

các nước Châu Âu và tocilizumab ở Nhật Bản. Cả siltuximab và tocilizumab đều được dung nạp tốt; tác dụng phụ thường gặp nhất với siltuximab là ngứa (28%) và nhiễm trùng đường hô hấp trên (26%) trong khi với tocilizumab, phổ biến nhất là tăng transaminase (30%) và tăng lipid máu (20%), Rituximab được ủng hộ là phương pháp điều trị bậc hai cho những bệnh nhân mắc iMCD không đáp ứng với phong tỏa IL-6.<sup>1</sup> Hiện tại không có đủ bằng chứng cho việc sử dụng phân nhóm mô bệnh học để điều trị iMCD.

Với KSHV-MCD, rituximab đã được chứng minh có hiệu quả rõ ràng<sup>4</sup>. Ngoài ra, đối với những bệnh nhân mắc các bệnh khác đe dọa tính mạng, etoposide thường được dùng bổ sung cùng rituximab, trong khi doxorubicin thường được sử dụng thêm nếu đồng thời có Kaposi sarcoma.

So sánh y văn với ca lâm sàng đã nêu ở trên, thông qua các khảo sát trước, trong và sau mổ, bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh Castleman đơn trung tâm vùng đầu tụy, thể mô bệnh học mạch máu- hyalin hóa. Với bệnh nhân này, việc phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u mà không phẫu thuật cắt khối tá tụy như dự tính ban đầu là hợp lý, nguy cơ tái phát thấp, tỷ lệ sống sau 5 năm cao và không cần phải điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Qua ca lâm sàng này cũng cho thấy việc chẩn đoán bệnh Castleman trước mổ còn rất hạn chế, dù đã được sinh thiết qua siêu âm nội soi 2 lần nhưng bệnh nhân chỉ có thể được chẩn đoán bằng kết quả mô bệnh học sau mổ.

#### IV. KẾT LUẬN

Bệnh Castleman là một rối loạn tăng sinh tổ chức lympho hiếm gặp, khó chẩn đoán. Bệnh được chia thành hai thể đơn trung tâm và đa

trung tâm theo biểu hiện lâm sàng hoặc thể mạch máu- hyalin hóa và thể tương bào theo mô bệnh học. Với thể đơn trung tâm, thường có mô bệnh học là thể mạch máu- hyalin hóa, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u là tiêu chuẩn vàng. Với thể đa trung tâm, thường có mô bệnh học là thể tương bào, liệu pháp miễn dịch dựa trên kháng thể đơn dòng thường được lựa chọn, cụ thể liệu pháp kháng thể đơn dòng hướng tế bào B cho KHSV-MCD (rituximab) và liệu pháp kháng IL-6 cho iMCD (Siltuximab và Tocilizumab).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carbone A, Borok M, Damania B, et al.** Castleman disease. 2021;7(1):84.
2. **Castleman B, Towne VJTNEjom.** Case records of the Massachusetts General Hospital: case no. 40231. 1954;250(23):1001-1005.
3. **Dispenzieri A, Fajgenbaum DCJB,** The Journal of the American Society of Hematology. Overview of Castleman disease. 2020;135(16):1353-1364.
4. **Fajgenbaum DC, Uldrick TS, Bagg A, et al.** International, evidence-based consensus diagnostic criteria for HHV-8-negative/idiopathic multicentric Castleman disease. 2017; 129(12): 1646-1657.
5. **Keller AR, Hochholzer L, Castleman BJC.** Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. 1972;29(3):670-683.
6. **Li Z, Lan X, Li C, et al.** Recurrent PDGFRB mutations in unicentric Castleman disease. 2019;33(4):1035-1038.
7. **Van Rhee F, Oksenhendler E, Srkalovic G, et al.** International evidence-based consensus diagnostic and treatment guidelines for unicentric Castleman disease. 2020;4(23):6039-6050.
8. **Van Rhee F, Voorhees P, Dispenzieri A, et al.** International, evidence-based consensus treatment guidelines for idiopathic multicentric Castleman disease. 2018;132(20):2115-2124.

## HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP TẬP SỬA LỖI PHÁT ÂM KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGÔN NGỮ Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>1</sup>, Phạm Hồng Vân<sup>1</sup>, Phạm Thái Hưng<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ bằng phương pháp tập sửa lỗi phát âm kết hợp điện châm.

<sup>1</sup>Bệnh viện Châm cứu Trung ương

<sup>2</sup>Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: thaovcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

**Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước, sau điều trị, có đối chứng trên 60 trẻ rối loạn phổ tự kỷ chia thành hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng từ tháng 8/2023 đến tháng 10/2023 tại bệnh viện Châm cứu Trung ương. Sử dụng thang điểm Zimmerman đánh giá chức năng giao tiếp và thang điểm CARS đánh giá mức độ bệnh lý rối loạn phổ tự kỷ. **Kết quả:** Theo thang điểm Zimmerman sau 2 đợt điều trị ở nhóm nghiên cứu có 66,7% hiệu quả điều trị tốt so với 33,4% ở nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ). Thang điểm CARS giảm ở cả hai nhóm nghiên cứu, tuy nhiên nhóm nghiên cứu có hiệu quả phục hồi cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng, hiệu số tổng điểm CARS hai nhóm tương ứng lần lượt

$\Delta_{D0-D47}$   $8,4 \pm 0,9$  điểm ở nhóm nghiên cứu và  $4,1 \pm 1,5$  điểm ở nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Hiệu quả phục hồi chức năng ngôn ngữ ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ ở nhóm phối hợp tập sửa lỗi phát âm tốt hơn so với nhóm điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

**Từ khóa:** Rối loạn phổ tự kỷ; Rối loạn chức năng ngôn ngữ; Tập sửa lỗi phát âm.

## SUMMARY

### EFFECTIVE METHOD OF TRAINING PRONUNCIATION ERRORS COMBINED WITH ELECTROMAGNETIC REHABILITATION OF LANGUAGE FUNCTION IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

**Objective:** Evaluate the effectiveness of language rehabilitation treatment in children with autism spectrum disorder using pronunciation error correction method combined with electroacupuncture. **Methods:** Clinical intervention study comparing before and after treatment, with control on 60 children with autism spectrum disorder divided into two research groups and control group from August 2023 to October 2023 at the hospital. Central Institute of Acupuncture. Using the Zimmerman scale to assess communication function and the CARS scale to assess the level of autism spectrum disorder. **Results:** According to the Zimmerman scale after 2 treatment sessions in the study group, 66.7% had good treatment effectiveness compared to 33.4% in the control group ( $p < 0.05$ ). CARS score decreased in both study groups, however the study group had significantly higher recovery efficiency than the control group, the difference in total CARS score between the two groups respectively  $\Delta_{D0-D47}$   $8.4 \pm 0.9$  points in the study group and  $4.1 \pm 1.5$  points in the control group ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The effectiveness of language function rehabilitation in children with autism spectrum disorder in the group combined with exercises to correct pronunciation errors is better than the electro-acupuncture group combined with acupressure massage.

**Keywords:** Autism spectrum disorder; Language dysfunction; Practice correcting pronunciation errors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là rối loạn phát triển phức tạp của não bộ, thuật ngữ "phổ" chỉ sự đa dạng về triệu chứng và mức độ của rối loạn, là một rối loạn đa nhân tố giữa gen và môi trường (1),(2). Rối loạn phổ tự kỷ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến cá nhân, gia đình của người mắc và xã hội. Rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ bao gồm những rối loạn về: tương tác xã hội, ngôn ngữ, hành vi, làm cho trẻ gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống (3). Trên thế giới đặc biệt ở những nước phát triển, chương trình phát hiện sớm và can thiệp sớm cho trẻ RLPTK đã trở thành chương trình quốc gia. Nhiều bộ câu hỏi đã được áp dụng nhằm đánh giá và theo dõi quá trình can thiệp. Các bộ câu hỏi này đều đánh giá những kỹ năng chính ở trẻ RLPTK như hành vi,

