

- Clinical importance of urinary sodium excretion in acute heart failure. *Eur J Heart Fail.* Feb 22 2020; doi:10.1002/ejhf.1753
3. **Collins SP, Jenkins CA, Baughman A, et al.** Early urine electrolyte patterns in patients with acute heart failure. *ESC Heart Fail.* Feb 2019; 6(1):80-88. doi:10.1002/ehf2.12368
 4. **Testani JM, Hanberg JS, Cheng S, et al.** Rapid and Highly Accurate Prediction of Poor Loop Diuretic Natriuretic Response in Patients With Heart Failure. *Circ Heart Fail.* Jan 2016; 9(1): e002370. doi:10.1161/circheartfailure.115.002370
 5. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* Sep 21 2021;42(36):3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
 6. **Butler J, Gheorghiade M, Kelkar A, et al.** In-hospital worsening heart failure. *Eur J Heart Fail.* Nov 2015;17(11):1104-13. doi:10.1002/ejhf.333
 7. **Gupta R, Testani J, Collins S.** Diuretic Resistance in Heart Failure. *Curr Heart Fail Rep.* Apr 2019;16(2):57-66. doi:10.1007/s11897-019-0424-1

NHẬN BIẾT VỀ CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO SỚM CỦA RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ Ở NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ TỰ KỶ

Tổng Thị Huế^{1,2}, Nguyễn Thị Thanh Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự nhận biết của người chăm sóc trẻ tự kỷ về các dấu hiệu cảnh báo sớm của rối loạn phổ tự kỷ trong 4 năm đầu đời. **Phương pháp:** Một nghiên cứu khảo sát được thực hiện ở 105 người chăm sóc trẻ tự kỷ, sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc xây dựng dựa trên các dấu hiệu cảnh báo sớm của rối loạn phổ tự kỷ đã được tổ chức Autism Speaks khuyến cáo. **Kết quả:** Các phát hiện đầu tiên được người chăm sóc báo cáo phổ biến nhất là chậm nói, ít đáp ứng khi gọi tên, tỷ lệ gặp lần lượt là 60%; 45,7%, ở lứa tuổi trung bình $20,37 \pm 5,27$ tháng tuổi. Dấu hiệu chậm nói được phát hiện khi trẻ 12 tháng là 34,3% và khi trẻ 24 tháng là 98,1% và 60% trẻ ít/không có đáp ứng khi gọi tên ngay từ khi 12 tháng tuổi. Tuy nhiên, có sự trì hoãn rõ rệt, thời điểm trẻ được đưa đi khám lần đầu về vấn đề này là $28,82 \pm 6,78$ tháng tuổi và được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ là $34,11 \pm 7,28$ tháng tuổi. **Kết luận:** Đa số người chăm sóc có thể phát hiện được dấu hiệu sớm của rối loạn phổ tự kỷ từ trước 24 tháng tuổi nhưng vẫn còn trì hoãn tiếp cận khám và chẩn đoán. Nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng của việc đẩy mạnh truyền thông để tăng cường sự quan tâm, nhận biết của người chăm sóc giúp trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ được chẩn đoán và can thiệp sớm. **Từ khóa:** Rối loạn phổ tự kỷ, dấu hiệu sớm, người chăm sóc, phát hiện, nhận biết, trẻ em.

SUMMARY

AWARENESS OF CAREGIVERS ABOUT EARLY WARNING SIGNS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER

Objective: This study investigated the awareness of caregivers of autistic children about early warning

signs of autism spectrum disorder in the first 4 years of life. **Methods:** A survey research was conducted on 105 caregivers, using a structural questionnaire based on the early warning signs of autism spectrum disorder, recommended by Autism Speaks Organization. **Result:** Speech delay and little response to names were the most common among the early signs detected by caregivers (60%, 45.7%, respectively), at mean age 20.37 ± 5.27 months old. Speech delay at 12-month-old was detected by 34.3% of caregivers, and by 98.1% at 24-month-old, 60% of caregivers found that their children had little to no response to names even at 12-month-old. However, there was significant delay when it comes to seeking treatment; the children were first examined for autism at the age of 28.82 ± 6.78 -month-old and diagnosed with autism spectrum disorder at the age of 34.11 ± 7.28 -month-old. **Conclusion:** The majority of caregivers detected early symptoms of autism spectrum disorder when children were under the age of 24-month-old, but delayed bringing children for examination and diagnosis. This research shows the importance of mass media with different methods to increase caregivers' awareness so autistic children can receive early diagnosis and treatment.

