**BỘ Y TẾ**

**HƯỚNG DẪN**

**PHÁT HIỆN SỚM, CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ EM KHUYẾT TẬT**

**HÀ NỘI - 2018**

**Chủ biên:**

PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên.

TS. Trần Quý Tường.

**Ban Biên soạn:**

1. PGS.TS. Trần Trọng Hải, Trưởng Ban Biên soạn

2. PGS.TS. Cao Minh Châu.

3. PGS.TS. Trần Văn Chương.

4. PGS.TS. Vũ Thị Bích Hạnh.

5. PGS.TS. Nguyễn Thị Minh Thủy.

6. PGS. TS. Định Thị Phương Hòa

7. TS. Trần Thị Thu Hà.

8. TS. Phạm Thị Thu Hương.

9. BSCKII. Trịnh Quang Dũng.

10. TS. Nguyễn Thị Hương Giang.

11. Ths. Nguyễn Thị Thanh Bình.

12. Ths. Lê Tuấn Đống.

13. ThS. Phạm Dũng.

14. ThS. Trần Ngọc Nghị.

15. BSCKI. Nguyễn Thị Thanh Lịch.

**Ban Biên tập:**

1. ThS. Lê Tuấn Đống.

2. BSCKI. Nguyễn Thị Thanh Lịch.

3. Nguyễn Thị Hương Giang.

**LỜI NÓI ĐẦU**

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được triển khai ở Việt Nam từ năm 1987. Bộ Y tế rất quan tâm chỉ đạo và hướng dẫn thực hiện công tác phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCĐ) ở các địa phương. Được sự phối hợp của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Giáo dục & Đào tạo và các Bộ, ngành liên quan, sự chỉ đạo, đầu tư của chính quyền địa phương các cấp, sự giúp đỡ có hiệu quả của các tổ chức quốc tế và các nước bè bạn, công tác PHCNDVCĐ ở nước ta trong thời gian qua đã giành được một số kết quả bước đầu rất đáng khích lệ. Nhiều cấp lãnh đạo ngành, địa phương đã thấy rõ tầm quan trọng của PHCNDVCĐ đối với việc trợ giúp người khuyết tật, giảm tỷ lệ tàn tật, giúp họ tái hòa nhập cộng đồng, nâng cao chất lượng cuộc sống. Đến nay đã hình thành mạng lưới các Bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng, các Trung tâm Phục hồi chức năng (PHCN), các khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng với nhiều thày thuốc được đào tạo chuyên khoa sâu về PHCN, tham gia triển khai thực hiện PHCN và PHCNDVCĐ ở các địa phương. Các chuyên gia về PHCN ở nước ta cũng đã sưu tầm, biên soạn một số tài liệu về PHCNDVCĐ.

Nhằm đẩy mạnh chất lượng chương trình PHCNDVCĐ ở nước ta, nhu cầu về tài liệu chuyên môn hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật để sử dụng trong toàn quốc là rất cấp thiết và hữu ích. Ngày 20 tháng 5 năm 2009, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký Quyết định số 1730/QĐ - BYT thành lập Ban biên soạn tài liệu ***“Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm khuyết tật ở trẻ em và tài liệu chăm sóc trẻ em khuyết tật”***. Ban Biên soạn đã tổ chức biên soạn bộ tài liệu để sử dụng thống nhất trong chương trình PHCNDVCĐ ở nước ta. Với sự giúp đỡ của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), sự tài trợ, chia sẻ kinh nghiệm có hiệu quả của Ủy ban hợp tác Y tế Hà Lan - Việt Nam (MCNV) và Unicef, sau nhiều lần hội thảo, xin ý kiến đóng góp của các chuyên gia y học trong nước và nước ngoài, đến nay, bộ tài liệu về ***“Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật”*** đã hoàn thành và đã được Bộ Y tế phê duyệt. Bộ tài liệu này bao gồm:

- Tài liệu *“Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật”* dành cho cán bộ quản lý.

- Tài liệu *“Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật”* dành cho cán bộ y tế.

- Tài liệu *“Hướng dẫn chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ khuyết tật”* dành cho cán bộ y tế và các bà mẹ.

Trong quá trình biên soạn, Ban Biên soạn đã tham khảo tài liệu về PHCN và PHCNDVCĐ của WHO, của các chuyên gia, các tác giả trong nước, nước ngoài và được điều chỉnh cho phù hợp với thực tế Việt Nam.

Về nguyên tắc, những thông tin hướng dẫn của tài liệu ***“Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật”*** này cần thiết cho tất cả những cán bộ quản lý chương trình PHCNDVCĐ, cán bộ y tế từ tuyến Trung ương cho tới cộng đồng và các bà mẹ có trẻ em khuyết tật. Tuy nhiên, trong thực tế áp dụng, chúng tôi gợi ý phạm vi hướng dẫn và áp dụng như sau:

- Đối với cán bộ quản lý PHCNDVCĐ ở tuyến tỉnh, cần nắm được đầy đủ toàn bộ kiến thức và thông tin của tài liệu.

- Đối với cán bộ quản lý y tế tuyến huyện và xã: chỉ cần tham khảo và áp dụng những phần nội dung liên quan đến tuyến của mình, đặc biệt là những hướng dẫn và biểu mẫu về báo cáo, giám sát và đánh giá.

- Đối với cán bộ chuyên môn về PHCN, PHCNDVCĐ tuyến huyện và xã: cần nắm được đầy đủ toàn bộ kiến thức, thông tin và áp dụng tốt những nội dung của toàn bộ tài liệu, nhất là phần điều tra, sàng lọc khuyết tật và dinh dưỡng cho trẻ em khuyết tật..

Tài liệu hướng dẫn này đã được soạn thảo công phu bởi các chuyên gia về quản lý y tế, về PHCN, PHCNDVCĐ và chuyên gia dinh dưỡng của Bộ Y tế, Hội PHCN Việt Nam.

Nhân dịp xuất bản cuốn tài liệu này, Ban Biên soạn trân trọng cảm ơn sự giúp đỡ quý báu về kỹ thuật và tài chính của Unicef, Ủy ban Y tế Hà Lan - Việt Nam; trân trọng cảm ơn những góp ý rất giá trị của Ban cố vấn, các chuyên gia PHCN trong nước và các chuyên gia nước ngoài về nội dung, hình thức cuốn tài liệu.

Trong lần đầu tiên xuất bản, mặc dù Ban Biên soạn đã hết sức cố gắng nhưng chắc chắn vẫn còn thiếu sót. Mong bạn đọc gửi những nhận xét, phản hồi cho chúng tôi vê tài liệu này, để lần tái bản sau, tài liệu được hoàn chỉnh hơn.

Mọi thông tin xin gửi về: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế, 138A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội.

Xin trân trọng cảm ơn.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**  **THỨ TRƯỞNG**  **Nguyễn Thị Xuyên** |

**MỤC LỤC**

*Trang*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PHẦN I: TỔNG QUAN VỀ KHUYẾT TẬT VÀ PHÁT HIỆN SỚM-CAN THIỆP SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT** | 3 |
| **1** | **Tổng quan về trẻ khuyết tật** | 9 |
| 1.1 | Khái niệm khuyết tật | 9 |
| 1.2 | Phân loại khuyết tật | 9 |
| 1.3 | Tỷ lệ trẻ khuyết tật | 12 |
| 1.4 | Nguyên nhân gây khuyết tật ở trẻ em | 13 |
| 1.5 | Ảnh hưởng của khuyết tật đối với trẻ và gia đình |  |
| **2** | **Tổng quan về Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật** | 14 |
| 2.1 | Khái niệm về Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 14 |
| 2.2 | Đối tượng của Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 14 |
| 2.3 | Tầm quan trọng của Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 14 |
| 2.4 | Quan điểm về dịch vụ Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 16 |
| 2.5 | Tiêu chí về chăm sóc sức khỏe cho trẻ khuyết tật | 16 |
| 2.6 | Công cụ sang lọc Phát hiện sớm trẻ khuyết tật | 16 |
| 2.7 | Các biện pháp và hình thức Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 16 |
| 2.8 | Tình hình Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại Việt Nam |  |
|  | **PHẦN II: HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC TRIỂN KHAI PHÁT HIỆN SỚM-CAN THIỆP SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT** | 24 |
| **1** | **Những quy định chung về Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ KT** | 24 |
| 1.1 | Đối tượng Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 24 |
| 1.2 | Nhân lực Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 24 |
| 1.3 | Kinh phí cho Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 24 |
| 1.4 | Phối hợp đa ngành trong Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 24 |
| 1.5 | Tăng cường năng lực Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 28 |
| 1.6 | Hướng dẫn Điều hành, Quản lý Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 29 |
| **2** | **Quy trình thực hiện Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật** | 30 |
| 2.1 | Các bước Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 30 |
| 2.2 | Quy trình thực hiện Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật | 30 |
|  | **PHẦN III: HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHÁT HIỆN SỚM-CAN THIỆP SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT** | 63 |
| **1** | **Hướng dẫn kỹ thuật Phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em** | 39 |
| 1.1 | Hướng dẫn thực hiện kỹ thuật Sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ em | 39 |
| 1.2 | Bộ phiếu sang lọc rối loạn phát triển ở trẻ em | 42 |
| **2** | **Hướng dẫn kỹ thuật Can thiệp sớm khuyết tật ở trẻ em** | 75 |
| 2.1 | Đánh giá chức năng và xác định nhu cầu can thiệp |  |
| 2.2 | Xây dựng kế hoạch Can thiệp sớm trẻ khuyết tật |  |
| 2.3 | Thực hiện can thiệp sớm trẻ khuyết tật |  |
| 2.4 | Theo dõi và Đánh giá quá trình can thiệp sớm trẻ khuyết tật |  |
| **3.** | **Phát hiện sớm và can thiệp sớm một số dạng khuyết tật thường gặp** | 88 |
|  | ***Khuyết tật vận động*** |  |
|  | 1. PHS-CTS trẻ bị Xơ hóa cơ: Ức đòn chũm | 88 |
|  | 2. PHS-CTS trẻ bị Bệnh cơ: Teo cơ giả phì đại, Thoái hóa cơ tủy | 93 |
|  | 3. PHS-CTS trẻ bị Liệt mềm do tổn thương thần kinh ngoại biên | 101 |
|  | 4. PHS-CTS trẻ bị Liệt Erb do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay | 108 |
|  | 5. PHS-CTS trẻ bị Bàn chân khoèo, Bàn tay khoèo bẩm sinh | 112 |
|  | 6. PHS-CTS trẻ bị Trật khớp háng bẩm sinh | 118 |
|  | 7. PHS-CTS trẻ bị Cong vẹo cột sống | 122 |
|  | ***Khuyết tật Nghe-Nói*** |  |
|  | 8. PHS-CTS trẻ bị khiếm thính | 128 |
|  | 9. PHS-CTS trẻ bị Chậm phát triển ngôn ngữ | 135 |
|  | 10. PHS-CTS trẻ bị Rối loạn phát âm | 140 |
|  | ***Khuyết tật về Nhìn*** |  |
|  | 11. PHS-CTS trẻ bị Giảm thị lực | 146 |
|  | ***Khuyết tật về Thần kinh, Tâm thần*** |  |
|  | 12. PHS-CTS trẻ bị Bại não | 152 |
|  | 13. PHS-CTS trẻ bị Tự kỷ | 163 |
|  | 14. PHS-CTS trẻ bị Tăng động-Giảm chú ý | 181 |
|  | ***Khuyết tật về Trí tuệ*** |  |
|  | 15. PHS-CTS trẻ bị Chậm phát triển trí tuệ | 188 |
|  | ***Khuyết tật khác***  16. Phát hiện sớm các dị tật bẩm sinh do ảnh hưởng bới chất độc hóa học/dioxin | 197 |

**Phần I**

**TỔNG QUAN VỀ KHUYẾT TẬT,**

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ EM KHUYẾT TẬT**

**1. TỔNG QUAN VỀ TRẺ KHUYẾT TẬT**

### 1.1. Khái niệm về khuyết tật

*Định nghĩa khuyết tật*

Khuyết tật được hiểu là tình trạng giảm chức năng xảy ra khi một người có vấn đề về sức khỏe và gặp phải các rào cản trong môi trường sống khiến cho họ gặp khó khăn trong việc thực hiện các chức năng trong đời sống sinh hoạt hàng ngày cũng như không tham gia một cách bình đẳng vào các hoạt động xã hội (Matile Leonardi và CS, 2006).

Quan niệm khuyết tật này được Tổ chức Y tế thế giới cụ thể hóa trong việc phân biệt các cấp độ khuyết tật như sau:

* *Khiếm khuyết*: Là tình trạng mất mát, thiếu hụt hoặc bất bình thường của cấu trúc giải phẫu và sinh lý do bẩm sinh hay mắc phải. Đây là tình trạng khuyết tật ở **cấp độ cấu trúc của cơ thể.**
* *Hạn chế hoạt động*: Là tình trạng khó khăn khi ***thực hiện*** một hoặc nhiều hoạt động trong đời sống hàng ngày (như đi lại, ăn, mặc quần áo, chăm sóc cá nhân, giao tiếp với người khác v.v…) do ảnh hưởng của khiếm khuyết kết hợp với các rào cản tiếp cận môi trường. Đây là tình trạng khuyết tật ở **cấp độ cá nhân**.
* *Hạn chế sự tham gia*: Là tình trạng một người gặp khó khăn hoặc không thể ***tham gia*** các lĩnh vực khác nhau của cuộc sống (như học tập, lao động, vui chơi, thể thao - văn hóa, du lịch, hoạt động chính trị - xã hội ...) do ảnh hưởng bởi khiếm khuyết hoặc hạn chế vận động kết hợp với các rào cản về xã hội (như phân biệt đối xử, kỳ thị, thiếu chính sách hỗ trợ). Đây là tình trạng khuyết tật ở **cấp độ xã hội**.

Theo Luật người khuyết tật của Việt Nam do Quốc hội ban hành ngày 16/7/2010:

*“Người khuyết tật là người bị khuyết khiếm một hoặc nhiều bộ phận cơ thể hoặc bị suy giảm chức năng biểu hiện dưới các dạng tật khiến cho lao động, sinh hoạt, học tập gặp khó khăn”.*

### 1.2. Phân loại khuyết tật

### Căn cứ vào việc áp dụng bảng phân loại khuyết tật tại các nước trên thế giới,

### Căn cứ vào kinh nghiệm phân loại khuyết tật theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) áp dụng trong chương trình PHCNDVCĐ tại Việt Nam,

### Căn cứ Luật người khuyết tật số: 51/2010/QH12 ban hành ngày 16 tháng 7 năm 2010,

**Phân loại dạng khuyết tật**

1) Khuyết tật vận động;

2) Khuyết tật nghe, nói;

3) Khuyết tật nhìn;

4) Khuyết tật thần kinh, tâm thần;

5) Khuyết tật trí tuệ;

6) Khuyết tật khác.

**Mức độ khuyết tật**

Căn cứ Luật người khuyết tật số: 51/2010/QH12 ban hành ngày 16 tháng 7 năm 2010, khuyết tật được phân thành 3 mức độ sau đây:

1. Người khuyết tật đặc biệt nặng là người do khuyết tật dẫn đến không thể tự thực hiện việc phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày;
2. Người khuyết tật nặng là người do khuyết tật dẫn đến không thể tự thực hiện một số việc phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày;
3. Người khuyết tật nhẹ là người khuyết tật không thuộc trường hợp quy định tại điểm a và điểm b.

**1.3. Tỷ lệ trẻ khuyết tật trên thế giới và ở Việt Nam**

* ***Tỷ lệ khuyết tật chung***

Tình hình khuyết tật trên phạm vi toàn cầu đã có nhiều thay đổi trong vài thập kỷ trở lại đây. Báo cáo về tình hình khuyết tật được Tổ chức y tế thế giới và Ngân hàng thế giới công bố đầu năm 2010 chỉ ra rằng tỷ lệ 10% khuyết tật trên tổng dân số thế giới, do WHO ước tính vào thập kỷ 70 đã không còn phù hợp.

Số liệu từ các cuộc điều tra y tế và gánh nặng bệnh tật toàn cầu cũng như báo cáo tình hình khuyết tật từ các nước đã đưa đến một ước tính mới: Khoảng trên 1 tỷ người (15% dân số) trên thế giới bị khuyết tật.

Báo cáo khuyết tật riêng rẽ từng nước cho thấy tỷ lệ khuyết tật ở các nước phát triển luôn cao hơn đáng kể so với các nước đang hoặc chậm phát triển. Sự khác nhau này là do mỗi nước áp dụng định nghĩa, phương pháp và công cụ đo lường khuyết tật không giống nhau.

Tuy nhiên kết quả từ hai cuộc điều tra quy mô toàn cầu với chung một cách thức và công cụ khảo sát lại cho thấy tỷ lệ khuyết tật ở các nước phát triển là thấp hơn so với nước đang hoặc chậm phát triển.

Kết quả điều tra y tế toàn cầu (2002-2004 với 59 nước tham gia) cho tỷ lệ khuyết tật tại các nước thu nhập cao (bình quân tổng sản phẩm quốc nội GNI/đầu người trên 10.066 USD) là 11.8%, trong khi ở các nước thu nhập thấp hơn, tỷ lệ này là 18.0%.

Kết quả tổng điều tra gánh nặng bệnh tật toàn cầu (2004) cho ra tỷ lệ khuyết tật ở các nước phát triển là khoảng 15.4% trong khi đó, ở các nước có thu nhập trung bình và thấp hơn dao động từ 14.0% đến 16.4% tuỳ theo từng châu lục.

* ***Tỷ lệ khuyết tật ở trẻ em trên thế giới***

Tỷ lệ khuyết tật ở trẻ em trên phạm vi toàn cầu qua Khảo sát gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2004 chiếm 5,1% ở nhóm 0-14 tuổi:

* Ở các nước thu nhập cao là 2.8%,
* Ở các nước có thu nhập trung bình hoặc thấp: Châu Âu là 4.2%, Châu Mỹ là 4.5%, Trung Đông là 5.2%, Đông Nam Á là 5.2%, Tây Thái Bình Dương là 5.3% và châu Phi là 6.4%.
* Không có sự khác biệt đáng kể giữa tỷ lệ khuyết tật ở trẻ trai và gái mặc dù tỷ lệ trẻ khuyết tật ở trẻ trai cao hơn chút ít so với trẻ khuyết gái.
* ***Tỷ lệ trẻ khuyết tật tại các nước phát triển***
* Theo điều tra của Ủy ban dân số Mỹ (1994-1995): Khoảng 10% trẻ dưới 15 tuổi tại các nước phát triển bị giảm chức năng; có 9,1% trẻ trong độ tuổi 0-14 tuổi bị khuyết tật với 1,1% khuyết tật nghiêm trọng. Trong số trẻ tuổi học đường: 1,3% có khó khăn về vận động, 0,9% không thể tự chăm sóc cho mình, 5,5% gặp khó khăn về giao tiếp và 10,6% gặp khó khăn về học.
* Theo điều tra tại Đức (1991): 8% bé trai và 6% bé gái trong lứa tuổi 0-14 bị khuyết tật.
* Tại Newzealand theo Điều tra thống kê số người khuyết tật năm 1996 sử dụng Bảng hỏi về nhu cầu định hướng giáo dục đặc biệt thấy 11% số trẻ trong độ tuổi 0-14 khuyết tật.
* Tỷ lệ khuyết tật tại 27 nước Trung và Đông Âu (CEE) và cộng đồng các quốc gia độc lập (CIS) trong vòng 10 năm tăng gấp hai, thậm chí gấp năm lần (báo cáo của Quỹ cứu trợ nhi đồng Liên hiệp quốc UNICEF 1990-2000).
* ***Tỷ lệ trẻ khuyết tật tại các nước đang phát triển***

Các nước nghèo và dựa chủ yếu vào nông nghiệp báo cáo có ít trẻ bị khuyết tật và ngân sách dành cho trẻ khuyết tật tại các nước này cũng ít hơn. Điều này cho thấy rằng ở các nước nghèo, trẻ em bị khuyết tật ít được phát hiện hơn.

* ***Tỷ lệ trẻ khuyết tật tại Việt nam***
* *Theo báo cáo của Tổng cục thống kê và UNICEF (1998 và 2004):*
* Ước tính Việt Nam có khoảng 1,2 trẻ em khuyết tật độ tuổi 0-17 tuổi (chiếm 3,1% trẻ trong độ tuổi này), trong đó trẻ <6 tuổi có tỷ lệ khuyết tật (chiếm 1,39% trẻ cùng độ tuổi).
* Loại khuyết tật phổ biến nhất ở trẻ em trong điều tra tại cộng đồng là khuyết tật về vận động chiếm 22,4% và khuyết tật về nói chiếm 21,4% tổng số trẻ khuyết tật.
* Nguyên nhân chính của tình trạng khuyết tật ở trẻ em là do khuyết tật bẩm sinh (chiếm 55,0%-64,6%) và do bệnh tật (chiếm 23,5%-29,1%).
* Có khoảng một nửa số trẻ em khuyết tật tại cộng đồng và khoảng 90% số trẻ em khuyết tật sống tại các trung tâm bị khuyết tật nặng, tình trạng đa khuyết tật gặp khá thường xuyên.
* *Theo nghiên cứu của Bộ Y tế (2005) về thực trạng PHCN dựa vào cộng đồng,* mô hình khuyết tật chung:
* Khó khăn về vận động : 36,0%
* Khó khăn về nhìn : 17,8%
* Khó khăn về nghe/nói : 15,4%
* Hành vi bất thường : 7,6%
* Khó khăn về học : 6,9%
* Động kinh : 3,4%
* Khác : 12,4%
* *Theo Báo cáo khám sàng lọc trẻ khuyết tật của một số tổ chức Phi Chính phủ* hoạt động tại tỉnh Ninh Bình, Quảng Nam, Quảng Ngãi và Thừa Thiên Huế cũng cho một tỷ lệ trẻ khuyết tật tương tự nhưng mô hình khuyết tật có khác:
* Khó khăn về học chiếm tỷ lệ cao nhất 42,6%;
* Khó khăn về nói chiếm 39,8%;
* Khó khăn về nhìn chiếm 30%;
* Khó khăn về vận động chiếm 27,3%;
* Khó khăn về nghe chiếm 15,5%.

### 1.4. Nguyên nhân khuyết tật ở trẻ em

Nguyên nhân khuyết tật

Trước sinh

Sau sinh

Trong sinh

+ Bệnh của mẹ khi mang thai (vi rút, bệnh giáp trạng, ngộ độc thai, tiểu đường, chấn thương…)

+ Tuổi của mẹ (>35 tuổi) và bố (>45 tuổi) khi sinh con

+ Mẹ phơi nhiễm môi trường độc hại khi mang thai:

* Các kim loại nặng
* Chất độc dùng trong nông nghiệp, thực phẩm
* Các loại thuốc
* Các chất khích thích: Rượu, ma túy..
* Dinh dưỡng bà mẹ
* Nhiễn trùng

+ Bất thường Nhiễm sắc thể, Gen, chất liệu di truyền thai nhi

+ Can thiệp sản khoa (dùng kẹp/ hút lấy thai, mổ đẻ, kích thích đẻ…)

+ Trẻ đẻ non (<37 tuần)

+ Thiếu ôxy não (ngạt)

+ Cân nặng khi sinh thấp (<2.500g)

+ Vàng da nhân não do bất đồng nhóm máu.

+ Chấn thương sọ não

+ Chảy máu não

+ Nhiễm trùng thần kinh

+ Suy hô hấp

+ Phơi nhiễm các yếu tố môi trường độc hại: hóa chất, thuốc trừ sâu, kim loại nặng…

+ Sốt cao co giật

Khuyết tật có thể do một hoặc nhiều yếu tố nguyên nhân gây nên. Nhưng nhiều trẻ bị khuyết tật mà không rõ nguyên nhân.

### 1.5. Ảnh hưởng của khuyết tật đối với trẻ và gia đình

* ***Đối với bản thân trẻ khuyết tật:***

*Vấn đề về sức khỏe:* Trên thế giới tỷ lệ trẻ khuyết tật bị suy dinh dưỡng nặng do ăn uống khó khăn và bị bỏ đói. Vì vậy, đa số trẻ khuyết tật nặng chết trước 20 tuổi, tỷ lệ trẻ khuyết tật bị mắc bệnh hiểm nghèo rất cao.

*Vấn đề về chăm sóc:* Gia đình trẻ khuyết tật nghèo thường bỏ đói, ít quan tâm chăm sóc trẻ khuyết tật.

*Vấn đề về giáo dục và PHCN:* Theo báo cáo của Bộ Lao động-Thương binh-Xã hội (2010): >71% trẻ khuyết tật không được đi học. >80% trẻ khuyết tật không được PHCN, tỷ lệ trẻ được học nghề và sau này khi trưởng thành có công ăn việc làm thấp, ít có cơ hội lập gia đình, bị xã hội coi thường, không quan tâm đến nhu cầu, bị xa lánh, tách biệt và đối xử bất bình đẳng.

*Vấn đề về tâm lý:* Trẻ khuyết tật thường tự ty về tình trạng khuyết tật của mình, về việc không được đối xử bình đẳng trong gia đình và ngoài xã hội.

* ***Đối với gia đình trẻ khuyết tật:***

*Vấn đề về tâm lý:* Theo báo cáo của UNICEF về trẻ em và khuyết tật tại các nước Trung và Đông Âu và các nước vùng Ban Tích cho thấy hiện diện của một trẻ khuyết tật thường gây ra tình trạng căng thẳng cho cả gia đình, đặc biệt là người mẹ.

*Vấn đề về kinh tế:* Vấn đề số một của cha mẹ là mất cơ hội có việc làm, nhiều bậc cha mẹ phải ở nhà để chăm sóc đứa con khuyết tật và vì thế họ không có đủ tiền để hỗ trợ thêm cho gia đình.

*Vấn đề xã hội:* Gia đình có trẻ khuyết tật cũng gặp phải vấn đề về sự cô lập hay tách biệt do thành kiến của cộng đồng và những khó khăn về tài chính. Anh chị em ruột của trẻ cũng phải đương đầu với sự kỳ thị của bạn bè, sự phân biệt đối xử của hàng xóm.

**2. TỔNG QUAN VỀ PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT**

**2.1. Khái niệm Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

***Phát hiện sớm trẻ khuyết tật:***

Là các biện pháp sàng lọc rối loạn phát triển của trẻ theo độ tuổi và giai đoạn nhằm phát hiện những trẻ có yếu tố nguy cơ bị khuyết tật để gửi đi khám và phân loại khuyết tật từ đó có biện pháp can thiệp sớm.

***Can thiệp sớm khuyết tật:***

Là áp dụng bất kỳ một dịch vụ hoặc hình thức hỗ trợ nào cho trẻ khuyết tật và cha mẹ trẻ hoặc gia đình và môi trường xung quanh giúp trẻ phát triển và hòa nhập vào cuộc sống cộng đồng.

*Phát hiện sớm - Can thiệp sớm gồm các bước:*

1) *Nhận biết sớm* là quan sát được những dấu hiệu đầu tiên gợi ý sự phát triển của trẻ có thể có nguy cơ hoặc bất thường về thể chất, giác quan, tâm thần và hành vi.

2) *Phát hiện sớm* là sự nhận diện một cách hệ thống các dấu hiệu bất thường về phát triển, thể chất, giác quan, tâm thần và hành vi, các công cụ sàng lọc để phát hiện sớm các bất thường sẽ được thành viên gia đình, cộng đồng hoặc các nhà thực hành về y tế hoặc giáo dục thực hiện. Kết quả sàng lọc chưa phải là chẩn đoán, trẻ cần được khám chuyên khoa để có chẩn đoán cuối cùng.

3) *Chẩn đoán là* sự xác định các khiếm khuyết về phát triển hoặc bất thường về thể chất, giác quan, tâm thần và hành vi do các nhà chuyên môn chuyên ngành sâu như Phục hồi chức năng, nhi khoa, chuyên gia tâm lý-giáo dục-xã hội…thực hiện.

4) *Tập huấn* bao gồm các hoạt động có mục tiêu nhằm tác động tới trẻ và môi trường, tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của trẻ. Đó là những hoạt động như kích thích phát triển, giáo dục, các dịch vụ y tế (hoạt động trị liệu, vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, thính học và dinh dưỡng…).

5) *Hướng dẫn cha mẹ và gia đình* là các huấn luyện và tư vấn cho cha mẹ trẻ và thành viên gia đình như giúp phát hiện và chấp nhận trẻ, giúp có đáp ứng phù hợp với hành vi của trẻ, hướng dẫn và tư vấn về các hoạt động kích thích phát triển, tập luyện đồng thời cung cấp các thông tin cần thiết.

**2.2. Đối tượng của Phát hiện sớm - Can thiệp sớm khuyết tật**

Đối tượng của phát hiện sớm khuyết tật là tất cả trẻ em tuổi từ 0-6 tuổi tại cộng đồng (bình thường và khuyết tật đã được chẩn đoán trước đó).

Đối tượng của can thiệp sớm là tất cả trẻ em tuổi từ 0-6 tuổi được chẩn đoán khuyết tật ở các mức độ khác nhau, bị mắc các dạng khuyết tật khác nhau.

**2.3. Tầm quan trọng của Phát hiện sớm-Can thiệp sớm khuyết tật**

Phát hiện sớm và can thiệp sớm có tác động tích cực tới trẻ, cha mẹ, gia đình và xã hội tạo cơ hội cho trẻ khuyết tật hội nhập xã hội và có cuộc sống tốt đẹp hơn.

* ***Đối với trẻ***

+ Nếu được phát hiện sớm và can thiệp sớm:

- Nhiều trẻ khuyết tật sẽ phục hồi tốt và trở thành trẻ bình thường (Ví dụ: trẻ bị bàn chân khoèo bẩm sinh hoặc trật khớp háng bẩm sinh, trẻ tự kỷ nhẹ có chỉ số IQ bình thường);

- Một số trẻ khuyết tật khác có thể phát triển được các kỹ năng gần như trẻ bình thường (Ví dụ: trẻ chậm phát triển vận động và/ hoặc ngôn ngữ so với tuổi, trẻ bại não liệt nửa người hoặc hai chân mức độ nhẹ);

- Một số trẻ khuyết tật nặng cũng được phục hồi không dẫn đến các khuyết tật thứ phát, các kỹ năng được cải thiện nhiều và có thể hội nhập xã hội (Ví dụ trẻ bại não thể co cứng nặng sẽ không bị co rút biến dạng khớp, tuy không đi lại được nhưng ngồi xe lăn vẫn có thể đi học).

* ***Đối với cha mẹ trẻ khuyết tật***

- Can thiệp sớm khiến cha mẹ bị lôi cuốn một cách tích cực vào quá trình can thiệp, nhờ đó họ phát hiện được khả năng và tiềm năng của bản thân.

- Cha mẹ có thể chăm sóc trẻ hàng ngày, duy trì tư thế đúng, bế ẵm, tập luyện…

- Can thiệp sớm khiến cha mẹ phải đương đầu với các vấn đề cảm xúc, giúp họ dễ chấp nhận khuyết tật của trẻ.

