăn không an toàn có kèm đau bụng cấp và dữ dội, nôn nhiều cần loại trừ tình trạng cấp cứu là thủng ruột và hoặc bán tắc hay tắc ruột. Ăn không an toàn thường gặp ở trẻ tự kỷ mức độ nặng hoặc có các vấn đề cảm giác dai dẳng. Tùy từng vấn đề gặp phải, gia đình trẻ sẽ có những hướng dẫn để lên kế hoạch can thiệp. Can thiệp thường được chia từng bước nhỏ: giới thiệu thức ăn mới, huấn luyện hành vi ăn uống, thiết lập lịch trình và thói quen, tăng cường các hoạt động giác quan nếu cần, các bài tập vận động vùng miệng... Một số trường hợp cần sự tham gia tích cực của các kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu và hoạt động trị liệu.

• Hướng dẫn, huấn luyện gia đình:

+ Nhằm giúp gia đình hiểu và đạt được những kỹ năng phù hợp hỗ trợ

trẻ tự kỷ phát triển; giúp gia đình phối hợp tốt với các nhà chuyên môn; giúp cải thiện các vấn đề khó khăn liên quan tới tự kỷ trong gia đình.

+ Hướng dẫn sắp xếp thời gian; bố trí môi trường; sử dụng đồ chơi và dụng cụ tập luyện phù hợp; thực hiện các bài tập can thiệp; tổ chức sinh hoạt gia đình thuận lợi; theo dõi sự tiến triển của trẻ.

1.4.3.3. Bước 3: Đánh giá và theo dõi định kỳ

Mục tiêu:

- Xem xét việc đạt được các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn, từ đó đánh giá sự tiến triển của trẻ, những thuận lợi và khó khăn trong quá trình can thiệp.
- Đánh giá kiến thức và kỹ năng của cha mẹ/người chăm sóc.
- Xác định các vấn đề phát sinh.
- Xác định nhu cầu mới can thiệp mới của trẻ, nhu cầu mới của gia đình.
- Điều chỉnh kế hoạch can thiệp cá nhân cho phù hợp giai đoạn mới

[2].

1.5. Một số nghiên cứu về trẻ tự kỷ

1.5.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Các phân tích tổng hợp cho thấy châm cứu kết hợp giáo dục và can thiệp hành vi giúp giảm đáng kể trên thang điểm đánh giá chứng tự kỷ ở trẻ (CARS: Childhood Autism Rating Scale), khác biệt trung bình 8,10 điểm (95%CI từ 3,4- 12,8) so với nhóm sử dụng trị liệu hành vi đơn thuần [29].

Virginia CN Wong và cộng sự (2010) sử dụng điện châm là phương pháp nghiên cứu trên trẻ mắc RLPTK, kết quả cho thấy nhóm nghiên cứu cải thiện khả năng ngôn ngữ, khả năng tiếp thu, khả năng vận động và chú ý tốt hơn nhóm chứng (nhóm châm cứu giả). Hơn 70% trẻ RLPTK thích nghi một cách nhanh chóng với châm cứu. Các triệu chứng bất lợi là chảy máu tại nơi châm, khó chịu khi châm cứu [30].

Nghiên cứu của Samir H. Dalwai và cộng sự (2015) nhằm đánh giá kết quả điều trị đa phương thức đối với trẻ tự kỷ tại Ấn Độ. Dữ liệu thứ cấp của 38 trẻ trong độ tuổi từ 2-6 tuổi, được trị liệu kết hợp gồm chức năng và ngôn

ngữ tại trung tâm, đồng thời tư vấn cho phụ huynh cùng thực hiện. Số buổi can thiệp trung bình là 48-72 buổi trị liệu chức năng (2-3 lần/tuần), 24-48 buổi trị liệu ngôn ngữ (1-2 lần/tuần) và 5-6 buổi tư vấn cho phụ huynh (1 lần/tháng). Thang đánh giá tự kỷ ở trẻ em (CARS) và thang đánh giá trưởng thành xã hội Vineland (VSMS) được sử dụng làm tiêu chuẩn trước và sau can thiệp. Kết quả cho thấy sự khác biệt trung bình trong tổng điểm CARS thông qua test T-ghép cặp là 4,18 ($p < 0,0001$). Những thay đổi tích cực đáng kể về khả năng hoạt động được thấy ở hầu hết các thang đo phụ (liên quan đến con người; sử dụng đồ vật; phản ứng thị giác; giao tiếp bằng lời nói và phi ngôn ngữ; phản ứng và sử dụng vị giác, khứu giác và xúc giác; mức độ và tính nhất quán của phản ứng trí tuệ và chung ấn tượng). Test T-ghép cặp cũng cho thấy các điểm tích cực trên tất cả các thang đo phụ của VSMS [31].

Leiwang và cộng sự (2021) đã phân tích các nghiên cứu lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên về điều trị RLPTK bằng châm cứu, kết quả có 16 thiết kế phù hợp với cỡ mẫu 1332 bệnh nhân. Kết quả điểm CARS nhóm châm cứu giảm trung bình 2,65 điểm (95%CI từ 2,07 đến 3,22), nhóm kết hợp châm cứu với xoa bóp giảm 10,35 điểm (95%CI từ 9,36 đến 11,34). Kết quả điểm ABC giảm trung bình 6,7 điểm (95%CI từ 4,29-9,10). Các kết quả phân tích về cảm giác, sự liên quan, ngôn ngữ, cơ thể và sử dụng đối tượng, và sự trợ giúp xã hội/bản thân trong các phân nhóm của ABC thay đổi như sau: giác quan (-2,67, 95% CI (-2,90, -2,44)), liên quan (-3,28, 95% CI (-3,55, -3,02)), ngôn ngữ (-2,45, 95% CI (-2,73, -2,16)), nội dung và đối tượng sử dụng (-1,19, 95% CI (-1,38, -1,00)), và xã hội/ tự lực (-2,09, 95% CI (-2,30, -1,89)) [32].

Nhiều nghiên cứu khác cho thấy châm cứu có tác động tích cực đến thay đổi chức năng vận động, khả năng giao tiếp, điều chỉnh hành vi của trẻ RLPTK.

1.5.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Phạm Trung Kiên, Lê Thị Kim Dung (2013) bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị cho trẻ RLPTK tại Thái Nguyên, sử dụng Trị liệu âm ngữ, ngôn ngữ, tập vận động, trị liệu cảm giác và giao tiếp, trị liệu hành vi theo ABA,

TEACCH. Kết quả sau 6 tháng tương tác xã hội, ngôn ngữ có thay đổi nhưng không có ý nghĩa thống kê, hành vi và động tác định hình thay đổi có ý nghĩa thống kê [33].

Tác giả Hoàng Văn Quyên và Nguyễn Anh Tuấn (2018) đánh giá kết quả can thiệp trẻ tự kỷ từ 18 đến 72 tháng tuổi tại Bệnh viện nhi đồng 1. Kết quả nghiên cứu về can thiệp thông qua giao tiếp, tương tác, chơi đùa và hoà nhập ở trẻ tự kỷ từ 18 tháng đến 72 tháng tuổi đang theo dõi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2018 cải thiện và thay đổi các kỹ năng sau can thiệp với thời gian can thiệp từ 6 tháng đến 12 tháng có ý nghĩa thống kê [34].

Trần Thị Ngọc Hòai (2020) nghiên cứu trên 96 trẻ tự kỷ 5-17 tuổi tại Khoa Tâm thần-Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỷ lệ trẻ nam chiếm 84%, trong đó, trẻ sinh sống ở thành thị chiếm 51,8%; 61% trẻ tự kỷ mức độ nặng [35].

CHƯƠNG 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi từ 24- 72 tháng tuổi được chẩn đoán RLPTK, có cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý và tự nguyện cho trẻ tham gia nghiên cứu khi đã được giải thích rõ ràng về mục tiêu, tác động bất lợi có thể có và lợi ích của phương pháp sử dụng trong nghiên cứu, vào điều trị tại khoa Nội Nhi-Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai, được lựa chọn theo những tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhi 24-72 tháng tuổi (trẻ từ 24 tháng là mốc chẩn đoán xác định tốt nhất; trẻ sau 72 tháng thực hiện can thiệp ít hiệu quả)

- Trẻ tự kỷ mức độ nhẹ và trung bình theo thang điểm CARS (từ 30-36.5 điểm).

- Bệnh nhi được chẩn đoán xác định rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-V theo YHHĐ và thuộc thể bệnh Can hỏa vượng thịnh theo phân loại của Dương Văn Tâm (Bệnh viện Châm cứu Trung ương) [20]:

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán theo YHHĐ:**

Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ theo DSM-5, gồm:

A. Khiếm khuyết kéo dài về giao tiếp xã hội và tương tác xã hội trong nhiều tình huống, với những biểu hiện ở cả ba mục sau, xảy ra hiện tại hoặc trước đây (các ví dụ chỉ mang tính minh họa và không bao gồm tất cả các biểu hiện có thể quan sát được ở người tự kỷ):

1) Thiếu sót trong tương tác qua lại về cảm xúc - xã hội, ví dụ có thể bao gồm từ bất thường trong cách tiếp cận xã hội và thất bại trong các cuộc hội thoại qua lại thông thường; giảm sự chia sẻ các sở thích, tình cảm hoặc cảm xúc; cho đến những thất bại trong khởi xướng hoặc phản hồi lại với các tương tác xã hội.

2) Thiếu sót trong các hành vi giao tiếp không lời dùng trong tương tác xã hội, ví dụ có thể bao gồm từ sự kém phối hợp trong giao tiếp có lời và không lời; những bất thường trong giao tiếp mắt, ngôn ngữ cơ thể hoặc thiếu sót trong khả năng hiểu và sử dụng cử chỉ điệu bộ; cho tới việc hoàn toàn không có/không sử dụng biểu cảm nét mặt và giao tiếp không lời.

3) Thiếu sót trong việc phát triển, duy trì và hiểu về các mối quan hệ, ví dụ có thể bao gồm từ những khó khăn trong điều chỉnh hành vi phù hợp với các tình huống xã hội khác nhau; cho đến các khó khăn trong chia sẻ hoạt động chơi tưởng tượng hoặc trong việc kết bạn và sự thiếu quan tâm đến bạn cùng lứa.

Chỉ rõ mức độ nặng hiện tại: Mức 1 Mức 2 Mức 3

B. Những mẫu hành vi, sở thích, hoặc hoạt động thu hẹp, lặp đi lặp lại, được biểu hiện ít nhất hai trong số những mục sau, xảy ra hiện tại hoặc trước đây

1) Những chuyển động vận động, cách sử dụng đồ vật hoặc lời nói rập khuôn, hoặc lặp đi lặp lại (ví dụ: những cử động đơn giản rập khuôn; xếp đồ chơi thành hàng, vung vẩy đồ vật, nhại lời, những cụm từ bất thường).

2) Khăng khăng duy trì tình trạng không thay đổi (cố định), tuân thủ cứng nhắc những thói quen, hoặc những mẫu hành vi có lời/ không lời có tính nghi thức (ví dụ: vô cùng khó chịu với những thay đổi nhỏ, khó khăn trong khi chuyển tiếp giữa các hoạt động, cách suy nghĩ cứng nhắc, chào hỏi kiểu rập khuôn, di chuyển trên cùng một cung đường hoặc ăn cùng một món ăn mỗi ngày).

3) Những sở thích có tính cố định và hạn hẹp, bất thường về cường độ hoặc mức độ tập trung vào chúng (ví dụ: sự gắn bó hoặc mối bận tâm cao độ với những đồ vật khác thường, những sở thích bị bó hẹp hoặc dai dẳng quá mức).

4) Phản ứng quá mạnh hoặc quá yếu với các thông tin cảm giác hoặc có mối quan tâm bất thường tới các khía cạnh cảm giác của môi trường xung quanh (ví dụ: giảm phản ứng/thờ ơ rõ rệt với cơn đau/nhiệt độ, phản ứng khó

chịu với một số âm thanh hay chất liệu nhất định, ngứa hoặc sờ/chạm quá mức vào các đồ vật, say mê các kích thích thị giác như ánh sáng hay chuyển động.)
Chỉ rõ mức độ nặng hiện tại: Mức 1 Mức 2 Mức 3

C. Những triệu chứng trên phải xuất hiện trong giai đoạn phát triển sớm của người đó (nhưng có thể chỉ bắt đầu biểu hiện đầy đủ và rõ ràng khi các yêu cầu xã hội vượt quá khả năng hạn chế của họ, hoặc các khó khăn này có thể đã bị ẩn đi/che giấu nhờ những chiến lược đã học được sau này).

D. Những triệu chứng gây ra sự suy giảm rõ rệt về lâm sàng trong các lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác của chức năng hiện tại.

E. Rối loạn phổ tự kỷ và khuyết tật trí tuệ thường xảy ra cùng lúc. Để đưa ra chẩn đoán kép rối loạn phổ tự kỷ và khuyết tật trí tuệ, tương tác xã hội phải được đánh giá ở dưới mức kỳ vọng so với mức phát triển chung.

Phân loại mức độ nặng

* Mức 1 “Cần hỗ trợ”:

- Giao tiếp xã hội: Khi không được hỗ trợ, những thiếu hụt trong giao tiếp xã hội gây ra những khiếm khuyết đáng kể. Gặp khó khăn trong việc khởi xướng tương tác xã hội, thể hiện qua ví dụ rõ ràng về cách phản ứng bất thường hoặc không thành công với tiếp cận xã hội từ người khác. Có thể xuất hiện giảm hứng thú trong tương tác xã hội. Ví dụ, người đó có thể nói câu hoàn chỉnh và tham gia vào giao tiếp nhưng thất bại trong hội thoại qua lại với người khác hoặc có những nỗ lực kết bạn với người khác nhưng theo cách khác lạ và thường không thành công.

- Hành vi giới hạn lặp lại: Tính cứng nhắc của hành vi gây ra những cản trở đáng kể đến chức năng trong một hoặc nhiều tình huống. Gặp khó khăn trong khi chuyển tiếp giữa các hoạt động. Gặp khó khăn trong khả năng tổ chức và lên kế hoạch, làm cản trở tính độc lập.

* Mức 2 “Cần hỗ trợ đáng kể”

- Giao tiếp xã hội: Thiếu sót rõ rệt các kỹ năng giao tiếp xã hội có lời và không lời; suy giảm xã hội rõ rệt ngay cả khi có hỗ trợ; hạn chế khởi xướng tương tác xã hội và giảm hoặc đáp ứng bất thường với những tiếp cận

xã hội từ người khác. Ví dụ, người đó nói câu đơn giản, tương tác bị giới hạn trong một số mối quan tâm đặc biệt nhất định và có sự khác thường rõ rệt trong cách giao tiếp không lời.

- Hành vi giới hạn lặp lại: Các hành vi cứng nhắc, khó khăn trong việc ứng phó với sự thay đổi, hoặc các hành vi rập khuôn/lặp đi lặp lại khác với tần suất đủ nhiều (bất cứ ai cũng có thể quan sát thấy sự xuất hiện của các hành vi đó) và ảnh hưởng tới chức năng trong nhiều tình huống khác nhau. Khó chịu và/hoặc khó khăn trong việc chuyển hướng chú ý, tập trung hoặc chuyển tiếp các hoạt động.

* Mức 3 “Cần hỗ trợ rất nhiều”

- Giao tiếp xã hội: Thiếu sót nghiêm trọng các kỹ năng giao tiếp xã hội có lời và không lời gây ra suy giảm nghiêm trọng trong chức năng, rất hạn chế khởi xướng tương tác xã hội, và có đáp ứng tối thiểu với tiếp cận xã hội từ người khác. Ví dụ, cá nhân chỉ có thể nói/ sử dụng một số ít các từ có nghĩa, hiếm khi khởi xướng tương tác, và nếu có thì thông qua các cách tiếp cận bất thường chỉ để đáp ứng nhu cầu của bản thân hoặc chỉ đáp ứng với những tiếp cận xã hội rất trực tiếp.