Keywords: Autism spectrum disorder, caregivers, awareness, detect, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một rối loạn phổ biến với tỷ lệ mắc 1/100 trẻ em trên toàn thế giới và có xu hướng ngày càng gia tăng.^{1,2} Tại Việt Nam, nghiên cứu trên 7 tỉnh thành, tỷ lệ mắc ở trẻ từ 18 – 30 tháng tuổi là 1/132 trẻ.³ Can thiệp sớm và chuyên sâu cho trẻ trước 3 tuổi được chứng minh có hiệu quả rõ rệt hơn, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ tự kỷ và gia đình, giảm bớt hậu quả nặng nề cho xã hội so với can thiệp muộn.⁴ Tuy nhiên, việc chẩn đoán vẫn thường bị chậm trễ, một phần vì chẩn đoán dựa trên việc xác định các hành vi bất

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Mai

Email: thanhmai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

thường có thể không xuất hiện cho đến khi rối loạn được hình thành rõ ràng. Mặt khác, các cuộc thăm khám lâm sàng ngắn có thể không cho cơ hội nhận biết chính xác các dấu hiệu của RLPTK.⁵ Vì vậy, những báo cáo của người chăm sóc về các dấu hiệu bất thường sớm của RLPTK với bác sỹ là hết sức quan trọng. Bởi họ là người đầu tiên quan sát thấy bất kỳ dấu hiệu bất thường về giao tiếp, ngôn ngữ, hành vi của trẻ trong hầu hết các tình huống và có nhiều khả năng nhận biết các dấu hiệu ban đầu hơn bác sỹ lâm sàng.⁶ Trong thập kỷ gần đây, ngành y tế Việt Nam đã quan tâm thúc đẩy phát hiện sớm các dấu hiệu tự kỷ để tạo cơ hội chẩn đoán sớm và can thiệp sớm cho trẻ mắc tự kỷ. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về sự nhận biết của người chăm sóc về các dấu hiệu sớm của RLPTK để làm cơ sở khoa học cho các hoạt động truyền thông, tiếp cận chẩn đoán sớm có hiệu quả hơn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát 105 trẻ được chẩn đoán RLPTK và người chăm sóc tại bệnh viện Nhi trung ương nhằm mục tiêu: *"Mô tả dấu hiệu sớm của rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ dưới 48 tháng được nhận biết bởi người chăm sóc"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 105 trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ tại khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi trung ương, theo tiêu chuẩn DSM 5,⁷ tuổi ≤ 48 tháng và người chăm sóc chính của những trẻ này, là người sống cùng và chăm sóc trẻ chủ yếu, liên tục trong giai đoạn từ 0 – 48 tháng. Những người chăm sóc không đủ

khả năng thực hiện phỏng vấn hoặc không cung cấp đủ thông tin theo yêu cầu nghiên cứu được đưa ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Thiết kế, thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương từ 17/11/2022 đến 28/02/2023.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả trẻ được chẩn đoán xác định RLPTK và người chăm sóc chính đến khám tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ 17/11/2022 đến 28/02/2023 tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc chính về sự có mặt và thời điểm xuất hiện các dấu hiệu sớm của RLPTK ở trẻ theo bộ câu hỏi cấu trúc. Các dấu hiệu sớm được xác định theo khuyến cáo của Autism Speaks – Hoa Kỳ,⁸ bao gồm:

- Các dấu hiệu bất thường, thời gian xuất hiện mà người chăm sóc tự phát hiện
- Các dấu hiệu cảnh báo sớm của RLPTK theo các mốc tuổi 6, 9, 12, 16, 24 tháng
- Các dấu hiệu cảnh báo sớm của RLPTK chung cho mọi lứa tuổi

Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng Y đức của bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt (quyết định số 2763 ngày 17 tháng 11 năm 2023) và được sự chấp thuận của khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của người chăm sóc trẻ mắc RLPTK