- Nhờ can thiệp sớm, cha mẹ có kỹ năng xử trí với các vấn đề của trẻ, tăng cường tương tác trẻ- cha mẹ…

- Thêm vào đó Can thiệp sớm khiến cha mẹ tiếp cận thông tin tốt hơn về: chẩn đoán, nguyên nhân khuyết tật, hiểu biết về sự phát triển bình thường của trẻ, hệ thống cung cấp dịch vụ hiện có và làm thế nào để kích thích sự phát triển đang bị chậm hoặc rối loạn của trẻ.

* ***Đối với gia đình***

- Can thiệp sớm giúp anh chị em ruột của trẻ có thái độ và hành vi đúng mức với các vấn đề của trẻ.

- Can thiệp sớm đảm bảo gia đình (ông bà, chú bác, cô dì…) sẽ tham gia mạng lưới và hệ thống, cùng phối hợp đối phó với các khó khăn của trẻ đồng thời làm nhẹ gánh nặng cho gia đình thông qua các hoạt động trợ giúp gia đình, chăm sóc trẻ và các phương tiện khác (vật chất, dụng cụ thích ứng, cải tạo nhà cửa…).

* ***Đối với xã hội***

- Can thiệp sớm giúp xã hội nhận thức được thực tế có nhiều trẻ có vấn đề về phát triển trong cộng đồng và quyền được hỗ trợ của chúng.

- Can thiệp sớm cũng làm tăng cơ hội tiếp cận giáo dục của trẻ, và do vậy sẽ làm giảm các chi phí xã hội do tội phạm, thất nghiệp, hoặc trợ cấp xã hội.

**2**.**4. Quan điểm về Phát hiện sớm - Can thiệp sớm khuyết tật**

Quan điểm chỉ đạo Liên Hiệp Quốc về dịch vụ cho người khuyết tật nói chung trong đó có trẻ khuyết tật có thể tóm lược như sau:

* *Toàn diện* cả về hình thức lẫn loại hình dịch vụ nhằm "tạo điều kiện cho người khuyết tật phát triển năng lực và kỹ năng đến mức tối đa và thúc đẩy quá trình hoà nhập và tái hoà nhập xã hội".
* *Dễ tiếp cận* và nằm trong chương trình phát triển tổng thể của toàn xã hội.
* *Phòng ngừa* chính là sự kết hợp phát hiện và điều trị sớm khuyết tật.
* *Phát huy* được các nguồn của gia đình và của cộng đồng.
* *Lôi kéo người khuyết tật* và gia đình tham gia vào các quá trình tạo quyết định.

**2.5. Tiêu chí chăm sóc sức khỏe cho trẻ khuyết tật**

Trong Thập kỷ vì người khuyết tật của Liên Hiệp Quốc (1983-1992), một loạt các hội nghị xem xét việc thiết lập các chương trình điều phối cho trẻ khuyết tật có nhu cầu can thiệp y tế để từ đó đưa ra một sự thống nhất cho thiết kế của chăm sóc hiện đại.

Các hội nghị này đã đưa ra được 10 tiêu chí của mô hình chăm sóc y tế tốt nhất cho trẻ khuyết tật và trẻ có vấn đề về phát triển như sau:

1. Coi trẻ và gia đình là trọng tâm của các dịch vụ chăm sóc y tế.
2. Dựa vào nhu cầu của trẻ và gia đình, được xác định bởi kết quả đánh giá trẻ và gia đình một cách tổng thể và thích hợp.
3. Khuyến khích cuộc sống bình thường của trẻ tại nhà và cộng đồng.
4. Cung cấp các chỉ dẫn cho gia đình trong việc tạo một môi trường hỗ trợ và nuôi dưỡng quá trình phát triển của trẻ.
5. Đảm bảo sự tiếp cận của trẻ với hàng loạt các dịch vụ về xã hội, giáo dục và y tế tổng hợp.
6. Khuyến khích trẻ và gia đình trở thành những khách hàng có hiểu biết bằng cách tăng cường kiến thức và thông tin về hệ thống chăm sóc y tế.
7. Phải sẵn có các nguồn cung cấp dịch vụ có hiệu quả và hiệu suất cao.
8. Góp phần vào quá trình điều phối và liên lạc giữa trẻ, gia đình, nhà trường và các cơ quan liên quan khác.
9. Cải thiện sự độc lập về chức năng của trẻ và gia đình.
10. Bảo vệ sự toàn vẹn của cấu trúc gia đình.

**2.6. Công cụ sàng lọc phát hiện sớm trẻ khuyết tật**

***Sàng lọc rối loạn phát triển***

Để sàng lọc rối loạn phát triển, trên thế giới có nhiều bộ công cụ được phát triển và sử dụng. Mỗi bộ công cụ có các ưu điểm cũng như các hạn chế của nó.

Sau đây là các bộ công cụ được sử dụng để đánh giá sự phát triển của trẻ nhằm phát hiện sớm rối loạn phát triển:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tên công cụ** | **Lứa tuổi** | **Nội dung và người đánh giá** | **Tác giả** |
| 1 | AEPS (Assessment, Evaluation & Prog- ramming System) –  Hệ thống Đánh giá, Lượng giá và Lập chương trình cho trẻ nhỏ và trẻ em. | 0-6 tuổi | -Đánh giá và theo dõi sự phát triển.  -Kết nối đánh giá, can thiệp và lượng giá  -Do người can thiệp, giáo viên, chuyên gia, người chăm sóc thực hiện. | TS. Diana Bricker, Mỹ |
| 2 | ASQ (Ages & Stages Questionaires) –  Bộ câu hỏi theo tuổi và giai đoạn. | 0-5 tuổi | -Đánh giá và theo dõi sự phát triển/ nguy cơ chậm phát triển. Rất hiệu quả trong việc phát hiện ra nhu cầu can thiệp.  -Kết nối đánh giá, can thiệp và lượng giá  -Do người can thiệp, giáo viên, chuyên gia, cha mẹ/ người chăm sóc thực hiện. | TS. Diana Bricker và TS. Jane Squires, Mỹ |
| 3 | ASQ-SE (Ages & Stages Questionaires- Social Emotional)-  Bộ câu hỏi theo tuổi và giai đoạn-Xã hội & Cảm xúc. | 6 tháng- 5 tuổi | -Đánh giá và theo dõi trẻ có rối loạn hành vi xã hội và Cảm xúc. Rất hiệu quả trong việc phát hiện ra nguy cơ rối loạn và kế hoạch can thiệp.  -Kết nối đánh giá, can thiệp và lượng giá  -Do người can thiệp, giáo viên, chuyên gia, cha mẹ/ người chăm sóc thực hiện. | TS. Jane Squires, TS. Diana Bricker và Elizabeth Twombly, Mỹ |
| 4 | Brigance preschool screen- II  Sàng lọc trẻ lứa tuổi tiền học đường của Brigance-II. | 2-5 tuổi 11 tháng | -Đánh giá sự phát triển của trẻ. Rất hiệu quả trong việc phát hiện ra nguy cơ rối loạn phát triển và hỗ trợ kế hoạch can thiệp.  -Sử dụng cho can thiệp nhóm.  -Do giáo viên, chuyên gia về can thiệp y tế thực hiện. | Albert H Brigance, Mỹ |
| 5 | Brigance Inventory of Early development- II  Can thiệp sớm sự phát triển của Brigance-II. | 0-7 tuổi | -Đánh giá sự phát triển và mức độ hoàn thành của trẻ. Rất hiệu quả trong việc lập kế hoạch can thiệp và hướng dẫn theo mục tiêu.  -Khuyến khích sự giao tiếp giữa cha mẹ và trẻ.  -Do người can thiệp, giáo viên, chuyên gia, cha mẹ/ người chăm sóc thực hiện. | Albert H Brigance, Mỹ |
| 6 | Brigance Infant & Todler screen-  Sàng lọc trẻ nhỏ & trẻ bú mẹ của Brigance. | 0-23 tháng | -Đánh giá sự phát triển của trẻ. Quan sát sự tham gia và tương tác của người chăm sóc.  Cung cấp các hoạt động cho cha mẹ kích thích trẻ phát triển. Rất hiệu quả trong việc phát hiện ra nhu cầu của từng trẻ và lập kế hoạch can thiệp.  -Do giáo viên, chuyên gia về can thiệp y tế thực hiện. | Albert H Brigance, Mỹ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | Brigance Inventory of Early development- II  Can thiệp sớm sự phát triển của Brigance-II. | 0-7 tuổi | -Đánh giá sự phát triển và mức độ hoàn thành của trẻ. Rất hiệu quả trong việc lập kế hoạch can thiệp và hướng dẫn theo mục tiêu.  -Khuyến khích sự giao tiếp giữa cha mẹ và trẻ.  -Do người can thiệp, giáo viên, chuyên gia, cha mẹ/ người chăm sóc thực hiện. | Albert H Brigance, Mỹ |

***1) Bộ câu hỏi theo tuổi và giai đoạn (Ages & Stages Questionnaires-ASQ)***

Bộ câu hỏi đánh giá sự phát triển của trẻ theo tuổi và giai đoạn (ASQ) được thiết kế từ năm 1979 bởi một nhóm các tác giả M. Đây là bộ câu hỏi phỏng vấn cha mẹ và người chăm sóc về sự phát triển của trẻ theo lứa tuổi.

Bộ câu hỏi ASQ được xây dựng dựa trên các mốc phát triển bình thường của trẻ. Bộ câu hỏi ASQ đã được sử dụng rất phổ biến tại các bệnh viện, các trung tâm y tế, tại gia đình, ở các trường mẫu giáo để theo dõi sự phát triển của trẻ và phát hiện sớm nhất (từ lúc 4 tháng) các trẻ có rối loạn phát triển hoặc tự kỷ.

Bộ câu hỏibao gồm 19 bộ câu hỏi theo tuổi của trẻ từ 4 tháng, 6 tháng, 8 tháng, 10 tháng, 12 tháng, 14 tháng, 16 tháng, 18 tháng, 20 tháng, 22 tháng, 24 tháng, 27 tháng, 30 tháng, 33 tháng, 36 tháng, 42 tháng, 48 tháng, 54 tháng và 60 tháng tuổi.

Tập trung chủ yếu vào 6 kỹ năng:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Kỹ năng Giao tiếp 2. Kỹ năng Vận động thô 3. Kỹ năng Vận động tinh | 1. Kỹ năng bắt chước và học 2. Kỹ năng Cá nhân-Xã hội 3. Đánh giá chung. |

Hơn 30 năm nay, bộ câu hỏi ASQ đã được hàng ngàn người sử dụng với các bản dịch bằng nhiều thứ tiếng: Anh, Pháp, Tây Ban Nha, Arập, Hàn Quốc, Trung Quốc và được sử dụng ở nhiều nơi trên thế giới. Các chuyên gia, bác sỹ Nhi khoa, các chương trình sàng lọc sớm bệnh trẻ em cũng như các trung tâm chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ trẻ em tại Mỹ đã sử dụng bộ câu hỏi ASQ như một công cụ hữu ích nhất trong sàng lọc, phát hiện sớm các rối loạn phát triển ở trẻ em và sàng lọc tự kỷ.

Bộ câu hỏi ASQ đưa ra thông tin giúp cha mẹ đánh giá đúng sự phát triển của trẻ, chỉ cho các cha mẹ biết con họ có phát triển bình thường không và khi nào cần được đi khám tại cơ sở y tế. Vì vậy, bộ câu hỏi ASQ là cơ hội cho trẻ được phát hiện sớm các rối loạn phát triển nói chung và tự kỷ nói riêng.

Trong cuốn hướng dẫn này Ban biên soạn đã áp dụng những nguyên tắc căn bản của ASQ và xây dựng lên bộ công cụ sàng lọc phát hiện rối loạn phát triển ở trẻ em có tên là Bộ câu hỏi theo tuổi và giai đoạn của Việt nam (Ages & Stages Questionairs ò Vietnam)

***2) Sàng lọc phát hiện sớm theo dạng khuyết tật***

Trên thế giới, các nhà khoa học đã phát triển nhiều bộ công cụ nhằm phát hiện sớm các khuyết tật như bại não, tự kỷ, bàn chân khoèo bẩm sinh, trật khớp háng bẩm sinh...

Sau đây là một số ví dụ về sàng lọc theo dạng khuyết tật.

* **Bảng kiểm sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ*-*Check-list for Autism in Toddlers – CHAT** được thiết kế bởi Baron Cohen và cộng sự (1992) để sàng lọc trẻ tự kỷ từ 18 tháng tuổi và can thiệp sớm. Sử dụng CHAT chỉ mất 5 đến 10 phút để thực hiện và cho điểm. CHAT gồm 9 câu hỏi “có/không” được trả lời bởi cha mẹ trẻ và 5 câu hỏi cho người quan sát, người khám trẻ. Cách nhận định kết quả CHAT: Có 5 tiết mục mang tính cơ bản

A5: Trò chơi giả vờ

A7: Lôi kéo sự chú ý của người khác bằng cách chỉ ngón trỏ vào vật đó

BII: Nhìn theo vật được chỉ với vẻ chăm chú

BIII: Chơi trò giả vờ

BIV: Chỉ đúng vật được yêu cầu một cách có chủ ý

Nếu trẻ không thực hiện được 5 tiết mục này thì trẻ có nguy cơ rất cao phát triển thành hội chứng tự kỷ.

Năm 2000 Baird và cộng sự đã sử dụng CHAT để sàng lọc trên 16.000 trẻ ở độ tuổi 18 tháng thấy CHAT có độ nhậy là 40% và độ đặc hiệu là 98%. Bộ câu hỏi CHAT có độ đặc hiệu cao: nghĩa là trẻ có những dấu hiệu này thì nguy cơ bị tự kỷ cao, nhưng nó lại có độ nhậy thấp: nghĩa là nếu trẻ bị tự kỷ nhẹ thì có thể các dấu hiệu trên sẽ không quan sát thấy, do đó dễ bỏ sót trẻ bị nhẹ hoặc không điển hình.

* ***Bảng kiểm sàng lọc tự kỷ trẻ nhỏ có sửa đổi-Modifier Check-list Autism in Toddle M-CHAT 23***.

Để bổ sung vào bộ câu hỏi CHAT, năm 2001 Robin, Fein, Baron & Green đã đề xuất tại Mỹ, bổ sung thêm 14 câu thuộc các lĩnh vực rối loạn vận động và quan hệ xã hội, bắt chước và định hướng. Bảng kiểm này được thiết kế đơn giản với 23 câu hỏi, chỉ mất 5 đến 10 phút để phỏng vấn cha mẹ và đã được sử dụng ở nhiều nước trên thế giới.

Giống như CHAT, phiên bản sửa đổi “M-CHAT 23” đã chứng tỏ là một công cụ rất mạnh và hữu ích. Năm 2004 một nghiên cứu ở Trung Quốc đã cho thấy M-CHAT 23 có độ nhậy là 97% và độ đặc hiệu là 95%. Như vậy, M-CHAT 23 được đánh giá là một trắc nghiệm sàng lọc dễ sử dụng, thực hiện một cách nhanh chóng, đặc biệt nhậy và đáng tin cậy.

*Đánh giá*

* **Trẻ bình thường*:*** Nếu tất cả các câu trả lời của trẻ đều ở ô Trắng.
* **Trẻ nghi ngờ Tự kỷ** : Nếu có ≥ **3 câu trả lời** rơi vào **ô bôi đen** bất kỳ hoặc có ≥ **2 câu trả lời** rơi vào **ô bôi đen** nhưng thuộc các câu hỏi chủ chốt (**Các câu hỏi in đậm: Câu 2, 7, 9, 13, 14**). Các trẻ này cần được gửi cho các bác sĩ chuyên khoa nhi Phục hồi chức năng đánh giá tiếp.

**2.7. Biện pháp và hình thức can thiệp sớm khuyết tật**

Biện pháp can thiệp sớm được thiết kế nhằm giải quyết các nhu cầu về phát triển của trẻ khuyết tật bao gồm quy định về can thiệp sớm cần thiết cho trẻ khuyết tật và *ác lĩnh vực cần phát triển ở trẻ*: Thể chất, nhận thức, giao tiếp, tình cảm, xã hcội và thích ứng.

*Các dịch vụ can thiệp sớm* bao gồm các hoạt động cụ thể sau:

1. Ngôn ngữ trị liệu.
2. Hoạt động trị liệu.
3. Vật lý trị liệu.
4. Các dịch vụ về thị lực.
5. Các dịch vụ cung cấp công nghệ và dụng cụ trợ giúp.
6. Các dịch vụ y tế chỉ nhằm mục đích chẩn đoán và đánh giá.
7. Các dịch vụ phát hiện sớm, khám sàng lọc và đánh giá.
8. Các dịch vụ sức khoẻ cần thiết làm cho trẻ được hưởng lợi từ các dịch vụ can thiệp sớm.
9. Huấn luyện gia đình, tư vấn và thăm tại nhà.
10. Hướng dẫn đặc biệt.
11. Các dịch vụ tâm lý.
12. Các dịch vụ điều phối.
13. Các dịch vụ công tác xã hội.
14. Giao thông và các dịch vụ liên quan cần thiết nhằm bảo đảm cho trẻ khuyết tật và gia đình có thể nhận được dịch vụ can thiệp sớm.

*Các chuyên gia cung cấp dịch vụ*: gồm kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, chuyên gia tâm lý, y tá điều dưỡng, chuyên gia dinh dưỡng, kỹ thuật viên gia đình, bác sĩ nhi khoa, bác sĩ PHCN và bác sĩ các chuyên khoa khác, người làm công tác xã hội, chuyên gia giáo dục đặc biệt, giáo viên nhà trẻ và giáo viên mầm non.

Can thiệp sớm trẻ khuyết tật có thể được thực hiện theo một hoặc nhiều hình thức sau:

1. *Can thiệp sớm về PHCN tại các bệnh viện/ trung tâm/ khoa PHCN*
2. *Can thiệp sớm về Giáo dục tại các trường mầm non;*
3. *Can thiệp sớm tại cộng đồng (chương trình PHCN dựa vào cộng đồng, các trung tâm can thiệp sớm tại cộng đồng…)*
4. *Can thiệp sớm tại gia đình*.

Khuyến cáo của Hội nghị đánh giá các chương trình Phát hiện sớm – can thiệp sớm của thế giới được tổ chức tại Dominica năm 2000 khuyến cáo *“Phát hiện sớm chỉ nên thực hiện khi đã có một hệ thống can thiệp và theo dõi hiện hành”.*

**2.8. Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại Việt Nam**

Từ năm 1987 trở lại đây Phát hiện sớm - Can thiệp trẻ khuyết tật tại Việt nam được thực hiện trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng (PHCNDVCĐ). Kết quả đã cho thấy nếu trẻ khuyết tật được phát hiện và can thiệp sớm ngay từ khi còn rất nhỏ thì ảnh hưởng của khuyết tật với cuộc sống, học tập của trẻ sẽ giảm đi rất nhiều và nhiều trẻ đã có cơ hội hội nhập xã hội.

Chính vì vậy trong 15 năm trở lại đây, một số tổ chức Phi chính phủ quốc tế đã phối hợp với các đối tác của mình để triển khai chương trình Phát hiện sớm – can thiệp trẻ khuyết tật sớm ở một số tỉnh/ thành phố. Trong số đó Uỷ ban Y tế Hà Lan – Việt Nam (MCNV), Tổ chức Tầm nhìn quốc tế - Mỹ (World Vision International), Tổ chức Tàn tật quốc tế (HI), Tổ chức CRS- Mỹ, Tổ chức Global Civil Sharing – Korea… đã đóng góp rất nhiều công sức và thu được nhiều kết quả tốt ở một số tỉnh điểm như Quảng trị, Đà nẵng, Quảng Nam, Đăk Lăc, Hòa Bình, Ninh bình, Hà Nội...

Từ 5 năm trở lại đây Nhà nước bắt đầu quan tâm nhiều hơn đến Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật. Bộ Y tế đã triển khai nhiều lớp tập huấn về Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật cho khoảng 20 tỉnh/ thành phố. Trong quá trình triển khai Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật đã rút ra những điểm mạnh và diểm yếu sau đây:

* *Điểm mạnh:*

*- Lồng ghép vào PHCN dựa vào cộng đồng:* Tại các tỉnh đã và đang triển khai PHCN dựa vào cộng đồng, việc lồng ghép Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật được thực hiện rất thành công như là một nội dung của chương trình.

*- Các hoạt động về Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật* bao gồm: Tập huấn cán bộ cộng đồng, triển khai Sàng lọc rối loạn phát triển và Khám phân loại khuyết tật, Tập huấn can thiệp sớm PHCN tại nhà cho gia đình trẻ khuyết tật…

*- Triển khai, theo dõi Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật thành công:* Trong 1-2 năm đầu Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật được thực hiện rất tốt với sự tài trợ kinh phí của các tổ chức nước ngoài.

*- Kết quả Phát hiện sớm –Can thiệp sớm tốt:* Nhiều trẻ khuyết tật nhờ được phát hiện sớm và can thiệp sớm sau một thời gian PHCN đã trở thành trẻ bình thường (bàn chân khoèo bẩm sinh, trật khớp háng, liệt Erb…); nhiều trẻ khuyết tật được đến trường đi học; nhiều trẻ khuyết tật nhẹ và trung bình đã phục hồi tốt…

* *Điểm yếu:*
* *Chưa có sự chỉ đạo thống nhất* từ trung ương xuống địa phương về Hoạt động Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật: chủ yếu còn tự phát (từng địa phương tự thực hiện), mang tính chất triển khai điểm ở một số xã/ huyện trong tỉnh (do nhà tài trợ chọn điểm), không liên tục (do nhà tài trợ chỉ có kinh phí trong vài năm)…
* *Chưa có mô hình can Phát hiện sớm – Can thiệp sớm* trẻ khuyết tật thống nhất: mỗi địa phương triển khai một kiểu, thiếu chia sẻ và liên tục.
* *Tài liệu về Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật* chưa được phát triển thống nhất ngay trong ngành y tế: Công cụ sàng lọc phát hiện sớm trẻ có rối loạn phát triển và các biện pháp can thiệp sớm trẻ khuyết tật còn chưa thống nhất;
* *Mạng lưới dịch vụ Phát hiện sớm - Can thiệp sớm* trẻ khuyết tật còn hạn chế: hầu hết các tỉnh/ thành phố chỉ có dịch vụ Vật lý trị liệu chung cho người lớn và trẻ em và chưa có các dịch vụ PHCN toàn diện như Ngôn ngữ trị liệu, Hoạt động trị liệu....
* *Kiến thức và kỹ năng về* Phát hiện sớm – Can thiệp sớm trẻ khuyết tật của cán bộ y tế của các tuyến xã, huyện, tỉnh/ thành phố còn hạn chế: Hầu hết cán bộ y tế các tuyến thậm chí chuyên ngành Nhi cũng chưa được tập huấn về Phát hiện sớm – Can thiệp sớm khuyết tật.
* *Nhận thức của cộng đồng và gia đình về Phát hiện sớm – Can thiệp sớm* trẻ khuyết tật còn rất hạn chế: Gia đình không biết phải đưa con đi đâu để khám và can thiệp mặc dù đã nghi ngờ trẻ có vấn đề chậm phát triển, khi đã được phát hiện và chẩn đoán gia đình có tâm lý chờ đợi đến tuổi lớn hơn rồi trẻ sẽ phát triển bình thường…
* *Sự phối hợp liên ngành* trong cung cấp dịch vụ Phát hiện sớm – Can thiệp sớm còn thiếu chặt chẽ, đặc biệt là giữa ngành y tế và giáo dục.

Vì vậy, trước nhu cầu cấp bách của xã hội về phát hiện sớm và can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật và trẻ có rối loạn phát triển nhằm tạo điều kiện cho địa phương triển khai thực hiện công tác phát hiện sớm, can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật, Bộ Y tế thống nhất đưa ra Hướng dẫn triển khai Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại Việt Nam.

**Phần II**

**HƯỚNG DẪN TRIỂN KHAI**

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ EM KHUYẾT TẬT**

**1. NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG VỀ PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT**

**1.1. Đối tượng Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

Đối tượng Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật trong hướng dẫn này là:

* Đối tượng của phát hiện sớm khuyết tật là tất cả trẻ em tuổi từ 0-6 tuổi tại cộng đồng (bình thường và khuyết tật đã được chẩn đoán trước đó).
* Đối tượng của can thiệp sớm là tất cả trẻ em tuổi từ 0-6 tuổi được chẩn đoán khuyết tật ở các mức độ khác nhau, mắc các dạng khuyết tật khác nhau.

**1.2. Nhân lực Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

* Cha mẹ, người thân, người chăm sóc chính
* Cán bộ ngành y tế: Y tế thôn bản, Trạm y tế; Trung tâm y tế huyện; Các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương (Nhi khoa, tâm thần nhi, nhãn khoa, thính học, phục hồi chức năng, chuyên gia tâm lý)
* Cán bộ ngành giáo dục: Nhà trẻ; Mẫu giáo; Tiểu học; Phổ thông.
* Cán bộ ngành Lao động- Thương binh – Xã hội;
* Các tổ chức xã hội khác tại cộng đồng: Chữ thập đỏ; Phụ nữ…

**1.3. Kinh phí cho Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

* Lập kế hoạch kinh phí như một hoạt động chuyên môn thường quy hàng năm của cơ quan, đơn vị.
* Lập dự án trình các cấp có thẩm quyền phê duyệt, nguồn tài trợ từ cơ quan nhà nước khác, các tổ chức chính phủ hoặc các tổ chức phi chính phủ, cá nhân trong và ngoài nước.

**1.4. Phối hợp đa ngành trong Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

**Vai trò và trách nhiệm của gia đình**

* Phát hiện sớm các bất thường về giải phẫu hoặc chức năng hoặc phát hiện sự chậm phát triển của trẻ. Báo cáo cho nhân viên y tế thôn hoặc trạm y tế về các vấn đề của trẻ.
* Liên hệ với Trạm Y tế xã để trẻ được khám xác định tình trạng và nhu cầu cần can thiệp của trẻ tại xã hoặc được gửi đi khám tại các cơ sở chuyên môn cao hơn.
* Tham gia các buổi hướng dẫn hoặc tư vấn cho thành viên gia đình cách tập luyện và chăm sóc trẻ.
* Hợp tác với nhân viên y tế thôn hoặc trạm y tế trong việc thực hiện kỹ thuật can thiệp sớm PHCN. Tập luyện và hướng dẫn thành viên gia đình khác cùng tập luyện cho trẻ.
* Tạo môi trường gia đình thuận lợi cho sự phát triển của trẻ. Tạo điều kiện để trẻ tham gia vào tất cả các hoạt động/sự kiện của gia đình, của trường lớp và của cộng đồng.
* Liên hệ với Trường Mầm non để trẻ khuyết tật được đi học và tạo mọi điều kiện đêt trẻ được đến trường.
* Chia sẻ kinh nghiệm chăm sóc trẻ với các gia đình có trẻ KT khác.

**Vai trò và trách nhiệm của ngành y tế**

**Tuyến xã:**

*Cơ quan thực hiện*: Trạm Y tế xã

*Nội dung công việc:*

* *Lập kế hoạch hoạt động* hàng năm của xã về Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật (nhân lực, thời gian, tài chính... ).
* *Thực hiện Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật:*
* Khám và quản lý thai nghén nhằm phát hiện sớm các vấn đề thai nghén bất thường của các bà mẹ có nguy cơ gây rối loạn phát triển và khuyết tật ở con.
* Sàng lọc khuyết tật theo các lứa tuổi trẻ từ 0-6 tuổi hàng năm.
* Tổ chức gửi trẻ khám phân loại khuyết tật, đánh giá sự phát triển và nhu cầu cần can thiệp sớm PHCN và giáo dục phù hợp với nhu cầu của trẻ và nguồn lực sẵn có của địa phương.
* Quản lý số trẻ khuyết tật được phát hiện,
* Thiết lập chương trình can thiệp sớm PHCN tại nhà cho từng trẻ khuyết tật,
* Thực hiện hoặc hướng dẫn gia đình các kỹ thuật can thiệp sớm PHCN.
* *Tổ chức tập huấn cán bộ* về kỹ thuật Phát hiện sớm-Can thiệp sớm khuyết tật tại địa phương mình.
* *Theo dõi, giám sát và báo cáo* về Phát hiện sớm- Can thiệp sớm cho cấp trên.
* *Phối hợp đa ngành:* với Phòng Giáo dục huyện, Phòng Lao động-Thương binh-Xã hội, Chữ thập đỏ và các tổ chức xã hội huyện trong việc Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật.

**Tuyến huyện:**

*Cơ quan thực hiện:* Bệnh viện huyện, Phòng y tế huyện, Trung tâm y tế huyện

*Nội dung công việc:*

* *Lập kế hoạch hoạt động* hàng năm của huyện về Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật (nhân lực, thời gian, tài chính... ).
* *Thực hiện Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật:*
* *Chỉ đạo hoạt động* Phát hiện sớm-Can thiệp sớm khuyết tật tại các xã trong huyện.
* *Tổ chức tập huấn cán bộ* về kỹ thuật Phát hiện sớm-Can thiệp sớm khuyết tật tại địa phương mình.
* *Theo dõi, giám sát và báo cáo* về Phát hiện sớm- Can thiệp sớm của huyện cho Sở Y tế.
* *Phối hợp đa ngành:* với Phòng Giáo dục huyện, Phòng Lao động-Thương binh-Xã hội, Chữ thập đỏ và các tổ chức xã hội huyện trong việc Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật.

**Tuyến tỉnh:**

*Cơ quan thực hiện:* Sở y tế, Bệnh viện Điều dưỡng-PHCN tỉnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh.

*Nội dung công việc:*

* *Lập kế hoạch hoạt động* hàng năm của tỉnh và cơ quan về Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật (nhân lực, thời gian, tài chính... ).
* *Thực hiện Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật:*
* *Chỉ đạo hoạt động* Phát hiện sớm-Can thiệp sớm khuyết tật tại các huyện trong tỉnh.
* *Triển khai các hoạt động* về phát hiện sớm (khám sàng lọc trẻ KT), Can thiệp sớm PHCN (Vận động trị liệu, Hoạt động trị liệu, Dụng cụ chỉnh hình, Phẫu thuật chỉnh hình...)
* *Tổ chức tập huấn cán bộ* về kỹ thuật Phát hiện sớm-Can thiệp sớm khuyết tật tại địa phương mình.
* *Theo dõi, giám sát và báo cáo* về Phát hiện sớm - Can thiệp sớm của huyện cho Bộ Y tế.
* *Phối hợp đa ngành:* với Sở Giáo dục, Sở Lao động-Thương binh-Xã hội, Chữ thập đỏ và các tổ chức xã hội tỉnh trong việc triển khai Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật.