giao tiếp và quan hệ xã hội và có độ tin cậy rất cao. Việc có thêm các số liệu nghiên cứu về sự thay đổi ngôn ngữ ở trẻ RLPTK tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương (BVCCTW) góp phần nâng cao sự quan tâm của mọi người về rối loạn này để phát hiện sớm, điều trị kịp thời tránh các ảnh hưởng nghiêm trọng đến cá nhân, gia đình và xã hội (4). Do vậy, chúng tôi sử dụng thang Zimmerman để mô tả các kỹ năng phát triển ngôn ngữ và theo dõi sự tiến bộ sau điều trị. Việc nghiên cứu, áp dụng các phương pháp điều trị cho trẻ RLPTK bằng Y học cổ truyền (YHCT) kết hợp công cụ đánh giá và theo dõi can thiệp sớm như ngôn ngữ trị liệu, tập giao tiếp được đã được áp dụng song song tại BVCCTW từ nhiều năm nay. Thông qua việc tác động vào các huyệt vị bằng phương pháp của y học cổ truyền (YHCT) như điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt, cấy chỉ... cho đến nay đã giúp cải thiện, làm giảm nhẹ những rối loạn về ngôn ngữ, hành vi và giao tiếp của trẻ mắc RLPTK. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ trẻ rối loạn phổ tự kỷ bằng phương pháp điện châm kết hợp tập sửa lỗi phát âm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là trẻ được chẩn đoán xác định rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tâm thần học Hoa kỳ (DSM-5) – 2013, từ 36 đến dưới 72 tháng tuổi, được sự đồng ý hợp tác, tự nguyện, tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị khi tham gia nghiên cứu của gia đình trẻ. Trẻ rối loạn ngôn ngữ do nguyên nhân khác, khiếm khuyết về thính giác, bệnh lý Rett, hội chứng Asperger hoặc chứng tăng động giảm tập trung được loại ra khỏi nghiên cứu.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến hành từ tháng 8/2023 đến tháng 10/2023 tại bệnh viện Châm cứu Trung ương.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành bằng phương pháp can thiệp lâm sàng so sánh trước sau điều trị, có đối chứng.

**Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định RLPTK có rối loạn phát triển ngôn ngữ theo tiêu chuẩn DMS-V-2013 được chia thành 2 nhóm mỗi nhóm 30 bệnh nhân.

**Biện pháp can thiệp:** Nhóm nghiên cứu điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp ngôn ngữ trị liệu (tập sửa lỗi phát âm). Nhóm đối chứng điều trị bằng phác đồ điện

châm, xoa bóp bấm huyệt (tương tự phác đồ với nhóm nghiên cứu). Cụ thể như sau:

Phác đồ điện châm: Điện châm (ngày 01 lần x 30 phút x 20 ngày liên tục kể cả thứ 7 và chủ nhật / 01 đợt x 02 đợt, giữa các đợt nghỉ 7 ngày). Bộ huyệt điện châm gồm: Thượng liên tuyền; Ngoại kim tân ngọc dịch; Á môn; Ấn đường; Tứ thần thông; Thượng tinh; Bách hội; Thái dương; Hợp cốc Suất cốc; Khúc trì; Phong trì.

Phác đồ xoa bóp bấm huyệt: ngày 01 lần x 30 phút x 20 ngày liên tục kể cả thứ 7 và chủ nhật/ 01 đợt x 02 đợt, giữa các đợt nghỉ 7 ngày. Bộ huyệt xoa bóp gồm: Bách hội; Phong trì; Thái dương; Thượng liên tuyền; Thượng tinh; Ấn đường; Hợp cốc; Tứ thần thông; Nội quan; Giản sử; Thần môn; Á môn.