Đặc điểm chung (n = 105)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	TB ± SD (min – max)	33,68 ± 7,26	(21 – 60)
Môi quan hệ với trẻ	Cha	11	10,5
	Mẹ	86	81,9
	Ông/bà	8	7,6
Khu vực sống	Nông thôn	51	48,6
	Thành thị	54	51,4
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	22	20,9
	Công nhân	21	20,0
	Nông dân	6	5,7
	Kinh doanh	16	15,3
	Lao động tự do	30	28,6
	Nội trợ	10	9,5
Trình độ văn hóa	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	45	42,8
	Trung học phổ thông	34	32,4
	Tiểu học/Trung học cơ sở	26	24,8

Nhận xét: Người chăm sóc trẻ tự kỷ có độ tuổi trung bình là $33,68 \pm 7,26$, đa số tuổi 30 – 39, hầu hết là các bà mẹ (81,9%). Nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do, cán bộ viên chức và công nhân.

Bảng 2: Đặc điểm chung của trẻ mắc RLPTK

Đặc điểm chung của trẻ mắc RLPTK		Số liệu
Giới tính n (%)	Nam	88 (83,8)
	Nữ	17 (16,2)
Tuổi hiện tại (tháng)		
Phân bố nhóm tuổi n (%)	≤ 24 tháng	6 (5,7)
	25 – 36 tháng	54 (51,4)
	37 – 48 tháng	45 (42,9)
Tuổi trung bình (tháng) TB ± SD (min – max)		34,82 ± 7,28 (23 – 48)
Tuổi khám lần đầu (tháng) TB ± SD (min – max)		28,49 ± 6,78 (15 – 46)
Tuổi được chẩn đoán (tháng)		
Phân bố tuổi được chẩn đoán n (%)	< 36 tháng	62 (59,1)
	≥ 36 tháng	43 (40,9)
Tuổi được chẩn đoán trung bình TB ± SD (min – max)		34,11 ± 7,28 (20 – 48)
Tổng điểm CARS^(*) TB ± SD (min – max)		39,02 ± 2,66 (33 – 45)
Phân bố mức độ theo CARS n (%)	Nhẹ - Trung bình (31 – 36 điểm)	17 (16,2)
	Nặng và rất nặng (≥ 37 điểm)	88 (83,8)

^(*)CARS: Childhood Autism Rating Scale

Nhận xét: Nhóm trẻ tự kỷ có độ tuổi trung bình là $34,82 \pm 7,28$ tháng. Chủ yếu là trẻ nam (83,8%), tỷ lệ nam/nữ là 5:1. Tuổi chẩn đoán trung bình là $34,11 \pm 7,28$ tháng, đa phần trẻ có điểm số CARS ở mức độ nặng và rất nặng (83,8%).

3.2. Nhận biết của người chăm sóc về các dấu hiệu sớm của RLPTK

Bảng 3: Những phát hiện sớm nhất của người chăm sóc ở trẻ mắc RLPTK

Những dấu hiệu được phát hiện	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Chậm nói/ thoái lui ngôn ngữ	63	60,0	
Ít đáp ứng khi gọi tên	48	45,7	
Hành vi định hình, rập khuôn	23	21,9	
Chơi một mình	20	19,0	
Nghịch nhiều, tăng động quá mức	7	6,7	
Âm vô nghĩa/ nhại lời	5	4,8	
Ít nhìn mắt – mắt	5	4,8	
Các dấu hiệu khác	23	21,9	
Người đầu tiên phát hiện bất thường	Bố/mẹ	83	79,0
	Thành viên khác trong gia đình	16	15,2
	Nhân viên y tế đã từng khám cho trẻ	3	2,9
	Giáo viên mầm non	3	2,9
Tuổi được phát hiện (tháng tuổi) TB ± SD (min – max)	20,37 ± 5,27 (6 – 38)		

Nhận xét: Phát hiện ban đầu ở trẻ mắc RLPTK hầu hết là do cha mẹ (79%), khi trẻ ở lứa tuổi trung bình $20,37 \pm 5,27$ tháng, các dấu hiệu phổ biến là chậm nói/thoái lui ngôn ngữ (60%) và ít đáp ứng khi gọi tên (45,7%).