- Hành vi giới hạn lặp lại: Các hành vi cứng nhắc; đặc biệt khó khăn trong việc ứng phó với sự thay đổi hoặc có các hành vi giới hạn/lặp đi lặp lại khác gây cản trở rõ rệt tới chức năng trong tất cả các khía cạnh/lĩnh vực. Khó chịu nhiều/khó khăn nhiều trong việc chuyển hướng chú ý, tập trung hoặc chuyển tiếp các hoạt động [2].

- **Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHCT:**

Trẻ được chẩn đoán xác định mắc RLPTK với các chứng trạng thuộc thể bệnh Can hỏa vượng thịnh theo phân loại của Dương Văn Tâm (Bệnh viện Châm cứu Trung ương): Nội tâm trẻ không yên, trạng thái của trẻ khó tĩnh lặng, an hòa nên trẻ khó nghe lời, không chú ý tập trung, hành vi vô thức, kém tình cảm gắn bó với người thân kèm theo trẻ tính khí cáu kỉnh, không nói được, hay la hét, đêm khó ngủ không yên, đại tiện táo, tiểu tiện vàng, đầu lưỡi

đỏ, râu lưỡi vàng, mạch huyền sắc [15],[20],[36],[37].

Tứ chẩn	RLPTK thể can hỏa vượng thịnh
Vọng	- Không chú ý tập trung - Hành vi vô thức; - Đầu lưỡi đỏ, râu lưỡi vàng
Vấn	- Không nói được. Nói chậm, nói ngọng, phát âm từ vô nghĩa, nhại lời
Vấn	- Khó nghe lời; - Ít tình cảm gắn bó với người thân; - Tính khí cáu kỉnh; - Hay la hét; - Đêm khó ngủ, ngủ không yên; - Đại tiện táo, tiểu tiện vàng
Thiết	- Chỉ tay tía trệ/ Mạch huyền sắc

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhi theo YHCT [20]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

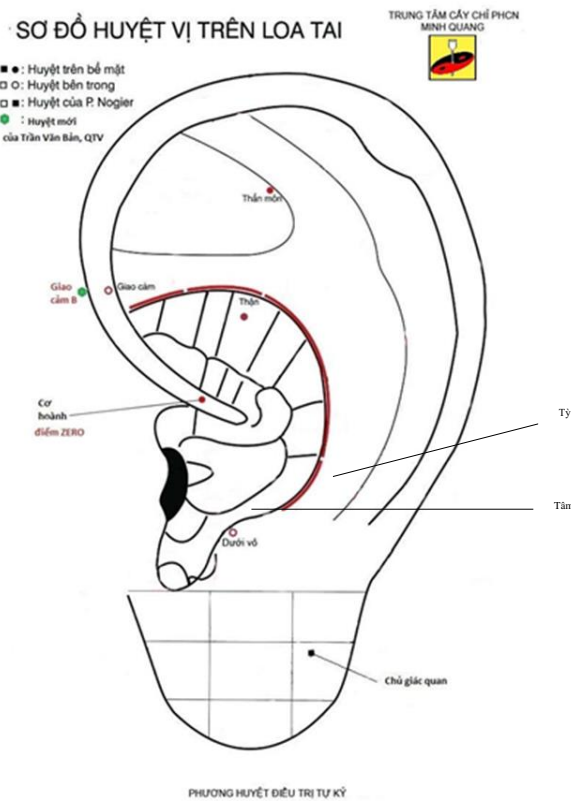
- Trẻ mắc các bệnh lý cấp tính như viêm nhiễm, bệnh lý ngoại khoa cấp tính.
- Trẻ mắc các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng đến khả năng tập luyện như suy tim, suy thận, xơ gan, lao phổi ...
- Trẻ mắc các dị tật bẩm sinh: Hội chứng Down, dị tật tim bẩm sinh, tật sứt môi hở hàm ếch, tiền sử động kinh ...
- Các dị tật bẩm sinh về cơ xương khớp.

2.2. Chất liệu nghiên cứu

2.2.1. Nhĩ châm

2.2.1.1. *Phác đồ huyết*: Theo phác đồ huyết “Điện nhĩ châm điều trị hội chứng tự kỷ ở trẻ em” của Bộ y tế.

Phác đồ gồm các huyết: Dưới não, Giao cảm, Thần môn, Tâm, Tỳ, Thận [23],[38].

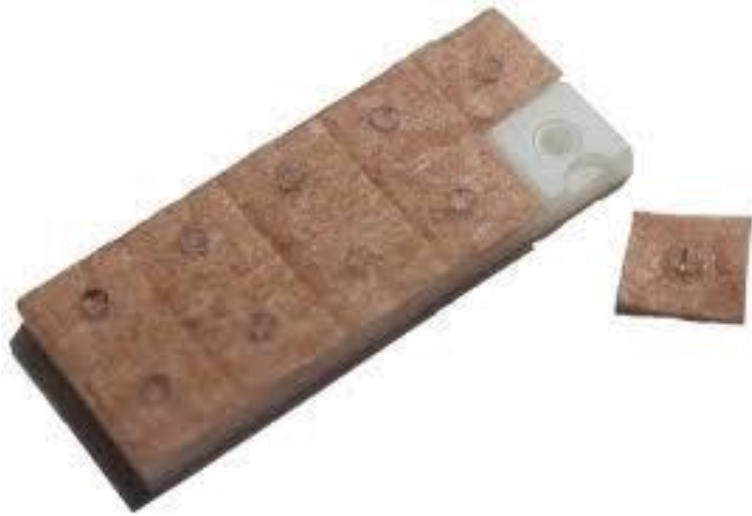


Hình 2.1. Sơ đồ huyết nhĩ châm điều trị tự kỷ [23],[38].

2.2.1.2. *Phương tiện nghiên cứu*:

- Chất liệu nghiên cứu: Kim nhĩ hoàn
- + Thông số kỹ thuật: Gồm 1 thân kim, đường kính thân kim 0.06mm~0.50mm, độ dài thân kim 1.3mm~300mm.
- + Thành phần: thép Y tế không gỉ cao cấp.
- + Hình thức: một kim gắn trên miếng băng dính y tế oxit kẽm màu da, kích thước 1x1 cm, gắn trên đế nhựa.

+ Hãng sản xuất: Suzhou Huanqiu Acupuncture Medical Appliance Co.,Ltd.



Hình 2.2. Kim nhĩ hoàn

- Que dò huyết: giúp xác định chính xác vị trí huyết.
- Panh không máu, bông, côn 70°.



Hình 2.3. Bộ công cụ nghiên cứu

2.2.1.3. Quy trình kỹ thuật:

- **Chuẩn bị người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Tư thế người bệnh nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.

- **Các bước tiến hành**

- Thầy thuốc xác định chính xác vùng huyết, lau sạch bề mặt vùng huyết trên tai bằng bông cotton, chờ cho bề mặt da khô thì dùng panh không máu kẹp miếng băng dính đã có kim gài đúng vào huyết, dùng ngón tay day nhẹ để băng dính gắn chặt kim vào vị trí, đồng thời kích thích huyết.

- **Liệu trình điều trị**

Giai đoạn 1: Nhĩ hoàn lưu kim x 20 ngày liên tục (kể cả thứ 7 và chủ nhật), nghỉ theo dõi trong khoảng 7 ngày, tiếp tục điều trị giai đoạn 2 (như giai đoạn 1) trong 20 ngày liên tục.

2.2.2. Hoạt động trị liệu

Cách thức thực hiện: các bước thực hiện theo mục 1.4.3

Liệu trình: Giai đoạn 1: 20 ngày liên tục, nghỉ theo dõi trong khoảng 7 ngày, tiếp tục điều trị giai đoạn 2: 20 ngày liên tục, mỗi lần tập 20 phút, ngày tập 2 lần (sáng – chiều).

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 17/05/2024 đến ngày 30/08/2024.

- Địa điểm: Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng. So sánh trước và sau điều trị.

2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn 36 trẻ tự kỷ đáp ứng chỉ tiêu lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

2.4.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.4.3.1. Nhóm biến số mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ tự kỷ

- Tuổi
- Giới tính (nam, nữ)
- Địa dư (thành thị, nông thôn, miền núi)
- Dân tộc (Kinh, khác)
- Tiền sử từng can thiệp giáo dục đặc biệt (có (tại nhà, trường mầm non, trung tâm), không).
- Thời gian trẻ sử dụng thiết bị điện tử (tivi, máy tính/điện thoại, thiết bị điện tử khác).
- Thời gian trẻ tự chơi/chơi với bạn, sai được việc đơn giản trong ngày.

2.4.3.2. Nhóm biến số hiệu quả điều trị

- Sự thay đổi kết quả Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC và thang CARS qua các thời điểm theo dõi D₀; D₂₀; D₄₇.
- Sự thay đổi các triệu chứng của Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC qua các thời điểm theo dõi D₀; D₂₀; D₄₇.
- Sự thay đổi các triệu chứng của thang CARS qua các thời điểm theo dõi D₀; D₂₀; D₄₇.
- Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền: Thần kém linh hoạt; khí sắc bất thường; chậm nói, nói ngọng; nói một mình; không thích giao tiếp với người khác; nhạy cảm với âm thanh/ánh sáng; vận động tinh bàn tay; kén ăn; rối loạn giấc ngủ; chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng; đạo hãn; tự hãn; táo bón; chỉ tay tía trệ hoặc mạch huyền sắc qua các thời điểm theo dõi D₀; D₂₀; D₄₇.
- Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị: giới, dân tộc...

2.4.4. Phương pháp đánh giá kết quả

2.4.4.1. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC (autism treatment evaluation checklist):

Đây là một bảng kiểm do các tác giả Bernard Rimland & Stephen M. Edelson xây dựng. Mục đích bảng kiểm là đánh giá sự tiến triển của trẻ tự kỷ theo từng lĩnh vực, qua đó giúp đánh giá hiệu quả can thiệp [39].

Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC bao gồm 4 phần đánh giá

được phân loại như sau:

- Âm lời nói/ Ngôn ngữ/ Giao tiếp: 14 câu.
- Tương tác xã hội: 20 câu.
- Giác quan/ Nhận thức: 18 câu.
- Vấn đề về sức khỏe/ Thể chất/ Hành vi: 25 câu [2].

2.4.4.2. *Mức độ tự kỷ*

Mức độ tự kỷ được đánh giá theo thang điểm CARS (The Childhood Autism Rating Scale) gồm 15 mục, mỗi mục có 4 mức độ (bình thường = 0 điểm; bất thường nhẹ = 2 điểm, bất thường trung bình = 3 điểm, bất thường nặng = 4 điểm. Có thể cho điểm 0,5 nếu trẻ nằm giữa 2 mức độ). Người đánh giá quan sát trẻ, đánh giá các hành vi tương ứng với mỗi mức độ của mục đó [40]. Tổng điểm của 15 mục được phân loại như sau:

- Từ 15- dưới 30 điểm: Trẻ bình thường.
- Từ 30-36.5 điểm: Trẻ tự kỷ nhẹ đến trung bình.
- Từ 37-60 điểm: Trẻ tự kỷ nặng [27].

2.4.5. *Các bước tiến hành nghiên cứu*

- **Bước 1:** Trẻ tự kỷ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai thoả mãn tiêu chuẩn chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ được khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm và cận lâm sàng cần thiết.

- **Bước 2:** Điều tra viên cung cấp thông tin về nghiên cứu nhằm đạt được sự đồng ý tham gia của người giám hộ trẻ, điền vào Phụ lục 1.

- **Bước 3:** Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC được gửi đến cha mẹ hoặc người chăm sóc chính (người giám hộ trẻ) tự điền. Điều tra viên hỗ trợ, giải thích các câu hỏi để người giám hộ hiểu và đánh giá chính xác mức độ rối loạn hành vi của trẻ.

- **Bước 4:** Tiến hành điều trị theo phác đồ nghiên cứu.
- **Bước 5:** Đánh giá trẻ tại các thời điểm D_0 ; D_{20} ; D_{47}
- **Bước 6:** Thu thập dữ liệu, xử lý kết quả và báo cáo.

2.4.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng gồm:

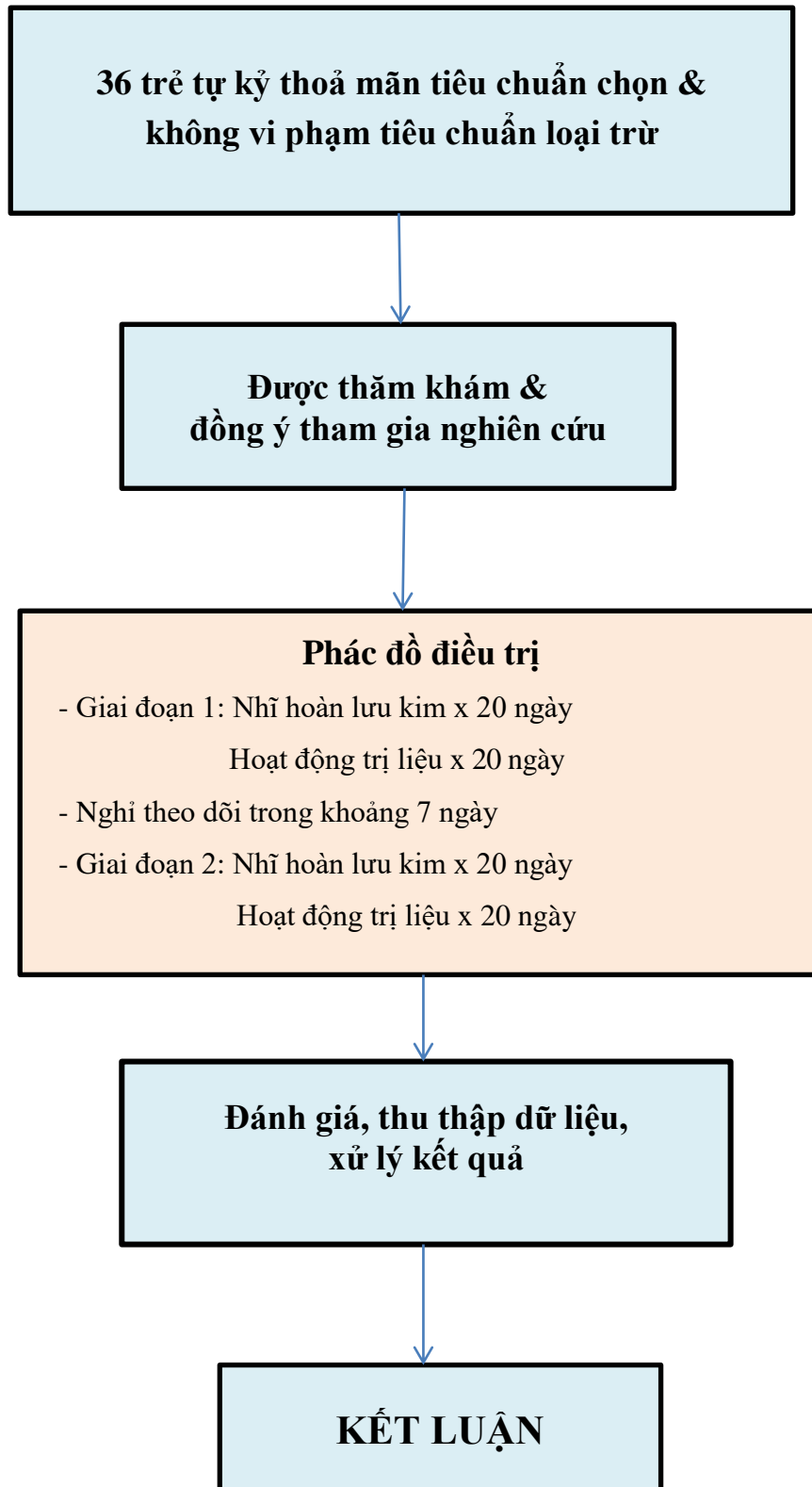
- Tính $\bar{X} \pm SD$ (giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn)
- Tính tỷ lệ (%)
- So sánh khác biệt giữa 2 giá trị trung bình: T-test
- So sánh khác biệt giữa 2 tỷ lệ: test Chi-square
- So sánh trước sau điều trị, test T ghép cặp.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng thông qua đề cương luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Y học cổ truyền của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai trước khi tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị trẻ tự kỷ, ngoài ra không có mục đích nào khác.

