

DOI: 10.58490/ctump.2024i81.2946

KẾT QUẢ CAN THIỆP TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Trần Thiện Thang^{1,2,3*}, Trần Thiện Kiều⁵, Bùi Yến Linh⁵, Dương Thị Thảo Vy³,
Phạm Văn Đông⁴, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

1. Đại học Y Hà Nội

2. Viện Sức Khỏe Tâm Thần Quốc Gia

3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

4. Bệnh Viện Nhi Đồng Cần Thơ

5. Phòng Khám Tâm Lý 247

*Email: ttthang@ctum.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/8/2024

Ngày phản biện: 25/9/2024

Ngày duyệt đăng: 25/10/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn phổ tự kỷ là một rối loạn phát triển não bộ phức tạp làm cho trẻ khiếm khuyết kỹ năng giao tiếp và các hành vi lặp khuôn, lặp đi lặp lại, khi được can thiệp sớm trẻ có thể phát triển, hòa nhập với cộng đồng. Tại bệnh Viện Nhi Đồng Cần Thơ, trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng được can thiệp 2 buổi mỗi tháng bằng chương trình của bệnh viện và được thực hiện bởi các bác sĩ, kỹ thuật viên phục hồi chức năng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả can thiệp cho trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ được can thiệp tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 trẻ từ 24 tháng đến 72 tháng tuổi được chẩn đoán mắc rối loạn phổ tự kỷ nặng bởi bác sĩ tâm thần nhi bằng tiêu chuẩn DSM-5. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh kết quả trước và sau can thiệp dựa vào bảng kiểm đánh giá hiệu quả can thiệp ATEC, thang điểm đánh giá mức độ tự kỷ CARS, thang điểm đánh giá hành vi thích ứng VABS-II và ma trận giao tiếp. **Kết quả:** Sau 6 tháng can thiệp cho thấy trẻ có sự cải thiện rõ rệt về mức độ và khả năng thích ứng phát triển. Điểm trung bình và điểm trung vị trên bảng kiểm ATEC và thang điểm CARS đều giảm, trong khi điểm số của thang điểm VABS-II và ma trận giao tiếp tăng lên đáng kể. Số lượng trẻ giảm mức độ tự kỷ và tăng mức độ giao tiếp so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Chương trình can thiệp cho trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ là cần thiết và mang lại hiệu quả tích cực cho sự phát triển của trẻ.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ, ATEC, CARS, VABS-II, Communication Matrix.

ABSTRACT

INTERVENTION OUTCOMES FOR CHILDREN WITH SEVERE AUTISM SPECTRUM DISORDER AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Tran Thien Thang^{1,2,3*}, Tran Thien Kieu⁵, Bui Yen Linh⁵, Duong Thi Thao Vy³,
Pham Van Dong⁴, Nguyen Van Tuan^{1,2}

1. Hanoi Medical University

2. National Institute of Mental Health

3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

4. Can Tho Children's Hospital

5. 247 Psych Clinic

Background: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a complex neurodevelopmental disorder that results in deficits in communication skills and stereotyped, repetitive behaviors. Early intervention can enable children to develop and integrate into the community. At Can Tho Children's

Hospital, children with severe ASD receive intervention twice a month through a hospital program conducted by doctors and rehabilitation technicians. Objectives: To evaluate the outcomes of interventions for children with ASD at Can Tho Children's Hospital. **Materials and methods:** The study involved 32 children aged 24 to 72 months diagnosed with severe ASD by a child psychiatrist using DSM-5 criteria. A cross-sectional descriptive study was conducted, comparing pre- and post-intervention results based on ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist), CARS (Childhood Autism Rating Scale), VABS-II (Vineland Adaptive Behavior Scales), and Communication Matrix. **Results:** After six months of intervention, significant improvements were observed in the severity of autism and adaptive development. The average and median scores on the ATEC and CARS scales decreased, while the scores on the VABS-II and communication matrix increased significantly. The number of children with reduced autism severity and increased communication skills was statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** The intervention program for children with ASD at Can Tho Children's Hospital is essential and yields positive outcomes for children's development.