Bảng 4: Nhận biết về các dấu hiệu cảnh báo RLPTK theo mốc tuổi

Dấu hiệu cảnh báo tự kỷ theo mốc tuổi	Có n (%)	Không n (%)	Không nhớ n (%)
6 tháng: ít/không cười hoặc ít thích thú	4 (3,8)	88 (83,8)	13 (12,4)
6 tháng: ít/không giao tiếp bằng mắt	12 (11,4)	81 (77,1)	12 (11,4)
9 tháng: ít/không đáp ứng với âm thanh, nụ cười, nét mặt	7 (6,7)	82 (78,1)	16 (15,2)
12 tháng: ít/không nói bập bẹ	36 (34,3)	68 (64,8)	1 (0,9)
12 tháng: ít/không có cử chỉ điệu bộ	73 (69,5)	32 (30,5)	0
12 tháng: ít/không đáp ứng khi gọi tên	63 (60,0)	39 (37,1)	3 (2,9)
16 tháng: rất ít/không nói được từ đơn nào	85 (81,0)	20 (19,0)	0
24 tháng: rất ít/không nói được hai từ	103 (98,1)	2 (1,9)	0

Nhận xét: Các dấu hiệu cảnh báo của RLPTK ở lứa tuổi 12 – 24 tháng khá rõ ràng, trong đó chậm nói là dấu hiệu thường gặp nhất, đặc biệt khi trẻ 24 tháng (98,1%).

Bảng 5: Nhận biết về các dấu hiệu cảnh báo RLPTK khuyến cáo ở mọi lứa tuổi

Dấu hiệu cảnh báo tự kỷ Khuyến cáo cho mọi lứa tuổi	Tần suất xuất hiện n (%)	Thời điểm nhận biết (tháng tuổi) TB ± SD (min – max)
Mất khả năng nói hoặc các kỹ năng trước đây	58 (55,2)	21,64 ± 5,96 (13 – 41)
Tránh giao tiếp mắt	93 (88,6)	18,48 ± 7,35 (6 – 36)
Thường xuyên thích chơi 1 mình	96 (91,4)	20,53 ± 5,3 (10 – 40)
Chậm phát triển ngôn ngữ	105 (100,0)	21,17 ± 4,64 (12 – 40)
Nhại lời, âm vô nghĩa	70 (66,7)	22,38 ± 6,76 (12 – 40)
Khó hiểu cảm xúc của người khác	46 (43,8)	21,86 ± 4,09 (15 – 26)
Khó thích nghi với thay đổi nhỏ về thói quen, môi trường xung quanh	32 (30,5)	22,73 ± 6,43 (12 – 36)
Sở thích thu hẹp	76 (72,4)	20,44 ± 6,88 (12 – 40)
Hành vi định hình, rập khuôn	90 (85,7)	21,95 ± 6,52 (12 – 43)
Phản ứng bất thường, dữ dội với âm thanh, mùi vị, kết cấu, ánh sáng hoặc màu sắc	35 (33,3)	21,86 ± 8,33 (7 – 36)

Nhận xét: Các dấu hiệu cảnh báo khuyến cáo ở mọi lứa tuổi của RLPTK được người chăm sóc ghi nhận phổ biến nhất là chậm nói (100%), thường xuyên chơi một mình (91,4%) ở thời điểm trẻ có độ tuổi trung bình là 21,64 ± 5,96 tháng tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn được 105 trẻ ≤ 48 tháng, tuổi trung bình là 34,82 ± 7,28 (tháng tuổi), tuổi nhỏ nhất là 23 tháng, lần đầu được chẩn đoán mắc RLPTK tại khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương, cùng với 105 người chăm sóc chính, đa số là các bà mẹ. Hơn một nửa số trẻ (59%) trẻ được chẩn đoán trước 3 tuổi, tuổi chẩn đoán trung bình là 34,11 ± 7,28 tháng (bảng 2), sớm hơn so với một số nghiên cứu khác trên thế giới như Malaysia, Hoa Kỳ (tuổi chẩn đoán trung bình khoảng 50 tháng tuổi).^{9,10} Sự khác biệt này, có thể do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi giới hạn ở trẻ dưới 4 tuổi thay vì mở rộng từ 0 – 18 tuổi như một số nghiên cứu khác.