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo người giám hộ của trẻ tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về phương pháp can thiệp, liệu trình điều trị và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện (tất cả người giám hộ đều được ký cam kết tình nguyện tham gia). Người giám hộ có quyền cho trẻ rời khỏi nghiên cứu, dừng nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không cần giải thích lý do.



Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi tự kỷ

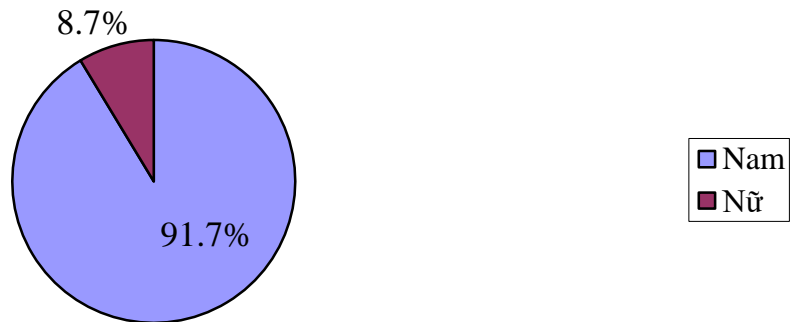
3.1.1. Phân bố bệnh nhi theo nhóm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhi theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm nghiên cứu (n=36)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
24 - 36 tháng tuổi	9	25,0%
37 - 48 tháng tuổi	8	22,2%
49 - 60 tháng tuổi	10	27,8%
61 - 72 tháng tuổi	9	25,0%
Tổng	36	100%

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, phân bố tuổi ở các bệnh nhi là tương đương nhau, nhóm bệnh nhi từ 49 – 60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn với 27,8%.

3.1.2. Phân bố giới tính



Biểu đồ phân loại giới tính của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới tính

Nhận xét: Từ biểu đồ nhận thấy, các bệnh nhi nghiên cứu chủ yếu là nam giới, chiếm tỷ lệ 91,7%, nữ giới chiếm tỷ lệ 8,7%.

3.1.3. Đặc điểm địa dư

Bảng 3.2. Đặc điểm địa dư

Địa dư	Nhóm nghiên cứu (n=36)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành thị	14	38,9%
Miền núi	21	58,3%
Nông thôn	1	2,8%
Tổng	36	100%

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, phần lớn các bệnh nhi ở miền núi và thành thị chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,3% và 38,9%, ở nông thôn chiếm 2,8%.

3.1.4. Đặc điểm dân tộc

Bảng 3.3. Đặc điểm dân tộc

Dân tộc	Nhóm nghiên cứu (n=36)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kinh	25	69,4%
Khác (ghi)	11	30,6%
Tổng	36	100%

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, các bệnh nhi là dân tộc kinh chiếm tỷ lệ cao là 69,4%, các dân tộc khác chiếm 30,6%.

3.1.5. Đặc điểm tiền sử giáo dục đặc biệt

Bảng 3.4. Đặc điểm tiền sử giáo dục đặc biệt

Can thiệp giáo dục đặc biệt	Nhóm nghiên cứu (n=36)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không	9	25,0%
Tại nhà	17	47,2%
Trường mầm non	6	16,7%
Trung tâm tự kỷ	4	11,1%
Tổng	36	100%

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, phần lớn trẻ được can thiệp tại nhà, chiếm 47,2%; tiếp đến là không được can thiệp gì là 25,0%, can thiệp tại trường mầm non là 16,7% và can thiệp tại trung tâm tự kỷ là 11,1%.

3.1.6. Phân bố thời gian hoạt động của trẻ trong ngày

Bảng 3.5. Phân bố thời gian hoạt động của trẻ trong ngày

Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n = 36)
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (giờ)
Xem ti vi/máy tính/điện thoại	0,74 \pm 0,69
Tự chơi (xếp hình, tô màu, vận động, ...)	4,75 \pm 1,16
Chơi với bạn	0,63 \pm 0,81
Sai được việc đơn giản	0,43 \pm 0,21

Nhận xét: Từ bảng số liệu cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu dành thời gian trong ngày cho việc tự chơi (xếp hình, tô màu, vận động, ...), trung bình 4,75 \pm 1,16 giờ; trung bình trẻ dành thời gian cho các hoạt động xem tivi, chơi máy tính/điện thoại là 0,74 \pm 0,69 giờ; thời gian mà gia đình sai được việc đơn giản là 0,43 \pm 0,21 giờ và thời gian chơi với bạn là 0,63 \pm 0,81 giờ.

3.1.7. Phân loại mức hỗ trợ tự kỷ theo DSM-5

Bảng 3.6. Phân loại mức độ hỗ trợ tự kỷ theo DSM-5

Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n=36)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cần hỗ trợ	9	25,0%
Cần hỗ trợ đáng kể	10	27,8%
Cần hỗ trợ rất nhiều	17	47,2%
Tổng	36	100%

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, theo thang DSM-5, các trẻ đều cần sự hỗ trợ. Trong đó, cần hỗ trợ rất nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,2%, tiếp đến là cần hỗ trợ đáng kể (27,8%); cần hỗ trợ chiếm 25,0%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị trẻ tự kỷ bằng nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu

3.2.1. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC

Bảng 3.7. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC

Thời điểm đánh giá	Nhóm nghiên cứu (n=36) $\bar{X} \pm SD$
D ₀	101,42 ± 9,86
D ₂₀	92,78 ± 10,14
D ₄₇	84,08 ± 11,39
P ₀₋₂₀	< 0,05
P ₀₋₄₇	< 0,05

Nhận xét: Từ bảng số liệu cho thấy, theo bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC, đối tượng nghiên cứu có sự giảm hành vi bất thường sau 47 ngày can thiệp. Cụ thể, trung bình điểm ATEC ở trẻ tại thời điểm D₀ là 101,42 ± 9,86 và giảm xuống còn 92,78 ± 10,14 vào ngày thứ 20 và xuống 84,08 ± 11,39 vào ngày 47. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.2. Thang điểm CARS đánh giá mức độ tự kỷ

Bảng 3.8. Thang điểm CARS đánh giá mức độ tự kỷ

Thời điểm đánh giá	Nhóm nghiên cứu (n=36) $\bar{X} \pm SD$
D ₀	39,50 ± 3,55
D ₂₀	35,54 ± 1,47
D ₄₇	33,08 ± 1,84
p ₀₋₂₀	< 0,05
P ₀₋₄₇	< 0,05

Nhận xét: Từ bảng số liệu cho thấy, theo bảng kiểm đánh giá mức độ tự kỷ, điểm CARS ở trẻ có xu hướng giảm sau 47 ngày can thiệp. Cụ thể, trung bình điểm CARS ở trẻ tại thời điểm D₀ là 39,50 ± 3,55 và giảm xuống còn 35,54 ± 1,47 vào ngày thứ 20 và xuống 33,08 ± 1,84 vào ngày 47. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.3. Sự thay đổi các triệu chứng của Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC

Bảng 3.9. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC- Triệu chứng

I. Lời nói / Ngôn ngữ / Giao tiếp			
Hành vi	Thời điểm đánh giá		
	D₀ $\bar{X} \pm SD$	D₂₀ $\bar{X} \pm SD$	D₄₇ $\bar{X} \pm SD$
1. Nhận biết được tên của mình	1,47 ± 0,65	1,21 ± 0,32	1,01 ± 0,32
2. Đáp ứng với 'Không' hoặc 'Dừng lại'	1,56 ± 0,56	1,23 ± 0,48	1,09 ± 0,44
3. Có thể làm theo một số mệnh lệnh	1,67 ± 0,54	1,45 ± 0,68	1,21 ± 0,56
4. Sử dụng một từ mỗi lần nói (Không, Ăn, Nước, v.v)	1,61 ± 0,65	1,41 ± 0,58	1,19 ± 0,43
5. Sử dụng 2 từ mỗi lần nói (Không muốn, Về nhà)	1,72 ± 0,56	1,56 ± 0,43	1,24 ± 0,48
6. Sử dụng 3 từ mỗi lần nói (Muốn thêm sữa)	1,67 ± 0,63	1,34 ± 0,56	1,03 ± 0,54
7. Biết 10 từ trở lên	1,78 ± 0,54	1,46 ± 0,64	1,32 ± 0,45
8. Có thể sử dụng câu nói 4 từ trở lên	1,83 ± 0,38	1,57 ± 0,44	1,39 ± 0,54
9. Biết giải thích những gì trẻ muốn	1,78 ± 0,49	1,45 ± 0,53	1,11 ± 0,54
10. Hỏi những câu hỏi có ý nghĩa	1,72 ± 0,57	1,58 ± 0,56	1,34 ± 0,45
11. Lời nói của trẻ có ý nghĩa/ phù hợp	1,64 ± 0,68	1,49 ± 0,52	1,26 ± 0,38
12. Thường sử dụng các câu nói liên tiếp	1,64 ± 0,64	1,46 ± 0,43	1,29 ± 0,56
13. Có thể duy trì một cuộc hội thoại khá tốt	1,58 ±	1,32 ±	1,12 ±

	0,60	0,56	0,45
14. Có khả năng giao tiếp bình thường đúng với lứa tuổi	1,61 ± 0,59	1,46 ± 0,55	1,26 ± 0,43
II. Tương tác xã hội			
	D₀ $\bar{X} \pm SD$	D₂₀ $\bar{X} \pm SD$	D₄₇ $\bar{X} \pm SD$
1. Dường như đang ở trong thế giới của riêng mình - khó tiếp cận được với trẻ	0,47 ± 0,69	0,78 ± 0,59	1,02 ± 0,62
2. Lò người khác đi	0,36 ± 0,59	0,63 ± 0,56	0,92 ± 0,73
3. Ít hoặc không chú ý khi được nhắc đến	0,33 ± 0,59	0,76 ± 0,54	1,08 ± 0,62
4. Không hợp tác và hay kháng cự	0,36 ± 0,68	0,62 ± 0,58	0,98 ± 0,61
5. Không giao tiếp mắt	0,33 ± 0,63	0,56 ± 0,56	0,93 ± 0,76
6. Thích chơi một mình hơn	0,36 ± 0,64	0,76 ± 0,52	0,99 ± 0,56
7. Không biểu hiện tình cảm	0,39 ± 0,69	0,64 ± 0,56	1,09 ± 0,57
8. Không tỏ ra mừng rỡ khi gặp cha mẹ	0,03 ± 0,17	0,45 ± 0,36	0,84 ± 0,56
9. Tránh tiếp xúc với người khác	0,36 ± 0,64	0,68 ± 0,56	1,06 ± 0,78
10. Không biết bắt chước	0,31 ± 0,62	0,61 ± 0,56	1,02 ± 0,69
11. Không thích được bồng ẵm hay ôm ấp	0,19 ± 0,58	0,34 ± 0,34	0,78 ± 0,65
12. Không chia sẻ hoặc chỉ ra thứ gì đó với người khác	0,42 ± 0,69	0,67 ± 0,45	1,01 ± 0,52
13. Không vẫy tay chào "bye bye"	0,33 ± 0,59	0,67 ± 0,54	0,98 ± 0,68

14. Hay tỏ ra không bằng lòng/ không tuân thủ	0,31 ± 0,53	0,62 ± 0,61	0,99 ± 0,82
15. Có các con giận dữ ăn vạ	0,36 ± 0,72	0,56 ± 0,77	0,89 ± 0,62
16. Không có bạn, người chơi cùng	0,31 ± 0,58	0,65 ± 0,52	0,88 ± 0,64
17. Hiếm khi mỉm cười	0,31 ± 0,67	0,66 ± 0,51	0,92 ± 0,61
18. Ít nhạy cảm với cảm xúc của người khác	0,08 ± 0,28	0,56 ± 0,49	0,72 ± 0,39
19. Thờ ơ khi được yêu thích, âu yếm	0,39 ± 0,69	0,55 ± 0,57	0,88 ± 0,56
20. Thờ ơ khi cha mẹ rời đi	0,58 ± 0,77	0,78 ± 0,56	0,92 ± 0,67
III. Giác quan/ Nhận thức			
	D₀ $\bar{X} \pm SD$	D₂₀ $\bar{X} \pm SD$	D₄₇ $\bar{X} \pm SD$
1. Đáp ứng với tên gọi của mình	1,47 ± 0,74	1,20 ± 0,76	0,93 ± 0,78
2. Đáp ứng khi được khen	1,56 ± 0,69	1,34 ± 0,76	1,04 ± 0,65
3. Nhìn vào người và các con vật	1,58 ± 0,73	1,34 ± 0,65	1,14 ± 0,67
4. Nhìn vào tranh ảnh (và Tivi)	1,64 ± 0,68	1,46 ± 0,67	1,21 ± 0,65
5. Vẽ, tô màu, các hoạt động mỹ thuật	1,67 ± 0,68	1,44 ± 0,69	1,02 ± 0,63
6. Chơi với đồ chơi phù hợp	1,56 ± 0,74	1,33 ± 0,76	1,00 ± 0,56
7. Biểu cảm nét mặt phù hợp	1,58 ± 0,69	1,28 ± 0,54	1,08 ± 0,67

8. Hiểu những câu chuyện trên Tivi khi xem	1,64 ± 0,68	1,49 ± 0,65	1,19 ± 0,53
9. Hiểu khi được ai đó giải thích	1,61 ± 0,69	1,45 ± 0,54	1,25 ± 0,49
10. Có ý thức về môi trường xung quanh	1,69 ± 0,62	1,39 ± 0,65	1,17 ± 0,77
11. Có ý thức về nguy hiểm	1,72 ± 0,45	1,45 ± 0,54	1,22 ± 0,65
12. Thể hiện trí tưởng tượng của mình	1,61 ± 0,73	1,51 ± 0,44	1,33 ± 0,57
13. Khởi xướng các hoạt động	1,67 ± 0,68	1,50 ± 0,60	1,28 ± 0,52
14. Biết tự mặc quần áo	1,42 ± 0,73	1,19 ± 0,62	0,98 ± 0,57
15. Tò mò, yêu thích với những điều xung quanh	1,53 ± 0,69	1,38 ± 0,70	1,12 ± 0,63
16. Thích phiêu lưu, khám phá	1,53 ± 0,77	1,33 ± 0,66	1,11 ± 0,45
17. Ý thức về những gì đang diễn ra xung quanh	1,50 ± 0,74	1,34 ± 0,64	1,03 ± 0,69
18. Cùng nhìn về nơi người khác đang nhìn	1,39 ± 0,84	1,19 ± 0,57	0,87 ± 0,69
IV. Vấn đề sức khỏe/ Thể chất/ Hành vi			
Hành vi	D₀ $\bar{X} \pm SD$	D₂₀ $\bar{X} \pm SD$	D₄₇ $\bar{X} \pm SD$
1. Tiêu dâm khi ngủ	2,28 ± 1,06	1,96 ± 0,93	1,54 ± 0,78
2. Tiêu ra quần / bím	2,25 ± 1,08	1,78 ± 0,92	1,64 ± 0,68
3. Ị đùn ra quần / bím	2,56 ± 0,88	2,20 ± 0,92	1,68 ± 0,84
4. Tiêu chảy	2,36 ±	1,92 ±	1,82 ±

	1,02	0,88	0,76
5. Táo bón	2,31 ± 1,01	1,93 ± 0,89	1,68 ± 0,71
6. Vấn đề về giấc ngủ	2,61 ± 0,69	2,11 ± 0,93	1,89 ± 0,69
7. Ăn quá nhiều hay quá ít	2,25 ± 1,03	1,93 ± 0,89	1,67 ± 0,76
8. Chế độ ăn uống rất hạn chế	2,33 ± 1,04	1,91 ± 0,88	1,57 ± 0,56
9. Tăng động	2,31 ± 1,06	1,99 ± 0,91	1,76 ± 0,83
10. Lờ đờ, không năng động	2,33 ± 1,04	1,89 ± 1,02	1,78 ± 0,87
11. Tự đánh hoặc tự làm đau mình	2,33 ± 1,01	2,01 ± 0,99	1,79 ± 0,77
12. Đánh hoặc làm đau người khác	2,19 ± 1,12	1,77 ± 0,88	1,56 ± 0,82
13. Phá hoại đồ dùng, đồ chơi	2,39 ± 0,93	2,11 ± 0,78	1,92 ± 0,68
14. Nhạy cảm với âm thanh	2,11 ± 1,12	1,83 ± 0,91	1,55 ± 0,67
15. Hay lo lắng / sợ hãi	2,08 ± 1,18	1,99 ± 0,56	1,56 ± 0,73
16. Hay buồn bã / khóc lóc	2,14 ± 1,07	1,85 ± 0,82	1,65 ± 0,65
17. Có cơn co giật	2,33 ± 1,01	2,13 ± 0,78	1,89 ± 0,89
18. Nói kiểu rập khuôn, lặp lại	2,28 ± 1,00	2,01 ± 0,99	1,78 ± 0,67
19. Lịch sinh hoạt cứng nhắc	2,19 ± 1,06	1,80 ± 0,83	1,56 ± 0,65
20. La hét	2,33 ±	2,12 ±	1,96 ±

	0,99	0,68	0,83
21. Không thích sự thay đổi	2,33 ± 0,96	2,19 ± 0,87	1,77 ± 0,64
22. Thường dễ bị kích động	2,44 ± 0,91	2,21 ± 0,67	2,01 ± 0,82
23. Kém nhạy cảm với đau	2,33 ± 1,01	2,10 ± 0,88	1,90 ± 0,84
24. Nhìn chăm chăm hoặc chăm chú quá mức vào đối tượng / chủ đề	2,42 ± 0,99	2,25 ± 0,89	2,01 ± 0,81
25. Hành vi lặp lại nhiều lần (vẫy tay, lắc người)	2,31 ± 1,01	2,14 ± 0,89	1,84 ± 0,82

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, các bệnh nhi có sự thay đổi đáng kể các triệu chứng theo Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC theo thời gian.