**Vai trò của ngành giáo dục**

*Vai trò và trách nhiệm của Trường mầm non tại xã*

* Lập kế hoạch hoạt động năm (nhân lực, thời gian, tài chính...)
* Phát hiện sớm khuyết tật trong số trẻ học mẫu giáo, học đường
* Quản lý số trẻ khuyết tật được phát hiện, thiết lập chương trình can thiệp sớm giáo dục cho các trẻ KT tại trường Mầm non.
* Theo dõi, giám sát và báo cáo lên tuyến huyện, tỉnh.
* Phối hợp với các ban ngành (Y tế, LĐ-TB-XH, Chữ thập đỏ và các tổ chức xã hội khác trong việc hỗ trợ trẻ KT).

*Vai trò và trách nhiệm của Phòng Giáo dục-Đào tạo*

* Lập kế hoạch hoạt động năm (nhân lực, thời gian, tài chính...)
* Chỉ đạo hoạt động Phát hiện sớm và Can thiệp sớm khuyết tật về giáo dục tại các xã trong huyện.
* Tập huấn cán bộ tuyến cơ sở về giáo dục hoà nhập, giáo dục đặc biệt và quản lý hoạt động Can thiệp sớm về giáo dục cho trẻ KT tại địa phương mình.
* Theo dõi, giám sát, đánh giá và báo cáo
* Phối hợp với các ban ngành (Y tế, LĐ-TB-XH, Chữ thập đỏ) và các tổ chức xã hội cấp huyện trong việc hỗ trợ trẻ KT

**Vai trò và trách nhiệm của Sở Giáo dục-Đào tạo**

* Lập kế hoạch hoạt động năm (nhân lực, thời gian, tài chính...)
* Chỉ đạo hoạt động Phát hiện sớm và Can thiệp sớm khuyết tật về giáo dục tại các huyện trong tỉnh
* Triển khai các hoạt động về Can thiệp sớm về giáo dục cho trẻ KT: giáo dục hoà nhập, giáo dục đặc biệt
* Tập huấn cán bộ tuyến cơ sở về giáo dục hoà nhập, giáo dục đặc biệt và quản lý hoạt động Can thiệp sớm về giáo dục cho trẻ KT tại địa phương mình.
* Theo dõi, giám sát, đánh giá và báo cáo lên Bộ Giáo dục - ĐT
* Phối hợp với Sở Y tế, Sở Lao động-Thương binh-Xã hội, Chữ thập đỏ và các tổ chức xã hội cấp tỉnh trong việc triển khai Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ KT

**Vai trò của ngành Lao động thương binh và xã hội**

Vai tròcủangành Lao động-Thương binh-Xã hội phối hợp các ngành chỉ đạo hoạt động Phát hiện sớm và Can thiệp sớm khuyết tật về hoạt động xã hội tại các huyện trong tỉnh

* Lập kế hoạch hoạt động về xã hội năm (nhân lực, thời gian, tài chính...)
* Tập huấn cán bộ tuyến cơ sở về quản lý hoạt động Can thiệp sớm về giáo dục cho trẻ KT tại địa phương mình.
* Triển khai các hoạt động về Can thiệp sớm về chính sách xã hội cho trẻ KT: trợ cấp xã hội cho trẻ KT và gia đình trẻ.
* Theo dõi, giám sát, đánh giá và báo cáo lên Bộ Lao động thương binh và xã hội
* Phối hợp với Sở Y tế, Sở Giáo dục và Đào tạo, Chữ thập đỏ và các tổ chức xã hội cấp tỉnh trong việc triển khai Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ KT

**Vai trò của Ủy ban nhân dân các cấp**

* Cấp xã
* Cấp huyện
* Cấp tỉnh
* Cấp trung ương

Dựa trên các trách nhiệm sau:

* Ban hành văn bản chính sách
* Hướng dẫn thực hiện
* Tuyên truyền thay đổi nhận thức cộng đồng
* Nghiên cứu thu thập số liệu/ báo cáo/ rút kinh nghiệm.

**1.5. Tăng cường năng lực về Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

***Tăng cường cơ sở vật chất và trang thiết bị***

Tùy khả năng của từng địa phương có thể tăng cường trang thiết bị can thiệp sớm cho địa phương như sau:

* *Tuyến tỉnh*

Trang thiết bị về phát hiện sớm và can thiệp sớm tùy theo nhu cầu và nguồn của từng địa phương và nguồn của chương trình. Tập trung đầu tư trang thiết bị cho các cơ sở y tế và giáo dục cấp tỉnh, nơi cung cấp dịch vụ chuyên môn hóa cao. Có thể dựa vào quy định về danh mục trang thiết bị cho các cơ sở này của Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo. Tăng cường huy động nguồn lực của cộng đồng.

* *Tuyến huyện*

Trang thiết bị nên tập trung vào các cơ sở y tế tuyến huyện. Mô hình trường mẫu giáo và mâm non liên xã về can thiệp sớm cần cân nhắc kỹ vì khả năng duy trì mô hình không cao.

* *Tuyến xã*

Cần trang bị cho trạm y tế xã các dụng cụ tập đơn giản, với các trường mầm non và mẫu giáo cần được cung cấp thiết bị dạy học để có thể tổ chức các khu vực chơi và học hợp lý, kích thích sự phát triển của trẻ,

***Đào tạo nhân lực về Phát hiện sớm-Can thiệp sớm***

* *Tuyến tỉnh*

Cần đào tạo các cán bộ y tế, giáo dục và xã hội chuyên sâu về các chuyên ngành liên quan đến phát hiện và can thiệp sớm để xây dựng một đội ngũ các chuyên gia đầu ngành tuyến tỉnh về phát hiện sớm, can thiệp sớm.

* *Tuyến huyện*

Cần xây dựng một đội ngũ cán bộ nguồn về phát hiện sớm, can thiệp sớm để đội ngũ này có thể giúp tăng cường năng lực chuyên môn cho cán bộ xã (y tế, giáo viên, cán bộ xã hội).

* *Tuyến xã*

Cần trang bị cho các cán bộ y tế, giáo viên và cán bộ xã hội các kỹ năng cơ bản trong phát hiện sớm và can thiệp sớm, kỹ năng tư vấn gia đình, kiến thức về các dịch vụ phát hiện sớm, can thiệp sớm.

Khuyến khích việc đưa nội dung phát hiện sớm, can thiệp sớm vào chương trình đào tạo tại các trường đại học, cao đẳng và trung học y tế.

**1.6. Hướng dẫn Điều hành, Quản lý Phát hiện sớm-Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

**Hệ thống điều hành**

Các chương trình phát hiện sớm, can thiệp sớm cần thành lập các ban điều hành các cấp. Ban điều hành này cần lồng ghép vào Ban điều hành chương trình PHCNDVCĐ hoặc Ban điều hành Chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Nếu địa phương chưa có ban điều hành này thì có thể thành lập Ban điều hành mới. Ban điều hành chương trình phát hiện sớm, can thiệp sớm cần có cơ cầu như sau:

+ Chủ tịch Ban Điều hành là Lãnh đạo Ủy Ban nhân dân các cấp.

+ Các thành viên Cốt lõi của Ban điều hành bao gồm: Đại diện lãnh đạo ngành Y tế, ngành giáo dục, Lao động-thương binh và xã hôi và Hội phụ nữ. Ngoài ra, tùy tình hình của từng địa phương mà có các thành viên khác cho phù hợp. Ngành y tế sẽ là cơ quan đầu mối của chương trình.

**Hệ thống quản lý**

Quản lý theo ngành dọc của ngành y tế, giáo dục và xã hội. Mỗi ngành cần cử cán bộ chuyên trách chịu trách nhiệm lập kế hoạch, điều phối hoạt động, theo dõi và giám sát chương trình. Ngoài ra, công tác quản lý còn bao gồm duy trì dữ liệu về trẻ khuyết tật/trẻ có vấn đề chậm phát triển, hệ thống giao ban và báo cáo hoạt động phát hiện sớm, can thiệp sớm định kỳ. Các quy định về giao ban chương trình có thể tham khảo và lồng ghép trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

**Hệ thống báo cáo, theo dõi, giám sát**

Chương trình phát hiện sớm can thiệp sớm cần xây dựng các chỉ số theo dõi và đánh giá hoạt động của chương trình tại các cấp. Các chỉ số này cần được tích hợp trong các biểu mẫu báo cáo, theo dõi, giám sát của chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được Bộ Y tế ban hành.

**Duy trì chương trình**

Các hoạt động của chương trình phát hiện sớm, can thiệp sớm cần được thiết kế sao cho lồng ghép vào hoạt động thường quy của hệ thống hiện hành. Các chương trình phát hiện sớm, can thiệp sớm cần đảm bảo việc nâng cao năng lực cho gia đình và cộng đồng trong việc phát hiện sớm trẻ khuyết tật và tăng cường năng lực cho hệ thống y tế, giáo dục và xã hội trong việc đáp ứng với nhu cầu của trẻ và gia đình.

**2. QUY TRÌNH PHÁT HIỆN SỚM-CAN THIỆP SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT**

**2.1. Các bước triển khai Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

Triển khai phát hiện sớm - can thiệp sớm nên theo 3 bước sau:

* Bước 1. Sàng lọc phát hiện rối loạn phát triển
* Bước 2. Khám đánh giá sự phát triển toàn diện và phân loại khuyết tật, Đánh giá nhu cầu can thiệp sớm của trẻ và Đánh giá nhu cầu của gia đình có trẻ khuyết tật về can thiệp sớm.
* Bước 3. Can thiệp sớm PHCN toàn diện trẻ khuyết tật.

**Sơ đồ các bước Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

Trẻ bình thường

Trẻ nghi ngờ bị rối loạn phát triển

Sàng lọc vào mốc tuổi tiếp theo

KT vận động

KT về nghe, nói

KT về tâm thần, thần kinh

KT về trí tuệ

Các KT khác

KT về nhìn

PHCN Y tế;

Giáo dục hòa nhập, chuyên biệt;

Hỗ trợ xã hội phù hợp;

Tiếp cận môi trường

**Bước 3.**

Can thiệp sớm toàn diện trẻ khuyết tật

**Bước 2.**

Khám phân loại khuyết tật, Đánh giá nhu cầu can thiệp sớm

**Bước 1**.

Sàng lọc rối loạn phát triển trẻ 0-6 tuổi

**2.2. Quy trình Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ khuyết tật**

***Bước 1: Sàng lọc phát hiện rối loạn phát triển***

**1) Mục tiêu**

* Tất cả trẻ em sinh ra tại cộng đồng đều được sàng lọc để phát hiện sớm các rối loạn phát triển tuần tự theo các lứa tuổi sau: 0, 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48, 60 tháng tuổi.
* Tất cả trẻ khuyết tật đã được khám chẩn đoán xác định và phân loại dạng khuyết tật vẫn được hẹn để tiếp tục sàng lọc vào các lứa tuổi tiếp theo.

**2) Đối tượng sàng lọc:** Tất cả các trẻ tại địa phương từ 0 – 6 tuổi.

**3) Nhân lực thực hiện**

Người thực hiện sàng lọc có thể là một hoặc nhiều người thuộc các nhóm sau:

* *Gia đình:* Cha mẹ, người thân, người chăm sóc chính của trẻ
* *Cán bộ ngành y tế* thuộc một hoặc nhiều tuyến từ Trạm y tế; Trung tâm y tế/ Bệnh viện huyện; Các bệnh viện tuyến tỉnh; Các bệnh viện trung ương (Bác sỹ/ kỹ thuật viên/ điều dưỡng/ nữ hộ sinh/ y tế thôn bản thuộc chuyên ngành Phục hồi chức năng Nhi/ Nhi khoa/ Tâm thần nhi/ Mắt/ Tai mũi họng/ Thính học/ Tâm lý…)
* *Cán bộ ngành giáo dục*: Giáo viên thuộc hệ Nhà trẻ; Mẫu giáo.
* *Cán bộ ngành Lao động-Thương binh-Xã hội*;
* *Cán bộ Chữ thập đỏ*;
* *Can bộ thuộc các tổ chức xã hội khác* tại cộng đồng

**3) Công cụ sàng lọc**

* *Công cụ sàng lọc khuyết tật* là 9 **Bộ câu hỏi theo tuổi và giai đoạn của Việt Nam** (Vietnamese ASQ-Vietnamese Ages & Stages Questionaires) cho trẻ từ 0 đến 6 tuổi do các chuyên gia PHCN của Bộ Y tế phát triển có tham khảo bộ ASQ của Mỹ, các tài liệu trong nước và quốc tế về sàng lọc khuyết tật.
* *Tiêu chuẩn của Công cụ sàng lọc khuyết tật ở trẻ em* phải đảm bảo:

1) Phát hiện ra trẻ bị rối loạn phát triển theo các lứa tuổi từ 0-6 tuổi;

2) Dễ dàng sử dụng tại cộng đồng,

3) Phù hợp với văn hoá cộng đồng.

**4) Tập huấn sàng lọc**

Để triển khai sàng lọc khuyết tật ở trẻ em mỗi địa phương phải tổ chức tập huấn về sàng lọc trong 1 ngày do cán bộ PHCN có kinh nghiệm về lĩnh vực này giảng dạy

**5) Quy trình sàng lọc khuyết tật**

* *Công tác chuẩn bị*

Lập kế hoạch (kinh phí, nhân lực, thời gian, địa điểm...).

Phân công trách nhiệm cho cán bộ y tế thực hiện sàng lọc khuyết tật.

Lập Danh sách hộ gia đình và trẻ em 0-6 tuổi theo xã.

Thông báo cho các hộ gia đình trong toàn xã biết về kế hoạch sàng lọc khuyết tật ở trẻ em.

* *Triển khai sàng lọc khuyết tật*

Có thể triển khai sàng lọc trẻ khuyết tật theo một hoặc nhiều cách sau:

* *Cán bộ y tế thực hiện sàng lọc*

Cán bộ Trạm y tế đã được tập huấn trực tiếp phỏng vấn gia đình (bố, mẹ, ông, bà...) về sự phát triển của tất cả mọi trẻ (trẻ bình thường và trẻ khuyết tật ở lứa tuổi 0-6 tuổi) tại Trạm Y tế xã (lồng ghép với các chương trình chăm sóc sức khỏe khác), tại trường học (Mẫu giáo) hoặc tại nhà.

Đối với trẻ sơ sinh: Các bác sỹ, nữ hộ sinh, y tá tại các phòng đẻ khoa sản, nhà hộ sinh, trạm y tế trực tiếp phỏng vấn và quan sát phát hiện các dị tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh trước khi cho trẻ về nhà.

* *Gia đình tự sàng lọc trẻ khuyết tật*

Gia đình có thể liên hệ với các cơ sở y tế (xã, huyện, tỉnh, trung ương) để có được Phiếu sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển của trẻ (Phiếu rời, Phiếu đã được in vào Sổ khám bệnh, Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em, Sổ theo dõi sức khỏe học sinh mầm non hoặc Phiếu treo tường của Trạm y tế).

Gia đình tự trả lời các câu hỏi trong phiếu. Nếu thấy trẻ có dấu hiệu rối loạn phát triển gia đình liên hệ với cán bộ y tế Trạm Y tế xã để được hướng dẫn khám chẩn đoán xác định và phân loại khuyết tật tiếp.

* *Tại các phòng đẻ của khoa sản, nhà hộ sinh*:

Các nữ hộ sinh có trách nhiệm Sàng lọc phát hiện các dị tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh trước khi cho trẻ về nhà, ghi chép vào hồ sơ các dấu hiệu bất thường của trẻ.

* *Tại các khoa khám bệnh, trạm y tế*

In bộ câu hỏi sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển của trẻ thành các tờ tranh treo tường với các hình ảnh sinh động, dễ hiểu treo trên cửa các phòng khám bệnh, phòng điều trị để cha mẹ và người chăm sóc trẻ có thể dễ dàng đọc và tự sàng lọc cho con em mình.

* *Tại các trường mầm non*

In bộ câu hỏi sàng lọc sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển của trẻ vào sổ theo dõi học sinh mầm non để giáo viên, người nuôi trẻ dễ dàng và thuận tiện theo dõi và phát hiện các dấu hiệu chậm phát triển và dấu hiệu nghi ngờ khuyết tật trẻ.

* *Sử lý sau sàng lọc*
* *Hẹn sàng lọc vào mốc tuổi tiếp theo*

Tất cả các trẻ có kết quả sàng lọc là bình thường hay bất thường đều sẽ được hẹn sàng lọc rối loạn phát triển vào lứa tuổi tiếp tới (Ví dụ: trẻ có kết quả sàng lọc lúc 12 tháng tuổi là bình thường sẽ hẹn sàng lọc tiếp khi 18 tháng tuổi.

* *Gửi khám chấn đoán và phân loại khuyết tật*

Tất cả các trẻ bị nghi ngờ có rối loạn phát triển qua sàng lọc sẽ được sử lý theo một hoặc hai cách sau:

* *Khám phân loại khuyết tật tại cộng đồng:* Trạm y tế xã lập danh sách trẻ nghi ngờ bị khuyết tật tại địa phương và tổ chức Khám và Phân loại khuyết tật theo kế hoạch của xã ngay tại cộng đồng, hoặc
* *Gửi khám phân loại tại cơ sở y tế tuyến trên:* Cán bộ Trạm Y tế xã chuyển tuyến và hướng dẫn gia đình cho trẻ đi khám chẩn đoán và phân loại khuyết tật ở cơ sở y tế tuyến trên nơi có bác sỹ chuyên khoa PHCN Nhi/Thần kinh Nhi/ Phẫu thuật chỉnh hình Nhi…
* *Lưu giữ hồ sơ khuyết tật:* Tất cả hồ sơ, tài liệu liên quan đến sàng lọc khuyết tật được lưu giữ tại Trạm y tế xã.

***Bước 2: Khám phân loại dạng khuyết tật***

**1) Mục tiêu**

Tất cả trẻ nghi ngờ bị khuyết tật sau sàng lọc phải được khám chẩn đoán xác định và phân loại dạng khuyết tật.

**2) Đối tượng**

Trẻ từ 0-6 tuổi nghi ngờ bị khuyết tật qua sàng lọc rối loạn phát triển theo lứa tuổi.

**3) Người thực hiện**

* Khám phân loại khuyết tật tại cộng đồng và đánh giá nhu cầu can thiệp sớm do Bác sỹ PHCN Nhi thực hiện.
* Khám phân loại khuyết tật tại cơ sở tuyến trên do Bác sỹ PHCN Nhi, Thần kinh Nhi, Tâm bệnh Nhi, Tai mũi họng, Răng Hàm mặt Nhi, phẫu thuật chỉnh hình Nhi. Đánh giá sự phát triển do chuyên gia tâm lý, Cán bộ thanh thính học Nhi.

**4) Công cụ khám phân loại khuyết tật**

* Phiếu 1. Đánh giá sự phát triển chung của trẻ (GDA-General developmetal Assessment) và Bộ khám Nhi (Ống nghe, đèn khám tai mũi họng), Bộ khám thần kinh Nhi (Búa phản xạ, thước dây, khám cảm giác...).
* Phiếu 2. Đánh giá nhu cầu can thiệp sớm của trẻ.
* Phiếu 3. Điều tra nhu cầu can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật của gia đình.

**5) Quy trình khám phân loại khuyết tật tại cộng đồng**

* *Công tác chuẩn bị*

Lập kế hoạch (kinh phí, nhân lực, thời gian, địa điểm...).

Phân công trách nhiệm cho cán bộ Trạm y tế tham gia tổ chức khám phân loại khuyết tật.

Thông báo cho các hộ gia đình có trẻ bị nghi ngờ khuyết tật trong toàn xã biết về kế hoạch khám phân loại khuyết tật ở trẻ em.

Đoàn khám phân loại khuyết tật: Bác sỹ PHCN chịu trách nhiệm chính, ngoài ra có thể mời các chuyên gia về Tai mũi họng, Tâm bệnh, Thần kinh, Tâm lý phát triển trẻ em...tùy vào kinh phí của địa phương.

Địa điểm khám phân loại khuyết tật: có thể ở huyện, cụm xã hoặc xã.

* *Triển khai khám phân loại khuyết tật theo kế hoạch*
* *Khám đánh giá sự phát triển toàn diện* do bác sỹ PHCN và bác sỹ Nhi thực hiện. Nội dung khám bao gồm Khám tổng quát, đánh giá kỹ năng Vận động thô, vận động tinh, Cá nhân-Xã hội, Nhận thức, Giao tiếp-Ngôn ngữ, Hành vi… Kết luận khám: Chẩn đoán dạng khuyết tật, Mức độ khuyết tật.
* *Đánh giá nhu cầu can thiệp sớm của trẻ:* bác sỹ PHCN/ KTV PHCN/ Điều dưỡng đã được tập huấnđánh giá nhu cầu can thiệp sớm vể PHCN y tế (Vận động trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu, Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày, Dụng cụ trợ giúp và chỉnh hình, Phẫu thuật chỉnh hình, ...), về giáo dục (chuyên biệt, hòa nhập) và về hỗ trợ xã hội.
* *Điều tra nhu cầu can thiệp sớm của gia đình có trẻ khuyết tật:* bác sỹ PHCN/ KTV PHCN/ Điều dưỡng đã được tập huấnphỏng vấn về nhu cầu của gia đình về can thiệp sớm và hỗ trợ xã hội.
* *Sử lý sau khám phân loại khuyết tật theo kế hoạch*
* Thông báo cho gia đình về kết luận khám phân loại khuyết tật, hướng dẫn về can thiệp sớm.
* Trạm Y tế xã lập danh sách trẻ khuyết tật của xã và lưu trữ hồ sơ khuyết tật.
* Báo cáo về Phát hiện sớm trẻ khuyết tật tại địa phương mình cho xã và cấp trên.

***Bước 3: Can thiệp sớm***

**1. Mục tiêu Can thiệp sớm khuyết tật ở trẻ em:**

- Tất cả trẻ khuyết tật đã được chẩn đoán xác định tại cộng đồng được quản lý theo dõi và can thiệp tại các tuyến.

- Tất cả cha mẹ trẻ khuyết tật tại cộng đồng được tập huấn về can thiệp sớm tại nhà.

### 2. Cách triển khai Can thiệp sớm trẻ khuyết tật

***2.1. Can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại cộng đồng***

* *Mục tiêu:*
  + Tất cả trẻ khuyết tật dưới 6 tuổi tại địa phương đều được lập hồ sơ can thiệp sớm.
  + Tất cả trẻ khuyết tật dưới 6 tuổi tại địa phương có nhu cầu PHCN đều được can thiệp sớm tại cộng đồng.
  + Tất cả trẻ khuyết tật dưới 6 tuổi tại địa phương có nhu cầu chuyển lên tuyến trên để can thiệp sớm đều được hỗ trợ.
* *Kỹ thuật can thiệp sớm khuyết tật ở trẻ em:* 
  + Tài liệu “Can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại cộng đồng” dùng cho gia đình, cán bộ PHCNCĐ của Bộ Y tế.
* *Tập huấn can thiệp sớm:*
  + Để triển khai can thiệp sớm trẻ khuyết tật mỗi địa phương phải tổ chức tập huấn về can thiệp sớm do cán bộ PHCN có kinh nghiệm về lĩnh vực này giảng dạy.
* *Triển khai can thiệp sớm trẻ khuyết tật:* 
  + Ban điều hành chương trình PHCNDVCĐ tại các tuyến tỉnh, huyện, xã họp để bàn về kế hoạch triển khai (kinh phí, nhân lực, thời gian, địa điểm...)
  + Tập huấn cho cán bộ y tế thôn bản, cha mẹ trẻ khuyết tật về Kỹ thuật can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại cộng đồng.
  + Thông báo cho nhân dân trong toàn xã biết về chương trình can thiệp sớm khuyết tật ở trẻ em.
  + Thăm các hộ gia đình có trẻ khuyết tật tại nhà: đánh giá nhu cầu của trẻ khuyết tật, hướng dẫn can thiệp sớm cho thành viên gia đình.
  + Phân loại các trẻ khuyết tật có nhu cầu chuyển tuyến trên gửi cho Ban điều hành tuyến trên (huyện, tỉnh).
* *Theo dõi, giám sát can thiệp trẻ khuyết tật:*
  + Số liệu về tất cả trẻ khuyết tật tại địa phương được lưu trữ tại trạm y tế xã.
  + Lập kế hoạch theo dõi từng trẻ khuyết tật theo tháng/ quý, năm
* *Kinh phí:* Dự án trẻ khuyết tật tại địa phương.

***2.2. Can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại các cơ sở y tế tuyến***

*- Mục tiêu:* Tất cả trẻ em khuyết tật có chỉ định chuyển tuyến đều được tiếp nhận và PHCN tại các khoa PHCN của các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, bệnh viện/ trung tâm PHCN.

*- Nhân lực:* Cán bộ PHCN, PHCN Nhi, Tâm bệnh Nhi, Tai mũi họng và thanh thính học, Răng Hàm mặt, phẫu thuật chỉnh hình, Chuyên gia tâm lý, cán bộ xã hội hoặc giáo viên được đào tạo chuyên sâu về can thiệp rối loạn phát triển ở trẻ em tại các tuyến trung ương, tỉnh, huyện được tập huấn về can thiệp sớm trẻ khuyết tật.

* *Công cụ can thiệp*

Tài liệu Can thiệp sớm PHCN theo dạng khuyết tật ở trẻ em và can thiệp sớm theo từng chuyên ngành.

*- Kinh phí:* Kinh phí thường quy của các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, bệnh viện/ trung tâm PHCN và bảo hiểm trẻ dưới 6 tuổi.

**5) Quy trình can thiệp sớm PHCN cho trẻ khuyết tật theo kế hoạch**

* *Công tác chuẩn bị*

Lập kế hoạch (kinh phí, nhân lực, thời gian, địa điểm...).

Phân công trách nhiệm cho cán bộ Trạm y tế thực hiện can thiệp sớm trẻ khuyết tật.

Thông báo cho các hộ gia đình có trẻ bị khuyết tật trong toàn xã biết về kế hoạch can thiệp sớm PHCN cho trẻ khuyết tật.

Địa điểm can thiệp sớm trẻ khuyết tật: có thể ở trung ương, tỉnh, huyện, xã.

* *Triển khai can thiệp trẻ khuyết tật theo kế hoạch*

Sau khi có kết quảkhám xác định dạng tật, mức độ khuyết tật và xác định nhu cầu can thiệp của trẻ, trạm y tế xã phối hợp với gia đình trẻ thực hiện các hoạt động sau:

* Can thiệp tại gia đình: Trẻ được thành viên gia đình và y tế thôn bản hướng dẫn tập luyện các kỹ năng vận động, giao tiếp và dạy trẻ nói. Trẻ được tham gia vào các hoạt động cuộc sống gia đình và cộng đồng
* Can thiệp tại các trường mẫu giáo: Trẻ được tham gia học giáo dục hòa nhập hoặc chuyên biệt do các giáo viên có kiến thức và kỹ năng về giáo dục trẻ khuyết tật dạy và tạo môi trường phát triển tôt nhất cùng với bạn bè cùng lứa.
* Can thiệp tại các cơ sở y tế: Trạm y tế là nơi quản lý (hồ sơ cá nhân, phân công nhân lực, theo dõi; đánh giá, báo cáo) về quá trình can thiệp sớm toàn diện
* *Các biện pháp can thiệp sớm trẻ khuyết tật theo kế hoạch*
* *Các phương pháp can thiệp sớm PHCN* y tế gồm Vận động trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu, Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày, Dụng cụ trợ giúp và chỉnh hình, Phẫu thuật chỉnh hình;
* *Các hình thức can thiệp sớm về giáo dục* gồm giáo dục chuyên biệt, hòa nhập;
* *Các hình thức hỗ trợ xã* hội gồm hỗ trợ hàng tháng, hỗ trợ thường xuyên, hỗ trợ đột xuất, hỗ trợ gia đình, hỗ trợ bảo hiểm y tế, hỗ trợ về giáo dục và hướng nghiệp.
* *Đánh giá sau can thiệp khuyết tật theo kế hoạch*
* Đánh giá và thông báo cho gia đình về kết quả đánh giá sau can thiệp (quý, năm) cho trẻ khuyết tật.
* Trạm Y tế xã lập danh sách trẻ khuyết tật của xã và lưu trữ hồ sơ khuyết tật.
* Báo cáo về Phát hiện sớm trẻ khuyết tật tại địa phương mình cho xã và cấp trên.

**Hướng dẫn thực hiện can thiệp tại nhà**

* + Quy trình lập kế hoạch can thiệp cho từng trẻ bao gồm: Đánh giá toàn diện (nhu cầu của trẻ và gia đình) => xây dựng kế hoạch can thiệp trong một giai đoạn nhất định=> Thực hiện kế hoạch can thiệp => đánh giá kết quả can thiệp => điều chỉnh/lập kế hoach can thiệp cho giai đoạn tiếp theo.
  + Mỗi trẻ cần phải có bản kế hoạch can thiệp cho riêng mình theo từng giai đoạn phát triển nhất định và phù hợp với nguồn lực của gia đình trẻ.
  + Những người tham gia vào lập kế hoạch can thiệp: Kế hoạch can thiệp cho từng cá nhân trẻ phải được một nhóm các chuyên gia y tế, giáo dục, xã hội và cha mẹ trẻ tham gia, trong đó vai trò của cha mẹ mang tính quyết định.

**Hướng dẫn về phân cấp dịch vụ theo tuyến**

* + *Tuyến xã:*

+ *Chương trình PHCN tại nhà về* Vận động trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu, Hoạt động trị liệu và dụng cụ trợ giúp thích nghi đơn giản.

+ Các dịch vụ phát hiện sớm, khám sàng lọc và đánh giá.

+ Chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ dưới 6 tuổi: khám chữa bệnh, tiêm chủng.

+ Giáo dục hòa nhập cho trẻ tại các trường mầm non.

+ Các dịch vụ xã hội, hỗ trợ trẻ và gia đình

+ Huấn luyện gia đình, tư vấn và thăm tại nhà.

+ Các dịch vụ điều phối các hoạt động hỗ trợ trẻ

+ Các dịch vụ nhằm bảo đảm môi trường ít hạn chế nhất cho trẻ về thể chất và tinh thần, tại nhà và tại trường.

* + *Tuyến huyện*

+ *PHCN chuyên sâu* về Vật lý trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu, Hoạt động trị liệu, Các dịch vụ cung cấp dụng cụ trợ giúp.

+ Các dịch vụ phát hiện sớm, khám sàng lọc và đánh giá.

+ Can thiệp phẫu thuật đơn giản theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế.

+ Các dịch vụ về thị lực.

+ Các dịch vụ giáo dục phù hợp.

+ Các dịch vụ công tác xã hội.

+ Huấn luyện gia đình, tư vấn và thăm tại nhà.

* + *Tuyến tỉnh và tuyến Trung ương:*

+ *PHCN chuyên sâu* về Vật lý trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu, Hoạt động trị liệu, Các dịch vụ cung cấp dụng cụ trợ giúp.

+ Các dịch vụ phát hiện sớm, khám sàng lọc và đánh giá.

+ Can thiệp phẫu thuật theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế.

+ Các dịch vụ về thị lực.

+ Các dịch vụ giáo dục chuyên biệt.

+ Các dịch vụ tâm lý.