Ở Việt Nam, tự kỷ đã được biết đến qua một số phương thức truyền thông từ 2 thập kỷ gần đây. Tuy nhiên, mạng lưới y tế cơ sở ở Việt Nam chưa phát triển, chưa có hoạt động theo dõi phát triển định kỳ cho trẻ em. Phần lớn các vấn đề bất thường về phát triển của trẻ, bao gồm RLPTK, là do người chăm sóc tự phát hiện, đặt thành mỗi quan tâm và đưa trẻ đến cơ sở y tế khám bệnh. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, mỗi quan tâm sớm nhất của người chăm sóc thường gặp nhất là ngôn ngữ với 60% nhận thấy

trẻ chậm nói/thoái lui về ngôn ngữ, ít/không đáp ứng khi gọi tên (45,7%), hành vi định hình rập khuôn (21,9%), thường xuyên thích chơi một mình (19%), trẻ ít giao tiếp mắt (4,8%) (bảng 3). So sánh với nghiên cứu tại Malaysia (2020) những mối quan tâm ban đầu của cha mẹ phần lớn cũng là chậm nói (60,1%), hành vi xã hội (12,6%), hành vi rập khuôn (0,8%).⁹ Nghiên cứu khác tại Hoa Kỳ (2018): 45,5% lo lắng ban đầu là chậm nói, 51,5% ít giao tiếp mắt, 28,1% ít/không phản ứng với gọi tên, ít có hứng thú với người khác chiếm 47,4%, 36,6% có các hành vi định hình, rập khuôn.¹⁰ Mỗi quan tâm của người chăm sóc có thể đa dạng và gồm nhiều dấu hiệu. Nhìn chung các nghiên cứu đều chỉ ra dấu hiệu mà người chăm sóc lo lắng và quan tâm đầu tiên, phổ biến nhất là chậm nói, tuy có sự khác biệt tùy thuộc vào sắc thái văn hóa, vùng miền.

Qua khảo sát, chúng tôi nhận thấy, người chăm sóc phát hiện những dấu hiệu bất thường đầu tiên tại thời điểm trẻ có độ tuổi trung bình là 20,37 ± 5,27 tháng, sớm nhất là 6 tháng tuổi. Nghiên cứu tại Malaysia (2020) ghi nhận tuổi trung bình của trẻ khi người chăm sóc đặt mối quan tâm đầu tiên là 29,3 ± 16,5 tháng,⁹ tại Hoa Kỳ (2018) là 31,5 tháng ± 19,58 tháng.¹⁰ Điều này cho thấy, thời điểm nhận thức của người chăm sóc về các dấu hiệu bất thường ở trẻ tự kỷ trong nghiên cứu của chúng tôi sớm hơn so với các nghiên cứu trên. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ giới hạn ở trẻ dưới 4 tuổi đến khám chuyên khoa tại bệnh viện tuyến trung ương.