3.2.4. Sự thay đổi các triệu chứng của thang CARS

Bảng 3.10. Sự thay đổi các triệu chứng của thang CARS

Hành vi	Thời điểm đánh giá			p
	D ₀ $\bar{X} \pm SD$	D ₂₀ $\bar{X} \pm SD$	D ₄₇ $\bar{X} \pm SD$	
Quan hệ xã hội	3,78 ± 1,68	2,25 ± 1,03	1,63 ± 0,89	< 0,05
Bắt chước	3,61 ± 1,62	2,08 ± 1,48	1,69 ± 0,56	< 0,05
Đáp ứng tình cảm	3,64 ± 1,77	2,41 ± 1,42	1,83 ± 0,61	< 0,05
Các động tác cơ thể	3,69 ± 1,76	2,44 ± 1,07	1,85 ± 0,82	< 0,05
Sử dụng đồ vật	3,69 ± 1,62	2,49 ± 1,06	1,80 ± 0,83	< 0,05
Thích nghi với sự thay đổi	3,28 ± 1,70	2,49 ± 1,42	1,77 ± 0,88	< 0,05
Phản ứng thị giác	3,31 ± 1,76	2,28 ± 1,00	2,01 ± 0,69	< 0,05
Phản ứng thính giác	3,33 ± 0,66	2,31 ± 1,06	1,69 ± 0,61	< 0,05
Phản ứng qua vị, khứu và xúc giác, sử dụng những giác quan này	3,33 ± 0,69	2,33 ± 0,66	2,49 ± 0,87	< 0,05

Sợ hãi hoặc hồi hộp	3,33 ± 1,71	2,42 ± 0,69	2,25 ± 0,89	< 0,05
Giao tiếp bằng lời	3,33 ± 1,71	2,44 ± 0,61	2,21 ± 0,67	< 0,05
Giao tiếp không lời	3,33 ± 1,74	2,33 ± 1,01	2,43 ± 0,78	< 0,05
Mức độ hoạt động	3,33 ± 1,74	2,68 ± 1,24	1,91 ± 0,88	< 0,05
Đáp ứng trí tuệ	3,39 ± 0,63	2,72 ± 1,04	2,19 ± 1,02	< 0,05
Ấn tượng chung	3,62 ± 0,69	2,79 ± 0,63	2,41 ± 0,78	< 0,05

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, các bệnh nhi có sự thay đổi các triệu chứng theo thang CARS theo thời gian. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê sau 47 ngày điều trị với $p < 0,05$.

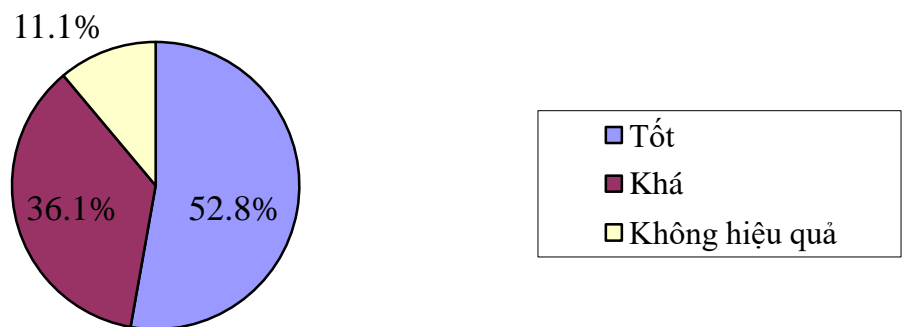
3.2.5. Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền

Bảng 3.11. Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền

Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền	Thời điểm đánh giá						p
	D ₀		D ₂₀		D ₄₇		
	n	%	n	%	n	%	
Thần kém linh hoạt	36	100%	25	69,44%	19	52,78%	< 0,05
Khí sắc bất thường	36	100%	23	63,89%	16	44,44%	< 0,05
Chậm nói, nói ngọng	28	77,78%	20	55,56%	18	50,0%	< 0,05
Nói một mình	26	72,22%	20	55,56%	17	47,22%	< 0,05
Không thích giao tiếp với người khác	34	94,44%	27	75,0%	21	58,33%	< 0,05
Nhạy cảm với âm thanh ánh sáng	32	89,89%	24	66,67%	19	52,78%	< 0,05
Vận động tinh bàn tay	22	61,11%	16	44,44%	13	36,11%	< 0,05
Kén ăn	29	80,56%	21	58,33%	17	47,22%	< 0,05
Rối loạn giấc ngủ	30	83,33%	20	55,56%	16	44,44%	< 0,05
Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng	36	100%	26	72,22%	21	58,33%	< 0,05
Đạo hãn	31	86,11%	27	75,0%	20	55,56%	< 0,05

Tự hãn	30	83,33%	25	69,44%	20	55,56%	< 0,05
Táo bón	26	72,22%	19	52,78%	14	38,89%	< 0,05
Chỉ tay tía trệ/ Mạch huyền sắc	28	77,78%	22	61,11%	19	52,78%	< 0,05

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, các chứng trạng theo y học cổ truyền của các bệnh nhi cải thiện có chiều hướng tốt lên sau thời gian điều trị. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.2: Hiệu quả điều trị chung sau 47 ngày điều trị

Nhận xét: Từ biểu đồ nhận thấy, sau 47 ngày điều trị, các bệnh nhi đạt hiệu quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,8%, đạt hiệu quả khá là 36,1%, không hiệu quả là 11,1%.

3.2.6. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị

3.2.6.1. Liên quan giữa tuổi giới và kết quả

Bảng 3.12. Liên quan giữa giới tính và hiệu quả điều trị

Giới tính	Hiệu quả tốt		Hiệu quả chưa tốt		OR (95%CI)
	n	%	n	%	
Nam	17	51,5%	16	48,5%	0,53 (0,04 – 0,32)
Nữ	2	66,7%	1	33,3%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và hiệu quả điều trị. Đối tượng nghiên cứu giới tính nữ có xu hướng cho hiệu quả điều trị tốt hơn đối tượng nghiên cứu giới tính nam với $OR=0,53$ (95%CI).

Bảng 3.13. Liên quan giữa tuổi và hiệu quả điều trị

Tuổi (Tháng)	Hiệu quả tốt		Hiệu quả chưa tốt		OR (95%CI)
	n	%	n	%	
< 48 tháng	8	47,1%	9	52,9%	0,65 (0,17 – 2,4)
> 48 tháng	11	57,9%	8	42,1%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và hiệu quả điều trị. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi > 48 tháng có xu hướng cho hiệu quả điều trị tốt hơn đối tượng nghiên cứu < 48 tháng với $OR=0,65$ (0,17 – 2,4)

3.2.6.2. Liên quan giữa đặc điểm dân tộc và kết quả điều trị

Bảng 3.14. Liên quan giữa đặc điểm địa lý và kết quả điều trị

Dân tộc	Hiệu quả tốt		Hiệu quả chưa tốt	
	n	%	n	%
Thành thị	9	64,2%	5	35,8%
Nông thôn	0	0%	1	100%
Miền núi	10	47,6%	11	52,4%

Nhận xét: Từ bảng số liệu nhận thấy, sự khác biệt về địa lý có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Đối tượng nghiên cứu ở thành thị có tỷ lệ điều trị hiệu quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.15. Liên quan giữa đặc điểm dân tộc và kết quả điều trị

Dân tộc	Hiệu quả tốt		Hiệu quả chưa tốt		OR (95%CI)
	n	%	n	%	
Kinh	14	56,0%	11	44,0%	1,52 (0,59 – 3,34)
Khác	5	45,5%	6	54,5%	

Nhận xét: Từ bảng số liệu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm dân tộc và kết quả điều trị. Đối tượng nghiên cứu là dân tộc Kinh có kết quả điều trị tốt hơn so với đối tượng là người dân tộc khác, OR=1,52; (95%CI).

Bảng 3.16. Liên quan giữa tiền sử giáo dục đặc biệt và kết quả điều trị

Can thiệp giáo dục đặc biệt	Hiệu quả tốt		Hiệu quả chưa tốt		p
	n	%	n	%	
Không can thiệp	4	44,4%	5	55,6%	p < 0,05
Tại nhà	8	47,1%	9	52,9%	
Trường mầm non	4	66,7%	2	33,3%	
Trung tâm tự kỷ	3	75,0%	1	25,0%	

Nhận xét: Từ bảng số liệu cho thấy, có mối liên quan giữa tiền sử giáo dục và hiệu quả điều trị. Các trẻ được điều trị sớm tại trung tâm tự kỷ và trường mầm non cho hiệu quả điều trị tốt là 75,0% và 66,7% cao hơn so với trẻ điều trị tại nhà hoặc không điều trị là 47,1% và 44,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.17. Liên quan giữa mức độ hỗ trợ và kết quả điều trị

Dân tộc	Hiệu quả tốt		Hiệu quả chưa tốt		p
	n	%	n	%	
Cần hỗ trợ ít	6	66,7%	3	33,3%	p > 0,05
Cần hỗ trợ đáng kể	6	60%	4	40%	
Cần hỗ trợ rất nhiều	8	47,1%	9	52,9%	

Nhận xét: Từ bảng số liệu cho thấy, có mối liên quan giữa mức độ hỗ trợ và hiệu quả điều trị. Các trẻ được cần hỗ trợ ít có xu hướng đạt hiệu quả điều trị tốt cao hơn nhóm trẻ cần được hỗ trợ đáng kể và trẻ cần hỗ trợ rất nhiều. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Rối loạn phổ tự kỷ được đặc trưng bởi sự suy giảm khả năng tương tác xã hội, suy giảm khả năng giao tiếp và thiếu linh hoạt trong suy nghĩ và hành vi. Điện châm đã được sử dụng như một phương pháp điều trị nhằm cải thiện các triệu chứng và kết quả của rối loạn phổ tự kỷ trong y học cổ truyền Trung Quốc và ngày càng được áp dụng trong mô hình y học phương Tây. Trẻ em từ 24-72 tháng tuổi là nhóm tuổi cần được chú trọng nhằm phát hiện và can thiệp sớm, đặc biệt giai đoạn trước 3 tuổi, còn gọi là “giai đoạn vàng” [41]. Tại Việt Nam: Tác giả Nguyễn Thị Hương Giang năm 2010 sàng lọc bằng thang M-CHAT-23 ở trẻ 18 - 24 tháng tuổi tại tỉnh Thái Bình cho tỷ lệ mắc RLPTK là 5,9%; Nghiên cứu của Nguyễn Lan Trang năm 2012 ở trẻ em từ 18 - 60 tháng tuổi tại Thành phố Thái Nguyên, chẩn đoán theo tiêu chuẩn DSM-IV, tỷ lệ RLPTK là 5,1%. Cũng tại tỉnh Thái Nguyên, tác giả Phạm Trung Kiên năm 2014 —Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc và kết quả điều trị RLPTK trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên ở 7316 đối tượng trẻ em từ 18 – 60 tháng tuổi với phương pháp chẩn đoán bằng các công cụ sàng lọc: Năm dấu hiệu cờ đỏ, M-CHAT, Denver; chẩn đoán chính xác bằng DSM-IV phối hợp thang điểm CARS đã phát hiện 33 trẻ RLPTK, chiếm tỉ lệ 4,5% [42],[43].

Trong nghiên cứu này, kết quả của chúng tôi cho thấy phân bố tuổi ở các bệnh nhi là tương đương nhau, nhóm bệnh nhi từ 49 – 60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn với 27,8%. (bảng 3.1). Điều này phù hợp với kết quả của Blenner năm 2014 và Ozonoff năm 1998 khi tác giả cho rằng tuổi trung bình được chẩn đoán ở trẻ RLPTK lần lượt là 54 và 53,3 tháng tuổi [44]. Bên cạnh đó, kết quả cũng cho thấy đa số trẻ tự kỷ là nam, tỷ lệ 91,7%, nữ giới chiếm tỷ lệ 8,7%. Trẻ trai được xác định rối loạn phổ tự kỷ nhiều hơn gấp 4 - 5 lần so

với trẻ gái. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác trong nước và trên thế giới. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Thị Nguyệt Anh và Ngô Quang Hải (2022) cũng cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam (76,7%) [45]. Nghiên cứu của Trần Thiện Thắng và cộng sự (2022) báo cáo 76,7% đối tượng mắc tự kỷ là trẻ nam [46]. Theo Trần Thị Ngọc Hồi (2020), tỷ lệ trẻ nam chiếm 84%. Theo các nghiên cứu, tại Châu Mỹ tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ nam:nữ là 4,3:1, tại châu Âu là 2,9:1, ở châu Á 5,6:1. Kết quả này có thể được giải thích do sự kết hợp của nhiều yếu tố khác nhau. 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 yếu tố gen và hormone giới tính. Tuy nhiên, cần thêm nghiên cứu để hiểu rõ hơn về sự chênh lệch này và cách nó ảnh hưởng đến chẩn đoán và điều trị tự kỷ ở trẻ [47].