Keywords: Autism spectrum disorder, ATEC, CARS, VABS-II, Communication Matrix.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (ASD) là một rối loạn phát triển thần kinh phức tạp và đa dạng, đặc trưng bởi những khiếm khuyết trong giao tiếp xã hội, kèm theo các hành vi, sở thích và thói quen rập khuôn, hạn chế [1]. Tỷ lệ mắc ASD đã tăng đáng kể trong những năm gần đây, đặc biệt là ở Hoa Kỳ, dữ liệu từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC) cho thấy tỷ lệ mắc ASD đã tăng từ 1/54 trẻ em vào năm 2020 lên 1/36 trẻ em vào năm 2023 [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Thiện Thắng trên 5,829 trẻ em từ 24 đến 72 tháng tuổi tại thành phố Cần Thơ đã ghi nhận tỷ lệ mắc ASD hiện tại là 2,06%, trong đó 20,7% trẻ mắc ASD ở mức độ nặng. Điều này cho thấy mức độ nghiêm trọng và phổ biến của ASD trong cộng đồng, đòi hỏi sự can thiệp và hỗ trợ đáng kể từ cả hệ thống y tế và xã hội [3]. Các biện pháp can thiệp tâm lý xã hội dựa trên bằng chứng đã được chứng minh có hiệu quả trong việc cải thiện kỹ năng giao tiếp và xã hội của trẻ mắc ASD. Những can thiệp này không chỉ giúp trẻ tăng cường khả năng tương tác với môi trường xung quanh mà còn có tác động tích cực đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của cả trẻ và người chăm sóc [4]. Một nghiên cứu của Nguyễn Tấn Đức (2022) tại Việt Nam đã so sánh hiệu quả của can thiệp giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp sau 6 tháng. Kết quả cho thấy, tỷ lệ cải thiện mức độ ASD theo thang điểm CARS ở nhóm can thiệp là 16,67%, so với 12,12% ở nhóm chứng; tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [5]. Mặc dù không có sự khác biệt thống kê đáng kể, nghiên cứu này nhấn mạnh vai trò của các biện pháp can thiệp liên tục và toàn diện trong việc cải thiện triệu chứng của trẻ mắc ASD. Can thiệp cho trẻ mắc ASD phụ thuộc lớn vào nguồn lực từ các chuyên gia y tế và sự hỗ trợ liên tục từ gia đình. Vì vậy, việc phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia y tế, giáo dục và gia đình là yếu tố quan trọng trong quá trình can thiệp, giúp tối ưu hóa kết quả điều trị cho trẻ mắc ASD [6]. Trước tình trạng phổ biến, tính phức tạp của ASD, và nhu cầu can thiệp sớm, Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ cần xem xét và tối ưu hóa nguồn lực để đảm bảo hiệu quả can thiệp. Nghiên cứu "Kết quả can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ nặng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ" được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp cho trẻ từ 24 đến 72 tháng tuổi được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng tại bệnh viện. Kết quả của nghiên cứu này không chỉ cung cấp thông tin quan trọng cho các nhà chuyên môn mà còn góp phần định hình chiến lược can thiệp và hỗ trợ trẻ em mắc ASD trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn:** Trẻ em trong độ tuổi từ 24 đến 72 tháng, được bác sĩ tâm thần chẩn đoán mắc rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-5, với tổng điểm trên thang điểm CARS ≥ 37 , được xác định là tự kỷ mức độ nặng. Gia đình của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu, cam kết tuân thủ đầy đủ lộ trình can thiệp tại bệnh viện và thực hiện các biện pháp can thiệp tại nhà theo hướng dẫn.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ em được chẩn đoán bị khuyết tật bẩm sinh và mắc phải (như câm, điếc, bại liệt, bại não)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả ca bệnh có can thiệp tiến cứu không có đối chứng.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, có 40 trẻ tham gia nghiên cứu nhưng chỉ có 32 trẻ tham gia đầy đủ và được theo dõi sau 06 tháng.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu tích lũy đến khi đủ số trẻ nghiên cứu. Số trẻ lấy vào mẫu nghiên cứu được lấy dần trong thời gian nghiên cứu từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. Giải thích cho phụ huynh tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu sinh sẽ giải thích trực tiếp cho cha mẹ trẻ tự kỷ về nghiên cứu, mục tiêu, cách thức thực hiện, lợi ích và sự bảo mật thông tin trẻ khi tham gia nghiên cứu theo mẫu đồng thuận soạn sẵn. Nếu đồng ý tham gia phụ huynh sẽ ký tên vào bản đồng thuận nghiên cứu.