Mặc dù các dấu hiệu sớm cảnh báo về RLPTK

ở các mốc lứa tuổi đã được truyền thông khá tích cực, nhưng người chăm sóc trẻ vẫn gặp khó khăn tiếp cận. Nhiều dấu hiệu được phỏng vấn chủ đích, hồi cứu lại tại các thời điểm khi trẻ còn nhỏ, 11,4% số trẻ ít giao tiếp mắt – mắt và 3,8% trẻ ít/không có biểu hiện thích thú ngay từ khi trẻ mới chỉ 6 tháng tuổi, 6,7% trẻ ít khi có những đáp ứng cảm xúc phù hợp với âm thanh, nụ cười nét mặt khi 9 tháng (bảng 4). Kết quả này cho thấy thực tế các dấu hiệu cảnh báo của RLPTK đã xuất hiện từ rất sớm, có thể dưới 1 tuổi, nhưng chưa là mối quan tâm trong nhận thức của người chăm sóc, có thể họ chưa cho rằng đó là một bất thường rõ rệt. Tuy nhiên, từ 1 tuổi trở đi, các dấu hiệu đã xuất hiện rõ ràng hơn với 34,3% trẻ có dấu hiệu chậm nói từ khi 12 tháng, đặc biệt điều này càng bộc lộ rõ ràng khi trẻ lớn với 98,1% trẻ không nói được 2 từ có nghĩa đúng hoàn cảnh khi 2 tuổi. Phần lớn trẻ có biểu hiện bất thường trong tương tác xã hội như ít/không cử chỉ, ít/không đáp ứng khi gọi tên ngay khi 12 tháng tuổi, nhưng hầu hết người chăm sóc nghĩ rằng trẻ sẽ đuổi kịp tốc độ phát triển về sau, trẻ chậm nói do giống một thành viên khác trong gia đình lúc còn nhỏ hoặc không nhận ra đó là biểu hiện bệnh lý. Ngoài những dấu hiệu cảnh báo theo từng mốc tuổi thì những dấu hiệu cảnh báo khác ở mọi lứa tuổi theo khuyến cáo của hiệp hội tự kỷ Autism speaks cũng đã được người chăm sóc trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy với tần suất rất cao như chậm nói, không có hứng thú chơi với trẻ khác, ít giao tiếp mắt – mắt, hành vi định hình, rập khuôn,...(bảng 5). Hầu hết các dấu hiệu này đã xuất hiện khi trẻ ở độ tuổi trung bình 20 tháng, tương ứng với thời gian người chăm sóc bắt đầu có những phát hiện về những dấu hiệu bất thường ở trẻ. Điều này cho thấy rằng người chăm sóc chỉ thực lo lắng khi các triệu chứng của RLPTK đã thực sự rõ ràng. Mặc dù vậy, vẫn có những lý do khiến họ trì hoãn, bằng chứng cho thấy độ tuổi trung bình mà lần đầu trẻ được đi khám trong nghiên cứu của chúng tôi là $28,82 \pm 6,78$ tháng và tuổi lần đầu trẻ được chẩn đoán mắc RLPTK là $34,11 \pm 7,28$ tháng. Kết quả này cho thấy có sự chậm trễ rất đáng lo ngại trong việc tiếp cận dịch vụ khám để chẩn đoán sớm RLPTK, nên được nhận định những lý do hoặc cản trở đã trì hoãn người chăm sóc đưa trẻ đi khám bệnh, để tăng cơ hội được can thiệp sớm cho nhóm trẻ này.

V. KẾT LUẬN

Các dấu hiệu cảnh báo của RLPTK đã xuất hiện từ khi trẻ còn nhỏ, trước 24 tháng, người chăm sóc đã nhận biết một số dấu hiệu, nhưng chưa đầy đủ hoặc chưa hiểu rõ về những dấu hiệu này. Đồng thời có sự trì hoãn không đưa trẻ đi khám để được chẩn đoán và can thiệp sớm. Do đó, việc giáo dục kiến thức cho cộng đồng về theo dõi phát triển của trẻ, đặc biệt phát hiện các dấu hiệu sớm của RLPTK là hết sức quan trọng và cấp thiết. Việc thực hiện giám sát sàng lọc RLPTK khi trẻ 18 và 24 tháng có thể phát hiện và can thiệp sớm cho trẻ mắc RLPTK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, et al.** Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. n/a(n/a). doi:10.1002/aur.2696
2. **Lyall K, Croen L, Daniels J, et al.** The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*. 2017; 38:81-102.
3. **Le Thi Vui, Duong Minh Duc, Nguyen Thuy Quynh, et al.** Early screening and diagnosis of autism spectrum disorders in Vietnam: A population-based cross-sectional survey. *Journal of Public Health Research*. 2021;11(2)
4. **Estes A, Munson J, Rogers SJ, et al.** Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(7):580-587.
5. **Gabrielsen TP, Farley M, Speer L, et al.** Identifying Autism in a Brief Observation. *Pediatrics*. 2015; 135(2): e330-e338. doi:10.1542/peds.2014-1428
6. **Sacrey LAR, Bennett JA, Zwaigenbaum L.** Early Infant Development and Intervention for Autism Spectrum Disorder. *Journal of Child Neurology*. 2015;30(14):1921-1929. doi:10.1177/0883073815601500
7. **American Psychiatric Association** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 5–25. ISBN 978-0-89042-555-8.
8. **Learn the Signs of Autism.** Autism Speaks. Accessed May 3, 2022. <https://www.autismspeaks.org/signs-autism>
9. **Jayanath S, Ozonoff S.** First Parental Concerns and Age at Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Retrospective Review from Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2020;27(5):78-89.
10. **Becerra-Culqui TA, Lynch FL, Owen-Smith AA, et al.** Parental First Concerns and Timing of Autism Spectrum Disorder Diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018;48(10):3367-3376.