Phác đồ tập sửa lỗi phát âm: ngày 01 lần x 60 phút x 20 ngày liên tục kể cả thứ 7 và chủ nhật/ 01 đợt x 02 đợt, giữa các đợt nghỉ 7 ngày.

**Kết quả đánh giá tại các thời điểm:** D<sub>0</sub> (thời điểm bắt đầu điều trị); D<sub>27</sub> (thời điểm sau đợt điều trị thứ nhất); D<sub>47</sub> (thời điểm sau đợt điều trị thứ 2).

**2.4. Quy trình nghiên cứu**

Bước 1: Lựa chọn trẻ được chẩn đoán là RLPTK, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng tiêu chí lựa chọn và tiêu chí loại trừ.

Bước 2: Nghiên cứu viên xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu, bố/mẹ/người chăm sóc trẻ ký vào phiếu đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Bước 3: Nghiên cứu viên phỏng vấn thu thập dữ liệu nghiên cứu dựa trên mẫu bệnh án nghiên cứu xây dựng sẵn.

Bước 4: Làm sạch, xử lý số liệu, đánh giá kết quả.

**2.5. Chỉ số, tiêu chuẩn đánh giá**

**Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ bằng thang điểm Zimmerman:** Thang điểm đánh giá 04 thành phần gồm Hành vi định hình; Chức năng giao tiếp; Tương tác xã hội; Các dấu hiệu rối loạn phát triển khác. Mỗi thành phần có 14 câu hỏi

được đánh giá từ 0 đến 3 điểm tương ứng: 0 điểm: Không bao giờ quan sát thấy; 1 điểm: Hiếm khi quan sát thấy (1- 2 lần trong 6 giờ); 2 điểm: Thỉnh thoảng quan sát thấy (3-4 lần trong 6 giờ); 3 điểm: Thường xuyên quan sát thấy (5- 6 lần trong 6 giờ). Tổng thang điểm Zimmerman tối đa 168 điểm. Đánh giá mức độ rối loạn chức năng ngôn ngữ theo thang điểm Zimmerman như sau:

>130 điểm	Rất nặng
121-130 điểm	Nặng
111-120 điểm	Trên trung bình
90-110 điểm	Trung bình
80- 89 điểm	Dưới trung bình
70-79 điểm	Nhẹ
<=69 điểm	Rất nhẹ

**Đánh giá mức độ rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm CARS:** 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. Tổng điểm của 15 mục được phân loại như sau:

Từ 15-30 điểm:	Trẻ bình thường.
Từ 30-36:	Trẻ tự kỷ nhẹ đến trung bình.
Từ 36-60 điểm:	Trẻ tự kỷ nặng.

**2.6. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập, xử lý, làm sạch bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Sử dụng phân tích thống kê mô tả (tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn), kiểm định khi bình phương với mức ý nghĩa p<0,05 để đánh giá mối liên quan giữa biến độc lập và phụ thuộc.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đảm bảo các nguyên tắc nghiên cứu y sinh học, người bệnh được thông báo đầy đủ thông tin nghiên cứu và được quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào. Được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu trường Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Kết quả đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính trẻ rối loạn phổ tự kỷ**

Đối tượng	Nhóm nghiên cứu n=30				Nhóm đối chứng n=30				Chung n=60			
	Nam		Nữ		Nam		Nữ		Nam		Nữ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
36-48 tháng	5	25,0	1	10,0	5	20,0	2	40,0	10	22,2	3	20,0
49-72 tháng	15	75,0	9	90,0	20	80,0	3	60,0	35	77,8	12	80,0
X ± SD (tháng)	51,7 ± 15,7				52,7 ± 14,6				52,1 ± 15,1			
Tổng	20	100,0	10	100,0	25	100,0	5	100,0	45	100	15	100
p	0,932								0,125			