+ Các dịch vụ công tác xã hội.

+ Huấn luyện gia đình, tư vấn và thăm tại nhà.

**Phần III**

**HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ EM KHUYẾT TẬT**

**1. HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHÁT HIỆN SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT**

* 1. **Hướng dẫn thực hiện kỹ thuật sàng lọc khuyết tật**

Dựa vào tuổi của trẻ mà chọn 1 trong 9 Phiếu sàng lọc:

* *Phiếu 1. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 0-28 ngày*
* *Phiếu 2. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 3 tháng tuổi*
* *Phiếu 3. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 6 tháng tuổi*
* *Phiếu 4. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 9 tháng tuổi*
* *Phiếu 5. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 12 tháng tuổi*
* *Phiếu 6. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 24 tháng tuổi*
* *Phiếu 7. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 36 tháng tuổi*
* *Phiếu 8. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 48 tháng tuổi*
* *Phiếu 9. Sàng lọc phát hiện sớm rối loạn phát triển ở trẻ 60 tháng tuổi*

**Phương pháp phỏng vấn**

Phương pháp phỏng vấn này được áp dụng cho cán bộ sàng lọc dùng để làm việc với gia đình tại nhà, tại trạm y tế, tại trường mầm non, tại các cơ sở y tế khác.

* *Chào hỏi:* Xin chào ông/bà/anh/chị ...
* *Giới thiệu:* Chúng tôi là (đoàn) cán bộ của ….
* *Lý do:* Chúng tôi muốn phỏng vấn gia đình 20 câu hỏi với mục đích đánh giá sự phát triển của trẻ em lứa tuổi 0-6 tuổi tại địa phương nhằm phát hiện sớm những rối loạn phát triển ở trẻ em từ đó có biện pháp can thiệp sớm giúp trẻ phát triển tốt hơn.
* *Cam kết tham gia*

Đề nghị gia đình cho biết gia đình có đồng ý trả lời hay không?

* + Nếu gia đình đồng ý 🡪 Tiếp tục công việc
  + Nếu gia đình không đồng ý 🡪 Ngừng công việc
* *Cách phỏng vấn*
  + Hỏi tên, tháng và năm sinh của trẻ để tìm ra Phiếu sàng lọc thích hợp.
  + Hỏi lần lượt theo trình tự các câu hỏi của Phiếu sàng lọc
  + Đọc từng câu hỏi một, không hỏi nhiều câu hỏi cùng lúc và dành thời gian cho đối tượng được phỏng vấn suy nghĩ trả lời.
  + Nếu đối tượng được phỏng vấn không hiểu thì nhắc lại câu hỏi. Người phỏng vấn không nên tự đặt câu hỏi theo kiểu khác tránh sai ý nghĩa của câu hỏi.
  + Nếu sau 3 lần hỏi mà đối tượng được phỏng vấn vẫn không hiểu thì có thể giải thích nội dung câu hỏi.
  + Nếu câu hỏi gồm nhiều ý thì đọc chậm rãi từng ý một và đợi người được phỏng vấn trả lời.
  + Nếu người được phỏng vấn trả lời lan man không đúng trọng tâm thì hãy khéo léo ngắt lời và chuyển hướng vào đúng chủ đề đang hỏi.

**Cách điền phiếu**

Người phỏng vấn điền câu trả lời vào “Danh sách sàng lọc khuyết tật” bằng cách đánh dấu (X) hoặc (√) vào đúng ô “Có” hoặc “Không” trung thành với câu trả lời của gia đình. Không tự ý thay đổi hoặc mớm lời cho gia đình.

*Người phỏng vấn phải:*

* + Đọc trước và hiểu rõ từng câu hỏi trước khi đi phỏng vấn.
  + Không biểu lộ thái độ ý kiến phê bình, bình phẩm với đối tượng được phỏng vấn
  + Kiểm tra lại nếu nghi ngờ câu trả lời không chính xác.
  + Động viên khuyến khích đối tượng trả lời đầy đủ
  + Những câu hỏi cần quan sát thì xin phép quan sát trước khi hỏi.
* *Tạm biệt:* Cảm ơn gia đình và chào khi kết thúc phỏng vấn.
* *Sau khi kết thúc phỏng vấn*: Phải xắp xếp Phiếu sàng lọc theo địa dư và nộp cho cán bộ phụ trách.

**Đánh giá kết quả sàng lọc**

* *Phiếu số 1:* Trẻ bị nghi ngờ có rối loạn phát triển khi “Có” bất cứ 1 dấu hiệu bất thường (Khi có bất cứ câu trả lời nào rơi vào ô “Có”).
* *Phiếu số 2🡪 9:* Trẻ bị nghi ngờ có rối loạn phát triển khi
* “Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng của các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ; Vận động thô, Vận động tinh; Bắt chước và Học, Cá nhân - Xã hội (Câu hỏi 1🡪 15), hoặc
* “Có” 1 trong các dấu hiệu chung bất thường (Câu hỏi 16🡪 20).

**Hướng dẫn Phương pháp sàng lọc theo lứa tuổi:**

1. ***Trẻ 0-28 ngày tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã/ huyện/ trung ương (cán bộ sản các tuyến hoặc y tế xã/ phường; y tế thôn bản) chọn *Phiếu số 1* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 3 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
2. ***Khi trẻ được 3 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc y tế thôn bản; cộng tác viên; gia đình) chọn *Phiếu số 2* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 6 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
3. ***Khi trẻ được 6 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc y tế thôn bản; cộng tác viên; gia đình) chọn *Phiếu số 3* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 9 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
4. ***Khi trẻ được 9 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc y tế thôn bản; cộng tác viên; gia đình) chọn *Phiếu số 4* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 12 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
5. ***Khi trẻ được 12 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc giáo viên, y tế thôn bản; cộng tác viên Hội Chữ thập đỏ; gia đình, Giáo viên mẫu giáo...) chọn *Phiếu số 5* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 24 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
6. ***Khi trẻ được 24 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc giáo viên, y tế thôn bản; cộng tác viên Hội Chữ thập đỏ; gia đình, Giáo viên mẫu giáo...) chọn *Phiếu số 6* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 36 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
7. ***Khi trẻ được 36 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc giáo viên, y tế thôn bản; cộng tác viên Hội Chữ thập đỏ; gia đình, Giáo viên mẫu giáo...) chọn *Phiếu số 7* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 48 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
8. ***Khi trẻ được 48 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc giáo viên, y tế thôn bản; cộng tác viên Hội Chữ thập đỏ; gia đình, Giáo viên mẫu giáo...) chọn *Phiếu số 8* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 60 tháng tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường).
9. ***Khi trẻ được 60 tháng tuổi:*** Cán bộ sàng lọc tuyến xã (y tế xã/ phường hoặc giáo viên, y tế thôn bản; cộng tác viên Hội Chữ thập đỏ; gia đình, Giáo viên mẫu giáo...) chọn *Phiếu số 9* sau đó hỏi, quan sát và điền phiếu 🡪 Nếu trẻ có bất thường gửi khám bác sỹ Nhi, PHCN. Hẹn ngày sàng lọc tiếp tới vào lúc 6 tuổi cho tất cả mọi trẻ (bình thường và bất thường). Từ đó trở đi cứ mỗi năm một lần trẻ phải được khám sàng lọc lại.

***Lưu ý: C***ác phiếu sàng lọc từ phiếu số 2 trở đi có thể áp dụng cho trẻ có độ tuổi trước hoặc sau mốc độ tuổi quy định ở trên khoảng 10 ngày.

**BỘ PHIẾU SÀNG LỌC RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN Ở TRẺ**

**Phiếu 1. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 0-28 ngày tuổi**

*(Dùng cho trẻ 0 tháng đến dưới 3 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà)............. Xã(Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các kỹ năng của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp-Ngôn ngữ:** |  |  |
| 1 | Trẻ có dấu hiệu “Không bao giờ phát ra những âm thanh “? |  |  |
| 2 | Trẻ có dấu hiệu “Không biết thể hiện gì khi đói, ướt do đái, ỉa”? |  |  |
| 3 | Trẻ có dấu hiệu “Không chớp mắt/giật mình khi có tiếng động mạnh”? |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có giảm vận động ở tay/ chân hoặc mềm nhẽo toàn thân không? |  |  |
| 5 | Trẻ có bị hạn chế vận động tại các khớp lớn không? (Háng, gối, cố chân, vai, khuỷu, cố tay, quay đầu cổ…) |  |  |
| 6 | Trẻ có bị dị tật chân không? (Thừa/ thiếu ngón, cụt một phần, khoèo, ngắn) |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có dị tật tay không? (Thừa/ thiếu ngón, cụt một phần, khoèo, ngắn… |  |  |
| 8 | Trẻ có bị hạn chế gập/ duỗi đốt ngón tay không? |  |  |
| 9 | Trẻ có nắm bàn tay quá chặt hơn bình thường không? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có bộ mặt khác thường hoặc dị tật trên mặt không? |  |  |
| 11 | Trẻ có khác thường ở đầu không? (Khuyết xương, u đầu, không có thóp… |  |  |
| 12 | Trẻ có dấu hiệu “Không biết mỉm cười (cười khi ngủ)” không? |  |  |
|  | **Cá nhân - Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có khó khăn về ỉa, đái không? (Không ỉa phân su, đái khó…) |  |  |
| 14 | Trẻ có khóc nhiều suốt ngày đêm (khóc dạ đề) không? |  |  |
| 15 | Trẻ mút bú; nuốt, uống có khó khăn không? |  |  |
|  | **Các dấu hiệu khác thường khác:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật không? |  |  |
| 17 | Trẻ có khác thường ở mặt (môi, hàm ếch), cổ, cột sống, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có khác thường về tai không? *VD: không có vành tai hoặc lỗ tai* |  |  |
| 19 | Trẻ có khác thường về mắt không? *VD: Mắt lác, sụp mí, lồi mắt…* |  |  |
| 20 | Trẻ có các khác thường nào khác không? Ghi rõ: |  |  |

**Đánh giá:**

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi ít nhất 1 câu trả lời rơi vào ô“Có”*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ....../...../......**Người trả lời**…..................…

**Người sàng lọc** ……………**Quan hệ với trẻ**……………

**Phiếu 2. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 3 tháng tuổi**

*(Dùng cho trẻ 3 tháng đến dưới 6 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã(Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp-Ngôn ngữ:** |  |  |
| 1 | Trẻ có dừng khóc khi nghe thấy giọng nói của bạn không? |  |  |
| 2 | Trẻ có cười thành tiếng không? |  |  |
| 3 | Trẻ có phát ra âm thanh khi nhìn thấy đồ chơi hoặc người không? |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có quay đầu về cả hai phía khi nằm ngửa không? |  |  |
| 5 | Khi nằm sấp trẻ có nâng đầu lên cao 7-8 cm trong ít nhất 15 giây không? |  |  |
| 6 | Khi nằm ngửa trẻ có đưa cả hai tay qua ngực lên miệng để ngậm không? |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có tự mở bàn tay một phần hoặc hoàn toàn không? |  |  |
| 8 | Trẻ có giữ đồ chơi trong tay khoảng một phút khi được đặt vào tay không? |  |  |
| 9 | Trẻ có thể nắm/ cào vào quần áo mình không? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có nhìn theo đồ chơi khi bạn di chuyển sang hai phía trước mặt trẻ không? |  |  |
| 11 | Trẻ có nhìn theo đồ chơi khi bạn di chuyển lên xuống trước mặt trẻ không? |  |  |
| 12 | Trẻ có nhìn vào đồ chơi khi bạn đặt vào tay trẻ không? |  |  |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có nhìn tay mình không? |  |  |
| 14 | Trẻ có chơi với những ngón tay khi nắm hai tay vào nhau không? |  |  |
| 15 | Trẻ có biết sẽ được cho ăn khi nhìn thấy sữa hoặc bình sữa không? |  |  |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…..……………

**Người sàng lọc** ……………**Quan hệ với trẻ**…........……

**Phiếu 3. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 6 tháng tuổi**

*(Dùng cho trẻ 6 tháng đến dưới 9 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã(Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp:** |  |  |
| 1 | Trẻ có quay lại nhìn khi bạn gọi hoặc có tiếng động mạnh không? |  |  |
| 2 | Trẻ có phát ra những âm thanh như “da”, “ga”, “ca” và “ba” không? |  |  |
| 3 | Trẻ có đáp những âm thanh khi bạn chơi với trẻ không? |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có biết lẫy từ tư thế nằm ngửa sang nằm sấp không? |  |  |
| 5 | Trẻ có ngồi chống hai tay được không? |  |  |
| 6 | Trẻ có thể trườn bò bằng tay và hai gối không? |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có biết với tay lấy đồ vật bằng một và hai tay không? |  |  |
| 8 | Trẻ có biết cầm đồ chơi nhỏ bằng bàn tay/ các ngón tay không? |  |  |
| 9 | Trẻ có biết nhặt một vật trên bàn bằng một và hai tay không? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có biết tìm đồ chơi bị rơi ở tư thế nằm sấp không? |  |  |
| 11 | Trẻ có cố lấy đồ chơi khi nhìn thấy ở tư thế nằm sấp không? |  |  |
| 12 | Trẻ có biết chuyển đồ chơi từ tay này sang tay kia không? |  |  |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có phản ứng khi nhìn thấy người lạ không? |  |  |
| 14 | Trẻ có biết sờ vào hình ảnh, cười với mình ở trong gương không? |  |  |
| 15 | Trẻ có biết lấy đồ chơi ở xa bằng cách trườn người đi không? |  |  |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…….…….……

**Người sàng lọc**……………**Quan hệ với trẻ**………...……

**Phiếu 4. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 9 tháng tuổi**

*(Dùng cho trẻ 9 tháng đến dưới 12 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã(Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không | |
|  | **Giao tiếp:** |  |  | |
| 1 | Trẻ có quay đầu về phía có tiếng động không? |  |  | |
| 2 | Trẻ có dừng hoạt động khi bạn nói “không- không” không? |  |  | |
| 3 | Trẻ có phát ra những âm thanh như baba, gaga…không? |  |  | |
|  | **Vận động thô:** |  |  | |
| 4 | Trẻ có biết đứng khi bạn cầm 2 tay trẻ để giữ thăng bằng không? |  |  | |
| 5 | Trẻ có tự ngồi thẳng lưng không? |  |  | |
| 6 | Trẻ có đứng vịn được không? |  |  | |
|  | **Vận động tinh:** |  |  | |
| 7 | Trẻ có biết nhặt vật nhỏ chỉ bằng một tay không? |  |  | |
| 8 | Trẻ có nhặt được những vật nhỏ, nắm chặt nó trong lòng bàn tay, giữa các ngón tay không? |  |  | |
| 9 | Trẻ có biết nhặt vật nhỏ bằng đầu ngón cái và các ngón còn lại không? |  |  | |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  | |
| 10 | Trẻ có biết chuyển vật từ tay này sang tay kia không? |  |  | |
| 11 | Trẻ có biết cầm hai tay hai vật và giữ trong 1 phút không? |  |  | |
| 12 | Khi cầm đồ chơi trẻ có đập nó lên một đồ chơi khác ở trên bàn không? |  |  | |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  | |
| 13 | Trẻ có biết lấy vật ở ngoài tầm với không? |  |  | |
| 14 | Trẻ có cho chân vào mồm ở tư thế nằm ngửa không? |  |  | |
| 15 | Trẻ có tự ăn bánh quy không? |  |  | |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  | |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  | |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  | |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  | |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  | |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  | |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…….…….……

**Người sàng lọc**……………**Quan hệ với trẻ**………...……

**Phiếu 5. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 12 tháng tuổi**

*(Dùng cho trẻ 12 tháng đến dưới 24 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã (Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp:** |  |  |
| 1 | Trẻ có làm theo mệnh lệnh đơn giản không? *VD, đưa cho mẹ, lại đây* |  |  |
| 2 | Trẻ có phát ra từ nào ngoài những âm thanh như baba, gaga…không? |  |  |
| 3 | Trẻ có biết chỉ tay vào đồ vật mình muốn không? |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có biết đứng dậy từ tư thế ngồi có bám tay không? |  |  |
| 5 | Trẻ có biết đi có bám tay không? |  |  |
| 6 | Trẻ có thể tự đi vài bước mà không cần bám tay không? |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có biết nhặt vật nhỏ bằng đầu các ngón tay không? |  |  |
| 8 | Trẻ có biết giơ cao và tung đồ chơi ra phía trước không? |  |  |
| 9 | Trẻ có biết cùng bạn lật trang sách không? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có biết cầm hai vật đập vào nhau không? |  |  |
| 11 | Trẻ có lấy được đồ vật bên trong chiếc lọ nhỏ không? |  |  |
| 12 | Trẻ có biết tìm đồ vật khi bạn giấu dưới mảnh vải/ tờ giấy không? |  |  |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có đưa cho bạn đồ vật khi bạn đưa tay ra yêu cầu không? |  |  |
| 14 | Trẻ có biết phối hợp (đưa tay ra, xỏ vào) khi mặc quần áo không? |  |  |
| 15 | Trẻ có biết chơi với đồ chơi quen thuộc của mình không? |  |  |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…….…….……

**Người sàng lọc**……………**Quan hệ với trẻ**………...……

**Phiếu 6. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 24 tháng tuổi**

*(Dùng cho trẻ 24 tháng đến dưới 36 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã (Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp:** |  |  |
| 1 | Trẻ có chỉ đúng vào đồ vật/ con vật trong tranh khi được hỏi không? *VD: Con chó đâu? Cái cốc đâu?* |  |  |
| 2 | Trẻ có nói được câu 2-3 từ đúng ngữ cảnh không? *VD: Mẹ về rồi* |  |  |
| 3 | Trẻ có biết làm theo mệnh lệnh đơn giản không? *VD: Cất đồ chơi đi* |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có biết bước lên ít nhất 1-2 bậc cầu thang không? |  |  |
| 5 | Trẻ có biết chạy nhanh và dừng lại mà không bị ngã không? |  |  |
| 6 | Trẻ có biết đá bóng, co hai chân nhảy lên không? |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có biết dùng thìa xúc thức ăn đưa vào miệng không? |  |  |
| 8 | Trẻ có biết xoay núm cửa, xoay nắp đồ chơi không? |  |  |
| 9 | Trẻ có biết tự lật trang sách không? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có biết chơi tưởng tượng không? *VD: Giả vờ gọi điện thoại* |  |  |
| 11 | Trẻ có bắt chước vẽ đường thẳng theo bạn không? |  |  |
| 12 | Trẻ có biết cất đồ vật vào đúng chỗ không? *VD: Cất đồ chơi vào hộp* |  |  |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có biết uống nước bằng cốc không? |  |  |
| 14 | Trẻ có biết bắt chước làm việc nhà không? *VD: lau nhà, quét nhà* |  |  |
| 15 | Trẻ có biết chơi giả vờ với đồ chơi của mình không? *VD: Ru bé ngủ* |  |  |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…….…….……

**Người sàng lọc**……………**Quan hệ với trẻ**………...……

**Phiếu 7. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 36 tháng tuổi**

*(Dùng cho trẻ 36 tháng đến dưới 48 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã (Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp:** |  |  |
| 1 | Trẻ có chỉ được bảy bộ phận cơ thể không? *VD:Tay con đâu?* |  |  |
| 2 | Trẻ có nói được câu ba, bốn từ đúng ngữ cảnh không? *VD: Mẹ về rồi.* |  |  |
| 3 | Trẻ có biết nói họ và tên của mình khi được hỏi không? |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có tự bước lên cầu thang mỗi chân một bậc không? |  |  |
| 5 | Trẻ có biết co hai chân nhảy về phía trước không? |  |  |
| 6 | Trẻ có biết cầm quả bóng giơ lên cao và ném đi không? |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có biết xâu một chuỗi hạt, xỏ dây giày không? |  |  |
| 8 | Trẻ có biết bắt chước vẽ một đường ngang/ dọc/ vòng tròn không? |  |  |
| 9 | Trẻ có biết cầm kéo đúng cách không (có thể chưa biết cắt)? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có biết bắt chước xếp bốn đồ vật thành một hàng ngang không? |  |  |
| 11 | Trẻ có nói tên người trong ảnh khi bạn chỉ vào và hỏi “Ai đây?” không? |  |  |
| 12 | Trẻ có nhắc lại đúng thứ tự khi bạn nói hai/ ba số liên tiếp không? *VD: 827* |  |  |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có biết tự xúc ăn bằng thìa mà không rơi vãi không? |  |  |
| 14 | Trẻ có biết tự mình mặc quần áo không? |  |  |
| 15 | Trẻ có biết nói về giới của mình khi hỏi “Con là trai hay gái?” không? |  |  |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…….…….……

**Người sàng lọc**……………**Quan hệ với trẻ**………...……

**Phiếu 8. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 48 tháng tuổi**

*( Dùng cho trẻ 48-59 tháng )*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã (Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp:** |  |  |
| 1 | Trẻ có kể tên ba thứ thuộc một chủ đề không? *VD: Chó, mèo, gà là động vật* |  |  |
| 2 | Trẻ có mô tả hai đặc điểm của đồ vật không? *VD: Quả bóng to và tròn* |  |  |
| 3 | Trẻ có dùng từ chỉ số lượng, thời gian không? *VD: Hai bạn, hôm nay* |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có tự trèo lên và trượt xuống cầu thang/ bậc lên xuống không? |  |  |
| 5 | Trẻ có biết nhảy lò cò mà không bị ngã không? |  |  |
| 6 | Trẻ có biết bắt bóng bằng hai tay không? |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có biết dùng kéo để cắt giấy không? |  |  |
| 8 | Trẻ có biết vẽ hình vuông, hình tròn, dấu cộng không? |  |  |
| 9 | Trẻ có biết vẽ người gồm ba bộ phận không? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có biết phân biệt về kích thước không? *VD: Chỉ vào vật nhỏ hơn* |  |  |
| 11 | Trẻ có phân biệt “trên, dưới, giữa” không? |  |  |
| 12 | Trẻ có phân biệt được năm màu khác nhau không? |  |  |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có biết tự rửa mặt, đánh răng không? |  |  |
| 14 | Trẻ có biết tự mình mặc và cởi quần áo không? |  |  |
| 15 | Trẻ có biết kể tên ít nhất 2 bạn của mình không? |  |  |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…….…….……

**Người sàng lọc**……………**Quan hệ với trẻ**………...……

**Phiếu 9. Bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 60 tháng tuổi**

*(Dùng cho trẻ 60-71 tháng tuổi)*

Họ và tên trẻ:............... Ngày sinh: ...../...../.....Nam.... Nữ....

Chỗ ở hiện tại: Thôn (Số nhà).............. Xã (Phường)...........

Huyện(Quận).........................Tỉnh(Thành phố)....................

Tên bố/ mẹ:.........................Điện thoại NR...........DĐ..........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Các dấu hiệu của trẻ (Hỏi và quan sát)** | Có | Không |
|  | **Giao tiếp:** |  |  |
| 1 | Trẻ có biết dùng từ so sánh không? *VD: Chó to hơn mèo, con thấp hơn mẹ* |  |  |
| 2 | Trẻ có làm đúng theo các hành động liên tiếp mà bạn yêu cầu không? *VD: Con xuống bếp, lấy cốc, mang lên đây cho mẹ!* |  |  |
| 3 | Trẻ có nói câu bốn, năm từ không? |  |  |
|  | **Vận động thô:** |  |  |
| 4 | Trẻ có ném bóng/ đồ vật ra xa khoảng hai mét không? |  |  |
| 5 | Trẻ có biết nhảy lò cò một, hai mét mà không bị ngã không? |  |  |
| 6 | Trẻ có biết đi kiễng chân không? |  |  |
|  | **Vận động tinh:** |  |  |
| 7 | Trẻ có biết tô đè đường thẳng mà không chệch ra không? |  |  |
| 8 | Trẻ có biết vẽ ba hình (vuông, hình tròn, dấu cộng) theo mẫu không? |  |  |
| 9 | Trẻ có biết vẽ người gồm ba, bốn bộ phận không? |  |  |
|  | **Bắt chước và học:** |  |  |
| 10 | Trẻ có biết đếm từ 1 đến 15 mà không bị sai không? |  |  |
| 11 | Trẻ có nhận biết vài chữ cái không? |  |  |
| 12 | Trẻ có nhận biết vài chữ số không? |  |  |
|  | **Cá nhân- Xã hội:** |  |  |
| 13 | Trẻ có biết nói họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, điện thoại không? |  |  |
| 14 | Trẻ có biết tự đi vệ sinh không? |  |  |
| 15 | Trẻ có biết chơi theo lượt, theo nhóm không? |  |  |
|  | **Các dấu hiệu chung:** |  |  |
| 16 | Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không? |  |  |
| 17 | Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không? |  |  |
| 18 | Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không? |  |  |
| 19 | Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không? |  |  |
| 20 | Trẻ có các bất thường nào khác không? *VD: mặt, môi/ hàm ếch,…* |  |  |

***Đánh giá:***

*Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:*

* *“Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1🡪15), hoặc*
* *“Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu chung (Câu 16🡪20)*

***🡪 Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng, Nhi.***

**Ngày sàng lọc** ......./....../.......**Người trả lời**…….…….……

**Người sàng lọc**……………**Quan hệ với trẻ**………...……

|  |  |
| --- | --- |
| **PHIẾU 1.**  **ĐÁNH GIÁ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ**  **PHẦN 1. Phỏng vấn cha mẹ trẻ** | **XÃ**………..…..…  **HUYỆN**…..……..  **TỈNH**….…..……. |

Họ và tên bệnh nhân:.............................................................

Ngày khám : ........./......../ 20.......

**PHẦN HÀNH CHÍNH :**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. *M* *ã số : …………….* | Họ và tên mẹ: |
| 1. *Ngày sinh : ...../....../........* | *9. Nghề mẹ*:  1. Nông dân 2. Công nhân  3. Cán bộ 4. Nghề khác. |
| 1. *Số tuổi: .......... tháng (……... năm).* | *10. VH mẹ*:  1. Đại học 2. Trung cấp  3. Phổ thông 4. Mù chữ |
| 1. *Giới:* 1. Nam 2. Nữ | Họ và tên bố: |
| 1. *Dân tộc: .*   1. Kinh 2....................... | *11. Nghề bố* :  1. Nông dân 2. Công nhân  3. Cán bộ 4. Nghề khác. |
| Địa chỉ: | *12. VH bố*:  1. Đại học 2. Trung cấp  3. Phổ thông 4. Mù chữ |
| *Thôn:* | *13. Tổng số con của anh chị:* |
| 1. *Xã (Phường)* | *14. Tình trạng con:*  1. Bình thường  2. Khuyết tật  3. Chết |
| 1. *Huyện (Quận)* | *15. Trẻ là con thứ* ....... trong gia đình |
| 1. *Tỉnh (Thành phố):* | *16. Tuổi mẹ khi sinh trẻ này*:......... tuổi |

**YẾU TỐ NGUY CƠ TRƯỚC KHI SINH:**

17. Số lần mẹ sảy thai trước cháu này

0. không 1. Lần 2. Lần 3. Lần

18. Số lần thai chết lưu trước cháu này

0. không 1. Lần 2. Lần 3. Lần

*Khi mang thai trẻ này mẹ cháu có bị các tình trạng sau không?*

19. Sốt ho, chảy mũi 3 tháng đầu

0. không 1. Có 2.Không rõ

20. Nhiễm vius khác

0. không 1. Có …………….. 2.Không rõ

21. Tiếp xúc hóa chất

0. không 1. Có …………….. 2.Không rõ

22. Chấn thương

0. không 1. Có.................….. 2.Không rõ

23. Ngộ độc thai nghén

0. không 1. Có 2.Không rõ

24. Bệnh đái đường

0. không 1. Có 2.Không rõ

25. Dùng thuốc

0. không 1. Có...................... 2.Không rõ

26. Ngộ độc kim loại

0. không 1. Có....................... 2.Không rõ

27. Khác

0. không 1. Có....................... 2.Không rõ

28. Siêu âm thai trước sinh

0. Không làm 1.Bất thường ............... 2.Bình thường

**YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG KHI SINH:**

29. Chuyển dạ............... giờ

0. BT 1. Bất thường (>24h)

30. Cuộc đẻ

0. Đẻ thường 1. Foorceps 2. Hút 3. Chỉ huy 4. Mổ đẻ

31. Tuổi thai: ............... tuần

0. Đủ tháng 1. Thiếu tháng 2. Già tháng

32. Cân nặng khi sinh .............. g

0. Đủ cân 1. 1500g<P<2500g 2. P<1.500g

33. Tình trạng sau sinh:

0. Khóc ngay 1. Ngạt.............. phút 2.Không rõ

34. Các yếu tố khác: .............................................................

**YẾU TỐ NGUY CƠ SAU SINH:**

35. Vàng da sơ sinh bất thường:

0. không 1.Có (ĐT tại.....................) 2.Không rõ

36. XHN-MN sơ sinh

0. không 1. Có (ĐT tại.....................) 2.Không rõ

37. SHH

0. không 1. Có (ĐT tại....................) 2.Không rõ

38. Chấn thương sọ

0. không 1. Có (ĐT tại.....................) 2.Không rõ

39. Viêm não

0. không 1. Có (ĐT tại....................) 2.Không rõ

40. Sốt cao co giật

0. không 1. Có (ĐT tại....................) 2.Không rõ

41. NN khác

0. không 1. Có (ĐT tại.....................) 2.Không rõ

42. Tiêm chủng:

0. không 1. Có (Nêu rõ....................) 2.Không rõ

*Tiêm chủng:*

*1. BH-UV-HG 2.BL 3.VG*

*4. Sởi-Rubela-Quai bị 5.Khác*.................*.*

**YẾU TỐ GIA ĐÌNH VÀ MÔI TRƯỜNG:**

43. Trong gia đình có ai bị RLTK không?

0. không 1. Có (ĐT tại...................) 2.Không rõ

44. Trong gia đình có ai bị RLTT không?

0. không 1. Có (ĐT tại..................) 2. Không rõ

45. Trong gia đình có ai bị dị tật không?

0. không 1. Có (ĐT tại..................) 2. Không rõ

46. Người chăm sóc:

1. Bố-Mẹ 2. ông bà 3. Người giúp việc 4. Khác

47. Chế độ chăm sóc:

1. Có người chăm sóc và chuyện trò thường xuyên hàng ngày

2. Có người chăm sóc, ít chuyện trò thường xuyên hàng ngày

3. Tự chơi một mình

48. Thời gian xem Tivi

1. Xem TV dưới 3 giờ/ ngày

2. Xem TV dưới 3-6 giờ/ ngày

3. Xem TV trên 6 giờ/ ngày.

4. Khác.............................................

**CÁC DẤU HIỆU NHẬN BIẾT SỚM TỰ KỶ:**

***Các dấu hiệu không đặc hiệu < 12 tháng tuổi:***

49. Khóc suốt ngày đêm

0. Không 1. Có 2. Không rõ

50. Nhận lạ quen

0. Không 1. Có 2. Không rõ

51. Đáp ứng với âm thanh

0. Không 1. Có 2. Không rõ

52. Giơ tay chào/ tạm biệt

0. Không 1. Có 2. Không rõ

53. Phát âm khi gọi hỏi

0. Không 1. Có 2. Không rõ

54. Tình cảm với người thân, bạn bè

0. Không 1. Có (BT) 2. Không rõ

55. Độ tập trung so với trẻ cùng tuổi

0. Không/ Ít 1. Có (BT) 2. Không rõ

***Các dấu hiệu 12-24 tháng tuổi*** *(có là bất thường)****:***

56. Tăng động (quá hiếu động)

0. Không 1. Có 2. Không rõ

57. Không nhận biết cơ thể/đồ vật và người thân

0. Không 1. Có 2. Không rõ

58. Không đáp ứng với âm thanh

0. Không 1. Có 2. Không rõ

59. Giơ tay chào, biểu lộ nét mặt

0. Không 1. Có 2. Không rõ

60. Không nói câu 2 từ khi giao tiếp lúc 24 tháng

0. Không 1. Có 2. Không rõ

61. Không giao tiếp bằng mắt

0. Không 1. Có 2. Không rõ

62. Lặp lại âm thanh/ nhóm từ liên tục

0. Không 1. Có 2. Không rõ

63. Bị cuốn hút mạnh với 1 vật nhất định

0. Không 1. Có 2. Không rõ

64. Hành vi lặp lại (tay chân, cơ thể)

0. Không 1. Có 2. Không rõ

65. Kém tham gia vào các hoạt động có tính xã hội

0. Không 1. Có 2. Không rõ

**PHẦN 2. KHÁM PHÂN LOẠI KHUYẾT TẬT**

66. Cân nặng:........,.......kg

0.Chuẩn 1. P<80% 2.P=<60%

67. Chiều cao:......,.......cm

0.Chuẩn 1. h <80% 2.P=<60%

68. Vòng đầu:......,........cm

0.Chuẩn 1.Đầu nhỏ 2.Đầu to

69. Răng-Hàm-Mặt

0=Bình thường 1= Bất thường..............................