- **Phương pháp can thiệp cho trẻ:** Trẻ được can thiệp 2 buổi/tháng bằng chương trình can thiệp cho trẻ tự kỷ nặng tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ gồm: Xây dựng chương trình can thiệp cá nhân. 1 buổi can thiệp cá nhân có 30 phút ngôn ngữ trị liệu (hướng dẫn các kỹ năng giao tiếp), 30 phút can thiệp hành vi, 30 phút hướng dẫn phụ huynh thực hiện. Tại bệnh viện, kỹ thuật viên sẽ hướng dẫn phụ huynh đồng thời khuyến khích phụ huynh tìm và tiếp cận các nguồn lực tại cộng đồng. Tại nhà, trẻ được phụ huynh can thiệp các kỹ năng giao tiếp, và hành vi như đã được hướng dẫn tại bệnh viện thông qua việc lồng ghép với chơi và chăm sóc trẻ. Tại cộng đồng, trẻ được can thiệp bằng phương pháp can thiệp cá nhân từng trẻ theo chương trình của bệnh viện hoặc kết hợp chương trình của cơ sở can thiệp và hỗ trợ hòa nhập tại trường mầm non, nhóm trẻ chuyên biệt.

- **Nội dung nghiên cứu và công cụ đánh giá kết quả can thiệp:** Đặc điểm dân số học: nhóm tuổi, giới tính, nơi ở; Thang đánh giá tự kỷ ở trẻ em CARS đánh giá điểm và phân mức độ tự kỷ thành “không ghi nhận tự kỷ”; “tự kỷ nhẹ-trung bình”; tự kỷ nặng; Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ ATEC ghi nhận điểm ở các lĩnh vực của trẻ; Thang đánh giá hành vi thích ứng VABS-II đánh giá điểm và phân độ mức phát triển của trẻ từ “không có thiếu hụt”, “thiếu hụt nhẹ”, “thiếu hụt trung bình” và “thiếu hụt nặng”; Ma trận giao tiếp đánh giá mức độ hành vi giao tiếp của trẻ đánh giá điểm và phân mức độ giao tiếp của trẻ theo 7 mức độ từ mức 1 đến mức 7 tương ứng từ đơn giản đến phức tạp.

- **Công cụ, phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu:** Phần mềm Minitab 18.1. Dữ liệu định lượng được xử lý và phân tích bằng phép kiểm định ANOVA và biến thể, dữ liệu định tính được phân tích bằng phép kiểm định McNemar. Chỉ số Cohen's d được sử dụng để xác định độ lớn của thay đổi. Đồng thời, các phương pháp xác định độ tin cậy của kết quả kiểm ANOVA khác cũng được sử dụng như: Test for Equal Variances, Tukey's Honest Significant Difference test, Bonferroni correction.

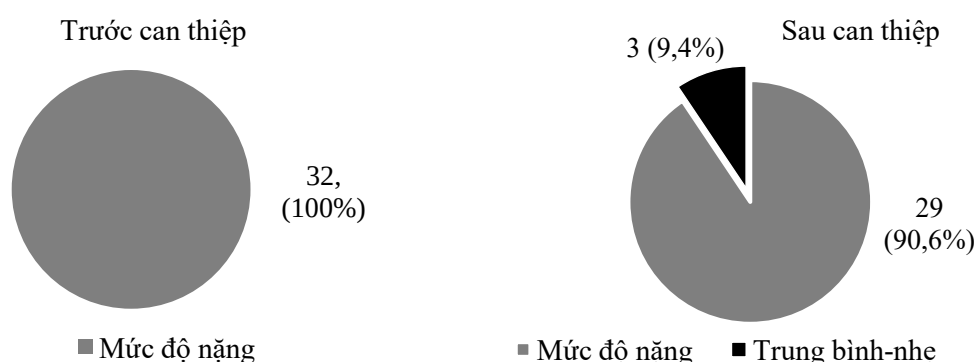
- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài đã được thông qua hội đồng y đức của trường ĐHY Hà Nội số 491/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 31/05/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm nghiên cứu