Rối loạn phổ tự kỷ chủ yếu gặp ở nhóm từ 49-72 tháng tuổi (75,0% nhóm nghiên cứu và 80% nhóm đối chứng). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là 51,7 ± 15,7 tháng tuổi và 52,7 ± 14,6 tháng tuổi, không có sự khác biệt. Tuổi trung bình cả hai nhóm nghiên cứu là 52,1 ± 15,1 tuổi, sự khác biệt tuổi giữa hai nhóm giới tính không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Bảng 2. Đặc điểm phương thức đẻ, tuổi thai, tiền sử, rối loạn bệnh lý trẻ rối loạn phổ tự kỷ**

Đặc điểm		Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng	
		n	%	n	%
Phương thức đẻ	Đẻ thường	20	66,7	22	73,3
	Đẻ mổ	10	33,3	8	26,7
Tuổi thai lúc sinh	Đủ tháng	27	90,0	27	90,0
	Thiếu tháng	3	10,0	2	6,7
	Già tháng	0	0,0	1	3,3
Tiền sử anh chị em có RLPTK	Có	2	6,7	1	3,3
	Không	28	93,3	29	96,7
Rối loạn bệnh lý kèm theo	Tăng động giảm chú ý	7	23,3	6	20,0
	Động kinh	1	3,3	0	0,0
	Rối loạn Tic	1	3,3	2	6,6
	Rối loạn giấc ngủ	18	60,0	17	56,7
	Tự kích thích	2	6,6	1	3,3

Có 33,3% trẻ được đẻ mổ trong nhóm nghiên cứu và 26,7% trong nhóm đối chứng. Đa số trẻ đều sinh đủ tháng (90% ở cả hai nhóm), có 10% trẻ sinh thiếu tháng ở nhóm nghiên cứu và 6,7% trẻ sinh thiếu tháng ở nhóm đối chứng. Có 6,7% trẻ có anh/chị/em có tiền sử rối loạn phổ tự kỷ ở nhóm nghiên cứu, con số này ở nhóm đối chứng

là 3,3%. Khảo sát đặc điểm tiền sử bệnh lý trẻ đa số các trẻ có rối loạn giấc ngủ (60% nhóm nghiên cứu và 56,7% nhóm đối chứng), tiếp đến là dấu hiệu tăng động giảm chú ý ở nhóm nghiên cứu với 23,3% và nhóm đối chứng 20%.

**3.2. Kết quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ trẻ rối loạn phổ tự kỷ**

**Bảng 3. Hiệu quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ theo thang điểm Zimmerman**

			Zimmerman			p
			Rất nặng/nặng	Trung bình	Rất nhẹ/nhẹ	
Nhóm nghiên cứu n=30	D <sub>0</sub>	n (%)	6 (20,0)	19 (63,3)	5 (16,7)	<0,05
	D <sub>27</sub>	n (%)	5 (16,7)	20 (66,7)	5 (16,6)	
	D <sub>47</sub>	n (%)	2 (6,7)	8 (26,7)	20 (66,6)	
Nhóm đối chứng n=30	D <sub>0</sub>	n (%)	5 (16,7)	22 (73,3)	3 (10,0)	
	D <sub>27</sub>	n (%)	5 (16,7)	19 (63,4)	6 (20,0)	
	D <sub>47</sub>	n (%)	4 (13,3)	16 (53,3)	10 (33,4)	

Nhóm nghiên cứu xu hướng phục hồi giảm mức độ nặng và mức độ trung bình, tăng tỷ lệ mức độ nhẹ/rất nhẹ tốt hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 4. Hiệu quả điều trị mức độ rối loạn phổ tự kỷ theo thang điểm CARS**