Một số nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, trong môi trường thành thị, có sự tiếp cận tốt hơn đến các dịch vụ chẩn đoán và điều trị, có thể dẫn đến việc tăng cơ hội phát hiện rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em. Ngoài ra, môi trường thành thị cũng có thể tạo ra áp lực xã hội và kỹ năng giao tiếp cần thiết, có thể làm tăng khả năng nhận biết các triệu chứng này. Ngược lại, ở vùng nông thôn và miền núi, việc tiếp cận các dịch vụ y tế và giáo dục có thể hạn chế hơn, dẫn đến khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị các trường hợp rối loạn phổ tự kỷ. Ngoài ra, sự thiếu hụt thông tin và nhận thức về rối loạn phổ tự kỷ cũng có thể góp phần vào sự chênh lệch này [31], [32]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai nên về đặc điểm địa dư, phần lớn các bệnh nhi ở miền núi và thành thị chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,3% và 38,9%, ở nông thôn chiếm 2,8%. Kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Hồi (2020) báo cáo tỷ lệ trẻ trẻ sinh sống ở thành thị chiếm 51,8% [35]. Chính vì thế, phần lớn bệnh nhi nghiên cứu được can thiệp tại nhà, chiếm 47,2%; tiếp đến là không được can thiệp gì là 25,0%, can thiệp tại trường mầm non là 16,7% và can thiệp tại trung tâm tự kỷ là

11,1%. Can thiệp tại nhà có ưu điểm là hướng sự tập trung vào việc cung cấp các phương pháp giáo dục cá nhân hóa và điều chỉnh dành riêng cho từng trẻ, đặc biệt đây đồng thời cũng là môi trường học tập thuận lợi và thoải mái nhất. Can thiệp tại trung tâm tự kỷ lại cho thấy sự chú trọng vào việc sử dụng các phương pháp giáo dục chuyên biệt. Việc kết hợp giữa can thiệp tại nhà và can thiệp tại trung tâm tự kỷ có thể mang lại những kết quả tích cực, đáp ứng đầy đủ các nhu cầu giáo dục và phát triển của trẻ tự kỷ. Nghiên cứu thời gian tự hoạt động của trẻ sẽ giúp hiểu rõ hơn về cách thức tự hoạt động của trẻ tự kỷ, điều này ảnh hưởng đến sự phát triển và chăm sóc của trẻ, từ đó có thể đưa ra các phương pháp hỗ trợ điều trị hiệu quả nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù kết quả chỉ ra phần lớn đối tượng nghiên cứu dành thời gian trong ngày cho việc tự chơi (xếp hình, tô màu, vận động, ...), trung bình $4,75 \pm 1,16$ giờ; trung bình trẻ dành thời gian cho các hoạt động xem tivi, chơi máy tính/điện thoại là $0,74 \pm 0,69$ giờ; thời gian gia đình sai trẻ được việc đơn giản là $0,43 \pm 0,21$ giờ và thời gian chơi với bạn là $0,63 \pm 0,81$ giờ. Việc giới hạn thời gian sử dụng màn hình có thể là một điểm quan trọng cần được xem xét, không chỉ vì sức khỏe của trẻ mà còn để tạo điều kiện cho họ tham gia vào các hoạt động khác nhau, giao tiếp và phát triển kỹ năng xã hội. Thực tế quan sát cũng cho thấy, trẻ chơi game, xem nhiều tivi, ít giao tiếp đời thường khó điều trị hoặc can thiệp/tác động hơn trẻ khác. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, theo thang DSM-5 các trẻ đều cần sự hỗ trợ. Trong đó, cần hỗ trợ rất nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,2%, tiếp đến là cần hỗ trợ đáng kể (27,8%); cần hỗ trợ chiếm 25,0%. Điều này phản ánh mức độ ảnh hưởng nghiêm trọng của rối loạn phổ tự kỷ đối với các khả năng xã hội, giao tiếp, cũng như khả năng tự chăm sóc và tự lo cho bản thân của trẻ. Sự đánh giá này cũng cho thấy rằng cần có sự hỗ trợ và can thiệp chuyên sâu để đáp ứng các nhu cầu đa dạng của trẻ tự kỷ.

4.2. Kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp tập giao tiếp trong điều trị trẻ tự kỷ

Nhĩ châm cũng như châm cứu nói chung, là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế cung phản xạ bệnh lý có thể xuất hiện ngay tức thì sau khi châm và tác động vào huyết. Tại nơi châm có những biến đổi: tổ chức tại nơi châm bị tổn thương sẽ tiết ra các chất trung gian hóa học như histamine, acetylcholine, catecholamine... bạch cầu tập trung gây phù nề tại chỗ sẽ chèn ép vào các sợi thần kinh cảm giác, gây ra các phản xạ đột trực làm co giãn mạch máu làm nhiệt độ da thay đổi (nóng, lạnh). Tất cả những kích thích trên tạo thành một kích thích được truyền vào tủy, lên não; từ não xung động được đến các cơ quan đáp ứng hình thành một cung phản xạ mới, nó tuân theo hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của Utomski. Trẻ RLPTK có rối loạn chức năng giao tiếp xã hội, việc kích thích các huyết vùng tai có thể làm giảm độ nhạy cảm của một số vùng tai trong và não bộ, làm tăng khả năng nhận thức, học tập và giao tiếp. Việc nhĩ châm sẽ thúc đẩy trao đổi chất, tăng lưu lượng máu đến các vùng bất thường gây ảnh hưởng đến trí thông minh và trung tâm ngôn ngữ của não, cải thiện chức năng ngôn ngữ. Tuy nhiên, hiện tại vẫn còn thiếu các thử nghiệm lâm sàng dựa trên bằng chứng về tác dụng của nhĩ châm cho rối loạn phổ tự kỷ [2], [13], [25].

Trong nghiên cứu này, sau 47 ngày điều trị, các bệnh nhi đạt hiệu quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,8%, đạt hiệu quả khá là 36,1%, không hiệu quả là 11,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2023) với 53,3% trẻ đạt hiệu quả điều trị tốt, 23,3% hiệu quả khá, 16,7% hiệu quả trung bình và 6,7% hiệu quả kém [48].

Kết quả đánh giá hiệu quả điều trị chung trẻ tự kỷ của chúng tôi dựa trên đánh giá hiệu quả cải thiện thang điểm CARS, thang điểm ATEC và kết hợp cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Việc sử dụng nhiều thang đo có lợi

cho việc đánh giá toàn diện các kết quả nghiên cứu. Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng đã chỉ ra điểm số CARS và ATEC phản ánh các triệu chứng cốt lõi của rối loạn phổ tự kỷ. Về thang điểm ATEC đánh giá điều trị tự kỷ: các bệnh nhi có sự thay đổi đáng kể các triệu chứng theo Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC theo thời gian. Bên cạnh đó, điểm đặc điểm thành phần các triệu chứng cũng giảm dần qua các thời điểm và sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu khác cũng đã cho kết quả tương tự [39].

Khi đánh giá mức độ tự kỷ theo thang điểm CARS ở trẻ, theo bảng kiểm đánh giá mức độ tự kỷ, điểm CARS ở trẻ có xu hướng giảm sau 47 ngày can thiệp. Cụ thể, trung bình điểm CARS ở trẻ tại thời điểm D_0 là $39,50 \pm 3,55$ và giảm xuống còn $35,54 \pm 1,47$ vào ngày thứ 20 và xuống $33,08 \pm 1,84$ vào ngày 47. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đồng thời, điểm số của đặc điểm thành phần các triệu chứng cũng giảm dần qua các thời điểm và sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. So sánh với một số kết quả nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy có sự tương đồng. Theo nghiên cứu của Rong Zhang và cộng sự (2012) khi kích thích huyết điện qua da cho thấy sự cải thiện đáng kể về khả năng kiểm soát phản ứng cảm xúc, nỗi sợ hãi hoặc lo lắng, mức độ/sự nhất quán của các mối quan hệ trí tuệ và ấn tượng chung về Thang đánh giá bệnh tự kỷ ở trẻ em (CARS) [49]. Chang Liu và cộng sự (2019) báo cáo về hiệu quả của điều trị điện châm qua da đầu ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ cho thấy giảm đáng kể điểm CARS tổng thể của trẻ dưới 3 tuổi (chênh lệch trung bình (MD)=3,08, khoảng tin cậy (CI) 95% [-3,96, -2,19], $P < .001$) [50].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Tấn Đức (2016) báo cáo đánh giá theo thang điểm CARS lần lượt như sau: khiếm khuyết trong giao tiếp bằng lời (3,19 điểm); khiếm khuyết trong mức độ nhất quán của phản xạ thông minh (3,03 điểm); khiếm khuyết trong giao tiếp không lời (2,84 điểm); khiếm

khuyết trong khả năng bắt chước (2,77 điểm). Tiêu chí hạn chế trong khả năng phản ứng vị giác, khứu giác và xúc giác có điểm trung bình thấp nhất (2,19 điểm) [51].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng xem xét sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền, bao gồm: Thần kém linh hoạt; khí sắc bất thường; nói chậm, nói ngọng; nói một mình); nhạy cảm với âm thanh/ánh sáng; vận động tinh bàn tay; kén ăn; không thích giao tiếp với người khác; rối loạn giấc ngủ; chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng; đạo hãn; tự hãn; táo bón; mạch trầm sắc qua các thời điểm theo dõi D_0 ; D_{20} ; D_{47} . Kết quả toàn bộ tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền giảm qua các thời điểm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2023) và có tích cực hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Nguyệt Anh và Ngô Quang Hải (2022). Nhóm tác giả cho biết sau 60 ngày điều trị, các dấu hiệu về rối loạn giấc ngủ, kén ăn, táo bón, đạo hãn, tự hãn, chậm nói, nói ngọng, và chất lưỡi có sự thay đổi rõ rệt ($p < 0,05$). Tuy nhiên, các dấu hiệu về thần, khí tượng, giao tiếp và vận động bàn tay thay đổi không rõ rệt ($p > 0,05$) [52].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi đã tìm được mối liên quan giữa các yếu tố tháng tuổi, giới tính, đặc điểm địa dư, đặc điểm dân tộc, tiền sử giáo dục, mức độ hỗ trợ với hiệu quả điều trị rối loạn tự kỷ ở trẻ. Trong đó, về mối liên quan giữa tháng tuổi và kết quả điều trị, kết quả thống kê chỉ ra đối tượng nghiên cứu > 48 tháng tuổi có kết quả điều trị tốt hơn đối tượng nghiên cứu < 48 tháng tuổi. Sự phát hiện này có thể được giải thích bởi sự linh hoạt và khả năng tiếp thông tin của trẻ > 48 tháng tuổi, đặc biệt là trong quá trình học tập và điều trị. Các trẻ có thể phản ứng tốt hơn với các phương pháp can thiệp

giáo dục đặc biệt và có tiềm năng phát triển tốt hơn khi bắt đầu điều trị sớm. Điều này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và can thiệp sớm đối với trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ, để tối ưu hóa kết quả điều trị và giúp trẻ phát triển toàn diện trong quá trình điều trị.

Ngoài ra, kết quả cũng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và kết quả điều trị. Đối tượng nghiên cứu giới tính nữ có kết quả điều trị tốt hơn đối tượng nghiên cứu giới tính nam $OR=0,53$ (95%CI); $p<0,05$. Sự khác biệt này có thể được giải thích thông qua nhiều yếu tố, bao gồm cách trẻ nam và nữ thể hiện các triệu chứng của rối loạn phổ tự kỷ, khả năng tương tác xã hội, cũng như phản ứng với liệu pháp và can thiệp. Có khả năng rằng phụ huynh và nhân viên chăm sóc sức khỏe có thể có nhận thức khác biệt và tiếp cận khác nhau đối với trẻ nam và nữ, dẫn đến sự chênh lệch trong kết quả điều trị. Ngoài ra, theo 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 yếu tố gen và hormone giới tính. Tuy vậy, cần lưu ý rằng mối liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau, và cần thêm nghiên cứu để hiểu rõ hơn về cơ chế và mối quan hệ này. Việc này có thể giúp cải thiện việc thiết kế chương trình can thiệp và điều trị hài hòa và hiệu quả cho cả nam và nữ trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ [24].

Về mối liên quan giữa đặc điểm địa dư và kết quả điều trị, kết quả cho thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa nơi sinh sống của trẻ với tỷ lệ mắc rối loạn phổ tự kỷ. Đối tượng nghiên cứu ở thành thị có tỷ lệ điều trị hiệu quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. Điều này có thể giải thích do môi trường đô thị hóa cao nên ở vùng đô thị có sự đòi hỏi về giao tiếp và hành vi của trẻ cao hơn so với môi trường nông thôn, điều này sớm làm bộc lộ các khiếm khuyết trong quá trình phát

triển của trẻ, dẫn tới việc được chẩn đoán sớm hơn. Ngoài ra còn có thể có nguyên nhân do nhận thức của bậc cha, mẹ ở vùng thành thị cũng cao hơn cha, mẹ ở vùng nông thôn. Một số giả thuyết khác có thể nhắc tới đó là yếu tố môi trường. Khi nghiên cứu về rối loạn phổ tự kỷ, các tác giả đều ghi nhận tỷ lệ mắc giảm dần từ khu vực thành thị tới khu vực nông thôn. Tại Đài Loan, tác giả Lai và cộng sự (2012) cho thấy tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ ở khu vực thành thị luôn cao hơn khu vực nông thôn (1,05/1.000 và 0,39/1.000). Nguyễn Tấn Đức (2016) báo cáo tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại Quảng Ngãi: Tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ thuộc khu vực thành thị là 0,61% cao hơn ở nông thôn với 0,33%, khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [51].

Các dân tộc luôn gắn liền với các nền văn hóa, mô hình kinh tế - xã hội khác nhau. Theo một số nghiên cứu thì RLPTK xảy ra ở tất cả các nhóm chủng tộc, dân tộc và các mô hình kinh tế - xã hội khác nhau. Mặc dù vậy, bối cảnh văn hóa có thể ảnh hưởng đáng kể đến tuổi phát hiện bệnh, tuổi bắt đầu can thiệp; sự quan tâm của gia đình về các vấn đề phát triển thần kinh của trẻ có tác động quan trọng về việc phát hiện các triệu chứng lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của RLPTK. Văn hoá cũng ảnh hưởng đáng kể đến cách thức điều tra và can thiệp RLPTK. Tính chất dân tộc thường phản ánh một hệ thống các yếu tố văn hóa, xã hội và kinh tế khác nhau có thể ảnh hưởng đến cách mà người dân trong cộng đồng tương tác với hệ thống chăm sóc sức khỏe và điều trị rối loạn phổ tự kỷ. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy mối liên quan đáng kể giữa dân tộc và kết quả điều trị, trong đó, trẻ dân tộc Kinh có hiệu quả điều trị chung mức tốt cao hơn các nhóm dân tộc khác $OR=1,52$; (95%CI), $p < 0,05$. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự chênh lệch trong việc tiếp cận và hiểu biết về rối loạn phổ tự kỷ giữa các cộng đồng dân tộc. Có thể có sự khác biệt trong việc nhận diện và đáp ứng đúng mức độ của bệnh tình, cũng như trong việc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ và can thiệp phù

hợp. Ngoài ra, kết quả này một phần có thể do sự thiên lệch về cơ sở dữ liệu nghiên cứu. Việc hiểu rõ hơn về mối quan hệ giữa dân tộc và kết quả điều trị rối loạn phổ tự kỷ sẽ giúp cải thiện việc đảm bảo công bằng và chất lượng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả những người mắc phải rối loạn phổ tự kỷ [32].

Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy, có mối liên quan giữa tiền sử giáo dục và hiệu quả điều trị. Các trẻ được điều trị sớm tại trung tâm tự kỷ và trường mầm non cho hiệu quả điều trị tốt là 75,0% và 66,7% cao hơn so với trẻ điều trị tại nhà hoặc không điều trị là 47,1% và 44,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể phản ánh sự hiệu quả của môi trường học tập tại trung tâm tự kỷ, nơi có sự hỗ trợ chuyên nghiệp và phương pháp giáo dục chuyên biệt, tuy nhiên, do tính chất mẫu và quần thể nghiên cứu, sự khác biệt chưa thực sự có ý nghĩa. Cần tiếp tục nghiên cứu để hiểu rõ hơn về cơ chế và yếu tố cụ thể nào trong việc giáo dục tại trung tâm tự kỷ có thể dẫn đến kết quả điều trị tốt hơn, nhằm cải thiện việc lựa chọn phương pháp giáo dục phù hợp nhất cho từng trẻ tự kỷ, nhằm đảm bảo trẻ nhận được sự hỗ trợ và can thiệp tối ưu nhất để phát triển các kỹ năng và tiềm năng của mình. Kết quả cho thấy, các trẻ được cần hỗ trợ ít có xu hướng đạt hiệu quả điều trị tốt cao hơn nhóm trẻ cần được hỗ trợ đáng kể và trẻ cần hỗ trợ rất nhiều. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Một số giải thích có thể bao gồm sự đa dạng trong cách mà mức độ hỗ trợ được đánh giá và đo lường, cũng như sự khác biệt trong cách mà các cá nhân đáp ứng với mức độ hỗ trợ khác nhau. Ngoài ra, mối quan hệ này cũng có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như đặc điểm của rối loạn phổ tự kỷ, phản ứng với liệu pháp, và môi trường sống cụ thể của từng cá nhân. Theo chúng tôi, trong quá trình hòa nhập xã hội, trẻ RLPTK sẽ được học hỏi và điều chỉnh hành vi và giao tiếp theo hướng tương thích và tích cực; mặt khác

việc trẻ RLPTK được gia đình tự can thiệp có đem lại hiệu quả nhưng không toàn diện, điều này một lần nữa khẳng định rằng phương pháp can thiệp trẻ RLPTK phải có tính ứng dụng xuyên suốt, chuyển giao từ các cơ sở chuyên biệt đến gia đình và cộng đồng. Đồng thời can thiệp cần phải có sự tham gia của đa ngành bao gồm Y tế, Giáo dục – đào tạo, Lao động- Thương binh- Xã hội, trong đó Y tế đóng vai trò chủ đạo.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu: “**Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ**” trên 36 trẻ tự kỷ tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai với:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai năm 2024.*

- Phân bố tuổi ở các bệnh nhi là tương đương nhau, nhóm bệnh nhi từ 49 - 60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn với 27,8%.
- Các bệnh nhi nghiên cứu chủ yếu là nam giới, chiếm tỷ lệ 91,7%, nữ giới chiếm tỷ lệ 8,7%.
- Phần lớn các bệnh nhi ở miền núi và thành thị chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,3% và 38,9%, ở nông thôn chiếm 2,8%
- Phần lớn đối tượng nghiên cứu dành thời gian tự chơi một mình trung bình $4,75 \pm 1,16$ giờ; trung bình trẻ dành thời gian cho các hoạt động xem tivi, chơi máy tính/điện thoại là $0,74 \pm 0,69$ giờ; thời gian gia đình sai trẻ được việc đơn giản là $0,43 \pm 0,21$ giờ và thời gian chơi với bạn là $0,63 \pm 0,81$ giờ.
- Theo thang DSM-5, các trẻ đều cần sự hỗ trợ. Trong đó, cần hỗ trợ rất nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,2%, tiếp đến là cần hỗ trợ đáng kể (27,8%); cần hỗ trợ chiếm 25,0%.