Biến số		Nhóm 2 (n = 32) n (%)
Nhóm tuổi	24 - 36 Tháng	15 (46,87)
	37 - 48 Tháng	13 (40,63)
	49 - 72 Tháng	4 (12,50)
Giới tính	Nam	25 (78,13)
	Nữ	7 (21,87)
Nơi ở (cách điểm can thiệp)	Ninh Kiều	11 (34,37)
	Nơi khác	21 (65,63)

Nhận xét: Phần lớn trẻ tham gia can thiệp từ 24-48 tháng và là trẻ trai.



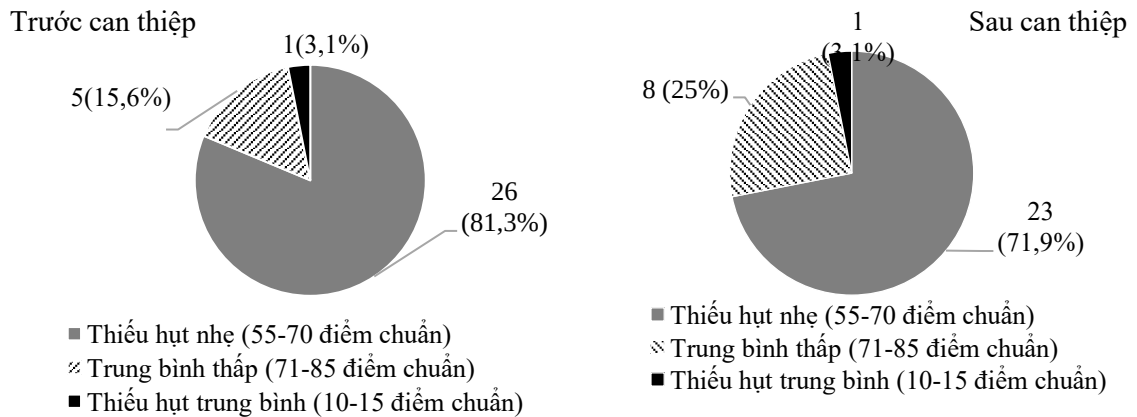
Biểu đồ 1. Kết quả mức độ rối loạn trước và sau can thiệp theo thang điểm CARS

Nhận xét: Có sự thay đổi về mức độ, có 3 bé giảm mức độ từ nặng xuống trung bình – nhẹ (9,4%), với tổng các chỉ tiêu ≥ 30 và < 37 điểm. Kết quả phép kiểm định McNemar cho thấy sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$).