70. Tai-Mũi-Họng:

0=Bình thường 1= Bất thường..............................

71. Hệ Hô hấp:

0=Bình thường 1= Bất thường..............................

72. Hệ Tuần hoàn:

0=Bình thường 1= Bất thường...............................

73. Hệ Tiêu hóa:

0=Bình thường 1= Bất thường...............................

74. Hệ Sinh dục-Tiết niệu:

0=Bình thường 1= Bất thường................................

75. Hệ Nội tiết:

0=Bình thường 1= Bất thường................................

76. Cơ:

0=Bình thường 1= Bất thường.................................

*Vận động chủ động: 1. Cân đối 2. Mất cân đối*.............

*Dinh dưỡng cơ: 1. Bình thường 2. Bất thường* ..............

*Trương lực cơ: 1. Bình thường 2. Bất thường* ..............

*Cơ lực: 1. Bình thường 2.Bất thường* ...............

*Thử cơ bằng tay: 1. Bình thường 2.Bất thường* ...............

77. Xương:

0=Bình thường 1= Bất thường..............

*Hộp sọ: 1. Bình thường 2.Bất thường* .......................

*Lồng ngực: 1. Bình thường 2.Bất thường* ......................

*Các chi: 1. Bình thường 2.Bất thường* .......................

*Cột sống: 1. Bình thường 2.Bất thường* .......................

78. Khớp:

0 = Bình thường 1= Bất thường................................

*Hình dáng: 1. Bình thường 2.Bất thường* ....................

*Tầm VĐ: 1. Bình thường 2.Bất thường* ....................

79. Hệ Thần kinh:

0=Bình thường 1= Bất thường..................................

***80. Đánh giá sự phát triển của trẻ theo tuổi*:**

**Tuổi**………..tháng (………….năm)

***1= Giao tiếp-NN:***  1. Bình thường 2. Chậm so với tuổi

***Trẻ đó làm được kỹ năng:***

*Giao tiếp:*

*1. Cười khi hỏi 2. Thể hiện nét mặt*

*3. Chỉ tay, xua tay 4. Gật lắc 5.Giao tiếp mắt*

*Hiểu lời nói:*

*1. Câu đơn 2. Câu 2 mệnh đề*

*3. Câu >3 mệnh đề 4. Câu hỏi 5. Hội thoại*

*Ngôn ngữ nói:*

*1. Nói từ đơn 2. Nói câu 2 từ*

*3. Nói câu>3 từ 4. Trả lời 5. Đặt câu hỏi*

***2= Vận động thô:***

1. Bình thường 2. Chậm so với tuổi

***Trẻ đó làm được kỹ năng:***

*1. Kiểm soát đầu cổ 2. Lẫy 3. Ngồi*

*4. Bò 5. Quỳ 6. Đứng*

*7. Đi 8.Chạy 9 .Nhảy 10. Nhảy lò cò*

***3 = Vận động tinh:*** 1. Bình thường 2. Chậm so với tuổi

***Trẻ đó làm được kỹ năng:***

*1. Cầm 2. Với cầm 3. Thả đồ vật*

*4. Phối hợp 2 tay 5. Phối hợp Tay-Mắt*

***4 = Cá nhân – Xã hội:*** 1. Bình thường 2. Chậm so với tuổi

***Trẻ đó làm được kỹ năng:***

*Kỹ năng Cá nhân:*

*1. Ăn uống 2. Kỹ năng vệ sinh 3. Kỹ năng mặc quần áo*

*4. Chơi 5. Nội trợ 6. Giao thông 7. Mua bán*

*Kỹ năng Xã hội:*

*1. Hóng chuyện 2. Nhận lạ quen 3. Giơ tay chào*

*4. Chơi với bạn 5. Làm quen với người lạ*

***5 = Bắt chước-Học:*** 1. Bình thường 2. Chậm so với tuổi

***Trẻ đó làm được kỹ năng:***

*Bắt chước*:

*1. Bắt chước vận động miệng 2. Bắt chước vận động thô*

*3. Bắt chước vận động tinh 4. Bắt chước với đồ vật*

*Kỹ năng học:*

*1. Nhận biết cơ thể 2. Nhận biết đồ vật*

*3. Nhận biết người theo tên 4. Hình dạng 5. Màu sắc*

*6. Số lượng 7. Chữ cái 8.Đọc hiểu*

*9. Viết 10. Học lớp……*

*81. Thính giác:*

1. Soi tai ngoài

0. BT 1. Bất thường.......................... 2.Không rõ

1. Test Hành vi:

0.BT 1. Nghi ngờ giảm thính lực F T 3.Không rõ

*82. Thị giác*

0.BT 1. Bất thường F T

**Nếu nghi ngờ Tự kỷ: Làm tiếp câu 83🡪114**

**Chẩn đoán lâm sàng Tự kỷ** theo **DSM-IV (MỸ)** gồm 2 nhóm tiêu chuẩn chính:

**Nhóm 1:** có ít nhất 6 dấu hiệu

**A. KHIẾM KHUYẾT VỀ CHẤT LƯỢNG QUAN HỆ XÃ-HỘI:** có ít nhất 2 dấu hiệu

*83. Khiếm khuyết sử dụng hành vi không lời (giao tiếp mắt, cử chỉ, động tác cơ thể)*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Không giao tiếp bằng mắt khi được gọi, hỏi | - Không biết lắc đầu khi phản đối/gật đầu khi đồng tình |
| - Không chỉ tay vào vật mà trẻ thích | - Không biểu hiện nét mặt khi đồng ý/không đồng ý |
| - Không kéo tay người khác để đưa ra yêu cầu | - Không chào hỏi bằng điệu bộ (vẫy tay, giơ tay) |
| - Không biết xòe tay ra xin/ Khoanh tay ạ để xin |  |

*84. Kém phát triển mối quan hệ bạn hữu tương ứng với lứa tuổi:*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Không chơi khi có trẻ khác rủ | - Không chơi cùng một nhóm trẻ |
| - Không chủ động rủ trẻ khác chơi | - Không biết tuân theo luật chơi |

*85. Thiếu chia sẻ niềm vui, mối quan tâm, sự thích thú*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Không biết khoe khi được cho một đồ vật/đồ ăn | - Không biểu hiện nét mặt thể hiện thích thú khi được cho |
| - Không biết khoe đồ vật mà trẻ thích |  |

*86. Thiếu quan hệ xã hội hoặc thể hiện tình cảm*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Không thể hiện vui khi bố mẹ về | - Không quay đầu lại khi được gọi tên |
| - Không âu yếm với bố mẹ | - Không thể hiện vui buồn |
| - Không nhận biết sự có mặt của người khác | - Tình cảm bất thường khi không đồng ý: |

**B. KHIẾM KHUYẾT CHẤT LƯỢNG GIAO TIẾP:** có ít nhất 1 dấu hiệu

*87. Chậm/ không phát triển kỹ năng nói so với tuổi:*

0. Không có khiếm khuyết: Trẻ tự nói như trẻ bình thường cùng tuổi

1. Khiếm khuyết nhẹ: Trẻ nói ít hơn, nói không rõ ràng dễ hiểu như trẻ bình thường cùng tuổi

2. Khiếm khuyết nặng: Trẻ không nói như trẻ bình thường cùng tuổi

*88. Nếu trẻ nói được thì có khiếm khuyết về khởi xướng và duy trì hội thoại.*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Không tự gọi đối tượng giao tiếp | - Không duy trì hội thoại bằng lời |
| - Không tự thể hiện nội dung giao tiếp | - Không biết nhận xét/bình luận |
|  | - Không biết đặt câu hỏi |

*89. Sử dụng ngôn ngữ trùng lặp, dập khuôn hoặc ngôn ngữ lập dị*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Phát ra một chuỗi âm thanh khác thường | - Nhại lại lời nói của người khác nghe thấy trong quá khứ |
| - Phát ra một số từ lặp lại | -Nhại lại lời nói của người khác khi vừa nghe thấy |
| - Nói một câu cho mọi tình huống |  |

*90. Thiếu kỹ năng chơi đa dạng, giả vờ , bắt chước mang tính xã hội phù hợp với tuổi*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Không biết chơi với đồ chơi | -Không biết chơi giả vờ |
| - Chơi với đồ chơi bất thường (mút, ngửi, liếm, nhìn) | -Không biết bắt chước hành động |
| - Ném, gặm, đập đồ chơi | -Không biết bắt chước âm thanh |

**C. MẪU HÀNH VI BẤT THƯỜNG:** có ít nhất 1 dấu hiệu

*91. Bận tâm bao trùm, thích thú mang tính định hình bất thường về cường độ và độ tập trung*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| -Thích đồ chơi/ đồ vật.................. | - Thích sờ vào bề mặt................... |
| - Thích mùi vị.............................. |  |

*92. Cuốn hút không khoan nhượng với các hoạt động, nghi thức*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Quá thích hoạt động với đồ chơi/ đồ vật........... | - Quá thích quay bánh ô tô/xe đạp/đồ vật |
| - Quá thích hoạt động của đồ dùng trong nhà | - Quá thích nhìn tay |

*93. Cử động tay chân lập lại hoặc rập khuôn*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - Quá thích đu đưa thân mình, chân tay | - Quá thích vê xoắn, vặn tay, đập tay |
| - Quá thích đi nhón chân |  |

*94. Bận tâm dai dẳng với những chi tiết của vật*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ/Thỉnh thoảng*

*2. Khiếm khuyết nặng/Thường xuyên*

|  |  |
| --- | --- |
| - "Nghiên cứu" đồ vật/đồ chơi | - Quá thích chơi/nhìn một phần nào đó của đồ vật |

**Nhóm 2: CHẬM PHÁT TRIỂN HOẶC BẤT THƯỜNG Ở ÍT NHẤT 1 LĨNH VỰC:**

*95. Quan hệ xã hội*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ 2. Khiếm khuyết nặng*

*96. SD ngôn ngữ trong giao tiếp*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ 2. Khiếm khuyết nặng*

*97. Chơi tượng trưng/tưởng tượng*

*0. Không khiếm khuyết 1. Khiếm khuyết nhẹ 2. Khiếm khuyết nặng*

**98. Thang chấm điểm Tự kỷ-CARS:**

*0. Không tự kỷ : 15-30 điểm*

*1. Tự kỷ nhẹ-TB : 30-36 điểm*

*2. Tự kỷ nặng : 36-60 điểm*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kỹ năng** | **Điểm** | **Kỹ năng** | **Điểm** |
| 99. Quan hệ với mọi người |  | 107. Phản ứng về vị giác, khứu giác |  |
| 100. Bắt chước |  | 108. Sợ hãi, hồi hộp |  |
| 101. Đáp ứng về tình cảm |  | 109. Giao tiếp bằng lời |  |
| 102. Đông tác cơ thể |  | 110. Giao tiếp không lời |  |
| 103. Sử dụng đồ vật |  | 111. Mức độ hoạt động |  |
| 104. Thích nghi với sự thay đổi |  | 112. Mức độ nhận thức |  |
| 105. Phản ứng bằng thị giác |  | 113. Ấn tượng chung |  |
| 106. Phản ứng bằng thính giác |  | **114.Tổng điểm** |  |

**115. Chẩn đoán khuyết tật:**

1= Không khuyết tật:............................................................

2= Khuyết tật vận động:.......................................................

3= Khuyết tật về Nghe-Nói:.................................................

4=Khuyết tật về Nhìn:..........................................................

5=Khuyết tật về Thần kinh, Tâm thần:................................

6=Khuyết tật về trí tuệ:.........................................................

7=Khuyết tật khác:................................................................

**PHIẾU 2. ĐÁNH GIÁ NHU CẦU CAN THIỆP SỚM CỦA TRẺ**

***(Do bác sỹ khám đánh giá nhu cầu)***

*116. Trẻ đã được khám và can thiệp về PHCN*

0=Chưa bao giờ

1= Đã khám, hướng dẫn PHCN tại nhà

2= Đã khám, PHCN tại trung tâm/ Khoa PHCN + hướng dẫn PHCN tại nhà

*117. Thời gian can thiệp về PHCN:*

0=Chưa bao giờ 1= 1-6 tháng

2= từ 7-12 tháng 3=>12 tháng

*118. Biện pháp PHCN đã được nhận:*

1=Vận động TL 2= Ngôn ngữ trị liệu

3=Hoạt động trị liệu 4=Dụng cụ trợ giúp

*119. Đánh giá nhu cầu can thiệp sớm PHCN cho trẻ khuyết tật*

0=Không có nhu cầu về PHCN

1=Nhu cầu về Vận động trị liệu

1.Tại nhà 2.Tại trung tâm 3. Cả hai

Tài liệu cần cấp:....................................................................

2=Nhu cầu về Hoạt động trị liệu

1. Tại nhà 2. Tại trung tâm 3. Cả hai

Tài liệu cần: ( ) KN VĐ tinh

( ) KN ăn uống ( ) KN VS cá nhân

( ) KNSH ( ) KN nội trợ

( ) KN giao thong ( ) KN mua bán ( )Vui chơi

3=Nhu cầu về Ngôn ngữ trị liệu

1.Tại nhà 2. Tại trung tâm 3. Cả hai

Tài liệu cần: ( ) KN giao tiếp ( ) KN hiểu lời nói

( ) KN diễn tả NN ( ) Khác

4=Nhu cầu về Dụng cụ

1. Dụng cụ chỉnh hình: ( ) Nẹp dưới gối ( ) Nẹp trên gối

( ) Nẹp cột sống ( ) Khác

2. Dụng cụ trợ giúp vận động:

( ) Xe lăn ( ) Khung tập đi ( ) Nạng ( ) Khác

3. Dụng cụ trợ giúp Nghe

( ) Máy trợ thính ( ) ốc tai điện tử ( ) Khác

4. Dụng cụ trợ giúp Nhìn ( ) Kính ( ) Khác

5=Nhu cầu về Phẫu thuật

1.Chỉnh hình 2.Mắt 3. Tai-Mũi-Họng

4. RHM 5. Khac

6= Nhu cầu khác...................................................................

*120. Đánh giá nhu cầu về Giáo dục cho trẻ KT*

0=Không có nhu cầu về Giáo dục

1=Nhu cầu về Giáo dục đặc biệt.........................................

2=Nhu cầu về Giáo dục hội nhập (Lớp đặc biệt trong trường bình thường)

3=Nhu cầu về Giáo dục hòa nhập (Lớp bình thường trong trường bình thường)

4=Nhu cầu về đào tạo hướng nghiệp ...................................

5= Nhu cầu khác...................................................................

*121. Đánh giá nhu cầu về Hỗ trợ xã hội cho trẻ KT*

0=Không có nhu cầu về hỗ trợ xã hội

1=Nhu cầu về Hỗ trợ hàng tháng..........................................

2=Nhu cầu về Hỗ trợ KP can thiệp sớm PHCN ..................

3=Nhu cầu về Hỗ trợ giáo dục .............................................

4=Nhu cầu về Hỗ trợ hướng nghiệp ....................................

5= Nhu cầu khác...................................................................

*122. Đánh giá nhu cÇu kh¸c cho trẻ KT*

1=Nhu cầu về........................................................................

2=Nhu cầu về ........................................................................

***Ngày tháng năm 20.....***

Bác sỹ khám (Ghi họ tên và ký tên)

**PHIẾU 3. ĐIỀU TRA NHU CẦU GIA ĐÌNH TRẺ KHUYẾT TẬT**

***(Phỏng vấn cha mẹ )***

*123. Gia đình có nhu cầu cho trẻ can thiệp PHCN không?*

0=Không có nhu cầu về PHCN

1=Nhu cầu về Vận động trị liệu

1.Tại nhà 2. Tại trung tâm 3. Cả hai

2=Nhu cầu về Hoạt động trị liệu

1. Tại nhà 2. Tại trung tâm 3. Cả hai

3=Nhu cầu về Ngôn ngữ trị liệu

1. Tại nhà 2. Tại trung tâm 3. Cả hai

4=Nhu cầu về Dụng cụ

Dụng cụ chỉnh hình:

( ) Nẹp dưới gối ( ) Nẹp trên gối ( ) Nẹp cột sống ( ) Khác

Dụng cụ trợ giúp VĐ

( ) Xe lăn ( ) Khung tập đi ( ) Nạng ( ) Khác

Dụng cụ trợ giúp Nghe

( ) Máy trợ thính ( ) ốc tai điện tử ( ) Khác

Dụng cụ trợ giúp Nhìn ( ) Kính ( ) Khác

5=Nhu cầu về Phẫu thuật

( ) Chỉnh hình ( ) Mắt ( ) Tai-Mũi-Họng ( ) RHM

6= Nhu cầu khác...................................................................

*124. Gia đình có nhu cầu cho trẻ đi học không?*

0=Không có nhu cầu về Giáo dục

1=Nhu cầu về Giáo dục đặc biệt ..........................................

2=Nhu cầu về Giáo dục hội nhập (Lớp đặc biệt trong trường bình thường)

3=Nhu cầu về Giáo dục hòa nhập (Lớp bình thường trong trường bình thường)

4=Nhu cầu về đào tạo hướng nghiệp ...................................

5= Khác.................................................................................

*125. Gia đình có nhu cầu được hỗ trợ xã hội không?*

0=Không có nhu cầu về hỗ trợ xã hội

1=Nhu cầu về Hỗ trợ hàng tháng ……………….…………

2=Nhu cầu về Hỗ trợ kinh phí can thiệp sớm PHCN

3=Nhu cầu về Hỗ trợ giáo dục…..........................................

4=Nhu cầu về Hỗ trợ hướng nghiệp .....................................

5= Khác..................................................................................

*126. Gia đình có nhu cầu được tập huấn về can thiệp PHCN cho trẻ không?*

0=Không có nhu cầu về tập huấn

1=Nhu cầu về tập huấn hàng năm ........................................

2=Nhu cầu về Tập huấn về Chương trình can thiệp sớm PHCN tại nhà

3=Nhu cầu về Tập huấn về Giáo dục cho trẻ KT..................

4=Nhu cầu về Tập huấn về hướng nghiệp cho trẻ KT...........

5= Khác.................................................................................

*127. Gia đình có nhu cầu nào khác không?*

1=Nhu cầu về......................................................................

2=Nhu cầu về.......................................................................

3=Nhu cầu về.........................................................................

4=Nhu cầu về........................................................................

***Ngày tháng năm 20***

Người phỏng vấn (Ghi họ tên và ký tên)

**2. HƯỚNG DẪN KỸ THUẬT CAN THIỆP SỚM TRẺ KHUYẾT TẬT**

Quá trình CTS cho trẻ phải tuân theo các bước của một chu trình sau

- Đánh giá chức năng và xác định nhu cầu can thiệp cho trẻ khuyết tật

- Xây dựng kế hoạch can thiệp

- Thực hiện các biện pháp can thiệp sớm cho trẻ

- Theo dõi, đánh giá quá trình can thiệp sớm của trẻ.

**2.1. Đánh giá chức năng và xác định như cầu can thiệp**

Việc triển khai các biện pháp CTS cụ thể cần phải dựa trên cơ sở là một kế hoạch CTS cụ thể. Trước khi xây dựng kế hoạch CTS cá nhân cho từng trẻ thì không thể bỏ qua bước đánh giá toàn diện sự phát triển của trẻ và xác định nhu cầu can thiệp.

**Mục đích:** Xác định ảnh hưởng của khuyết tật đối với sự phát triển của trẻ, khả năng phát triển của trẻ trong thời gian sau này, nhu cầu cần hỗ trợ để sau đó sẽ quyết định là trẻ cần được hỗ trợ CTS như thế nào cho phù hợp nhất.

Với những trẻ đang đi học thì hoạt động đánh giá sẽ giúp cho việc quyết định là trẻ cần có một kế hoạch giáo dục riêng hay không và biết được chính xác điểm mạnh và điểm yếu trong sự phát triển của trẻ.

**Các lĩnh vực phát triển cần được đánh giá:**

1. Khả năng và nhu cầu cụ thể của trẻ trong mỗi lĩnh vực phát triển (thể chất, vận động, giác quan, nhận thức, ngôn ngữ và giao tiếp, tình cảm, các kỹ năng cá nhân và xã hội,…).

2. Tình trạng sức khỏe của trẻ bao gồm: thể chất, thị lực, thính lực,… và tình hình sức khỏe và những vấn đề về bệnh lý.

3. Mặt mạnh, hứng thú, khả năng, nhu cầu và điểm yếu của trẻ trong giao tiếp, học tập.

4. Các kỹ năng học đường hoặc tiền học đường.

5. Môi trường phát triển của trẻ: điều kiện và hoàn cảnh gia đình trẻ, những mối quan tâm, lo lắng và nguồn lực của gia đình trong quá trình thực hiện

CTS cho trẻ, môi trường văn hoá – xã hội của địa phương.

6. Loại hình CTS thích hợp.

**Thành phần tham gia đánh giá trẻ cần đảm bảo toàn diện và đầy đủ bao gồm**

1. Cán bộ quản lý cơ sở CTS
2. Cán bộ thực hiện CTS, như giáo viên của Trung tâm Hỗ trợ, y bác sĩ.
3. Phụ huynh
4. Giáo viên phụ trách trẻ ở trường MN, nếu trẻ đang đi học MN
5. Các nhà chuyên môn (tâm lý, giáo dục, ngôn ngữ, y tế, ...) phù hợp khi cần

Trong quá trình khám, chẩn đoán và phân loại khuyết tật, các cán bộ Y tế đã đánh giá bước đầu những hoạt động mà trẻ làm được để làm căn cứ chẩn đoán, phân loại khuyết tật (xem hướng dẫn ở phần 1.2 của phần 3 được trình bày ở trên), đồng thời đưa ra gợi ý về nhu cầu cần can thiệp (chủ yếu là can thiệp y học). Các kết quả này cần được tham khảo trong quá trình đánh giá chức năng toàn diện của trẻ và xác định nhu cầu CTS của trẻ.

**Xác định nhu cầu can thiệp của trẻ**

Dựa trên kết quả đánh giá chức năng của trẻ và các yếu tố liên quan từ phía gia đình, cơ sở can thiệp và gia đình, nhóm đánh giá sẽ cùng nhau thảo luận để đưa ra kết luận về nhu cầu can thiệp. Nhu cầu CTS không đơn thuần chỉ là đối với trẻ khuyết tật mà còn là nhu cầu cần trợ giúp của chính gia đình trẻ. Dựa trên các nhu cầu cần can thiệp để quyết định hình thức can thiệp: can thiệp tại cơ sở chuyên môn cao hay tại nhà hay tại trường mầm non hay kết hợp các hình thức can thiệp này. Mỗi hình thức sẽ đáp ứng các nhu cầu đặc thù riêng của trẻ cũng như phụ thuộc vào các đặc điểm khác nhau của tình trạng trẻ khuyết tật.

Kết quả đánh giá toàn diện có thể được ghi chép lại trong bản kế hoạch can thiệp sớm.

Sau khi đã thống nhất kết quả đánh giá, các thành viên liên quan sẽ cùng nhau xác định mục tiêu hỗ trợ và xây dựng kế hoạch can thiệp sớm cho trẻ.

**2.2. Xây dựng kế hoạch can thiệp sớm**

**Khái niệm:** Kế hoạch CTS là một bản kế hoạch chi tiết về mục tiêu, nội dung, phương pháp, hình thức và các điều kiện thực hiện các hoạt động can thiệp mà trẻ và gia đình cần.

Căn cứ để xây dựng bản kế hoạch nàylà các thông tin và kết quả khám sàng lọc, chẩn đoán, phân loại và kết quả đánh giá, xác định nhu cầu trẻ.

**Nội dung của một bản kế hoạch CTS sẽ gồm**:

1. Thông tin lý lịch cơ bản về trẻ: họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ,...
2. Tình trạng hiện tại của trẻ: khả năng và nhu cầu/khó khăn cụ thể của trẻ trong mỗi lĩnh vực phát triển (thể chất, vận động, nhận thức, ngôn ngữ và giao tiếp, tình cảm, các kỹ năng cá nhân và xã hội,…)
3. Ảnh hưởng của khuyết tật đối với sự phát triển của trẻ về tất cả các mặt
4. Mức độ phát triển tối đa mà trẻ có thể đạt được trong thời gian cụ thể tới (Mục tiêu dài hạn và mục tiêu ngắn hạn)
5. Quá trình hỗ trợ để trẻ phát triển tốt nhất
6. Phương pháp hỗ trợ trẻ
7. Phương tiện, dụng cụ hỗ trợ cần thiết
8. Những người tham gia thực hiện CTS
9. Kết quả đánh giá sau các khoảng thời gian thực hiện

**Thành phần tham gia xây dựng KHGDCN cho trẻ**:

1. Cán bộ quản lý can thiệp sớm của cơ sở
2. Phụ huynh, người chăm sóc trẻ
3. Các nhà chuyên môn (tâm lý, công tác xã hội, giáo dục, ngôn ngữ, phục hồi chức năng...) phù hợp khi cần.
4. Giáo viên hoà nhập phụ trách trẻ (nếu trẻ đang đi học MN)

**Yêu cầu về một bản KHGDCN:**

1. Rõ ràng, ngắn gọn, cụ thể và dễ hiểu nhưng phải phản ánh đúng thực trạng về khả năng và nhu cầu của trẻ.
2. Các mục tiêu có thể đánh giá và đo lường được
3. Đảm bảo tính thực tế và khả thi (không quá cao và cũng không quá thấp và có thể đạt được trong điều kiện cho phép)
4. Đảm bảo tính logic (thống nhất và hỗ trợ giữa các thông tin)
5. Đảm bảo tính linh hoạt (dễ điều chỉnh)
6. Xác định rõ thời hạn để đạt được mục tiêu

**Thời gian:** Bản kế hoạch nên được xây dựng theo từng khoảng thời gian phù hợp với khả năng và nhu cầu phát triển của trẻ, tuy nhiên không nên dài hơn 6 tháng hoặc 1 năm (cho trẻ đang đi học mầm non).

Để đạt được các mục tiêu đề ra trong kế hoạch CTS, đôi khi cán bộ thực hiện can thiệp cần xây dựng thêm kế hoạch ngắn hạn cho từng khoảng thời gian ngắn cụ thể, phù hợp với khả năng và nhu cầu của trẻ, gọi là **“Kế hoạch giáo dục cá nhân trong tháng”**. Trong bản kế hoạch này, các mục tiêu được xác định một cách cụ thể cho các hoạt động giáo dục cho trẻ trong khoảng thời gian ngắn nhưng phải dựa trên các mục tiêu dài hạn đã xác định trong bản kế hoạch chung. Kế hoạch ngắn hạn này được xây dựng, thực hiện, đánh giá và điều chỉnh thường xuyên, có thể theo từng buổi can thiệp, từng tuần, từng tháng tuỳ theo khả năng và nhu cầu của mỗi trẻ. Kết quả của các lần đánh giá này sẽ được sử dụng cho việc đánh giá tổng thể kế hoạch can thiệp sau này.

**2.3. Thực hiện can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật**

Sau khi xây dựng xong KHGDCN, các bên liên quan sẽ bắt đầu tiến hành các hoạt động can thiệp cho trẻ theo kế hoạch đã được thống nhất.

**Thành phần tham gia** thực hiện CTS, về nguyên tắc sẽ bao gồm:

1. Cán bộ quản lý CTS của cơ sở chuyên môn
2. Cán bộ chuyên môn bao gồm nhân viên y tế, giáo viên, nhân viên công tác xã hội, chuyên gia tâm lý.
3. Phụ huynh

Tuỳ vào nhu cầu CTS của trẻ và điều kiện đáp ứng mà xác định đối tượng chính thực hiện CTS và đối tượng phối hợp. Ví dụ, với trẻ có bàn chân khoèo thì nhân viên và cơ sở y tế đóng vai trò can thiệp chính. Nhưng với trẻ chậm phát triển trí tuệ hay khiếm thính thì trong bối cảnh hiện nay, giáo viên và cơ sở giáo dục lại đóng vai trò chính.

*Nên nhớ, CTS không chỉ chú trọng vào trẻ KT mà còn phải chú trọng vào cả gia đình và cộng đồng nơi trẻ sinh sống.*

**Phương thức/hình thức Can thiệp sớm**

***Can thiệp tại******cơ sở chuyên khoa***

**Khái niệm: C**an thiệp tại cơ sở chuyên khoalàchương trình can thiệp cho trẻ KT với các hoạt động hỗ trợ trẻ và phụ huynh được thực hiện tại Trung tâm/bệnh viện/cơ sở can thiệp. Trẻ KT được phụ huynh đưa đến cơ sở, tại đó cán bộ chuyên môn sẽ hỗ trợ tiến hành các hoạt động can thiệp cho trẻ.

**Cách thực hiện:** Các hoạt động hỗ trợ CTS cho trẻ diễn ra tại cơ sở có thể được thực hiện:

* Với riêng trẻ KT: trong các giờ hỗ trợ cá nhân, các tiết học cá nhân.
* Với riêng phụ huynh: cung cấp thông tin, tư vấn, hướng dẫn cho phụ huynh cách tiến hành các hoạt động chăm sóc và can thiệp cho trẻ ở nhà.
* Với cả trẻ và phụ huynh cùng lúc: để phụ huynh phối hợp hỗ trợ thêm cho giáo viên và và đồng thời để phụ huynh biết được các hoạt động và cách tiến hành các hoạt động đang thực hiện với trẻ.