2. *Đánh giá kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ.*

- Kết quả điều trị chung, sau 47 ngày điều trị các bệnh nhi đạt hiệu quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,8%, đạt hiệu quả khá là 36,1%, không hiệu quả là 11,1%.
- Điểm CARS ở trẻ có xu hướng giảm sau 47 ngày can thiệp. Cụ thể,

trung bình điểm CARS ở trẻ tại thời điểm D_0 là $39,50 \pm 3,55$ và giảm xuống còn $35,54 \pm 1,47$ vào ngày thứ 20 và xuống $33,08 \pm 1,84$ vào ngày 47. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Theo bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC, đối tượng nghiên cứu có sự giảm hành vi bất thường sau 47 ngày can thiệp. Cụ thể, trung bình điểm ATEC ở trẻ tại thời điểm D_0 là $101,42 \pm 9,86$ và giảm xuống còn $92,78 \pm 10,14$ vào ngày thứ 20 và xuống $84,08 \pm 11,39$ vào ngày 47. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Các chứng trạng theo y học cổ truyền của các bệnh nhi cải thiện có chiều hướng tốt lên sau thời gian điều trị. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Có mối liên quan giữa các yếu tố tháng tuổi, giới tính, đặc điểm địa dư, đặc điểm dân tộc, tiền sử giáo dục, mức độ hỗ trợ với hiệu quả điều trị rối loạn tự kỷ ở trẻ.

KHUYẾN NGHỊ

- Nghiên cứu cần phát triển trên số lượng bệnh nhi lớn hơn, đa trung tâm tại nhiều vùng miền khác nhau.
- Cần bổ sung phương pháp điều trị nhĩ châm và các phương pháp điều trị y học cổ truyền kết hợp khác trong điều trị rối loạn phổ tự kỷ.
- Cần thường xuyên đánh giá kết quả điều trị của trẻ theo thang ATEC, CARS và các triệu chứng lâm sàng qua từng giai đoạn, thay đổi kế hoạch chăm sóc và điều trị cho phù hợp với những trẻ không có cải thiện hoặc cải thiện ít các triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kim Việt (2013). *Tóm lược tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, NXB Y học, tr 125-149.
2. Bộ Y tế (2022). *Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ*, Ban hành kèm quyết định 1862/QĐ- BYT ngày 06/7/2022, NXB Y học.
3. Nguyễn Thị Hương Giang và Trần Thị Thu Hà (2008). *Nghiên cứu xu thế mắc và một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ tự kỷ tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2000-2007*, Tạp chí Y học thực hành, 4, tr 104–107.
4. Bộ Y tế (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*, Ban hành kèm quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020, NXB Y học.
5. Bộ Y tế (2022). *Hướng dẫn phục hồi chức năng theo nhóm cho trẻ khuyết tật*, Ban hành kèm quyết định 2170/QĐ-BYT ngày 05/08/2022, NXB Y học.
6. Phạm Minh Mục (2018). *Nghiên cứu xây dựng mô hình, phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục cho trẻ em rối loạn phổ tự kỷ Việt Nam tại gia đình và cộng đồng*, Chương trình khoa học công nghệ cấp quốc gia. Mã số KHGD/16-20.ĐT.031.
7. Nguyễn Tài Thu (2012). *Tâm châm*, NXB Từ điển bách khoa, tr 235-255.
8. Nguyễn Thanh Liêm, Vũ Thị Mai Anh (2022). *Mô hình can thiệp sớm DENVER cho trẻ tự kỷ*, NXB Trẻ, tr.40.
9. Nguyễn Thị Hoàng Yến (2013). *Tự kỷ, những vấn đề lý luận và thực tiễn*, NXB Đại học Sư phạm, Hà Nội.
10. Kanner L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact, Nerv Child.* 2, p. 217–250.

11. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*, Ban hành kèm quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015, NXB Y học.
12. Phạm Toàn (2022). *Hướng dẫn chẩn đoán tâm lý tâm thần theo DSM-5*, NXB Trẻ.
13. Bộ Y tế (2020). *Tài liệu hướng dẫn quy trình can thiệp trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ*, NXB Y học.
14. Bộ Y tế (2022). *Bộ công cụ phát hiện sớm rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em*, Ban hành kèm quyết định 2254/QĐ-BYT ngày 07/05/2021, NXB Y học.
15. Khoa Y học cổ truyền- Trường Đại học Y Hà Nội (2018). *Nhi khoa y học cổ truyền*, NXB Y học, tr 268.
16. Bộ Y tế (2008). *Y lý y học cổ truyền*, NXB Y học.
17. Khoa Y học cổ truyền- Trường Đại học Y Hà Nội (2014). *Bài giảng Y học cổ truyền*, Tập 1, NXB Y học.
18. Khoa Y học cổ truyền- Trường Đại học Y Hà Nội (2014). *Nội kinh*, NXB Y học, tr57, tr153.
19. Bành Văn Khừ, Đặng Quốc Khánh (2002). *Những học thuyết cơ bản của y học cổ truyền*, NXB Hà Nội, tr 104-137.
20. Dương Văn Tâm (2018), *Bài giảng "Châm cứu điều trị trẻ tự kỷ trẻ em"*, Bệnh viện Châm cứu trung ương.
21. Trần Thúy (1986). *Châm loa tai và một số phương pháp châm khác*, NXB Y học.
22. Trung tâm hỗ trợ phát triển tài năng y học dân tộc Sao Phương Đông (2015). *Châm cứu tổng hợp*, NXB Y học, tr. 374-375, 383.
23. Quách Tuấn Vinh (2016). *Các phương pháp tác động trên loa tai*, NXB Y học.

24. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, NXB Y học, tr 228-229.
25. Lê Quý Nguru (2012). *Nhĩ châm*, NXB Thuận Hóa, tr 141-148.
26. Bộ y tế (2007). *Châm cứu học*, Tập 1, NXB Y học.
27. Bộ Y tế (2008). *Phục hồi chức năng trẻ tự kỷ*, Ban hành theo quyết định số 1149/QĐ-BYT ngày 01/04/2008, NXB Y học.
28. Bộ Y tế (2023). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng*, Ban hành kèm quyết định 54/QĐ-BYT ngày 06/01/2014, NXB Y học.
29. Lee B, Lee J, Cheon JH, Sung HK, Cho SH, Chang GT. *The Efficacy and Safety of Acupuncture for the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Vol. 2018, Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. 2018, p. 1–21.
30. Wong VCN, Chen WX, Liu WL. *Randomized controlled trial of electro-acupuncture for autism spectrum disorder*, Altern Med Rev, 2010, 15(2), 136– 146.
31. Samir H Dalwai; Deepti Kanade Modak; Ameya P Bondre; (2017), "Effect of Multidisciplinary Intervention on Clinical Outcomes of Children with Autism Spectrum Disorder in Mumbai, India", *New Horizons Child Development Centre, Mumbai, India*. 28.
32. Wang L, Peng JL, Qiao FQ, Cheng WM, Lin GW, Zhang Y, et al. *Clinical Randomized Controlled Study of Acupuncture Treatment on Children with Autism Spectrum Disorder (ASD): A Systematic Review and Meta-Analysis*, Evidence-Based Complement Altern Med, 2021, 2021.
33. Phạm Trung Kiên (2013). *Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc và kết quả điều trị tự kỷ trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên*, Trường đại học Quốc gia Hà Nội, Báo cáo chuyên đề, Hội nghị nhi khoa 2014.

34. Hoàng Văn Quyên, Nguyễn Anh Tuấn (2018). *Kết quả can thiệp trẻ tự kỷ từ 18 đến 72 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng 1 năm 2018*. Hội nghị Nhi khoa.
35. Trần Thị Ngọc Hôi (2020). *Đặc điểm lâm sàng rối loạn hành vi và nhận xét kết quả điều trị bằng Risperidone cho trẻ tự kỷ 5-17 tuổi*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
36. Bộ Y tế (2020). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*”, Ban hành kèm quyết định số 5480/QĐ-BYT ngày 30/12/2020, NXB Y học.
37. Ngô Thị Vân Lan và cộng sự (2017). *Đánh giá kết quả của gói kỹ thuật điều trị rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em tại khoa tự kỷ Bệnh viện Châm cứu Trung ương*, đề tài cấp cơ sở.
38. Bộ Y tế (2013). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Ban hành kèm quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013, NXB Y học.
39. Mahapatra S, Khokhlovich E, Martinez S, Kannel B, Edelson SM, Vyshedskiy A. Longitudinal epidemiological study of autism subgroups using autism treatment evaluation checklist (ATEC) score, *J Autism Dev Disord*, 2020, 50(5), 1497–1508.
40. Vũ Thị Bích Hạnh (2007). *Tự kỷ - Phát hiện và can thiệp sớm*, NXB Y học, Hà Nội.
41. X. Li và các cộng sự. (2023), *Research status and prospects of acupuncture for autism spectrum disorders*, *Front Psychiatry*. 14, tr. 942069.
42. Nguyễn Thị Hương Giang 2010 , *Nghiên cứu phát hiện sớm tự kỷ bằng bảng kiểm sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ (M-CHAT-23)*, *Y học thực hành*, (741), Số 11/2010, tr 5-7.

43. Nguyễn Lan Trang (2012), *Thực trạng rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 18 – 60 tháng tuổi tại Thành phố Thái Nguyên*, Y học thực hành Số (851) 11/2012, tr. 29-32.
44. Blenner S and M Augustyn (2014), *Is the prevalence of autism increasing in the United States?*, BMJ. 348, pp. g3088.
45. Trần Thị Nguyệt Anh và Ngô Quang Hải (2022), *Đánh giá tác dụng của phương pháp Cận tam châm hỗ trợ điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ (Từ 18 đến 72 tháng tuổi)*, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam. 44(3), tr. 50-57.
46. Trần Thiện Thắng; Nguyễn Minh Phương; Huỳnh Nguyễn Phương Quang (2022), *Đặc điểm lâm sàng rối loạn phổ tự kỷ từ 24 - 72 tháng tại thành phố Cần Thơ*, Tạp chí nghiên cứu Y học. 150(2).
47. Phạm Thị Ngân, Giang Thị Hồng Nhung và Bé Hà Thành (2023), *Đặc điểm lâm sàng của rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 24 đến 60 tháng tuổi tại Tuyên Quang*, Tạp chí Y học Việt Nam. 530(1).
48. Nguyễn Thị Hạnh (2023), *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp tập giao tiếp trong điều trị trẻ tự kỷ*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
49. R. Zhang và các cộng sự. (2012), *Transcutaneous electrical acupoint stimulation in children with autism and its impact on plasma levels of arginine-vasopressin and oxytocin: a prospective single-blinded controlled study*, Res Dev Disabil. 33(4), tr. 1136-46.
50. C. Liu và các cộng sự. (2019), *Scalp acupuncture treatment for children's autism spectrum disorders: A systematic review and meta analysis*, Medicine (Baltimore). 98(13), tr. e14880.
51. Nguyễn Tấn Đức (2022), *Nghiên cứu tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ và hiệu quả chương trình can thiệp dựa vào cộng đồng tại tỉnh Quảng Ngãi*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược - Đại học Huế.

52. Trần Thị Nguyệt Anh (2022). Đánh giá tác dụng của phương pháp cận tam châm trong hỗ trợ điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ từ 18 đến 72 tháng tuổi, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.

Phụ lục 1
Phiếu cam kết tình nguyện tham gia nghiên cứu

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần bí mật danh tính)

Họ và tên:

Năm sinh:

Tuổi: Điện thoại:.....

Địa chỉ:.....

Là bố/mẹ/ông/bà/người giám hộ hợp pháp của cháu:.....

Ngày tháng năm sinh:.....

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: **“Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ”**.

(Nghiên cứu viên: Điện thoại.....)

Tôi đồng ý để con/cháu/..... tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này.

Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

....., ngày ... tháng ... năm 2024

Người giám hộ trẻ

(Ký và ghi rõ họ tên)

B2. Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC

Tiểu mục	D₀	D₂₀	D₄₇
I. Lời nói / Ngôn ngữ / Giao tiếp			
II. Tương tác xã hội			
III. Giác quan / Nhận thức			
IV. Sức khỏe / Thể chất/ Hành vi			

B3. Chứng trạng Y học cổ truyền

Chứng trạng	D₀		D₂₀		D₄₇	
Thần kém linh hoạt	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Khí sắc bất thường	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Chậm nói, nói ngọng	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Nói một mình	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Không thích giao tiếp với người khác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Nhạy cảm với âm thanh/ánh sáng	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Vận động tinh bàn tay	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Kén ăn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Rối loạn giấc ngủ	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Đạo hãn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Tự hãn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Táo bón	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Chỉ tay tía trệ/ Mạch huyền sắc	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Nghiên cứu viên

BS. Nguyễn Thị Hồng Hạnh

Phụ lục 3
BẢNG ĐÁNH GIÁ TỰ KỶ Ở TRẺ EM
The Childhood Autism Rating Scale – C.A.R.S

Họ và tên trẻ:..... Giới tính:.....
 Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:.....(tháng)
 Ngày đánh giá:/...../..... Người đánh giá:

Tóm tắt thang điểm đánh giá																
Mục	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Tổng
Điểm																
Đánh giá mức độ tự kỷ																
15 – 29.5 điểm					30 – 36.5 điểm					37 đến 60 điểm						
Không tự kỷ					Tự kỷ nhẹ đến vừa					Tự kỷ nặng						

Chỉ dẫn: Đối với mỗi item, hãy sử dụng phần để trống ở dưới để ghi lại những gì liên quan đến các hành vi tương ứng với mỗi mức đánh giá. Sau khi quan sát trẻ, đánh giá những hành vi tương ứng với mỗi item của thang đánh giá. Với mỗi item đó, hãy khoanh tròn con số tương ứng với câu mô tả đưa trẻ một cách rõ ràng nhất. Bạn có thể dùng các mức thang đánh giá 1.5, 2.5, 3.5 nếu đưa trẻ đó ở mức tương đối giữa các tiêu chí trên. Ở mỗi mức thang đánh giá, các tiêu chí được trình bày vắn tắt. Để biết thêm các tiêu chí cụ thể, hãy xem chương 2 của cuốn sách hướng dẫn.