Bảng 2. Kết quả trước và sau can thiệp theo bảng điểm ATEC

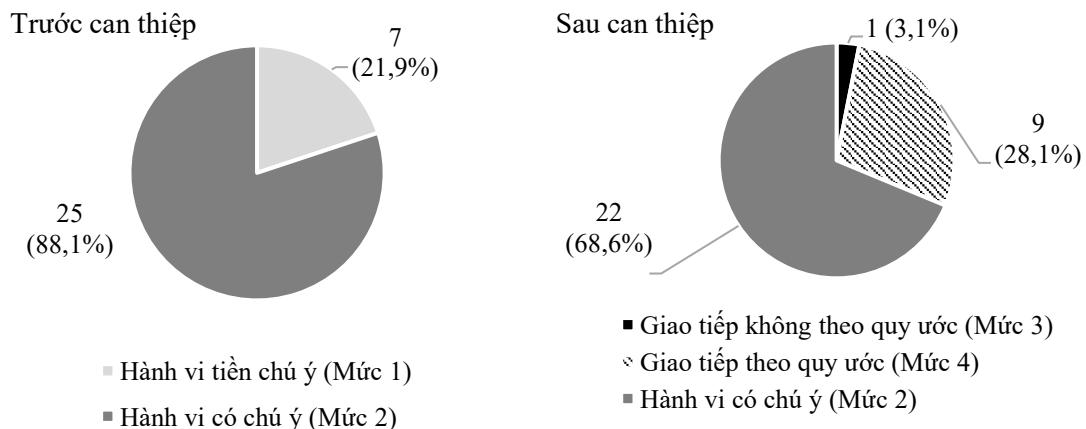
Tiêu chí bảng điểm ATEC	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p	Cohen's d
A1. Ngôn ngữ giao tiếp, hội thoại	27,41 (3,54)	23,56 (4,31)	0,000	
A2. Tương tác xã hội	28,84 (5,21)	15,09 (4,15)	0,000	
A3. Giác quan/ Nhận thức	29,63 (4,80)	20,03 (3,30)	0,000	
A4. Sức khỏe/ Thể chất/ Hành vi	40,00 (10,48)	18,38 (4,46)	0,000	
Tổng	125,31 (16,42)	77,06 (9,23)	0,000	3,62

Nhận xét: Kiểm định MANOVA trước và sau can thiệp cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, $F = 52,72$; $p = 0,000$; Wilks' $\Lambda = 0,22$, trong đó giá trị p của từng chỉ tiêu đều $< 0,050$. Chỉ số Cohen's d của tổng điểm $> 0,80$ cho thấy giá trị thay đổi đáng kể.



Biểu đồ 2. Kết quả phát triển hành vi thích ứng trước và sau can thiệp theo thang VABS-II

Nhận xét: Số lượng trẻ ở mức độ Trung bình thấp tăng lên từ 5 (15,6%) đến 8 (25,00%). Tuy nhiên, kết quả phép kiểm định McNemar cho thấy sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,152$).



Biểu đồ 3. Kết quả mức độ giao tiếp trước và sau can thiệp theo ma trận giao tiếp

Nhận xét: Trẻ sau can thiệp bắt đầu xuất hiện ở nhóm Giao tiếp không theo quy ước và Giao tiếp theo quy ước với số lượng lần lượt là 9 (28,1%) và 1 (3,1%). Kết quả phép kiểm định McNemar sau khi gộp số liệu trẻ Mức 1 và Mức 2 làm một nhóm, Mức 3 và Mức 4 làm một nhóm cho thấy sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào trẻ có độ tuổi từ 24 - 72 tháng tuổi vì độ tuổi này cho phép chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ (ASD) chính xác và trẻ trên 72 tháng tuổi có thể đã bắt đầu đi học tiểu học hoặc nhận các phương pháp can thiệp khác, do đó, không phù hợp với phương pháp can thiệp của nghiên cứu này. Có 32 trẻ mắc ASD mức độ nặng tham gia nghiên cứu trong thời gian 6 tháng, đây là kết quả đáng khích lệ trong bối cảnh phụ huynh gặp nhiều khó khăn trong việc duy trì can thiệp liên tục tại bệnh viện, đặc biệt là trong giờ hành chính. Với điều kiện nhân lực hiện tại, bệnh viện chỉ có thể xây dựng chương trình