Thời điểm đánh giá	Nhóm nghiên cứu (n=30) X̄ ± SD	Nhóm đối chứng (n=30) X̄ ± SD
D <sub>0</sub>	54,2 ± 11,5	55,1 ± 12,1
D <sub>27</sub>	51,6 ± 12,8	54,2 ± 13,5
D <sub>47</sub>	45,8 ± 12,4	51,0 ± 10,6
ΔD <sub>0</sub> -D <sub>27</sub>	2,6 ± 1,3	0,9 ± 0,6
ΔD <sub>0</sub> -D <sub>47</sub>	8,4 ± 0,9	4,1 ± 1,5
ΔD <sub>27</sub> -D <sub>47</sub>	5,8 ± 0,4	3,2 ± 2,9
p D <sub>0</sub> -D <sub>27</sub>	<0,05	<0,05

p D <sub>0</sub> -D <sub>47</sub>	<0,05	<0,05
p D <sub>27</sub> -D <sub>47</sub>	<0,05	<0,05
P <sub>NNC-NDC</sub>	<0,05	

Đánh giá hiệu quả điều trị theo thang điểm CARS cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều hiệu quả điều trị tốt hơn ở các thời điểm D<sub>27</sub> D<sub>47</sub> có ý nghĩa thống kê. Nhóm nghiên cứu hiệu quả tốt hơn so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm chung, đặc điểm bệnh lý trẻ rối loạn phổ tự kỷ.** Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá trên đối tượng trẻ rối loạn phổ tự kỷ từ 36-72 tháng tuổi, đây được xác định là độ tuổi trẻ bắt đầu xây dựng các phản xạ hành vi giao tiếp có lời và không lời,

còn sau 72 tháng tuổi các phương pháp can thiệp giảm hiệu quả tác động do mức độ định hình của trẻ. Về kết quả tuổi trẻ nghiên cứu chúng tôi nhận thấy chủ yếu gặp ở nhóm từ 49-72 tháng tuổi (75,0% nhóm nghiên cứu và 80% nhóm đối chứng) với trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là  $51,7 \pm 15,7$  tháng tuổi và  $52,7 \pm 14,6$  tháng tuổi. Tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Đức (2022) đánh giá tỷ lệ trẻ rối loạn phổ tự kỷ và hiệu quả chương trình can thiệp dựa vào cộng đồng tại tỉnh Quảng Ngãi với 43,3% trẻ rối loạn phổ tự kỷ trên 48 tháng tuổi (5). Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trẻ nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Hải Tú (2019) đánh giá đặc điểm lâm sàng trẻ tự kỷ cho biết chủ yếu (91%) trẻ tự kỷ từ 24-48 tháng tuổi (6). Tỷ lệ trẻ giới tính nam cao gấp 3 lần giới tính nữ (45 trẻ nam so với 15 trẻ nữ), tương tự với nghiên cứu của Đinh Thị Hoa (2019) nghiên cứu sàng lọc rối loạn ngôn ngữ trẻ em từ 1 đến 6 tuổi (7). Về đặc điểm tiền sử và các yếu tố liên quan trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 33,3% trẻ được đẻ mổ trong nhóm nghiên cứu và 26,7% trong nhóm đối chứng, có 10% trẻ sinh thiếu tháng ở nhóm nghiên cứu và 6,7% trẻ sinh thiếu tháng ở nhóm đối chứng. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Đinh Thị Hoa (2019) báo cáo có tỷ lệ trẻ được sinh mổ khá cao chiếm 33% (7). Một số nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa phương pháp sinh mổ với tỷ lệ trẻ có các rối loạn sau sinh tương tự rối loạn phổ tự kỷ, tuy nhiên đây vẫn là vấn đề được bàn luận chưa đi đến thống nhất, quan điểm chỉ ra rằng ngoài tác động do sinh mổ nguyên nhân còn có thể do sức khỏe người mẹ, sức khỏe thai nhi chỉ định sinh mổ là nguyên nhân cho một số bệnh lý bẩm sinh.