	I. QUAN HỆ VỚI MỌI NGƯỜI		II. BẮT CHƯỚC
1	Không có biểu hiện khó khăn hoặc bất thường trong quan hệ với mọi người: Hành vi của trẻ tương ứng với tuổi. Có thể thấy được một số hiện tượng bẽn lẽn, nhút nhát hoặc khó chịu khi bị yêu cầu làm việc gì, nhưng không ở mức độ không điển hình	1	Bắt chước đúng: Trẻ có thể bắt chước âm thanh, từ và các hành động phù hợp với khả năng của chúng.

1.5		1.5	
2	Quan hệ không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ tránh tiếp xúc với người lớn bằng ánh mắt, tránh người lớn hoặc trở nên nhảng nhít nếu như có sự tác động, trở nên quá bẽn lễn, không phản ứng với người lớn như bình thường, hoặc bám chặt vào bố mẹ nhiều hơn hầu hết trẻ cùng lứa tuổi.	2	Bắt chước không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ thường bắt chước các hành vi đơn giản như là vỗ tay hoặc các từ đơn, đôi khi trẻ chỉ bắt chước sau khi có sự khích lệ hoặc sau đôi chút trì hoãn.
2.5		2.5	
3	Quan hệ không bình thường ở mức độ trung bình: Tỉnh thoảng trẻ thể hiện sự tách biệt (dường như không nhận thức được người lớn). Để thu hút sự chú ý của trẻ, đôi khi cần có những nỗ lực liên tục và mạnh mẽ. Quan hệ tối thiểu được khởi đầu bởi trẻ.	3	Bắt chước không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ chỉ bắt chước một lúc nào đó và đòi hỏi cần có sự kiên trì và giúp đỡ của người lớn; thường xuyên chỉ bắt chước sau đôi chút trì hoãn.
3.5		3.5	
4	Quan hệ không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ luôn tách biệt hoặc không nhận thức được những việc người lớn đang làm. Trẻ hầu như không bao giờ đáp ứng hoặc khởi đầu mối quan hệ với người lớn. Chỉ có thể những nỗ lực liên tục nhất mới nhận được sự chú ý của trẻ.	4	Bắt chước không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ rất ít khi hoặc không bao giờ bắt chước âm thanh, từ hoặc các hành động ngay cả khi có sự khích lệ và giúp đỡ của người lớn.
Quan sát:		Quan sát:	
III. THỂ HIỆN TÌNH CẢM		IV. CÁC ĐỘNG TÁC CƠ THỂ	
1	Thể hiện tình cảm phù hợp với tuổi và phù hợp với tình huống: Trẻ thể hiện đúng với thể loại và mức độ tình cảm thông qua nét mặt, điệu bộ và thái độ.	1	Thể hiện các động tác phù hợp với tuổi: Trẻ chuyển động thoải mái, nhanh nhẹn, và phối hợp các động tác như những trẻ khác cùng lứa tuổi.
1.5		1.5	
2	Thể hiện tình cảm không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi thể hiện tình cảm không bình thường với thể loại và mức độ tình cảm. Phản ứng đôi khi không liên quan đến đối tượng hoặc sự việc xung quanh.	2	Thể hiện các động tác không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi thể hiện một số biểu hiện khác thường nhỏ, ví dụ như vụng về, động tác diễn đi diễn lại, phối hợp giữa các động tác kém, hoặc ít xuất hiện những cử động khác thường.

2.5		2.5	
3	Thể hiện tình cảm không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ biểu hiện không bình thường với thể loại và/hoặc mức độ tình cảm. Phản ứng của trẻ có thể khá hạn chế hoặc quá mức hoặc không liên quan đến tình huống; có thể là nhăn nhó, cười lớn, hoặc trở nên máy móc cho dù không có sự xuất hiện đối tượng hoặc sự việc gây xúc động.	3	Thể hiện các động tác không bình thường ở mức độ trung bình: Những hành vi rõ ràng khác lạ hoặc không bình thường của trẻ ở tuổi này có thể bao gồm những cử động ngón tay, ngón tay hoặc dáng điệu cơ thể khác thường, nhìn chăm chăm hoặc một chỗ nào đó trên cơ thể, tự mình bị kích động, đu đưa, ngón tay lắc lư hoặc đi bằng ngón chân.
3.5		3.5	
4	Thể hiện tình cảm không bình thường ở mức độ nặng: Phản ứng của trẻ rất ít khi phù hợp với tình huống; khi trẻ đang ở một tâm trạng nào đó thì rất khó có thể thay đổi sang tâm trạng khác. Ngược lại, trẻ có thể thể hiện rất nhiều tâm trạng khác nhau khi không có sự thay đổi nào cả.	4	Thể hiện các động tác không bình thường ở mức độ nặng: Sự xuất hiện các biểu hiện nói trên một cách liên tục và mãnh liệt là biểu hiện của việc thể hiện các động tác không phù hợp ở mức độ nặng. Các biểu hiện này có thể liên tục cho dù có những cố gắng để hạn chế hoặc hướng trẻ vào các hoạt động khác.
Quan sát:		Quan sát:	
	V. SỬ DỤNG ĐỒ VẬT		VI. SỰ THÍCH ỨNG VỚI THAY ĐỔI
1	Sử dụng phù hợp, và ham thích chơi với đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ thể hiện sự ham thích đồ chơi và các đồ vật khác phù hợp với khả năng và sử dụng những đồ chơi này đúng cách.	1	Thích ứng với thay đổi phù hợp với tuổi: Trong khi trẻ có thể để ý hoặc nhận xét về những thay đổi trong thông lệ, trẻ chấp nhận sự thay đổi này mà không bị rơi vào tâm trạng lo lắng.
1.5		1.5	
2	Không bình thường ở mức độ nhẹ trong những ham mê hoặc trong việc sử dụng đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ có thể thể hiện sự ham muốn không bình thường vào đồ chơi hoặc việc sử dụng những đồ chơi này không phù hợp với tính cách trẻ em (ví dụ như mút đồ chơi).	2	Sự thích ứng với thay đổi không bình thường ở mức độ nhẹ: Khi người lớn cố gắng thay đổi các động tác, trẻ có thể vẫn tiếp tục thực hiện các hoạt động trước hoặc sử dụng các đồ vật trước đó.

2.5		2.5	
3	Không bình thường ở mức độ trung bình trong những ham mê hoặc trong việc sử dụng đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ có thể ít ham thích đến đồ chơi hoặc các đồ vật khác hoặc có thể chiếm giữ những đồ chơi và các đồ vật khác một cách khác thường. Trẻ có thể tập trung vào một bộ phận không nổi bật của đồ chơi, bị thu hút vào phần không phản xạ ánh sáng, liên tục di chuyển một vài bộ phận của đồ vật hoặc chỉ chơi riêng với một đồ vật.	3	Sự thích ứng với thay đổi không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ chống lại sự thay đổi thông thường một cách hăng hái, cố gắng tiếp tục với các hoạt động cũ và khó có thể bị đánh lạc hướng. Trẻ có thể trở nên cáu giận hoặc buồn phiền khi những thói quen thông thường bị thay đổi.
3.5		3.5	
4	Không bình thường ở mức độ nặng trong những ham mê hoặc trong việc sử dụng đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ có thể có những hành động như trên với mức độ thường xuyên và cường độ lớn hơn. Rất khó có thể bị đánh lạc hướng/lãng quên khi đã có những hành động như trên.	4	Sự thích ứng với thay đổi không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ phản ứng rất gay gắt đối với sự thay đổi. Nếu bị buộc phải thay đổi, trẻ có thể sẽ trở nên rất cáu giận hoặc không hợp tác và phản ứng với sự cáu kinh.
Quan sát:		Quan sát:	
VII. PHẢN ỨNG THỊ GIÁC		VIII. PHẢN ỨNG THÍNH GIÁC	
1	Thể hiện sự phản ứng bằng thị giác phù hợp với tuổi: Trẻ thể hiện sự phản ứng bằng thị giác bình thường và phù hợp với lứa tuổi. Thị giác được phối hợp với các giác quan khác khi khám phá ra đồ vật mới.	1	Thể hiện sự phản ứng bằng thính giác phù hợp với tuổi: Các biểu hiện thính giác của trẻ bình thường và phù hợp với tuổi. Thính giác được dùng cùng với các giác quan khác.
1.5		1.5	
2	Thể hiện sự phản ứng bằng thị giác không bình thường ở mức độ nhẹ: Đôi khi trẻ phải được nhắc lại bằng việc nhìn lại đồ vật. Trẻ có thể thích nhìn vào gương hoặc ánh đèn hơn chúng bạn, có thể nhìn chăm chăm vào khoảng trống, hoặc tránh nhìn vào mắt người khác	2	Thể hiện sự phản ứng bằng thính giác không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi không đáp ứng, hoặc phản ứng hơn đối với một số loại âm thanh nhất định. Phản ứng đối với âm thanh có thể chậm, và tiếng động cần được lặp lại để gây được sự chú ý của trẻ. Trẻ có thể bị phân tán bởi âm thanh bên ngoài.

2.5		2.5	
3	Thể hiện sự phản ứng thị giác không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ thường xuyên phải được nhắc nhìn vào những gì trẻ đang làm. Trẻ có thể nhìn chằm chằm vào khoảng trống, tránh không nhìn vào mắt người khác, nhìn vào đồ vật từ một góc độ bất thường, hoặc giữ đồ vật rất gần với mắt.	3	Thể hiện sự phản ứng bằng thính giác không bình thường ở mức độ trung bình: Phản ứng của trẻ với âm thanh hay biến đổi; bỏ qua âm thanh sau những lần nghe đầu tiên; có thể giật mình hoặc che tai khi nghe thấy những âm thanh thường ngày.
3.5		3.5	
4	Thể hiện sự phản ứng thị giác không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ luôn tránh không nhìn vào mắt người khác, hoặc các đồ vật cụ thể nào đó, và có thể thể hiện các hình thức rất khác biệt của các hiện tượng khác thường về thị giác nói trên.	4	Thể hiện sự phản ứng bằng thính giác không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ quá phản ứng hoặc phản ứng dưới mức bình thường với âm thanh ở một mức độ khác thường cho dù đó là âm thanh nào.
Quan sát:		Quan sát:	
IX. VỊ GIÁC, KHỨU GIÁC VÀ XÚC GIÁC		X. SỰ SỢ HÃI HOẶC HỒI HỢP	
1	Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác bình thường: Trẻ khám phá đồ vật mới với một thái độ phù hợp với lứa tuổi, thông thường bằng xúc giác và thị giác. Vị giác hoặc khứu giác có thể được sử dụng khi cần thiết. Khi phản ứng với những đau đớn nhỏ, thường ngày thì trẻ thể hiện sự khó chịu nhưng không quá phản ứng.	1	Thể hiện sự sợ hãi và hồi hộp bình thường: Hành vi của trẻ phù hợp với tuổi và tình huống.
1.5		1.5	
2	Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ có thể khăng khăng đút đồ vật vào miệng; có thể ngửi hoặc ném các đồ vật không được; có thể không để ý hoặc quá phản ứng với những đau đớn nhẹ mà những trẻ bình thường có thể thấy khó chịu.	2	Thể hiện sự sợ hãi và hồi hộp không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi thể hiện sự quá nhiều hoặc quá ít sự sợ hãi hoặc hồi hộp khi so sánh với những trẻ bình thường trong tình huống tương tự.

2.5		2.5	
3	Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ có thể bị khó chịu ở mức độ trung bình khi sờ, ngửi hoặc ném đồ vật hoặc người. Trẻ có thể phản ứng quá mức hoặc dưới mức.	3	Thể hiện sự sợ hãi và hồi hộp không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ đặc biệt thể hiện sự sợ hãi hoặc hồi nhiều hoặc hồi ít ngay cả so với trẻ ít tháng hơn trong tình huống tương tự.
3.5		3.5	
4	Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ bị khó chịu với việc ngửi, ném, hoặc sờ vào đồ vật về cảm giác hơn là về khám phá thông thường hoặc sử dụng đồ vật. Trẻ có thể hoàn toàn bỏ qua cảm giác đau đớn hoặc phản ứng dữ dội với khó chịu nhỏ.	4	Thể hiện sự sợ hãi hoặc hồi hộp không bình thường ở mức độ nặng: Luôn sợ hãi ngay cả đã gặp lại những tình huống hoặc đồ vật vô hại. Rất khó làm cho trẻ bình tĩnh hoặc thoải mái. Ngược lại trẻ không thể hiện có được sự để ý cần thiết đối với nguy hại mà trẻ cùng tuổi có thể tránh được.
Quan sát:		Quan sát:	
	XI. GIAO TIẾP BẰNG LỜI		XII. GIAO TIẾP KHÔNG LỜI
1	Giao tiếp bằng lời bình thường phù hợp với tuổi và tình huống	1	Giao tiếp không lời phù hợp với tuổi và tình huống.
1.5		1.5	
2	Giao tiếp bằng lời không bình thường ở mức độ nhẹ: Nhìn chung, nói chậm. Hầu hết lời nói có nghĩa; tuy nhiên có thể xuất hiện sự lặp lại máy móc hoặc phát âm bị đảo lộn. Đôi khi trẻ dùng một số từ khác thường hoặc không rõ nghĩa.	2	Giao tiếp không lời không bình thường ở mức độ nhẹ: Non nớt trong việc dùng các đối thoại không bằng lời; có thể chỉ ở mức độ không rõ ràng, hoặc với tay tới cái mà trẻ muốn, trong những tình huống mà trẻ cùng lứa tuổi có thể chỉ hoặc ra hiệu chính xác hơn nhằm chỉ ra cái mà trẻ muốn.
2.5		2.5	
3	Giao tiếp bằng lời không bình thường ở mức độ trung bình: Có thể không nói. Khi nói, giao tiếp bằng lời có thể lẫn lộn giữa những lời nói có nghĩa và những lời nói khác biệt như là không rõ nghĩa, lặp lại máy móc, hoặc phát âm đảo lộn. Những khác thường trong những giao tiếp có nghĩa bao gồm	3	Giao tiếp không lời không bình thường ở mức độ trung bình: Thông thường trẻ không thể diễn đạt không bằng lời cái trẻ cần hoặc mong muốn, và không thể hiểu được giao tiếp không lời của những người khác.

	những câu hỏi thừa hoặc những lo lắng với một chủ đề nào đó.		
3.5		3.5	
4	Giao tiếp bằng lời không bình thường ở mức độ nặng: Không có những lời nói có nghĩa. Trẻ có thể kêu thét như trẻ mới sinh, kêu những tiếng kêu kỳ lạ hoặc như tiếng kêu của động vật, có những tiếng kêu phức tạp gần giống với tiếng người, hoặc biểu hiện sử dụng một cách ngoan cố, kỳ quái một số từ hoặc câu có thể nhận biết được.	4	Giao tiếp không lời không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ chỉ có thể thể hiện những cử chỉ kỳ quái hoặc khác thường mà không rõ nghĩa và thể hiện sự không nhận thức được các ý nghĩa liên quan tới cử chỉ hoặc biểu hiện nét mặt của người khác.
Quan sát:		Quan sát:	
	XIII. MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG		XIV. MỨC ĐỘ VÀ SỰ NHẮT QUÁN CỦA PHẢN XẠ THÔNG MINH
1	Mức độ hoạt động bình thường so với tuổi và tình huống: Trẻ không biểu hiện nhanh hơn hay chậm hơn trẻ cùng lứa tuổi trong tình huống tương tự.	1	Mức độ hiểu biết bình thường và có sự nhất quán phù hợp trên các lĩnh vực: Trẻ có mức độ hiểu biết như những đứa trẻ bình thường và không có kỹ năng hiểu biết khác thường hoặc có vấn đề nào.
1.5		1.5	
2	Mức độ hoạt động không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi có thể luôn hiếu động hoặc có dấu hiệu lười và chậm chuyển động. Mức độ hoạt động của trẻ ảnh hưởng rất nhỏ đến kết quả hoạt động của trẻ.	2	Trí thông minh không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ không thông minh như những trẻ bình thường cùng lứa tuổi; kỹ năng hơi chậm trên các lĩnh vực.
2.5		2.5	
3	Mức độ hoạt động không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ có thể rất hiếu động và khó có thể kiềm chế trẻ. Trẻ có thể hoạt động không biết mệt mỏi và có thể muốn không ngủ về đêm. Ngược lại, trẻ có thể khá mê mệt và cần phải thúc giục rất nhiều mới làm cho trẻ vận động.	3	Trí thông minh không bình thường ở mức độ trung bình: Nói chung, trẻ không thông minh như những trẻ bình thường cùng tuổi; tuy nhiên, trẻ có thể có chức năng gần như bình thường đối với một số lĩnh vực có liên quan đến vận động trí não.