can thiệp cho trẻ rối loạn mức độ nặng, với thời lượng 2 buổi/tháng. Mỗi buổi can thiệp bao gồm can thiệp trực tiếp về kỹ năng giao tiếp và hành vi cho trẻ, cùng với hướng dẫn phụ huynh thực hiện can thiệp tại nhà. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp trong bối cảnh nguồn lực hạn chế của Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Mặc dù kết quả chưa thể phản ánh toàn diện chất lượng của chương trình, nhưng cũng cung cấp những thông tin quan trọng để bệnh viện điều chỉnh và phân bổ nguồn lực phù hợp với nhu cầu xã hội. Ngoài ra, chúng tôi khuyến khích phụ huynh tìm kiếm thêm các dịch vụ can thiệp khác phù hợp với trẻ và điều kiện của gia đình. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu và là khó khăn chung trong các nghiên cứu tương tự về can thiệp cho trẻ mắc ASD. Trong nghiên cứu chúng tôi chia làm ba nhóm tuổi, với nhóm 24-36 tháng, 37- 48 tháng và 49 - 72 tháng. Về giới tính, nam giới chiếm 78,13%, sự khác biệt này phù hợp các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng ASD phổ biến hơn khoảng bốn lần ở bé trai so với bé gái [7]. Sự chênh lệch này có thể là do sự khác biệt về cách ASD biểu hiện giữa các giới tính, với các bé gái thường biểu hiện ít triệu chứng rõ ràng hơn hoặc che giấu những khó khăn của mình hiệu quả hơn [8]. Ngoài ra, các yếu tố di truyền cũng có thể ảnh hưởng đến sự khác biệt giới tính này [9].

4.2 Kết quả can thiệp qua thang đánh giá CARS và ATEC

Trong nghiên cứu này, qua thang điểm CARS chúng tôi ghi nhận có 19,35% trẻ cải thiện từ mức độ rối loạn nặng sang mức độ trung bình nhẹ, kết quả này có phần khả quan hơn kết quả của Nguyễn Tấn Đức năm 2022, đánh giá kết quả can thiệp bằng thang điểm CARS sau 6 tháng can thiệp, có 16,67% trẻ ASD mức độ nặng có cải thiện [5]. Kết quả cũng phù hợp với những nghiên cứu tương tự lớn hơn trên thế giới như đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp của Dự án AIM đã quan sát thấy rằng nhiều biện pháp can thiệp không dùng thuốc cho trẻ nhỏ mắc chứng tự kỷ đã cho thấy những kết quả tích cực đáng kể, đặc biệt là khi các biện pháp can thiệp này mang tính chuyên sâu và phù hợp với nhu cầu cá nhân của trẻ. Những biện pháp can thiệp này thường tập trung vào việc nâng cao kỹ năng giao tiếp xã hội và giảm các hành vi hạn chế và lặp đi lặp lại, đây là những lĩnh vực quan trọng được đánh giá qua thang điểm CARS [10]. Một nghiên cứu khác cũng báo cáo trẻ em can thiệp qua các chương trình can thiệp sớm có cấu trúc và nhất quán đã cho thấy những cải thiện đáng kể trên CARS, một số thậm chí chuyển từ mức độ nghiêm trọng sang mức độ trung bình. Tuy nhiên, mức độ cải thiện có thể thay đổi đáng kể tùy thuộc vào các yếu tố như mức độ nghiêm trọng ban đầu của trẻ, loại can thiệp và tính nhất quán của việc áp dụng [11]. Các nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của can thiệp sớm, chuyên sâu và cá nhân hóa trong việc cải thiện kết quả cho trẻ mắc chứng tự kỷ nghiêm trọng. Mặc dù tỷ lệ cải thiện cụ thể có thể khác nhau giữa các nghiên cứu, kết quả 19,35% của chúng tôi nằm trong phạm vi kết quả của các nghiên cứu khác, điều này cho thấy các biện pháp can thiệp đã được sử dụng tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ là hiệu quả, mặc dù cần tiếp tục nỗ lực để đạt được những cải thiện rộng rãi và nhất quán hơn trong các bối cảnh khác nhau.

Bên cạnh đó, ATEC là một công cụ được sử dụng rộng rãi để đo lường những thay đổi về mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng ở trẻ mắc ASD với bốn lĩnh vực chính là ngôn ngữ giao tiếp/hội thoại; tương tác xã hội; giác quan/nhận thức và sức khỏe/thể chất/hành vi với tổng điểm có thể đạt được từ 0 đến 179. Điểm cao hơn cho thấy các triệu chứng nghiêm trọng hơn và điểm thấp hơn phản ánh sự cải thiện. Một nghiên cứu đã sử dụng công cụ này để theo dõi sự thay đổi của trẻ tự kỷ qua nhiều năm. Kết quả cho thấy, mức giảm điểm ATEC sau một thời gian can thiệp có thể dao động từ 13.8 đến 28.35 điểm, tùy thuộc vào độ tuổi và phương pháp can thiệp [12]. So sánh với kết quả của chúng tôi,