**4.2. Kết quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ trẻ rối loạn phổ tự kỷ.** Trong phương pháp nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm Zimmerman để sàng lọc và đánh giá mức độ rối loạn chức năng ngôn ngữ, đây là thang điểm được sử dụng nhiều trong sàng lọc kể cả ở những trẻ không có bệnh lý tổn thương thực thể (7). Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng giao tiếp ở nhóm nghiên cứu (điều trị điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập sửa lỗi phát âm) và nhóm đối chứng (xoa bóp bấm huyệt và điện châm), kết quả nghiên cứu cho thấy sau 2 đợt điều trị ở nhóm nghiên cứu có 66,7% hiệu quả điều trị tốt so với 33,4% ở nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bên cạnh đó chúng tôi đánh giá hiệu quả cải thiện

thang điểm CARS, trong đó đánh giá 15 thành phần có đánh giá thành phần liên quan giao tiếp có lời và giao tiếp không lời. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện về kết quả thang điểm CARS ở cả hai nhóm nghiên cứu, tuy nhiên nhóm nghiên cứu có hiệu quả phục hồi cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng, hiệu số tổng điểm CARS hai nhóm tương ứng lần lượt  $\Delta_{D0-D47} 8,4 \pm 0,9$  ở nhóm nghiên cứu và  $4,1 \pm 1,5$  ở nhóm đối chứng, kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả phương pháp điều trị y học cổ truyền trên đối tượng trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Tuy nhiên đã có nhiều nghiên cứu khuyến cáo phương pháp bổ trợ, can thiệp đặc thù cho đối tượng trẻ tự kỷ, một số phương pháp can thiệp tập giao tiếp như TEACCH để nâng cao hiệu quả điều chỉnh hành vi ngôn ngữ ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ (8).

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ ở đối tượng trẻ rối loạn phổ tự kỷ cho kết quả cải thiện ở cả hai nhóm, trong đó nhóm nghiên cứu (điều trị kết hợp tập sửa lỗi phát âm) cải thiện hiệu quả hơn so với nhóm đối chứng (điện châm và xoa bóp bấm huyệt). Khuyến nghị đề xuất phương pháp điều trị kết hợp giữa các phương pháp y học cổ truyền cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Treating Autism.** Medical Comorbidities in Autism Spectrum Disorders. 2013.
2. **Đinh Thị Hoa, Vũ Thị Bích Hạnh, Nguyễn Thanh Thủy.** Mô tả đặc điểm lâm sàng ở trẻ tự kỷ và bước đầu nhận xét kết quả phục hồi chức năng ngôn ngữ. Tạp chí Y học lâm sàng. 2016;295-9.
3. **M. Randall, K. J. Egberts, A Samtani, et al.** Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. The Cochrane database of systematic reviews. 2018;7: Cd009044.
4. **Vũ Thị Bích Hạnh, Trần Thị Lý Thanh.** Đánh giá sự cải thiện khả năng tập trung-chú ý và hành vi của trẻ tự kỷ sau can thiệp ngôn ngữ trị liệu. Y học thực hành. 2013;879-số 9:48-51.
5. **Nguyễn Tấn Đức.** 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 văn Tiến sĩ y học - Đại học Y Dược, Đại Học Huế; 2022.
6. **Đặng Hải Tú.** Đặc điểm lâm sàng ngôn ngữ ở trẻ rối loạn tự kỷ. Hà Nội: Luận văn Thạc sĩ, đại học Y Hà Nội; 2019.
7. **Đinh Thị Hoa.** Nghiên cứu áp dụng thang Zimmerman trong sàng lọc rối loạn ngôn ngữ ở trẻ em nói tiếng Việt từ 1 đến 6 tuổi. Hà Nội: Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội; 2019.
8. **Đào Thị Thu Thủy.** Điều chỉnh hành vi ngôn ngữ cho trẻ tự kỷ 3-6 tuổi dựa vào bài tập chức năng. Hà Nội: Luận án Tiến sĩ khoa học giáo dục học - Viện Khoa học giáo dục Việt Nam; 2014.