3.5		3.5	
4	Mức độ hoạt động không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ thể hiện hoặc quá hiếu động hoặc quá thụ động và có thể chuyển từ trạng thái quá này sang trạng thái quá kia.	4	Trí thông minh không bình thường ở mức độ nặng: Trong khi trẻ thường không thông minh như những trẻ khác cùng lứa tuổi, trẻ có thể làm tốt hơn trẻ bình thường cùng tuổi trong một hoặc nhiều lĩnh vực.
Quan sát:		Quan sát:	
XV. ẢN TƯỢNG CHUNG			
1	Không RLPTK: Trẻ không biểu hiện đặc điểm triệu chứng RLPTK.		
1.5			
2	RLPTK ở mức độ nhẹ: Trẻ chỉ biểu hiện một vài triệu chứng hoặc chỉ ở mức độ nhẹ của RLPTK.		
2.5			
3	RLPTK ở mức độ trung bình: Trẻ biểu hiện một số triệu chứng hoặc mức độ trung bình của RLPTK.		
3.5			
4	Rối loạn phổ tự kỷ ở mức độ nặng: Trẻ biểu hiện nhiều triệu chứng hoặc ở mức độ đặc biệt của RLPTK.		
Quan sát:			

Phụ lục 4
BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ TỰ KỶ
AUTISM TREATMENT EVALUATION CHECKLIST
Bernard Rimland & Stephen M. Edelson

Họ tên trẻ: Giới: Nam/Nữ

Thời gian bắt đầu can thiệp :

Lần đánh giá thứ: Ngày đánh giá:/...../..... Tuổi khi đánh giá:...

I. Lời nói / Ngôn ngữ / Giao tiếp			
	Không đúng	Đúng một phần	Rất đúng
1. Nhận biết được tên của mình	2	1	0
2. Đáp ứng với 'Không' hoặc 'Dừng lại'	2	1	0
3. Có thể làm theo một số mệnh lệnh	2	1	0
4. Sử dụng một từ mỗi lần nói (Không!, Ăn, Nước, v.v)	2	1	0
5. Sử dụng 2 từ mỗi lần nói (Không muốn, Về nhà)	2	1	0
6. Sử dụng 3 từ mỗi lần nói (Muốn thêm sữa)	2	1	0
7. Biết 10 từ trở lên	2	1	0
8. Có thể sử dụng câu nói 4 từ trở lên	2	1	0
9. Biết giải thích những gì trẻ muốn	2	1	0
10. Hỏi những câu hỏi có ý nghĩa	2	1	0
11. Lời nói của trẻ có ý nghĩa/ phù hợp	2	1	0
12. Thường sử dụng các câu nói liên tiếp	2	1	0
13. Có thể duy trì một cuộc hội thoại khá tốt	2	1	0
14. Có khả năng giao tiếp bình thường đúng với lứa tuổi	2	1	0
II. Tương tác xã hội			
	Không giống mô tả	Giống một phần mô tả	Rất giống mô tả
1. Dường như đang ở trong thế giới của riêng mình - khó tiếp cận được với trẻ	0	1	2

2. Lờ người khác đi	0	1	2
3. Ít hoặc không chú ý khi được nhắc đến	0	1	2
4. Không hợp tác và hay kháng cự	0	1	2
5. Không giao tiếp mắt	0	1	2
6. Thích chơi một mình hơn	0	1	2
7. Không biểu hiện tình cảm	0	1	2
8. Không tỏ ra mừng rỡ khi gặp cha mẹ	0	1	2
9. Tránh tiếp xúc với người khác	0	1	2
10. Không biết bắt chước	0	1	2
11. Không thích được bồng ẵm hay ôm ấp	0	1	2
12. Không chia sẻ hoặc chỉ ra thứ gì đó với người khác	0	1	2
13. Không vẫy tay chào "bye bye"	0	1	2
14. Hay tỏ ra không bằng lòng/ không tuân thủ	0	1	2
15. Có các cơn giận dữ ăn vạ	0	1	2
16. Không có bạn, người chơi cùng	0	1	2
17. Hiếm khi mỉm cười	0	1	2
18. Ít nhạy cảm với cảm xúc của người khác	0	1	2
19. Thờ ơ khi được yêu thích, âu yếm	0	1	2
20. Thờ ơ khi cha mẹ rời đi	0	1	2
III. Giác quan/ Nhận thức			
	Không giống mô tả	Giống một phần mô tả	Rất giống mô tả
1. Đáp ứng với tên gọi của mình	2	1	0
2. Đáp ứng khi được khen	2	1	0
3. Nhìn vào người và các con vật	2	1	0
4. Nhìn vào tranh ảnh (và Tivi)	2	1	0
5. Vẽ, tô màu, các hoạt động mỹ thuật	2	1	0
6. Chơi với đồ chơi phù hợp	2	1	0
7. Biểu cảm nét mặt phù hợp	2	1	0

8. Hiểu những câu chuyện trên Tivi khi xem	2	1	0	
9. Hiểu khi được ai đó giải thích	2	1	0	
10. Có ý thức về môi trường xung quanh	2	1	0	
11. Có ý thức về nguy hiểm	2	1	0	
12. Thể hiện trí tưởng tượng của mình	2	1	0	
13. Khởi xướng các hoạt động	2	1	0	
14. Biết tự mặc quần áo	2	1	0	
15. Tò mò, yêu thích với những điều xung quanh	2	1	0	
16. Thích phiêu lưu, khám phá	2	1	0	
17. Ý thức về những gì đang diễn ra xung quanh	2	1	0	
18. Cùng nhìn về nơi người khác đang nhìn	2	1	0	
IV. Vấn đề sức khỏe/ Thể chất/ Hành vi				
	Không	Là vấn đề nhẹ	Là vấn đề trung bình	Là vấn đề mức nặng
1. Tiểu đêm khi ngủ	0	1	2	3
2. Tiểu ra quần / bím	0	1	2	3
3. Ị đùn ra quần / bím	0	1	2	3
4. Tiêu chảy	0	1	2	3
5. Táo bón	0	1	2	3
6. Vấn đề về giấc ngủ	0	1	2	3
7. Ăn quá nhiều hay quá ít	0	1	2	3
8. Chế độ ăn uống rất hạn chế	0	1	2	3
9. Tăng động	0	1	2	3
10. Lờ đờ, không năng động	0	1	2	3
11. Tự đánh hoặc tự làm đau mình	0	1	2	3
12. Đánh hoặc làm đau người khác	0	1	2	3
13. Phá hoại đồ dùng, đồ chơi	0	1	2	3
14. Nhạy cảm với âm thanh	0	1	2	3
15. Hay lo lắng / sợ hãi	0	1	2	3
16. Hay buồn bã / khóc lóc	0	1	2	3

17. Có cơn co giật	0	1	2	3
18. Nói kiểu rập khuôn, lặp lại	0	1	2	3
19. Lịch sinh hoạt cứng nhắc	0	1	2	3
20. La hét	0	1	2	3
21. Không thích sự thay đổi	0	1	2	3
22. Thường dễ bị kích động	0	1	2	3
23. Kém nhạy cảm với đau	0	1	2	3
24. Nhìn chăm chăm hoặc chăm chú quá mức vào đối tượng / chủ đề	0	1	2	3
25. Hành vi lặp lại nhiều lần (vẫy tay, lắc người)	0	1	2	3

Kết quả:

Tiêu mục	Điểm
I. Lời nói / Ngôn ngữ / Giao tiếp	
II. Tương tác xã hội	
III. Giác quan / Nhận thức	
IV. Sức khỏe / Thể chất/ Hành vi	
Tổng	

Người đánh giá

SỞ Y TẾ LÀO CAI
BỆNH VIỆN PHCN TỈNH LÀO CAI

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: “Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp hoạt động trị liệu trong điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ”

ST T	Mã BN	Họ và Tên	Ngày vào viện	Tuổi	Giới	Địa chỉ
1	0000002996	NGUYỄN MINH Đ	25/06/2024, 23/07/2024	67 tháng	Nam	Tổ 2-Phường Sa Pa-Thị xã Sa Pa-Tỉnh Lào Cai
2	0000002737	NGUYỄN GIA H	15/05/2024, 12/06/2024	61 tháng	Nữ	Thôn Hòa Lạc-Xã Thống Nhất-Thành phố Lào Cai- Tỉnh Lào Cai
3	0000005888	PHẠM DUY K	04/07/2024, 01/08/2024	31 tháng	Nam	Thôn Cốc Sầm 2-Xã Phong Niên-Huyện Bảo Thắng- Tỉnh Lào Cai
4	0000003839	NGUYỄN HUY A	21/06/2024, 19/07/2024	67 tháng	Nam	Cốc Sầm 3-Xã Phong Niên- Huyện Bảo Thắng-Tỉnh Lào Cai
5	0000003776	TRẦN THIÊN A	04/07/2024, 29/07/2024	48 tháng	Nam	Thôn Na Lin-Xã Bản Lầu- Huyện Mường Khương- Tỉnh Lào Cai
6	0000005406	VŨ VIỆT A	20/06/2024, 17/07/2024	30 tháng	Nam	Tổ 8-Phường Lào Cai- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
7	0000005375	NGUYỄN QUỐC C	01/07/2024, 31/07/2024	51 tháng	Nam	Thị trấn Cẩm Khê-Huyện Cẩm Khê-Tỉnh Phú Thọ
8	0000006079	TRẦN GIA B	06/08/2024, 04/09/2024	54 tháng	Nam	Cò Lá-Thị trấn Tam Đường-Huyện Tam Đường-Tỉnh Lai Châu
9	0000002066	LY MINH L	27/05/2024, 20/06/2024	70 tháng	Nam	Thôn Cán Chư Sừ-Xã Cán Cầu-Huyện Si Ma Cai-Tỉnh Lào Cai
10	0000000917	PHẦN ĐỨC T	28/05/2024, 25/06/2024	61 tháng	Nam	Tổ 5-Phường Duyên Hải- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
11	0000000509	LƯƠNG GIA T	02/07/2024, 05/08/2024	65 tháng	Nam	Tổ 3-Phường Cốc Lếu- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
12	0000005234	VŨ GIA H	29/05/2024, 25/06/2024	31 tháng	Nam	Phường Cốc Lếu-Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
13	0000005379	PHẠM VĂN MINH Đ	29/05/2024, 27/06/2024	34 tháng	Nam	Tổ 22-Phường Lào Cai- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
14	0000003145	NGUYỄN TIẾN P	29/05/2024, 26/06/2024	43 tháng	Nam	Tổ 10-Phường Kim Tân- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
15	0000001825	NGUYỄN ANH T	29/05/2024, 26/06/2024	49 tháng	Nam	Tổ 02-Phường Cốc Lếu- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai

16	0000003375	LÊ MINH H	01/07/2024, 29/07/2024	45 tháng	Nam	Thôn Năm Choỏng-Xã Bản Cầm-Huyện Bảo Thắng- Tỉnh Lào Cai
17	0000002385	MAI QUANG K	30/05/2024, 26/06/2024	51 tháng	Nam	Tổ 2-Phường Phan Si Păng-Thị xã Sa Pa-Tỉnh Lào Cai
18	0000005376	ĐỖ DUY A	27/06/2024, 26/07/2024	55 tháng	Nam	Tổ 6-Phường Sa Pa-Thị xã Sa Pa-Tỉnh Lào Cai
19	0000002906	ĐÀO MINH K	31/05/2024, 01/07/2024	44 tháng	Nam	Tổ 3-Phường Bắc Cường- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
20	0000003944	PHẠM TUẤN M	31/05/2024, 01/07/2024	54 tháng	Nam	Thôn Bách Tính-Xã Bách Thuận-Huyện Vũ Thu-Tỉnh Thái Bình
21	0000000995	HOÀNG TRUNG H	24/07/2024, 21/08/2024	62 tháng	Nam	8B-Thị trấn Phố Ràng- Huyện Bảo Yên-Tỉnh Lào Cai
22	0000004461	ĐÀO NGỌC M	07/06/2024, 04/07/2024	33 tháng	Nữ	Thôn Cùm Hạ 1-Xã Đồng Tuyển-Thành phố Lào Cai- Tỉnh Lào Cai
23	0000001866	VI BẢO P	07/06/2024, 05/07/2024	62 tháng	Nam	Thôn 7-Xã Đồng Tuyển- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
24	0000001865	VI BẢO N	07/06/2024, 05/07/2024	62 tháng	Nam	Thôn 7-Xã Đồng Tuyển- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
25	0000005723	VÀNG MINH K	11/06/2024, 08/07/2024	53 tháng	Nam	Na Khèo-Xã Tà Chải- Huyện Bắc Hà-Tỉnh Lào Cai
26	0000005272	PHẠM BẢO K	13/06/2024, 10/07/2024	47 tháng	Nam	Tổ 05-Phường Cốc Lếu- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
27	0000005755	LƯƠNG HẢI Đ	14/06/2024, 09/07/2024	54 tháng	Nam	Te Đồng Cạn-Thị trấn Yên Lập-Huyện Yên Lập-Tỉnh Phú Thọ
28	0000005771	NGUYỄN NGỌC T	18/06/2024, 15/07/2024	58 tháng	Nam	Tổ 3-Phường Sa Pa-Thị xã Sa Pa-Tỉnh Lào Cai
29	0000004578	ĐỖ ANH Đ	17/06/2024, 17/07/2024	32 tháng	Nam	Tổ 6-Phường Bắc Cường- Thành phố Lào Cai-Tỉnh Lào Cai
30	0000005370	PHẠM TRẦN QUỲNH M	18/06/2024, 18/07/2024	37 tháng	Nữ	Tổ 07-Phường Sa Pa-Thị xã Sa Pa-Tỉnh Lào Cai
31	0000002622	NGUYỄN LÂM VIỆT L	20/06/2024, 17/07/2024	54 tháng	Nam	Thôn Làng Lân-Xã Xuân Quang-Huyện Bảo Thắng- Tỉnh Lào Cai
32	0000005836	LÝ HOÀNG K	26/06/2024, 24/07/2024	30 tháng	Nam	Khe Thượng Làng Mới-Xã Cốc Lầu-Huyện Bắc Hà- Tỉnh Lào Cai
33	0000005888	PHẠM DUY K	04/07/2024, 01/08/2024	31 tháng	Nam	Thôn Cốc Sâm 2-Xã Phong Niên-Huyện Bảo Thắng- Tỉnh Lào Cai
34	0000005748	HOÀNG QUỐC TRƯỜNG A	05/07/2024, 30/07/2024	25 tháng	Nam	Tdp 8-Thị trấn Phố Ràng- Huyện Bảo Yên-Tỉnh Lào Cai

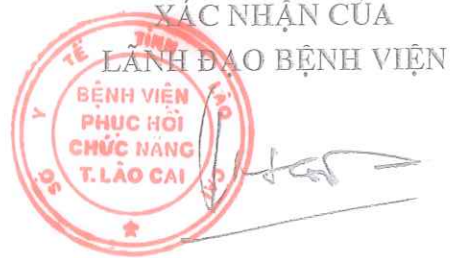


35	0000004306	HOÀNG DUY H	17/06/2024, 11/07/2024	47 tháng	Nam	Bản Mai Chung-Xã Xuân Hoà-Huyện Bảo Yên-Tỉnh Lào Cai
36	0000005194	HOÀNG HÀ A	27/05/2024, 17/06/2024	37 tháng	Nữ	Thôn Bô-Xã Khánh Yên Hạ-Huyện Văn Bàn-Tỉnh Lào Cai

XÁC NHẬN CỦA
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

Phạm Thị Thanh Huyền
Phạm Thị Thanh Huyền

Lào Cai, ngày 10 tháng 10 năm 2024



PHÓ GIÁM ĐỐC
Đỗ Minh Hoàn