việc giảm từ 125 điểm xuống còn 77 điểm sau 6 tháng can thiệp cho thấy một sự cải thiện đáng kể, tương đương 48 điểm. Đây là một mức giảm lớn hơn so với nhiều nghiên cứu trước đó, đặc biệt là khi so sánh với nghiên cứu mà mức giảm trung bình chỉ dao động từ 13.8 đến 28.35 điểm trong thời gian dài hơn [12]. Điều này cho thấy phương pháp can thiệp tại bệnh viện có hiệu quả việc cải thiện rất đáng kể có thể được giải thích do trẻ tự kỷ trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ nặng nên điểm ban đầu cao hơn dẫn đến sự cải thiện đáng kể hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt trong phương pháp, mức độ nghiêm trọng ban đầu, và các yếu tố môi trường có thể ảnh hưởng lớn đến kết quả, do đó cần thận trọng khi so sánh trực tiếp giữa các nghiên cứu.

4.3 Kết quả can thiệp qua thang đánh giá VABS-II và Communication Matrix

Các nghiên cứu gần đây đã đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp ASD bằng cách sử dụng Thang đo hành vi thích ứng Vineland, Phiên bản thứ hai (VABS-II) để đo lường những thay đổi trong hành vi thích ứng trong khoảng thời gian sáu tháng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số trẻ trong phạm vi "Trung bình thấp" đã tăng từ 5 (15,6%) lên 8 (25,0%) sau sáu tháng can thiệp. Điều này chỉ ra rằng mặc dù còn nhiều trẻ ở mức "Trung bình thấp" sau can thiệp, nhưng nó phản ánh sự thay đổi từ các mức thấp hơn, cho thấy một số cải thiện chung về kỹ năng thích ứng. Những phát hiện của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu đã quan sát thấy những cải thiện trong chức năng thích ứng sau các chương trình can thiệp có cấu trúc, chẳng hạn như Phân tích hành vi ứng dụng (ABA) và các liệu pháp hành vi được điều chỉnh khác. VABS-II đã được sử dụng để theo dõi những cải thiện này trên các lĩnh vực như giao tiếp, kỹ năng sống hàng ngày và xã hội hóa. Sự gia tăng trẻ đạt đến mức "Trung bình thấp" sau can thiệp có thể báo hiệu một kết quả tích cực, đặc biệt là đối với những trẻ phổ tự kỷ mức độ nặng bắt đầu can thiệp ở mức "Thiếu hụt trung bình" [13,14].