Các hoạt động CTS, bao gồm cả các hoạt động do phụ huynh tiến hành tại nhà, đều phải được tiến hành dựa trên kế hoạch CTS đã được thống nhất từ trước.

**Ưu điểm:**

* Có cơ sở vật chất phù hợp.
* Có thể sử dụng được các trang thiết bịchuyên dụng.
* Có thể yêu cầu các cán bộ, giáo viên và các chuyên môn khác hỗ trợ khi cần.
* Trẻ có thể được tham gia các hoạt động cùng các trẻ khác.
* Phụ huynh có thể gặp gỡ và trao đổi cùng các phụ huynh khác.

**Hạn chế:**

* Môi trường ít quen thuộc với trẻ.
* Các thành viên khác trong gia đình ít có cơ hội được tham gia, được tư vấn và hướng dẫn.
* Khó khăn trong việc đi lại và ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ nếu cơ sở CTS ở xa gia đình.
* Trẻ có thể không được đưa đến cơ sở CTS thường xuyên đúng theo kế hoạch khi phụ huynh bận.

***Can thiệp tại nhà***

**Khái niệm: C**an thiệp tại nhàlàchương trình can thiệp cho trẻ KT với các hoạt động hỗ trợ trẻ và phụ huynh được thực hiện tại gia đình. Cán bộ chuyên môn thực hiện CTS sẽ đến gia đình của trẻ và tiến hành các hoạt động can thiệp cho trẻ.

**Cách thực hiện:** Các hoạt động hỗ trợ CTS cho trẻ diễn ra tại gia đình thường được thực hiện cho trẻ KT với sự có mặt của phụ huynh và các thành viên khác của gia đình khi cần. Nội dung của các hoạt động CTS tại nhà là hỗ trợ cá nhân trẻ và cung cấp thông tin, tư vấn, hướng dẫn cho phụ huynh cách tiến hành các hoạt động chăm sóc và can thiệp cho trẻ ở nhà.

Các hoạt động CTS, bao gồm cả các hoạt động do phụ huynh tiến hành, đều phải được tiến hành dựa trên Kế hoạch đã được thống nhất từ trước.

**Yêu cầu:**

* Khi đến hỗ trợ tại gia đình, cán bộ CTS phải chú trọng vào các vấn đề và các hoạt động cụ thể trực tiếp tác động đến trẻ.
* Tất cả các thành viên trong gia đình đều tham gia.
* Phụ huynh tham gia tích cực vào việc xây dựng và thực hiện các hoạt động cho trẻ.
* Phụ huynh được tập huấn, hỗ trợ kiến thức và kỹ năng về cách tiến hành các hoạt động can thiệp cho trẻ hoặc cách sử dụng các phương tiện kỹ thuật trợ giúp đúng và nhất quán.

**Ưu điểm:**

* Duy trì được trách nhiệm chính của gia đình đối với trẻ.
* Tăng thêm cơ hội cho sự phát triển lâu dài và bền vững của trẻ.
* Giúp phụ huynh có thái độ và cách nhìn tích cực đối với trẻ.
* Có thể cung cấp cho trẻ các dịch vụ với chi phí thấp nhất.
* Môi trường gia đình quen thuộc với trẻ.
* Các thành viên khác trong gia đình có cơ hội được tham gia, được tư vấn và hướng dẫn.
* Thuận tiện cho trẻ và phụ huynh vì không phải đi lại.
* Không ảnh hưởng đến sức khoẻ của trẻ.

**Hạn chế:**

* Gia đình không có hoặc không có đủ cơ sở vật chất phù hợp cho các hoạt động hỗ trợ CTS đặc biệt.
* Không hoặc khó mang theo được các trang thiết bịchuyên dụng.
* Khó khăn khi cần các cán bộ, giáo viên CTS khác hỗ trợ.
* Trẻ không được tham gia các hoạt động cùng các trẻ khác.
* Phụ huynh không được gặp gỡ và trao đổi cùng các phụ huynh khác.

Với hình thức can thiệp tại nhà thì phụ huynh có vai trò hết sức quan trọng nên cán bộ CTS phải hướng dẫn cho họ cách chăm sóc, giáo dục và PHCN cho trẻ sao cho trẻ có thể phát triển tốt nhất.

***CTS tại trường mầm non***

**Khái niệm: C**an thiệp tại trường mầm nonlàchương trình can thiệp cho trẻ KT với các hoạt động hỗ trợ trẻ và phụ huynh được thực hiện tại trường mầm non nơi trẻ học.

**Cách thực hiện:**

Giáo viên phụ trách lớp hoà nhập có trẻ KT là người thực hiện KHGDCN cho trẻ với sự hỗ trợ của cán bộ CTS. Các hoạt động hỗ trợ CTS cho trẻ diễn ra tại trường mầm non có thể được thực hiện:

* Với riêng trẻ KT trong các tiết học cá nhân, theo từng chủ đề và mục tiêu cụ thể.
* Với trẻ KT trong các hoạt động chung của lớp cùng với các trẻ.
* Với cả trẻ KT và phụ huynh cùng lúc trong tiết học cá nhân của trẻ: cung cấp thông tin, tư vấn, hướng dẫn cho phụ huynh cách tiến hành thêm các hoạt động chăm sóc và can thiệp cho trẻ ở nhà và đồng thời để phụ huynh biết được các hoạt động và cách tiến hành các hoạt độn mà giáo viên đang thực hiện với trẻ ở trường mầm non.

Tất cả các hoạt động CTS đều phải được tiến hành dựa trên kế hoạch đã được thống nhất từ trước. Dựa vào Kế hoạch mà cán bộ thực hiện CTS sẽ có thể thiết kế các hoạt động cá nhân, hoặc điều chỉnh sao cho phù hợp với khả năng và nhu cầu của trẻ KT.

**Ưu điểm:**

* Khẳng định được trách nhiệm hỗ trợ trẻ của trường mầm non.
* Trẻ được sinh hoạt, học tập trong môi trường hoà nhập.
* Môi trường lớp học quen thuộc với trẻ.
* Tăng thêm cơ hội cho sự phát triển lâu dài và bền vững của trẻ trong môi trường hoà nhập.
* Giúp các nhân viên y tế, giáo viên và các trẻ khác có thái độ và cách nhìn tích cực đối với trẻ KT.
* Các cán bộ khác trong trường có cơ hội được quan sát, tham gia, được tư vấn và hướng dẫn thêm.

**Hạn chế:**

* Trường mầm non không có hoặc không có đủ cơ sở vật chất phù hợp và các trang thiết bịchuyên dụng cho các hoạt động hỗ trợ CTS đặc biệt.
* Khó khăn khi cần các cán bộ, giáo viên CTS khác hỗ trợ.
* Giáo viên mầm non phụ trách CTS cho trẻ thường ít được đào tạo, bồi dưỡng về CTS cho trẻ khuyết tật.

***Can thiệp kết hợp***

Can thiệp kết hợp là các hoạt động CTS cho trẻ KT có kết hợp các loại hình can thiệp khác nhau.

**Các loại hình can thiệp kết hợp:**

1. Kết hợp giữa can thiệp sớm tại cơ sở CTS với can thiệp sớm tại nhà.
2. Kết hợp giữa can thiệp sớm tại trường mầm non với can thiệp sớm tại nhà.
3. Kết hợp giữa can thiệp sớm tại trường mầm non với cơ sở can thiệp sớm.
4. Kết hợp giữa can thiệp sớm tại Trung tâm Hỗ trợ, can thiệp sớm tại trường mầm non và can thiệp sớm tại nhà.

**Căn cứ** cho việc quyết định lựa chọn hình thức can thiệp thích hợp là tình trạng, khả năng và nhu cầu của trẻ KT và điều kiện của gia đình.

**2.4. Theo dõi, đánh giá quá trình can thiệp sớm**

Trong suốt quá trình hỗ trợ can thiệp cho trẻ, cán bộ CTS phải theo dõi trẻ để đánh giá sự tiến bộ và tiến triển của trẻ. Sau khi kết thúc thời gian can thiệp được đặt ra trong Kế hoạch, các thành viên liên quan sẽ đánh giá lại tình trạng của trẻ một cách tổng thể dựa trên bản kế hoạch này.

**Mục đích** của việc đánh giá lại là để đánh giá sự tiến bộ và tiến triển của trẻ so với mục tiêu đề ra, xem xét lại mục tiêu và biện pháp đã và đang áp dụng hoặc xác định mục tiêu cho kế hoạch mới.

**Các thành viên tham gia** đánh giá sự tiến bộ của trẻ là những người đã tham gia chính trong việc đánh giá trẻ, xây dựng và thực hiện kế hoạch cho trẻ.

Kết quả đánh giá tiến triển của trẻ được dùng để quyết định có cần tiếp tục thực hiện CTS cho trẻ hay không. Nếu tiếp tục thì cần phải điều chỉnh, bổ sung nội dung cho kế hoạch tiếp theo như thế nào. Cũng có thể kết quả đánh giá hiệu quả can thiệp cho thấy trẻ đã có tiến bộ và cần được áp dụng các biện pháp, hình thức can thiệp mới trong một môi trường mới. Khi đó, cơ sở đang thực hiện can thiệp sớm cần chuyển tiếp trẻ đến các cơ sở can thiệp mới phù hợp. Ví dụ, sau khi trẻ được can thiệp sớm tại các trung tâm chuyên biệt, khi đã có tiến bộ thì nên được chuyển tiếp về các trường mầm non hòa nhập để trẻ tiếp tục theo học cùng các trẻ không khuyết tật

**2.5. Hồ sơ can thiệp sớm**

Mỗi trẻ khuyết tật cần có một bộ hồ sơ để theo dõi trong suốt quá trình can thiệp. Hồ sơ sẽ giúp cho việc đánh giá sự tiến bộ của trẻ được thuận lợi hơn. Đặc biệt, khi chuyển tiếp trẻ từ chương trình can thiệp này sang chương trình can thiệp khác, hồ sơ sẽ rất cần cho các cán bộ chuyên môn tham khảo và nắm được tình hình khuyết tật và quá trình can thiệp của trẻ.

Bộ hồ sơ can thiệp sớm của trẻ gồm:

1. Phiếu khám và chẩn đoán khuyết tật

2. Phiếu xác định nhu cầu can thiệp (của cả trẻ và gia đình)

3. Kế hoạch can thiệp sớm cá nhân: kế hoạch chung và kế hoạch ngắn hạn (nếu cần)

4. Sổ nhật ký theo dõi sự tiến bộ của trẻ trong quá trình can thiệp

5. Phiếu chuyển tiếp can thiệp

**Phụ lục: Mẫu Kế hoạch can thiệp sớm cá nhân**

**KẾ HOẠCH CAN THIỆP SỚM KHUYẾT TẬT**

*Họ và tên trẻ: …………………………………………..Tuổi………*

*Chẩn đoán dạng khuyết tật:…………………………………………*

*Địa chỉ nơi ở hiện nay:………………………………………………*

*…………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………*

*Họ và tên cha hoặc mẹ:………………………………………………*

*Điện thoại liên lạc: …………………………………………………*

*Họ và tên cán bộ thực hiện CTS:*

*Cán bộ phụ trách …………………………………………….*

*Cán bộ phối hợp………………………………………………*

* + 1. **Đánh giá chức năng của trẻ**

(Trong phần này, đề nghị cán bộ chuyên môn PHCN mô tả kỹ tình trạng chức năng của trẻ theo các mục dưới đây, trong đó nói rõ có hạn chế chức năng hay không, mô tả rõ cụ thể hạn chế như thế nào, ở mức độ nào)

**1. Chẩn đoán và phân loại khuyết tật của trẻ**……….......

**2. Tóm tắt kết quả khám sàng lọc và đánh giá chức năng của trẻ** (Khả năng và nhu cầu/khó khăn hiện tại của trẻ)

**a. Vận động thô:** ................................................................

……………………………………………………...............

**b. Vận động tinh**: ................................................................

**c. Ngôn ngữ**

- Tiếp nhận: ……………………………………………………...............

- Diễn đạt: ............................................................................

- Giao tiếp: ...........................................................................

**d. Nhận thức** (bao gồm cả khả năng tập trung chú ý và ghi nhớ)

………………………………………...….........................

**e. Kỹ năng cá nhân và xã hội**

……………….............................................………………

**f. Các vấn đề khác:**

……………….............................................………………

**3. Kết luận**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Khả năng/điểm mạnh của trẻ** | **Nhu cầu/hạn chế/khó khăn** | |
| **Của trẻ** (những hạn chế, khó khăn hiện tại của trẻ để làm căn cứ để xây dựng mục tiêu dài hạn và ngắn hạn trong KH này) | **Của gia đình** |

* + 1. **Nhu cầu và mục tiêu can thiệp**

1. Nhu cầu can thiệp, phục hồi chức năng:
2. Mục tiêu can thiệp dài hạn: nêu rõ mong đợi cần đạt được trong khoảng thời gian 3-5 năm tiếp theo)
3. Mục tiêu can thiệp ngắn hạn: nêu rõ cải thiện về mặt chức năng của trẻ cần đạt được trong vòng 6 – 12 tháng hoặc một khoảng thời gian cụ thể nào khác phù hợp.
   * 1. **Hình thức và biện pháp can thiệp**

Cần nêu rõ:

* Hình thức can thiệp, phục hồi chức năng: Dựa vào viện – trung tâm, Ngoại viện hay Dựa vào cộng đồng (PHCN tại nhà) hoặc kết hợp các hình thức này.
* Biện pháp can thiệp cần thiết và phù hợp: Phẫu thuật, chỉnh hình, vật lý trị liệu, điều trị thuốc, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu…
* Các biện pháp can thiệp giáo dục, tâm lý phối hợp
* Chỉ định các bài tập cần thiết
* Chỉ định các dụng cụ trợ giúp cần thiết
* Chỉ định các điều chỉnh tiếp cận cần thiết trong môi trường sinh hoạt, gia đình, lớp học (mầm non) để tạo thuận lợi cho trẻ.
  + 1. **Kế hoạch can thiệp: Xây dựng bảng kế hoạch như sau**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hoạt động can thiệp | Thời gian thực hiện | Địa điểm | Đối tượng thực hiện | Đối tượng hỗ trợ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Giám sát can thiệp |  |  |  |  |
| Đánh giá tiến bộ của trẻ |  |  |  |  |

Cho dù các biện pháp và hình thức can thiệp là như thế nào thì vẫn có 2 hoạt động không thể bỏ qua trong tất cả các bản kế hoạch, đó là giám sát can thiệp và đánh giá tiến bộ của trẻ. Cần nêu rõ thời gian tiến hành, ai làm và ai hỗ trợ.

Chú ý ở cột thời gian thực hiện: Không chỉ nêu khoảng thời gian thực hiện mà còn nêu rõ tần suất, số lần thực hiện các hoạt động can thiệp, nhất là với trẻ cần can thiệp tập luyện vận động, vật lý trị liệu.

**Cán bộ lập kế hoạch:**

1..................................................Chức vụ:............................

2..................................................Chức vụ:............................

3..................................................Chức vụ:............................

4..................................................Chức vụ:............................

**5**. **Ý kiến của phụ huynh**

...............................................................................................

..............................................................................................

Ngày……tháng ……..năm……..

(Thủ trưởng đơn vị ký tên)

(Phụ huynh ký tên) (Cán bộ phụ trách CTS ký tên)

**Phụ lục mẫu nhật ký theo dõi sự tiến bộ của trẻ**

**SỔ NHẬT KÝ THEO DÕI SỰ TIẾN BỘ TRẺ**

Họ tên trẻ:…………Ngày sinh:……..Địa chỉ:…………….

Loại tật:……….….Mức độ:……………………………….

Cán bộ phụ trách CTS:…………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Sự tiến bộ của trẻ** | **Ngày** | **Ngày** | **Ngày** | **Ngày** | **Ngày** | **Ngày** |
| 1 | Trẻ tự đi vệ sinh |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Biết tự rửa tay |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Trẻ tự uống |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Trẻ tự ăn |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Biết súc miệng, chải răng |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Trẻ tự biết mặc quần ỏo |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Hiểu khi nghe cụ và bạn núi |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Theo kịp các bạn trong lớp |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Biết chơi cùng nhau |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Tuân theo quy định của lớp |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Các tiêu chí khác |  |  |  |  |  |  |
|  | …………………………… |  |  |  |  |  |  |
|  | ……………………………. |  |  |  |  |  |  |

Hàng tuần cán bộ làm CTS nhận xét đánh giá sự tiến bộ của trẻ theo các tiêu chí trên theo mức độ: Tốt (+); chưa rõ rệt (±); chưa đạt (-).

**Cán bộ phụ trách CTS cho trẻ**

**Phụ lục mẫu kế hoạch chuyển tiếp can thiệp sớm**

**KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP**

Họ và tên trẻ:……………………………………………….

Ngày tháng năm sinh: ..................... Tuổi: ...........................

Giới tính: ………………………………………………….

Họ và tên bố: ......................Nghề nghiệp:………………….

Họ và tên mẹ: .....................Nghề nghiệp:………………….

Địa chỉ gia đình: ……………………………………………

Số điện thoại liên lạc: ………………………………………

Họ và tên cán bộ phụ trách CTS:…………………………..

Họ và tên giáo viên đứng lớp phụ trách (nếu trẻ đang học MN): ...........................

Nơi chuyển trẻ đi: ………………………………………

2. Nơi dự định chuyển trẻ đến:…………………………….

Địa chỉ:……………………………………………………..

**3. Kế hoạch chuyển tiếp**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung**  (VD: đưa trẻ đến làm quen với trường MN) | **Người thực hiện** | **Thời gian** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. Ý kiến của gia đình**

Ngày ........ tháng .......năm .........

(Phụ huynh ký tên)

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP**

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**XƠ HÓA CƠ ỨC ĐÒN CHŨM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

1. **Định nghĩa**

|  |
| --- |
| *- Xơ hoá cơ ức đòn chũm là tình trạng cơ ức đòn chũm bị xơ hoá một phần do tư thế bào thai hoặc tai biến khi sinh dẫn đến hạn chế tầm vận động của cột sống cổ.* b) Tỷ lệ mắc: Xơ hoá cơ ức đòn chũm hay gặp ở trẻ đẻ ngôi ngược. |

**2. Nguyên nhân**

Do sang chấn cơ ức đòn chũm trong quá trình chuyển dạ

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng:** Nhận biết sớm ở trẻ từ 0 - 3 tháng tuổi:

- Khối u ở cơ ức đòn chũm, có ngay sau khi sinh.

- Khối u có mật độ từ hơi chắc đến rất chắc; di động nhẹ theo cơ ức đòn chũm; không nóng, đỏ, đau; cảm giác to nhanh trong những tháng đầu.

- Vẹo cổ rõ, đầu trẻ nghiêng sang bên có khối u, hạn chế nghiêng đầu sang bên lành và quay đầu sang hai bên.

**2. Cận lâm sàng**

- Chọc dò khối u thấy trên tiêu bản có hồng cầu (giai đoạn đầu), tế bào xơ (giai đoạn sau). Không có bạch cầu đa nhân hoặc tế bào ác tính.

- Siêu âm: giai đoạn đầu là dịch (xuất huyết), giai đoạn sau là tổ chức xơ.

**3. Chẩn đoán xác định**

- Dựa vào lâm sàng, kết quả siêu âm và chọc dò tế bào.

**4. Chẩn đoán phân biệt (nếu có)**

- Viêm hạch: Sốt, sưng, nóng, đỏ đau. Chọc hạch có bạch cầu đa nhân.

- Khối u vùng cổ: Chọc dò khối u thấy trên tiêu bản có tế bào lành hoặc ác tính.

- Viêm cơ ức đòn chũm: Trẻ có sốt; khối viêm có xưng, nóng, đỏ, đau; chọc dò có tế bào bạch cầu hoặc mủ.

- Vẹo cổ do còi xương, tổn thương đốt sống cổ: Không có khối u, liệt dây thần kinh XI.

**5. Biến chứng**

Nếu không được phát hiện và can thiệp sớm có thể dẫn đến các tình trạng gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và chức năng của trẻ sau này, như:

- Hạn chế vận động cột sống cổ (quay về bên có khối xơ, nghiêng sang bên đối diện)

- Lác mắt

- Teo ½ mặt bên có khối xơ

- Vẹo cột sống cổ, các đốt sống cổ bị biến dạng

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

- Can thiệp sớm ngay sau sinh hoặc ngay sau khi phát hiện thấy khối xơ.

- Can thiệp sớm thực hiện tại nhà trang 6 tháng đầu.

- Can thiệp tại khoa PHCN theo đợt phối hợp với chương trình can thiệp tại nhà trong 2 năm đầu.

- Nhân lực thực hiện: gia đình, cán bộ phục hồi chức năng các tuyến.

- Khám đánh giá tiến triển tháng/lần cho đến khi phục hồi hoàn toàn.

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

***a) Vận động trị liệu***

- Tư thế bệnh nhân:

+ Nằm nghiêng sang bên không có khối xơ để bộc lộ bên có khối xơ (trên đùi kỹ thuật viên, hoặc trên gối), đầu bệnh nhân thấp hơn vai.

+ Đầu, vai, hông thẳng hàng theo một trục ngang.

|  |  |
| --- | --- |
| - Bài tập 1. Xoa day cơ ức đòn chũm  + Một tay KTV cố định khớp vai và hông từ phía sau (phía lưng). |  |

**+ Tay kia (phía trước) dùng 1 hoặc 2 ngón tay xoa day trên khối xơ theo chiều kim đồng hồ.**

+ Thời gian: Mỗi lần 5 phút, mỗi ngày 6 đến 8 lần.

- Bài tập 2: Kéo giãn cơ ức đòn chũm

|  |  |
| --- | --- |
| + Một tay KTV cố định khớp vai, hông (từ phía sau), kéo nhẹ khớp vai về phía hông.  + Tay kia (phía trước mặt) ngón cái tỳ vào góc hàm, các ngón khác đặt vào phần xương chũm, phần dưới bàn tay tỳ nhẹ vào đầu trẻ và kéo xuống từ từ, nhẹ nhàng. |  |

+ Giữ khoảng 30 giây sau đó thả lỏng ra và làm lại như trên.

+ Thời gian: Mỗi lần từ 2-3 phút, mỗi ngày 6 đến 8 lần.

\* Chú ý: Xen kẽ bài tập 1 và 2.

- Bài tập 3: Đặt trẻ nằm nghiêng hai bên

+ Đặt nằm nghiêng hai bên bằng cách dùng gối dài kê ở phía sau lưng (qua vai, hông) để đảm bảo trẻ nằm nghiêng hoàn toàn (tránh nằm ngửa, nghiêng đầu).

+ Khi nằm nghiêng sang bên không có khối xơ thì không kê gối dưới đầu.

+ Khi nằm nghiêng sang bên có khối xơ thì kê gối tam giác dưới đầu.

+ Thay đổi tư thế nằm nghiêng sang từng bên (sau mỗi bữa ăn hoặc 2 giờ một lần)

***\* Những điểm cần lưu ý khi thực hiện các kỹ thuật kể trên:***

- Ba bài tập nói trên được thực hiện cho đến khi trẻ khỏi hoàn toàn.

- Chỉ thực hiện khi khối u không có nóng, đỏ, đau.

- Kéo dãn nhẹ nhàng, từ từ, không kéo dãn tối đa đột ngột, ngay tức khắc.

- Không thực hiện kỹ thuật khi trẻ khóc, chống đối.

- Tập trước khi cho trẻ ăn.

- Theo dõi nếu thấy trẻ có dấu hiệu khó thở, tím tái thì ngừng tập ngay.

- Bài tập 4. Tập lẫy(khi trẻ 3 tháng tuổi)

***b) Điện trị liệu:*** Dùng dòng điện thấp tần một chiều không đổi (dòng Galvanic có tần số 100-1000Hz)

- Chỉ định: Trẻ > 3 tháng, đã thực hiện các bài tập vận động không có kết quả.

- Mục đích: Làm mềm khối xơ, tăng kiểm soát đầu cổ.

- Thời gian: Ngày một lần, mỗi lần 15 - 30 phút. Một đợt điều trị 15 - 20 lần.

- Kỹ thuật đặt điện cực:

+ Galvanic dẫn KI vào khối xơ:

Cực tác dụng (cực âm) KI đặt ở khối xơ.

Cực đệm ( cực dương ) đặt giữa C4 đến C7

+ Galvanic dẫn CaCl2 cổ:

Cực tác dụng: (cực dương) CaCl2 đặt giữa C4 đến C7.

Cực đệm (cực âm) đặt tại L4 - L5.

- Cường độ: 0,1-0,5 mA/1cm2 điện cực

- Thời gian: 15-20 phút/lần

***c) Dụng cụ chỉnh hình***

- Mục đích: Giữ cho đầu ở vị trí trung gian.

- Chỉ định: Sau khi phẫu thuật kết hợp với vận động trị liệu.

- Loại dụng cụ: Đai cổ mềm.

***d) Thuốc:***

- Thuốc giảm đau: cho trước khi tập 30 phút nếu trẻ bị đau do tập.

- Paracetamol 0,01 g/1kg cân nặng, uống trước tập 30 phút.

***e) Phẫu thuật:*** Chỉ định cho trẻ bị xơ hoá cơ ức đòn chũm:

- Trẻ trên 10 tuổi đã điều trị các phương pháp khác không có kết qủa

- Cơ ức đòn chũm bị co ngắn và chắc.

- Cổ vẹo sang bên có khối cơ xơ.

- Không quay được cổ sang bên có khối cơ xơ.

**3. Phân tuyến kỹ thuật**

a) Tại cộng đồng a, b

b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN a, b, c, d, e

c) Phối hợp các kỹ thuật a, b, c, d, e.

**4. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

**PHÁT HIỆN SỚM VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

**MỘT SỐ BỆNH CƠ HAY GẶP Ở TRẺ EM**

**A. Teo cơ giả phì đại Duchenne:**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa**

Là bệnh loạn dưỡng cơ thần kinh cơ có tính chất di truyền hay gặp nhất ở trẻ em.

**2. Nguyên nhân**: do di truyền lặn nhiễm sắc thể (NST) số X. Gen bất thường Dystrophin là gen lặn nằm ở cánh ngắn Xp 21 NST X. Khi nam giới mang gen bệnh sẽ có biểu hiện lâm sàng (thường gặp ở trẻ trai). Nữ mang gen bệnh song thường không có biểu hiệu lâm sàng (hiếm khi bị bệnh hơn). Tuy nhiên 30% số bệnh nhân do đột biến gen mới và mẹ không phải là người mang gen bệnh. Tần suất mắc bệnh là 1/3600 trẻ trai sinh ra sống.

**II. PHÁT HIỆN SỚM**

***1. Lâm sàng:*** bệnh diễn biến qua 3 giai đoạn

***+ Giai đoạn đầu (trẻ dưới 2 tuổi )***

Ít có biểu hiện lâm sàng đặc trưng trong năm đầu sau sinh. Một số trẻ có thể giảm trương lực cơ và yếu cơ. Ở trẻ nhỏ dấu hiệu đầu tiên có thể gặp là yếu các cơ kiểm soát đầu cổ. Sự phát triển vận động thô (lẫy, ngồi, bò, đứng, đi) có thể bình thường hoặc hơi chậm. Khi trẻ 2 tuổi có thể thấy yếu cơ vùng khớp háng nhẹ. Khi trẻ mới tập đi có thể bị ưỡn cột sống thắt lưng.

***+ Giai đoạn sau (trên 2 tuổi):***

Bệnh diễn biến từ từ với biểu hiện giảm vận động: đi lại hay bị mỏi cơ và vấp ngã, ngồi xuống đứng lên khó khăn dần.

Sự yếu cơ tiến triển tăng dần theo tuổi và khi trẻ 8-10 tuổi sự yếu cơ ảnh hưởng đến khả năng vận động thô. Cơ lực của trẻ giảm nhiều ở gốc chi so với ngọn chi. Vai trò của cơ ở ngọn chi thường được bảo tồn cho phép trẻ cầm nắm đồ ăn, bút, sử dụng máy tính. Cơ hô hấp cũng bị ảnh hưởng nên trẻ hay bị nhiễm trùng đường hô hấp dẫn đến chức năng hô hấp cũng bị giảm dần. Yếu cơ hầu họng dẫn đến tình trạng hay bị sặc, trớ đường mũi. Vai trò của cơ ngoài mắt và cơ vận nhãn được bảo tồn tốt. Sự mất chủ động do yếu cơ hậu môn, đường niệu là dấu hiệu hiếm gặp và muộn.

Phì đại bắp chân và teo cơ đùi là dấu hiệu kinh điển. Phì đại bắp chân do phì đại vài sợi cơ, thâm nhiễm của mỡ vào cơ và tăng sinh collagen/keo. Sau đó chỗ phì đại kế tiếp là lưỡi, bắp tay.

Dấu hiệu Gowers (ngồi đứng dậy phải chống tay) thường phát hiện khi trẻ khoảng 3 tuổi, rất rõ khi trẻ 5-6 tuổi và dáng đi Traudelenburg (dáng đi mông lạch bạch, núng nính) là các dấu hiệu đặc trưng cho bệnh teo cơ giả phì đại.

Phản xạ gân xương khớp gối giảm dần và mất song ở gân gót lại được bảo tồn tốt cho đến giai đoạn cuối.

Tổn thương cơ tim là dấu hiệu hay gặp. Độ nặng nhẹ của tổn thương không liên quan đến mức độ teo cơ. Vài bệnh nhân chết sớm do tổn thương cơ tim trong khi còn đi lại được; một số khác ở giai đoạn của bệnh lại còn chức năng bù trừ tốt.

Tổn thương trí não ở tất cả bệnh nhân, tuy nhiên chỉ có 20- 30% trẻ có IQ<70. Phần lớn trẻ có thể đi học được. Một số ít chậm phát triển nặng, nhưng không có liên quan tới mức độ bệnh cơ. Trẻ có thể bị động kinh kèm theo.

***2. Cận lâm sàng***

+ Men cơ (CK): rất tăng, thậm chí trước khi có triệu chứng hoặc ngay sau sinh. Thường là 15.000 đến 35.000 UI/l (bình thường<160). Tuy nhiên ở giai đoạn cuối CK có thể giảm do còn ít cơ bị thoái hoá. Men lysosome khác có trong cơ như aldolase, asparate amino-tranferase cũng tăng nhưng không đặc hiệu.

+ Điện cơ: có dấu hiệu đặc trưng của tổn thương cơ. Không có dấu hiệu giảm hoặc mất dẫn truyền thần kinh. Tốc độ dẫn truyền thần kinh về vận động và cảm giác bình thường.

+ Sinh thiết cơ: có thay đổi ở cơ bao gồm tăng sinh tổ chức liên kết của mô sợi cơ, thoái hoá từng chỗ, cấu tạo lại sợi cơ, ổ thâm nhiễm của tế bào viêm đơn nhân như là phản ứng đối với hoại tử sợi cơ, sợi cơ đặc. Cần cân nhắc khi làm sinh thiết cơ. Nếu trẻ đã có tiền sử gia đình bị bệnh này với lâm sàng điển hình, CK tăng thì có thể không cần làm sinh thiết cơ.

+ Chẩn đoán gen: Phát hiện Dystrophin không có hoặc bị tổn thương bằng cách nhuộm tổ chức cơ bằng chất miễn dịch tế bào hay phân tích gen bằng máu ngoại biên (PCR: mất đoạn - 25 exons, MLPA: mất đoạn-79 exons)

+ Cần đánh giá tim bằng: siêu âm tim, điện tim đồ, X-quang định kì.

***3. Chẩn đoán xác định***

- Giảm vận động: Đi yếu, đứng lên ngồi xuống khó

- Phì đại cơ sinh đôi dép

- Điện cơ: Hình ảnh bệnh lí cơ

- CK: Tăng cao

- PCR: mất đoạn 25 exons

***4. Tiến triển:***

Khả năng đi của trẻ yếu dần theo thời gian. Hầu hết trẻ đi lại khó khăn khi trên 10 tuổi, một số thậm chí phải dùng xe lăn khi không có can thiệp bằng dụng cụ chỉnh hình, vật lý trị liệu và đôi khi cần phẫu thuật. Khả năng đi không những ảnh hưởng đến tâm lý của trẻ trẻ mà còn dẫn đến sự phụ thuộc về chức năng và gây nên các biến dạng thứ phát như vẹo cột sống, co rút cơ, biến dạng khớp. Co cơ chủ yếu ở khớp cổ chân, gối, hông và khuỷu tay. Vẹo cột sống rất hay gặp ở trẻ bệnh nặng. Biến dạng lồng ngực để bù trừ khả năng hô hấp và để tránh ép tim.

Trẻ bị teo cơ giả phì đại thường chết ở tuổi 18 do suy hô hấp khi ngủ, suy tim, viêm phổi, hay đôi khi sặc và tắc đường thở.

**III. CAN THIỆP SỚM**

Không có điều trị đặc hiệu.

Chủ yếu điều trị biến chứng và tăng cường chất lượng cuộc sống. Viêm đường hô hấp cần điều trị kịp thời. Trách tiếp xúc với trẻ bị bệnh hô hấp hay bệnh lây. Có chỉ định tiêm chủng virus Influenza và vaxin thông thường. Đảm bảo dinh dưỡng. Tránh quá liều Vitamin. Dùng canxi giảm loãng xương ở trẻ trai ngồi xe lăn, fluoride có thể do trẻ ít hoạt động và trầm cảm, trẻ ăn quá nhiều và tăng cân. Béo phì làm cho trẻ ít hoạt động hơn. Do vậy kiểm soát chế độ ăn.

Theo lý thuyết có thể điều trị bằng gen nhưng gây ra quá trình đào thải đối với tế bào lạ. Kết quả không có lợi. Đang nghiên cứu trên trong cơ gen dystrophin tổng hợp.

Prednisolon: giảm sự chết tế bào cơ trong quá trình phát triển cá thể và có thể làm giảm hoại tử sợi cơ trong loạn dưỡng cơ. Sức cơ thường cải thiện lúc đầu, nhưng biến chứng lâu dài của steroid kéo dài là tăng cân, loãng xương có thể bù đắp/bù trừ tác dụng tốt thậm chí có thể gây ra yếu cơ hơn.

**B. Bệnh loạn dưỡng cơ tuỷ:**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa:** Là bệnh thoái hoá nơron thần kinh vận động, khởi phát ngay trong thời kỳ bào thai và tiếp tục tiến triển khi tuổi trẻ em và người lớn. Sự cắt dây thần kinh tiến triển của cơ được bù trừ một phần bằng cách tái phân bổ thần kinh từ đơn vị vận động lân cận, nhưng cùng với sự teo cơ kế tiếp khi có sự tái phân bổ nơron vận động. Nơron vận động cao bất thường.

**2. Nguyên nhân**: do tiếp tục bệnh lý quá trình tế bào chất mà là bình thường trong quá trình bào thai. Sự thừa nguyên bào thần kinh (neuro blas) và các neuron khác được tạo ra từ ngoại bì thần kinh, nhưng chỉ khoảng 1/2 sống sót và trưởng thành nơron; quá nhiều tế bào có thời gian sống ngắn và thoái hóa. Nếu như quá trình mà làm dừng sự chết tế bào sinh lý, bị thất bại can thiệp trong 1 giai đoạn nhất định thì nơron tiếp tục chết khi thai giai đoạn muộn và sau sinh. Gen "Neuron vận động sống sót" làm dừng apoptosis (sự chết tế bào được sắp đặt) của nguyên bào thần kinh vận động.

**2. Phân loại**

- SMA typ I : Werdnig Hoffmann, thể nặng. Gặp ở tuổi sơ sinh.

- SMA typ II : tuổi trẻ muộn hơn, tiến triển chậm hơn.

- SMA typ III: Kugelberg-Welander, thể muộn mãn tính.

Sự khác nhau về lâm sàng, dựa vào tuổi khởi bệnh, độ nặng yếu cơ, và diễn biến lâm sàng. Sinh thiết cơ không phân biệt được SMA typ I và II, mặc dù typ III có sự cắt dây thần kinh, tái phân bổ thần kinh ở giai đoạn lớn tuổi hơn là kì chu sinh. Có bệnh nhân ở thể giữa typ I và typ II, tup II và III về mặt chức năng lâm sàng. Mỗi thể của SMA, bệnh Fazio-Loude, là bại tuỷ tiến triển, do thoái hoá nơron vận động ở thân não hơn là ở tuỷ sống.

**II. PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng:**

***a) SMA týp I:***

- Giảm trương lực cơ nặng, yếu cơ toàn thân, cơ mỏng

- Mất phản xạ gân xương

- Ảnh hưởng đến lưỡi, mặt, cơ hàm, cơ vân nhão

- Cơ tròn không bị ảnh hưởng.

- Có triệu chứng ngay sau sinh, có thể có khó thở, bỏ bú.

- Co cơ bẩm sinh từ bàn chân khoèo đơn thuần đến cứng đa khớp bẩm sinh toàn thân ở 10% trẻ sơ sinh bị nặng.

- Trẻ nằm nhẽo, ít cử động, không thắng nổi trọng lực, không giữ được đầu.

***b) SMA týp II:***

- Thường không bú và nuốt.

- Hô hấp bình thường ở thời kỳ trẻ nhỏ.

- Trẻ yếu cơ dần nhưng nhiều trẻ sống tới tuổi đi học hoặc muộn hơn.

***c) SMA týp III:***

- Bình thường ở thời kỳ trẻ nhỏ.

- Yếu cơ gốc chi tiến triển, có sự phân bố đặc biệt là cơ vai.

- Trẻ đi lại được. Triệu chứng yếu cơ tuỷ (balpar) hiếm gặp. Sống đến giữa tuổi người lớn.

- Co cứng cục bộ (runs) là dấu hiệu đặc biệt của sự cắt dây thần kinh cơ. Ở trẻ gầy, có thể thấy ở cơ delta, cơ hai đầu, cánh tay, và đôi khi ở cơ tứ đầu đùi, nhưng vận động không chủ ý liên tục, giống như giun có thể bị che lấp lớp mỡ dày. Co cứng cục bộ thấy rõ nhất ở lưỡi, nơi hầu như không có mô liên kết mỡ chia lớp cơ khỏi biểu mô. Nếu cơ lưỡi bên trong co như trong khi khóc hay khi lưỡi đẩy ra ngoài, co cứng cục bộ khó nhìn thấy hơn là khi lưỡi buông lỏng, chùng xuống.

- Ngón tay khi duỗi có run tay do co cứng cục bộ và yếu, không nên lầm với run do tiểu não. Đau cơ không phải là dấu hiệu của SMA.

- Tim không tổn thương.

- Trí tuệ bình thường và trẻ thường tỏ ra sáng dạ hơn những trẻ cùng tuổi bình thường bởi thai cố gắng hướng về phát triển trí tuệ và chúng thường bộc lộ ngôn ngữ người lớn hơn là ngôn ngữ thiếu niên bởi vì hậu quả xã hội của bệnh.

**2. Cận lâm sàng**

+ CK bình thường hoặc tăng nhẹ tới vài trăm hiếm khi cao tới vài nghìn.

+ Điện cơ: Nhóm sợi to loại 1 trộn lẫn với bó teo nặng. Ở SMA II, kiểu giống cơ người lớn mà trải qua nhiều đợt mất dây thần kinh và tái phân bổ thần kinh. Thay đổi về thần kinh có thể thấy ở điện cơ, nhưng kết quả ít xác định hơn là sinh thiết cơ ở trẻ nhỏ.

+ Sinh thiết cơ: sinh thiết ở bắp chân chỉ ra thay đổi thần kinh bệnh lý về cảm giác và tốc độ dẫn truyền thần kinh cảm giác có thể chậm. Mổ tử thi, sự thay đổi thoái hoá nhẹ ở nơron cảm giác của dorsal root ganglia (hạch rễ lưng) và những thay đổi này không được ghi nhận trên lâm sàng như mất cảm giác hoặc dị cảm. Tổn thương thần kinh bệnh lý rõ ràng nhất là thoái hoá nơron rộng lớn và tăng sinh thần kinh đệm ở sừng trước tuỷ sống và nhân vận động ở thân não, đặc biệt là nhân dưới lưỡi.

+ Xét nghiệm DNA: Chẩn đoán di truyền phân tử bằng DNA của máu hay sinh thiết cơ hay tổ chức nhung mao màng đệm đã có không chỉ để chẩn đoán các ca nghi ngờ mà còn chẩn đoán trước sinh. Hình ảnh mất đoạn -7 exons

+ Nhiễm sắc thể: Hầu như ca di truyền lặn trên NST thường. Tần suất SMA:1/25000 ảnh hưởng tất cả các dân tộc, là bệnh thần kinh cơ gặp thứ hai sau DMD. Vị trí gen của các thể hay gặp của SMA nằm trên NST 5, mất đoạn ở 5q11-q13 chỉ ra rằng chúng khác nhau của cùng 1 bệnh chứ không phải các bệnh khác nhau. Có mô tả ít gia đình di truyền trội trên NST thường, NST X. Xét nghiệm cho người mang gen bệnh có sẵn.

**3. Chẩn đoán xác định**

- Giảm vận động: lẫy, ngồi bò, đứng đi.

- Trương lực cơ giảm.

- Điện cơ: Hình ảnh tổn thương cơ do thoái hoá cơ tuỷ

- PCR: hình ảnh mất đoạn -7 exons

**4. Tiến triển**

SMA týp I: Hơn 2/3 chết trước 2 tuổi, chết nhiều trong kỳ sơ sinh.

SMA týp II: Biến chứng chính ở nhiều trẻ sống sót kéo dài là gù vẹo cột sống.

**III. CAN THIỆP SỚM**

Không có điều trị mà có thể làm chậm lại quá trình.

Điều trị hỗ trợ: chỉnh hình, đặc biệt đối với vẹo cột sống và co cơ, vật lý trị liệu, giúp đỡ về máy móc cho trẻ ăn, hoạt động độc lập. Hầu hết các trẻ dùng được máy tính nhưng dùng được bút chì.

**C. Nhược cơ**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

**1. Định nghĩa:** Là một bệnh thần kinh cơ có đặc tính là yếu và mệt mỏi các cơ vân.

**2. Nguyên nhân:** Là một bệnh tự miễn, các biến đổi bệnh lý ở màng cơ sau sináp, do các kháng thể chống thụ thể Ach phá huỷ và làm giảm số lượng thụ thể, hậu quả là giảm dẫn truyền thần kinh cơ.

**II. PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng:**

- Triệu chứng khởi đầu âm thầm, không có nguyên nhân gì rõ ràng. ĐôI khi khởi phát sau 1 bệnh nhiễm trùng cấp, sau một phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp.

- Một số ít trường hợp bệnh khởi phát đột ngột, các cơ liệt khu trú hoặc lan toả toàn thân.

- Các nhóm cơ bị xâm phạm ở giai đoạn đầu và trong quá trình tiến triển của bệnh được Simpson J. A thống kê:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stt | Nhóm cơ bị xâm phạm | Tần xuất các cơ bị tiệt (%) | |
| TC khởi đầu | Khi bệnh tiến triển |
| 1 | Các cơ mắt | 50 - 60 | 90 |
| 2 | Nói khó, nuốt khó, các cơ gốc chi, cơ đái chậu | 12 - 20 | 80 - 90 |
| 3 | Các cơ cánh tay và đùi, mông, co duỗi chi trên, các cơ bàn tay | 8 - 12 | 70 - 80 |
| 4 | Các cơ gấp cẳng tay, các cơ quay | 4 - 8 | 60 - 70 |
| 5 | Các cơ ngọn chi trên, cơ bụng, cơ liên sườn | 1 - 4 | 50 - 60 |

- Đặc tính chung về lâm sàng trong bệnh nhược cơ là các cơ mỏi yếu nhanh chóng khi phải vận động và phục hồi sau một giai đoạn ngắn nghỉ ngơi, vì vậy bệnh nhược cơ thường đỡ về sáng và nặng lên về chiều.

- Nghiệm pháp sụp mi: cho bệnh nhân nhìn lên vào ngón tay thầy thuốc, giơ cao trước mặt bệnh nhân, mi mắt sẽ sụp xuống trước khi người khám thấy mỏi tay hoặc cho người bệnh nhìn về phía trước 1 - 5 phút vào một vật để ở 30 độ trên đường ngang, sụp mi sẽ xuất hiện.

- Nghiệm pháp yếu cơ lực: cho bệnh nhân làm đi làm lại 2 - 4 phút một động tác đòi hỏi 1 số cố gắng như nhai mạnh nhiều lần, nắm chặt tay thầy thuốc rồi thả ra nắm lại liên tiếp… các cơ sẽ mỏi và không tiếp tục được.

- Nghiệm pháp Prostigmine: Quyết định chẩn đoán

- Bệnh cảnh điển hình: Bộ mặt nhược cơ với các nếp nhăn ở mặt mất, mi mắt sụp, hai mắt không nhắm kín được, bệnh nhân ngồi không giữ được thẳng đầu, nói khó và nhỏ, ho không khạc được, tay không giơ cao để chải đầu được, chân không bước bên bậc thềm được vì các cơ bị yếu nặng

- Trường hợp nặng: bệnh nhân nằm không tự cựa mình được, ăn bị nghẹn, uống nước sặc ra mũi, từng lúc có cơn khó thở rất nguy hiểm, có thể gây tử vong đột ngột vì nghẹn thức ăn hoặc suy hô hấp.

**2. Các giai đoạn của nhược cơ:**

* Giai đoạn I: Nhược cơ khu trú ở một nhóm cơ, thường là cơ mắt.
* Giai đoạn IIA: Nhược cơ toàn thân lành tính, thiết lập tăng dần đến xâm phạm toàn thể các cơ ngoại vi, không có rối loạn nuốt và thở.
* Giai đoạn IIB: Nhược cơ toàn thân nặng vừa, thiết lập tăng dần đến xâm phạm các cơ hành tuỷ – gai sống, mức độ nặng vừa, có rối loạn nuốt nhưng không có rối loạn thở.
* Giai đoạn III: Nhược cơ nặng cấp tính, thiết lập nhanh vài tuần đến vài tháng, các cơ ngoại vi và hành tuỷ bị nặng, rối loạn hô hấp có sớm.
* Giai đoạn IV: Thiết lập nặng dần trong nhiều tháng hoặc nhiều năm đến nhược cơ toàn thân giống mức độ của giai đọan III. Tỉ lệ tử vong khoảng 20 đến 30%, nguyên nhân là suy hô hấp, các bệnh nhiễm trùng phụ, các năm đầu tỉ lệ chết cao hơn các năm sau...

**3. Xét nghiệm**:

- Điện cơ: Biên độ điện thế giiee

Nếu được tiêm Prostigmine thì điện cơ sẽ bình thường.

- Sinh thiết cơ: Khoảng 30% bệnh nhân nhược cơ có chảy máu lympho giữa các sợi cơ. Có thể quan sát mảnh cơ dưới kính hiển vi điện tử để dánh giá sự biến đổi ở những mảng vận động và màng cơ sau sinap

- X quang: Chụp tim phổi tìm u tuyến ức

- CT Scanner: Phát hiện U tuyến ức (có thể biết lành tính hay ác tính) hoặc hình ảnh quá sản tuyến ức.

- Miễn dịch học: Tìm kháng thể chống thụ thể ACh trong huyết thanh thấy 80% trong bệnh cơ nói chung, 50% trong thể nhược cơ mắt.

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nội khoa:**

- Prostigmine: Viên 1,5 mg hoặc loại tiêm 0,5 mg tĩnh mạch, hoặc 1,5 mg tiêm bắp (kết hợp với atropine chống tác dụng phụ)

*Chú ý*: khi dùng thuốc phải theo dõi cơn tái phát do thiếu hoặc thừa prostigmine (dùng tensilon tiêm 2 mg tĩnh mạch sau 1 đến 2 phút nếu đỡ, tức là vẫn cho thêm được prostigmine. Nếu bệnh nhân không đỡ, có nghĩa là liều prostigmine đã thừa và đưa bnh nhân vào máy thở và prostigmine sẽ được đào thải dần)

- Mestinon viên 60 mg, có tác dụng sau 15 đến 30 phút và kéo dài sau 4 giờ.

- Prednisolone: Ban đầu dùng liều thấp 15 đến 25 mg. tăng dần cứ 3 đến 5 ngày tăng mỗi lần 5mg / ngày cho đến khi đạt kết quả rõ rệt hoặc đến lúc đạt đến liều 50 mg / ngày. Liều tác dụng này duy trì 1 đến 3 tháng, sau đó chuyển sang liều cách nhật trong thời gian 1 đến 2 tháng: Liều 100 mg / ngày cách nhật. Sau khi có kết quả tốt thì giảm dần liều.

**2. Phục hồi chức năng:**

Tập các bài Phục hồi chức năng theo hướng dẫn.

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ BỊ LIỆT MỀM NGOẠI BIÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

1. **Định nghĩa**

Liệt thần kinh ngoại biên là tình trạng yếu hay mất lực cơ gây khó cử động hay không thể cử động được một phần hay nhiều phần cơ thể, các cơ liên quan thường nhẽo và có thể kèm theo rối loạn cảm giác vùng chi thể bị liệt.

Liệt do tổn thương hệ thống thần kinh ngoại biên thường liệt một số cơ riêng lẻ hay một vài nhóm cơ ở một phần cơ thể hơn là liệt toàn bộ một chi thể.

**2. Nguyên nhân**

Do bệnh lý hay do chấn thương làm tổn thương dây thần kinh ngoại biên chi phối các cơ liên quan.

- Các bệnh lý thần kinh ngoại biên hay gặp ở trẻ nhỏ là bệnh bại liệt, viêm đa rễ dây thần kinh, viêm tủy cắt ngang, ngộ độc chì, ngộ độc hóa chất, nhiễm trùng thần kinh...

- Các chấn thương thần kinh ngoại biên hay gặp ở trẻ nhỏ như liệt mềm do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, liệt mặt ngoại biên, chèn ép rễ/dây thần kinh do chấn thương, phù nề...

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng**

***a) Triệu chứng thần kinh:***

- Trương lực cơ giảm: Độ rắn chắc của cơ giảm, độ gấp doãi của cơ tăng, độ ve vẩy của khớp cổ chân, cổ tay tăng

- Cơ lực giảm: Thử cơ bằng tay (MMT) để đánh giá độ liệt của từng nhóm cơ

Độ 0: Không có co cơ tối thiểu

Độ 1: Có co cơ khi cử động

Độ 2: Thực hiện được vận động nhưng không hết tầm

Độ 3: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, không có sức đề kháng

Độ 4: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, có sức đề kháng nhẹ hoặc vừa.

Độ 5: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, có sức đề kháng tối đa.

|  |  |
| --- | --- |
| - Các kiểu liệt cổ điển:  + Liệt thần kinh quay (H. 1): Bàn tay rủ cổ cò  Mất khả năng duỗi các đốt bàn ngón  Hạn chế dạng ngón I | bàn tay rũ |
| + Liệt thần kinh trụ (H. 2): Bàn tay móng chân chim.  Khi nắm bàn tay, các ngón IV, V và một phần ngón III không gập hết được  Không gập được đốt cuối ngón V. | *bàn tay vuốt trụ* |
| + Liệt thần kinh giữa  (H. 3): Bàn tay khỉ  Khi nắm bàn tay, ngón I và ngón II không gấp lại được | tổn thương TK giữa |

 + Liệt thần kinh mác (H. 4): Bàn chân thuổng

Mất khả năng gập mu bàn chân

|  |  |
| --- | --- |
| + Liệt thần kinh chày  (H. 5): Bàn chân chim  Co rút các cơ bàn chân và lòng bàn chân  Có thể loét ở gan bàn chân do mất cảm giác và rối loạn vận mạch | [http://t3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSq5-ucxBn-coR8vULdZMbV6RWKC0j4_vRno-5tBWChws4v-NI19Xb-yS8](http://www.google.com.vn/imgres?imgurl=http://www.seattlechildrens.org/uploadedImages/Seattle_Childrens/cmsassets/Images/cavus_foot.jpg&imgrefurl=http://www.seattlechildrens.org/medical-conditions/bone-joint-muscle-conditions/feet-leg-malformations/cavus-foot/&usg=__oDFcKDKre4guaTG5jbHy9gqX1gU=&h=332&w=600&sz=31&hl=vi&start=2&zoom=1&tbnid=6VvjsNz8g7dUoM:&tbnh=75&tbnw=135&ei=bQJLT9q7KYS5iQeq_aC1Dg&prev=/search?q=cavus+foot&hl=vi&sa=N&gbv=2&tbm=isch&itbs=1) |

+ Liệt dây thần kinh VII ngoại biên

|  |  |
| --- | --- |
| Liệt thần kinh mặt ngoại biên thì nửa mặt một bên bị liệt hoặc yếu cơ mặt 🡪 khó cười, mặt chảy xệ xuống và khó biểu hiện nét mặt, ăn uống bị đổ thức ăn một bên, đặc biệt là góc của miệng, mắt nhắm không kín hay mở lớn cả khi ngủ, nhân trung lệch sang bên liệt. |  |

Khó nói và đôi khi đau sau hay trước tai

Có thể mất vị giác, thay đổi số lượng nước bọt ở miệng.

- Dinh dưỡng:

+ Teo cơ so với bên lành. Có khi xảy ra nhanh (bại liệt). Có thể trở nên teo vĩnh viễn, kèm theo thoái hoá xơ ở các cơ. Nhưng nói chung, nếu được can thiệp và điều trị sớm thì có thể hồi phục hoặc làm chậm tiến trình teo cơ.

+ Không có loét

- Phản xạ gân xương giảm hoặc mất bên liệt

- Cảm giác: có thể mất cảm giác nông và sâu dưới nơi tổn thương.

+ Có thể có rối loạn cảm giác chủ quan như tê buồn ngoài da, kiến bò, đau như bỏng, đau như vết dao cắt, đôi khi có cơn đau tự phát liên tục hay cách quãng và thường xảy ra ban đêm.

+ Có thể có rối loạn cảm giác khách quan như đau khi ấn sâu vào khối cơ hoặc dọc đường đi của dây thần kinh, đau khi kích thích nhẹ trên mặt da, đau khi một vật nhẹ đè lên da...

+ Trong một số trường hợp trẻ có thể bị mất hẳn cảm giác vùng bị liệt.

- Không có rối loạn đại tiểu tiện trừ hội chứng đuôi ngựa (là tình trạng liệt ngoại biên hai chân, nhưng có khác là có rối loạn cơ tròn và rối loạn cảm giác rất đặc biệt: mất cảm giác vùng đáy chậu và sinh dục)

- Không có phản xạ bệnh lý.

- Không có diễn biến chuyển sang liệt cứng

***b) Hạn chế vận động các khớp:***

Nếu tình trạng liệt kéo dài không được can thiệp kịp thời sẽ dẫn đến co rút, biến dạng khớp và hạn chế vận động khớp. Đo tầm vận động tại các khớp vùng chi thể bị liệt bằng thước đo độ.

**2. Cận lâm sàng**

***a) Điện cơ đồ***: Có phản ứng thoái hoá điện, mất hoặc giảm tốc độ dấn truyền thần kinh (thực hiện kỹ thuật thăm dò này ở các bệnh viện tuyến tỉnh hoặc trung ương)

***b) Dịch não tuỷ***: Phân ly đạm tế bào nếu trẻ bị viêm đa rễ - dây thần kinh

***c) X quang:***Hình ảnh gai đôi cột sống.

Loại trừ tổn thương xương khớp kèm theo (gãy xương,   
trật khớp)

**3. Các bệnh thường gặp**

***a) Bại liệt:***

Hay gặp ở trẻ em, thường về mùa hè

Nguyên nhân: do virus bại liệt khu trú ở sừng trước tuỷ sống

- Lây qua đường ăn uống

Lâm sàng:

- Sốt nhẹ

- Đau cơ

- Rối loạn tiêu hoá

- Liệt mềm hoàn toàn

- Tổn thương không đồng đều (một hoặc nhiều chi)

- Không có rối loạn cảm giác

- Teo cơ rất nhanh trong những tuần đầu

- Thường không hồi phục

***b) Viêm đa rễ-dây thần kinh***

Thường xuất hiện từ từ

Lâm sàng:

- Liệt mềm hoàn toàn

- Tổn thương đồng đều liệt đối xứng hai bên và đều nhau

Rối loạn cảm giác chủ quan: đau, tê bì

- Teo cơ theo đường đi của rễ và dây thần kinh

Xét nghiệm: có sự phân ly đạm - tế bào (dưới 2 gram)

Các thể: Liệt hai chân

Tứ chi 🡪 tổn thương hành não

Đơn thuần dây thần kinh sọ não

***c) Viêm đa dây thần kinh***

Thường xuất hiện từ từ

Nguyên nhân: Thiếu vitamin B1 (Beri - Beri), vúm, bạch hầu, nhiễm độc (chì, rượu)

Lâm sàng:

Liệt mềm hoàn toàn

Tổn thương đồng đều liệt đối xứng hai bên và không đồng đều

Rối loạn cảm giác chủ quan: tê bì

Có thể phù nhẹ (vitamin B1)

Xét nghiệm: có sự phân ly đạm - tế bào (dưới 2 gram)

***d) Hội chứng đuôi ngựa***

Nguyên nhân: tổn thương vùng đuôi ngựa

Lâm sàng:

Liệt mềm

Tổn thương đồng đều: liệt đối xứng hai bên và đồng đều

Rối loạn cảm giác kiểu yên ngựa (giảm hoặc mất cảm giác vùng tầng sinh môn)

Teo cơ kiểu cẳng chân gà

Rối loạn cơ tròn

**e) Liệt tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay** (trang105)

**4. Chẩn đoán xác định** (Tùy theo bệnh)

**5. Tiến triển/Biến chứng**

- Teo cơ

- Co rút khớp

- Cứng khớp

- Vẹo cột sống

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

- Can thiệp sớm ngay khi phát hiện ra liệt.

- Điều trị tại khoa PHCN

- Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân tập tại nhà.

- Khám thường quy sau 1, 2, 3 tháng cho đến khi trẻ lớn.

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

a) Vận động trị liệu

# *- Bài tập 1: Xoa bóp cơ liệt*

### - Bài tập 2. Vận động hết tầm các khớp của phần cơ thể bị liệt

***b) Hoạt động trị liệu:*** Nếu bị liệt mềm tay

***c) Điện thấp tần ngắt quãng - điện kích thích :***

- Mục đích : kích thích các cơ bị liệt.

- Thời gian : 15-30 phút/lần X 15-20 lần/đợt .

- Kỹ thuật điện cực :

Cực tác dụng : ( - ) hoặc ( --) : cơ bị liệt

Cực đệm : ( + ) : cột sống đoạn cổ hoặc thắt lưng

Thời gian xung/thời gian nghỉ = 1/2

Cường độ: khi thấy co cơ tối thiểu .

***c) Dụng cụ chỉnh hình***

*Mục đích*: Nắn chỉnh biến dạng ở cổ tay, cổ chân, khuỷu, khớp gối, khớp háng chống co rút.

*Loại dụng cụ:* Nẹp chức năng, nẹp chỉnh trục.

***d) Nội khoa***

- Thuốc giảm đau: cho trước khi tập 30 phút nếu trẻ bị đau do tập

- Can xi và vitamin D để phòng còi xương khi trẻ trên 3 tháng tuổi

***e) Ngoại khoa:*** Có thể phẫu thuật nối dây thần kinh trong trường hợp xác định được có đứt đoạn dây thần kinh.

*Có thể điều trị bằng châm cứu vì đây là liệt ngoại biên*

**3. Phân tuyến kỹ thuật**

a) Tại cộng đồng: kỹ thuật a, b

b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN: kỹ thuật a, b, c, d, e.

c) Phối hợp các kỹ thuật a, b, c, d.

**4. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà

*Chăm sóc trẻ liệt dây VII ngoại biên*

- Trẻ lớn có thể lo sợ, giận dữ hay buồn khi bị bệnh, cần tư vấn tâm lý giải thích giúp trẻ yên tâm và kiên nhẫn trong điều trị.

- Nên cho trẻ nghỉ ngơi và ăn uống đủ chất, chú ý sinh tố, trái cây.

- Bảo vệ mắt khi đi ra ngoài  tránh bụi và gió vào mắt, nhỏ mắt nhiều lần cho trẻ bằng thuốc Natri Chlorocid 0,9% để tránh khô mắt.

- Vệ sinh răng miệng không để thức ăn đọng lại giữa má và nướu răng bên liệt.

- Chườm ấm, xoa bóp và vận động các cơ mặt, thời gian tập từ 15 đến 20 phút mỗi lần vào buổi sáng và tối.

- Phát hiện sớm, can thiệp sớm sẽ có khả năng phục hồi tốt hơn, tránh được các biến chứng teo cơ, cứng khớp, không sử dụng được tay, chân hay phần cơ thể bị liệt về sau.

- Cha mẹ trẻ cần lưu ý khi thấy một tay, chân hay một phần cơ thể trẻ ít cử động hơn so với bên kia hoặc trẻ khóc và có biểu hiện khó chịu, đau khi ta cử động một phần cơ thể của trẻ.

- Cần đưa ngay trẻ đến các cơ sở y tế khi phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường trên cơ thể trẻ để được chẩn đoán xác định và hướng dẫn tập luyện cho trẻ.

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ LIỆT MỀM TAY DO TỔN THƯƠNG**

**ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

1. **Định nghĩa**

*a) Định nghĩa:* Là tình trạng liệt mềm tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tayxảy ra trong lúc sinh, trẻ bị liệt hoặc giảm vận động, rối loạn cảm giác của các cơ cánh tay.

*b) Tỷ lệ mắc:* 0,25%.