Công cụ Ma trận Giao tiếp (Communication Matrix) là một công cụ đánh giá được thiết kế để giúp các nhà chuyên môn và phụ huynh đánh giá kỹ năng giao tiếp của trẻ tự kỷ. Công cụ này phân loại giao tiếp thành 7 mức độ, từ hành vi không có chủ ý đến sử dụng ngôn ngữ phức tạp, và cung cấp thông tin về lý do và cách thức trẻ giao tiếp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, từ công cụ này cho thấy trẻ sau can thiệp bắt đầu xuất hiện ở nhóm Giao tiếp không theo quy ước và Giao tiếp theo quy ước với số lượng lần lượt là 9 (28,1%) và 1 (3,1%). Điều này thể hiện sự cải thiện về lĩnh vực giao tiếp của trẻ. Ma trận giao tiếp cũng là một công cụ rất nhạy trong sự thay đổi về hành vi giao tiếp của trẻ, được sử dụng trong nhiều nghiên cứu [15]. Nhìn chung ma trận giao tiếp cũng như các công cụ khác đều chỉ ra kết quả can thiệp trẻ ASD tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ mang lại hiệu quả đáng kể, Bệnh viện cần tiếp tục đẩy mạnh nguồn nhân lực can thiệp cho trẻ, đồng thời thực hiện thêm nhiều nghiên cứu để so sánh cũng như đánh giá các phương pháp can thiệp, thời lượng can thiệp cho trẻ sao cho phù hợp giữa nguồn lực và nhu cầu của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Trẻ rối 24-72 tháng tuổi mắc loạn phổ tự kỷ nặng được can thiệp tại Bệnh viện nhi Cần Thơ có cải thiện sau 6 tháng. Điểm thang ATEC, CARS đều giảm và điểm VABS-II, Ma trận giao tiếp tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,050$). Qua đó chúng tôi kết luận, trẻ rối loạn phổ tự kỷ cần được can thiệp sớm và chương trình can thiệp tại bệnh Viện Nhi Đồng Cần Thơ mang lại hiệu quả cao trong điều trị rối loạn phổ tự kỷ cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hodges H., Fealko C. and Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*. 2020. 9(11),55-65, <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>.
2. Maenner M.J., Shaw K.A., Bakian A.V., Bilder D.A., Durkin M.S., et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023. 72(2), 1-14. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>.
3. Trần Thiện Thắng, Nguyễn Minh Phương, Nguyễn Văn Thống, Huỳnh Nguyễn Phương Quang, Đoàn Hữu Nhân và cộng sự. Tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 24 - 72 tháng tuổi bằng tiêu chuẩn DSM-5. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2023. 163(2), 108-117, <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v163i2.1372>.
4. World Health Organization. Autism spectrum disorders. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
5. Nguyễn Tấn Đức, Lương Ngọc Khuê, Nguyễn Thanh Quang Vũ, Võ Văn Thắng. Rối loạn phổ tự kỷ và một số yếu tố liên quan ở trẻ 24-72 tháng tuổi tại tỉnh Quảng Ngãi. *Tạp chí Y Dược học*. 2018. 11, 8(6), 218, <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2018.6.29>.
6. Matson, J. L., Konst, M. J. What is the evidence for long-term effects of early autism interventions?. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2013. 7(3), 475-484, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.11.005>.
7. Loomes R., Hull L. and Mandy W.P.L. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017. 56(6),466-74, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>.
8. Hiller R.M., Young R.L. and Weber N. Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of abnormal child psychology*. 2014. 42:1381-1393, <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9881-x>.
9. Tordjman S., Somogyi E., Coulon N., Kermarrec S., Cohen D., et al. Gene× Environment interactions in autism spectrum disorders: role of epigenetic mechanisms. *Frontiers in psychiatry*. 2014. 5,53, <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0699-8>.
10. Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., LaPoint, S. C., Feldman, J. I., Barrett, D. J., et al. Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): updated systematic review and secondary analysis. *bmj* 383. 2023. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076733>.
11. Di Renzo M., Castelbianco F.B., Alberto V., Antonio D.V., Giovanni C., et al. Prognostic factors and predictors of outcome in children with autism spectrum disorder: the role of the paediatrician. *Italian Journal of Pediatrics* 47. 2021. 47, 1-12, <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01008-5>.
12. Mahapatra S., Khokhlovich E., Martinez S., Kannel B., Edelson S. M., et al. Longitudinal Epidemiological Study of Autism Subgroups Using Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) Score. *J Autism Dev Disord*. 2020. 50, 1497–1508, <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3699-2>.
13. McDonald C. A., Thomeer M. L., Lopata C., Fox J. D., Donnelly J. P., et al. VABS-II Ratings and Predictors of Adaptive Behavior in Children with HFASD. *J Dev Phys Disabil*. 2015. 27, 235–247, <https://doi.org/10.1007/s10882-014-9411-3>.
14. Perry A., Flanagan H.E., Dunn G.J. and Freeman N.L. Brief Report: The Vineland Adaptive Behavior Scales in Young Children with Autism Spectrum Disorders at Different Cognitive Levels. *J Autism Dev Disord*. 2009. 39, 1066–1078, <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0704-9>.
15. Gevarter C., Najar A.M., Flake J., Tapia-Alvidrez F. and Lucero A. Naturalistic Communication Training for Early Intervention Providers and Latinx Parents of Children with Signs of Autism. *J Dev Phys Disabil*. 2022, 34, 147–169, <https://doi.org/10.1007/s10882-021-09794-w>.