**2. Nguyên nhân**

Do đứt hoặc dãn một hoặc tất cả các dây thần kinh trụ, quay, giữa từ đám rối thần kinh cánh tay, xảy ra trong lúc sinh do thủ thuật kéo tay, vai khi lấy thai ra trong trường hợp thai to, ngôi ngược, mổ đẻ.

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng**

- Triệu chứng chấn thương phần mềm cơ quanh khớp vai:

+ Đau: sờ vào vùng khớp vai, vận động khớp vai trẻ khóc.

+ Đỏ, tím: có thể phát hiện thấy chỗ đỏ, tím do xuất huyết phần mềm quanh khớp vai, vùng xương đòn.

+ Phù nề: vùng khớp vai bị tổn thương có thể sưng to hơn bên lành.

- Hạn chế vận động khớp vai thụ động, chủ động do trẻ đau hoặc do liệt cơ.

|  |  |
| --- | --- |
| - Liệt cơ: Liệt mềm ngoại biên các cơ hoặc nhóm cơ của toàn bộ cánh tay  + Trương lực cơ giảm bên tay bị liệt:  - Độ rắn chắc của cơ giảm  - Độ gấp duỗi tại các khớp tăng  - Độ ve vẩy các ngón tay tăng  + Cơ lực giảm: | DSC00261 |

Thử cơ bằng tay để đánh giá mức độ liệt của từng cơ/nhóm cơ.

Kết quả thử cơ bằng tay được chia thành 5 mức:

Độ 0: Không có co cơ tối thiểu

Độ 1: Có co cơ khi cử động

Độ 2: Thực hiện được vận động nhưng không hết tầm

Độ 3: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, không có sức đề kháng

Độ 4: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, có sức đề kháng nhẹ hoặc vừa.

Độ 5: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, có sức đề kháng tối đa.

*Các kiểu liệt tay:* Tuỳ mức độ tổn thương và vị trí tổn thương dây thần kinh mà lâm sàng có các kiểu liệt khác nhau (trang 99):

Liệt thần kinh quay (Bàn tay rủ cổ cò)

Liệt thần kinh trụ (Bàn tay móng chân chim)

Liệt thần kinh giữa (Bàn tay khỉ)

- Dinh dưỡng: cơ bên liệt bị teo so với bên lành.

- Phản xạ gân xương giảm hoặc mất bên tay liệt.

- Cảm giác: có thể có rối loạn cảm giác ở giai đoạn đầu.

- Có thể có gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, trật khớp vai.

**2. Cận lâm sàng**

- X quang: Chụp khớp vai thẳng và xương cánh tay, xương đòn để loại trừ tổn thương xương khớp kèm theo gãy xương (xương đòn, xương cánh tay, trật khớp vai...)

- Điện cơ đồ: có thể làm tại tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh nơi có máy điện cơ đồ. Kết quả đo điện cơ đồ có thể thấy mất hoặc giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh của dây thần kinh bị tổn thương. Tuy nhiên điện cơ đồ ở trẻ nhỏ khó thực hiện.

**3. Chẩn đoán xác định**

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Tiền sử đẻ khó, mắc vai.

**5. Chẩn đoán phân biệt (nếu có)**

- Bại não - liệt ½ người

**6. Tiến triển/Biến chứng**

Nếu không được phát hiện sớm và can thiệp sớm, cánh tay liệt sẽ bị teo cơ, bán trật khớp vai, co rút các khớp khuỷu tay, cổ bàn tay, phát triển không cân đối so với bên lành.

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

- Can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện tay bị giảm vận động.

- Can thiệp sớm tiến hành song song PHCN tại các trung tâm và PHCN tại nhà trong 1-2 năm đầu.

- Khám đánh giá tiến triển 3 tháng/lần cho đến khi phục hồi hoàn toàn.

- Nhân lực thực hiện: thành viên của gia đình và cán bộ PHCN các cấp.

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

***a) Vận động trị liệu***

Trong 2 tuần đầu sau đẻ không can thiệp nếu trẻ có triệu chứng đau do chấn thương. Thực hiện các bài tập xoa bóp, vận động bắt đầu từ tuần thứ 3 trở đi.

- Bài tập 1: Xoa bóp cơ cánh tay

Các động tác được thực hiện nhẹ nhàng từ ngón tay 🡪 bàn tay 🡪 cẳng tay 🡪 cánh tay 🡪 vai bên liệt.

- Bài tập 2: Vận động hết tầm các khớp

Từ ngón tay 🡪 bàn tay 🡪 cẳng tay 🡪cánh tay 🡪 vai bên liệt.

- Bài tập 3: Vận động chủ động tay liệt

Tư thế:Trẻ ngồi trong lòng mẹ, mặt quay về phía người tập.

Kĩ thuật:Người tậpgiữ tay lành, đưa đồ chơi có màu sắc, tiếng động về phía tay liệt để khuyến khích trẻ với - cầm bằng tay liệt.

- Đặt tư thế đúng cho trẻ

Ngồi: Treo tay ở tư thế gập khuỷu 90 bằng đai vải

Nằm: khuyến khích trẻ nằm nghiêng bên lành, tay bên liệt gác lên gối mềm hoặc ôm gối tròn.

**b) Hoạt động trị liệu**

****

**c) Điện trị liệu:**

*Mục đích:* kích thích hoạt động của các cơ bị liệt, dùng dòng điện thấp tần, ngắt quãng.

*Thời gian:* 15 - 30 phút/lần X 15 - 20 lần/đợt .

*Kỹ thuật điện cực:* Cực tác dụng (-) đặt tại cơ bị liệt, cực đệm (+) đặt tại cột sống đoạn cổ (C4 - C7). Thời gian xung/thời gian nghỉ = ½. Cường độ cho đến khi thấy co cơ tối thiểu.

**d) Dụng cụ chỉnh hình/trợ giúp**

*Mục đích*: Nắn chỉnh biến dạng ở cổ tay, chống co rút. Giữ bàn tay ở tư thế chức năng (gập mặt mu bàn tay, dạng ngón cái, lòng bàn tay khum lại), tránh bán trật khớp vai.

*Loại dụng cụ:* Nẹp cổ bàn tay ở tư thế chức năng. Băng treo tay bằng vải

**e) Thuốc**

Paracetamol 10mg/1kg cân nặng, uống trước tập 30 phút nếu trẻ đau khi tập.

**f) Phẫu thuật:**

***-*** Có thể phẫu thuật nối dây thần kinh trong trường hợp xác định được có đứt đoạn thần kinh hoặc nếu trẻ được tập liên tục nhưng các dấu hiệu liệt không cải thiện sau 3-6 tháng.

- Có thể phẫu thuật chuyển gân đối với trẻ lớn hơn.

*Có thể châm cứu vì đây là liệt ngoại biên.*

**3. Phân tuyến kỹ thuật**

a) Tại cộng đồng: kỹ thuật a, b, d, e

b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN: a, b, c, d, e, f.

c) Phối hợp các kỹ thuật: a, b, c, d, e, f

**4. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà

- Cha mẹ trẻ cần lưu ý khi thấy một tay trẻ ít cử động hơn tay kia hoặc trẻ khóc và có biểu hiện khó chịu, đau khi ta cử động một tay của trẻ.

- Cần đưa ngay trẻ đến các cơ sở y tế khi phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường ở tay trẻ để được chẩn đoán xác định và hướng dẫn tập luyện cho trẻ.

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

- Phát hiện sớm, can thiệp sớm sẽ tránh được các biến chứng teo cơ, cứng khớp, không sử dụng được tay liệt về sau.

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

## PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM TRẺ EM

## BỊ DỊ TẬT BÀN CHÂN KHOÈO BẨM SINH

## I. Đại cương:

## *1. Định nghĩa: Bàn chân khoèo bẩm sinh là một dị tật bàn chân xảy ra trong thời kì bào thai gồm:*

- Rối loạn vị trí khớp giữa xương gót - sên - ghe và xương gót - hộp: xương ghe bị kéo vào trong về phía mắt cá trong; khớp gót - hộp bị trật vào trong; phần đầu, cổ xương sên kéo vào trong; phần sau của xương gót bị kéo ra ngoài; xương gót xoay trong.

- Bất thường mô mềm và các cơ chày sau, gập ngón dài, dây chằng gót – mác, sên - mác, bao sau khớp cổ chân bị ngắn và co rút.

**2. Dịch tễ học:**

Tỷ lệ mắc: 0,1 – 0,2 % ; Nam / Nữ: 2/1

**3. Nguyên nhân:** chưa rõ ràng, người ta đưa ra nhiều giả thiết: do bất thường về gen, thần kinh, xương, hay do tư thế bất thường của bàn chân trẻ trong bào thai.

**II. PHÁT HIỆN SỚM**

1. **Lâm sàng:** Bàn chân khoèo bẩm sinh là một dạng dị tật rất dễ phát hiện

- Khép và nghiêng trong phần trước, giữa bàn chân: Góc nghiêng trong (Varus): là góc tạo bởi trục xương chày và trục đi qua ngón II. Đo góc Varus bằng thước đo tầm vận động của khớp.

- Bàn chân ở tư thế thuổng: Góc gập mặt lòng-nghiêng trong (Equinus): Là góc tạo bởi trục xương chày và trục song song mép ngoài ngón V. Đo góc Equinus bằng thước đo tầm vận động của khớp.

- Mép ngoài bàn chân cong do khớp xương gót-hộp bị kéo vào trong.

- Nếp lằn da sau gót bàn chân rõ.

- Nếp lằn da phần giữa bàn chân rõ: ngắn cơ khép và gập ngón cái.

- Khoảng giữa mắt cá trong và xương ghe không sờ thấy.

- Ngắn ngón chân cái

- Teo cơ cẳng chân.

* Dùng tay không thể gập mu, lòng bàn, nghiêng ngoài bàn chân để đưa bàn chân về vị trí trung gian.
* Các dị tật khác kèm theo: Trật khớp háng, cứng khớp gối, trật khớp xương bánh chè, cứng khớp khuỷu, bàn tay khoèo

1. Xét nghiệm:

a) X-quang: Chụp khớp cổ chân và bàn chân (thẳng, nghiêng) Chụp khớp háng thẳng: khi nghi ngờ trật khớp háng

b) Siêu âm khớp háng: khi nghi ngờ trật khớp háng

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc can thiệp sớm**

- Can thiệp sớm ngay sau sinh.

- PHCN toàn diện: bó bột chỉnh hình theo đợt

+ Bài tập kéo dãn

+ Nẹp chỉnh hình

- Phẫu thuật: khi trẻ bị bàn chân khoèo đến muộn trên 6 tháng tuổi, đã bó bột song không thể nắn chỉnh bàn chân về vị trí trung gian bằng tay.

**Mục tiêu can thiệp sớm**

- Nắn chỉnh dần dần biến dạng bàn chân.

- Kéo dãn các cơ, dây chằng bị co ngắn.

- Duy trì bàn chân ở tư thế trung gian sau bó bột.

- Cải thiện dáng đi đúng về sau.

1. **Các kĩ thuật cơ bản:**

***a) Bó bột chỉnh hình***

- Chỉ định cho tất cả trẻ được chẩn đoán bàn chân khoèo bẩm sinh đến trước 12 tháng tuổi.

- Chống chỉ định cho trẻ đến muộn >12 tháng, tổn thương bàn chân nặng.

- Cán bộ thực hiện: Bác sĩ PHCN, kĩ thuật viên VLTL - PHCN

- Nguyên liệu: Vải cotton hoặc giấy vệ sinh, bột bó.

- Thuốc: Thuốc giảm đau (Paracetamol, Efferangan...), Betadin...

- Tư thế trẻ: nằm trên bàn bó bột, bộc lộ toàn bộ chi dưới.

- Bó bột chỉnh hình: Thời gian bó bột: 2 tuần / đợt x 8 - 10 đợt.

- Các bước tiến hành kỹ thuật bó bột theo giai đoạn:

**Giai đoạn 1: Chỉnh bàn chân nghiêng trong dần dần**

- Thời gian: 4 đợt đầu

- Kỹ thuật bó bột:

+ Quấn toàn bộ đùi, cẳng chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh.

+ Quấn bột toàn bộ bàn chân, cẳng chân và 1/2 dưới đùi ở tư thế:

* Khớp gối gập 70°.
* Nghiêng ngoài bàn chân dần dần để chỉnh về trung gian + gót thẳng trục với xương chày.
* Giữ nguyên bàn chân thuổng
* Giữ bàn chân ở tư thế này cho đến khi bột khô.

- Cố định trong bột 2 tuần

- Tháo bột trước 1 ngày bó đợt tiếp, vệ sinh sạch chân trẻ, bôi Betadin vào chỗ xước, loét.

- Đánh giá: khi độ nghiêng trong bàn chân dần về 0° thì chuyển sang giai đoạn sau.

## *Giai đoạn 2: Chỉnh bàn chân thuổng dần về 0° trong lúc giữ nguyên độ nghiêng trong 0°*

- Thời gian: 4 đợt tiếp theo

- Kĩ thuật bó bột:

+ Quấn toàn bộ đùi, cẳng chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh.

+ Quấn bột toàn bộ bàn chân, cẳng chân và 1/2 dưới đùi:

• Khớp gối gập 70°.

• Gập mu bàn chân bằng tay và giữ nguyên Varus 0°

• Giữ bàn chân ở tư thế này cho đến khi bột khô.

- Cố định trong bột 2 tuần

- Tháo bột trước 1 ngày bó bột đợt sau, vệ sinh sạch chân trẻ, bôi Betadin vào chỗ xước, loét.

- Đánh giá: khi độ thuổng 0° + độ nghiêng trong 0° thì chuyển sang giai đoạn sau.

**Giai đoạn 3: Chỉnh bàn chân về vị trí nghiêng ngoài 5°, gập mu bàn chân 5°**

- Thời gian: 2 lần cuối

- Kĩ thuật bó bột:

+ Quấn toàn bộ đùi, cẳng chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh.

+ Quấn bột toàn bộ bàn chân, cẳng chân và 1/2 dưới đùi:

• Khớp gối gập 70 - 90°.

• Gập mu bàn chân 5° + xoay ngoài bàn chân 5°(mép ngoài của bàn chân cao hơn mép trong).

• Giữ bàn chân ở tư thế này cho đến khi bột khô.

- Cố định trong bột 2 tuần

- Tháo bột, vệ sinh sạch chân trẻ, bôi Betadin vào chỗ xước, loét

- Đánh giá: khi độ thuổng 0-5°, độ nghiêng trong 0-5° thì chuyển sang giai đoạn đeo nẹp.

**Lưu ý :**

1. Bài tập kéo dãn thụ động tại khớp cổ chân - bàn chân: tập trong lúc không bó bột giữa các đợt và trước khi bó bột.

2. Theo dõi sau bó bột tại nhà:

- Nếu các ngón chân sưng, tím, đau tháo bột ngay tránh hoại tử.

- Sau khi tháo bột cần rửa sạch chân trẻ, bôi Betadin vào chỗ xước, loét...

**b) Phương pháp dùng băng hoặc buộc dây:**

1. Đặt trẻ nằm ngửa, gập gối.

2. Quấn vải đệm lót quanh bàn chân, gối và đùi

3. Quấn băng dính phủ lên trên đệm lót từ mép ngoài bàn chân, lên mu bàn, xuống lòng bàn chân, qua gối sang phía bên kia (mặt trong đùi, cẳng chân).

4. Quấn băng dính lần 2 quanh cẳng chân để giữ băng dính lần 1.

**Lưu ý :**

1. Cứ 2-3 ngày thít chặt thêm 1 lớp băng dính mới lên trên lớp cũ.

2. Sau 7 ngày tháo tất cả băng dính và đệm lót ra.

3. Ngày thứ 8 băng lại lần mới như cách mô tả trên.

4. Hàng ngày tập vận động bàn chân trong băng cho trẻ: Bài tập kéo dãn thụ động tại khớp cổ chân - bàn chân.

**c) Nẹp chỉnh hình:**

- Chỉ định khi đã hoàn chỉnh bó bột chỉnh hình theo đợt: độ thuổng=0-5°; độ nghiêng trong=0-5°

- Nẹp dưới gối bằng Polypropylen không khớp + giầy hoặc dép bên ngoài : được chỉ định ngay sau khi tháo bột.

- Thời gian đeo nẹp: cả ngày lẫn đêm, cứ 2 giờ tháo ra kiểm tra và xoa bóp nhẹ nhàng

- Kiểm tra nẹp định kỳ 2 tháng/lần hoặc khi nẹp chật.

- Theo dõi và đánh giá thường qui cho đến 3 tuổi.

**d) Vận động trị liệu:**

**Bài tập 1:** Xoa bóp vùng ngón chân, mu bàn chân(cơ gấp mu các ngón chân) và phía dưới cẳng chân(cơ sinh đôi, dép).

**Bài tập 2:** Bài tập kéo dãn thụ động tại khớp cổ chân - bàn chân: làm theo thứ tự từ sau bàn chân → trước bàn chân → Khớp cổ chân.

Bước 1**:** Kéo nhẹ xương gót xuống phía dưới (kéo dãn gân Asin).

Bước 2**:** Kéo nhẹ xương gót ra phía ngoài (để sửa lại phần trước bàn chân bị nghiêng trong).

Bước 3**:** Kéo nhẹ phần trước bàn chân về phía trước.

Bước 4**:** Đẩy nhẹ xương sên ra phía sau và kéo nhẹ phần trước bàn chân ra phía ngoài để sửa lại phần trước bàn chân bị khép và nghiêng trong

Bước 5**:** Kéo nhẹ xương gót xuống dưới và đẩy phần trước bàn chân lên trên để sửa lại tư thế cổ chân bị gấp mặt lòng

Bước 6**:** Chỉnh nghiêng trong bàn chân bằng nắn chỉnh 3 điểm: gót kéo ra ngoài + phần trước bàn chân kéo ra ngoài + phần giữa mép ngoài bàn chân đẩy vào trong.

***e) Thuốc*** (nếu sau bó bột trẻ quấy khóc nhiều)

- Paracetamol 10mg/kg cân nặng X 2 lần/ ngày

***f) Phẫu thuật chỉnh hình:***

- Khi bó bột > 10 đợt mà không chỉnh bàn chân về tư thế trung gian được

-Trẻ có kết hợp cứng đa khớp bẩm sinh

**3. Tai biến và xử lí**

- Nếu các ngón chân sưng, tím, đau, cần tháo bột ngay tránh hoại tử.

- Sau khi bột đã được tháo cần rửa sạch chân trẻ, rồi bôi Betadin vào chỗ xước, loét ...

- Nếu có nhiễm trùng da cần dùng kháng sinh thích hợp.

**4. Phân tuyến kỹ thuật**

a) Tại cộng đồng: kỹ thuật a, b, c, d, e

b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN: a, b, c, d, e, f.

c) Phối hợp các kỹ thuật: a, b, c, d, e, f

**4. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà

- Cha mẹ trẻ cần lưu ý khi thấy các ngón chân bị sưng mọng, tím, không cử động được, chạm vào đau (khóc) phải tháo bột ngay.

- Cần đưa ngay trẻ đến các cơ sở y tế khi phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường ở cổ bàn chân trẻ để được chẩn đoán xác định và hướng dẫn tập luyện cho trẻ.

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

- Phát hiện sớm, can thiệp sớm sẽ tránh được các biến chứng teo cơ, cứng khớp, biến dạng cổ bàn chân, không đi được.

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH**

1. **ĐẠI CƯƠNG**
2. **Định nghĩa: Trật** khớp háng bẩm sinh là tình trạng chỏm xương đùi của một hoặc cả hai bên khớp háng bị trật ra khỏi vị trí bình thường của khớp háng

Trật khớp háng bẩm sinh có thể được phát hiện sớm ngay sau sinh hoặc một vài tuần đầu sau sinh.

**Vị trí trật khớp háng:** trước trên, trước dưới, sau trên, sau dưới, trung tâm. Nhưng thường gặp là vị trí sau trên và thường có kèm theo các dị tật bẩm sinh khác.

1. **Phân loại trật khớp háng:**
2. ***Phân loại theo thể :***

* Trật khớp háng đơn thuần
* Trật khớp háng phối hợp với các dị tật bẩm sinh khác của hệ vận động như cứng khớp bẩm sinh, bàn chân khoèo bẩm sinh, não úng thuỷ, gai đôi cột sống...

1. ***Phân loại theo mức độ:***

- Khớp háng không ổn định: chiếm tỉ lệ cao nhất (trên 60%), do gân,cơ, dây chằng và bao khớp.

- Bán trật khớp háng: một phần chỏm xương đùi bị trật ra khỏi ổ chảo, thường không có biến dạng ở chỏm xương đùi, cổ xương đùi cũng như tại ổ chảo.

- Trật khớp háng hoàn toàn: chỏm xương đùi nằm hoàn toàn ngoài ổ chảo với các biến dạng của chỏm cổ xương đùi và ổ chảo.

1. **PHÁT HIỆN SỚM**
2. **Lâm sàng**
3. **Dấu hiệu phát hiện sớm ngay sau sinh:**

* Chênh lệch chiều dài hai chân: chân bên bị trật khớp háng ngắn hơn bên đối diện, nhưng sẽ khó phát hiện khi trật khớp háng cả hai bên.
* Nếp lằn mông, đùi, khoeo chân bên trật cao hơn bên lành.
* Bàn chân đổ ngoài khi trẻ nằm duỗi chân.
* Ở tư thế gập gối, khớp gối bên trật cao hơn.

1. **Dấu hiệu lâm sàng:**

* Hạn chế vận động khớp háng ở tư thế gấp và dạng khớp háng.
* Dáng đi khập khiễng nếu trật khớp háng hai bên.
* Nghiệm pháp Barlow: Khi gập và khép háng chỏm xương đùi trượt ra ngoài ổ chảo tạo nên tiếng kêu "lục cục" (ở trẻ dưới 6 tháng tuổi).
* Nghiệm pháp Ortolani: khi dạng và duỗi khớp háng chỏm xương đùi trượt ra ngoài ổ chảo tạo nên tiếng kêu "lục cục" (ở trẻ dưới 6 tháng tuổi), ngược lại với Test Barlow.

- Nghiệm pháp Barlow

- Nghiệm pháp Ortolani

1. **Xét nghiệm:**
2. **Chụp khớp háng thẳng:** Chỏm xương đùi di chuyển lên trên và ra ngoài:

* Đường Hilgenrêiner nằm ngang đi qua đáy ổ cối: Bình thường chỏm nằm đưới đường này.
* Đường Ombredanne đứng dọc, vuông góc với đường Hilgenrêiner và đi qua điểm ngoài cùng của ổ cối: Bình thường chỏm nằm phía trong đường này.
* *Trật khớp háng ở trẻ <6 tháng tuổi:*

+ Chỏm xương đùi chưa xuất hiện trên X-quang

+ Vòng cung cổ bịt bị gãy

+ Đo chỉ số ổ cối: bình thường dưới 30 độ ở trẻ sơ sinh.

* *Trật khớp háng ở trẻ trên 5 tuổi:*

+ Có thể thấy góc cổ xương đùi lớn hơn 125 độ (Coxa Valga)

1. **Siêu âm khớp háng:**

- Góc ổ cối > 90 độ (Bình thường=90 độ)

- Độ che phủ của ổ cối <50% chỏm xương đùi (BT ≥ 50%)

- Vị trí của sụn viền: sụn viền bị đẩy lên trên và vào trong

**III. CAN THIỆP SỚM**

1. **Nguyên tắc can thiệp sớm**

* Can thiệp sớm ngay sau khi sinh bằng các biện pháp nẹp chỉnh hình, bó bột chỉnh hình
* Phẫu thuật: khi điều trị bằng nẹp chỉnh hình, bó bột không kết quả hoặc trẻ trên 6 tháng tuổi không có khả năng điều trị bảo tồn.

1. **Mục tiêu can thiệp sớm**

- Chỉnh chỏm xương đùi vào vị trí đúng trong ổ chảo.

- Duy trì chỏm xương đùi ở vị trí đúng trong ổ chảo ổn định trong khoảng thời gian tối thiểu 12 tuần nhằm kích thích hình thành trục đồng tâm giữa chỏm xương đùi và ổ chảo.

- Nắn chỉnh chống xoay trước của cổ và thân xương đùi: do có một tỉ lệ cao phối hợp giữa trật khớp háng và xoay trước của cổ và thân xương đùi

- Phẫu thuật: Nếu trần ổ chảo quá dốc thì điều trị bảo tồn chắc chắn thất bại bắt buộc phải can thiệp bằng phẫu thuật sớm

1. **Các kỹ thuật PHCN cơ bản:**
2. **Nẹp chỉnh hình:**

- Các loại nẹp hay dùng:

+ Nẹp Pavlik Harness: Là loại nẹp đai mềm, được ưa thích và chỉ định rộng rãi nhất.

+ Nẹp kiểu gối Freijka: Là loại nẹp tiện dụng, chỉ định cho những trường hợp khớp háng lỏng lẻo.

+ Nẹp khớp háng làm bằng xốp mềm: Là loại nẹp hiện đang được sản xuất và chỉ định điều trị tại khoa phục hồi chức năng Viện Nhi

* Thời gian đeo nẹp:

+ Ngay sau sinh đến khi trẻ 12 tháng tuổi

+ Liên tục đeo cả ngày và đêm trong 6 tháng đầu

+ Đeo nẹp vào đêm trong 6 tháng tiếp theo.

**b) Bó bột chỉnh hình:**

- Chỉ định: tất cả trẻ được chẩn đoán trật phớp háng bẩm sinh đến sớm trước 6 tháng.

- Nguyên liệu: Vải cotton hoặc giấy vệ sinh, bột bó.

- Thuốc: thuốc giảm đau (Paracetamol, Efferangan…), thuốc khử trùng (Betadin).

- Tư thế trẻ: đặt nằm trên bàn bó bột, bộc lộ toàn bộ vùng thắt lưng và chi dưới.

- Kĩ thuật bó bột:

+ Quấn toàn bộ vùng thắt lưng, đùi, cẳng bàn chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh

+ Quấn bột từ vùng thắt lưng, đùi, cẳng chân và bàn chân, bó bột tư thế ếch lưng - chậu - chân, tư thế gấp và dạng khớp háng.

+ Giữ chân trẻ ở tư thế này đến khi bột khô.

+ Cố định bột trong 2 tuần

+ Tháo bột, làm vệ sinh sạch chân trẻ, bôi Betadin vào chỗ loét, xước.

- Theo dõi sau bó bột tại nhà: Nếu các ngón chân sưng, tím, đau, cần tháo bột ngay tránh hoại tử

- Thời gian bó bột: 2 tuần / đợt , khoảng 10 - 15 đợt

**c) Các biện pháp khác:**

Giữ trẻ ở tư thế dạng rộng khớp háng và gập gối bằng cách:

+ Đóng bỉm vệ sinh

+ Cõng hoặc địu trẻ

+ Đặt trẻ nằm sấp khi ngủ.

*Theo dõi thường quy:*

Khám thường quy, chụp khớp háng kiểm tra 3 tháng/lần trong 2 năm đầu.

***d) Phẫu thuật chỉnh hình***

- Khi các biện pháp bảo tồn trên không kết quả.

**4. Phân tuyến kỹ thuật**

a) Tại cộng đồng: kỹ thuật a, b, c

b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN: a, b, c, d.

**5. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà

- Cha mẹ trẻ cần lưu ý khi thấy chân tay trẻ ít cử động hơn, các ngón chân sưng mọng, nề, tím, đau (khóc) khi chạm vào.

- Cần đưa ngay trẻ đến các cơ sở y tế khi phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường ở khớp hánh, chân trẻ để được chẩn đoán xác định và hướng dẫn tập luyện cho trẻ.

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

- Phát hiện sớm, can thiệp sớm sẽ tránh được các biến chứng cứng khớp, bất thường dáng đi.

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**CHO TRẺ BỊ CONG VẸO CỘT SỐNG**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa:** Cong vẹo cột sống là tình trạng cong của cột sống sang phía bên của trục cơ thể và vẹo (xoay) của các thân đốt sống theo trục của mặt phẳng ngang.

Cong vẹo cột sống có thể xảy ra đơn thuần hoặc phối hợp với các biến dạng khác của cột sống là gù ở vùng ngực hoặc ưỡn ở vùng thắt lưng.

**2. Nguyên nhân :**

- Bẩm sinh: Mất nửa đốt sống, xẹp đốt sống.

- Mắc phải: Do tư thế ngồi sai, u xơ thần kinh, di chứng bại liệt, di chứng lao cột sống, bệnh cơ - thần kinh…

**II. PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng**

- Cột sống cong vẹo sang phía bên hoặc ưỡn ra trước, gù ra sau so với trục giải phẫu của cột sống, có thể là một đường cong hoặc hai đường cong.

- Xương bả vai 2 bên không cân đối.

- Nghiệm pháp quả rọi: Thả quả rọi mà mốc là gai sau của đốt sống C7 sẽ phát hiện rõ độ cong của cột sống.

- Xuất hiện những ụ gồ ở vùng lưng, mà đỉnh các ụ gồ đó thường trùng với chỗ cong vẹo nhất của cột sống, thường thấy rõ nhất khi yêu cầu bệnh nhân đứng cúi lưng.

- Đối diện với bên xuất hiện ụ gồ thường là vùng lõm, đây là hậu quả của tình trạng xoay của các thân đốt sống.

- Hai vai mất cân xứng với đặc điểm một bên nhô cao và thương ngắn hơn bên đối diện do tình trạng co kéo của các nhóm cơ vùng lưng.

- Khung chậu bị nghiêng lệch và cũng bị xoay.

- Trên thân mình có thể xuất hiện những đám da đổi màu (màu bã cà phê)

- Vùng lưng, đặc biệt là vùng thắt lưng có thể xuất hiện những đám lông…

- Có thể phát hiện thấy tình trạng chênh lệch chiều dài hai chân hoặc các dị tật khác của hệ vận động.

- Thử cơ bằng tay: Có thể phát hiện các cơ liệt.

**2. Xét nghiệm**

1. ***X quang*** cột sống thẳng và nghiêng: Để đánh giá độ cong vẹo cột sống, ngoài ra còn giúp đánh giá tuổi xương và các dị tật bẩm sinh vùng cột sống.

- Đo góc COBB (phim thẳng)

Cách đo: Xác định đoạn cong, xác định đốt sống đầu tiên và cuối cùng của đoạn cong. Kẻ đường thẳng qua bờ trên của đốt sống trên và bờ dưới của đốt sống dưới. Kẻ hai đường vuông góc với hai dường thẳng trên. Đo góc tạo bởi hai đường vuông góc

* Chụp X quang khớp háng hoặc các thân xương khi thấy có sự chênh lệch chiều dài chi và biến dạng tại các khớp.

1. ***Chụp cắt lớp vi tính*** ***điện toán*** khi nghi ngờ có sự chèn ép thân đốt sống hoặc đĩa đệm.
2. ***Chụp cộng hưởng*** từ khi nghi ngờ có khối chèn ép tuỷ.
3. ***Các xét nghiệm hỗ trợ khác*** như điện cơ đồ, men cơ, sinh thiết, công thức máu, lắng máu, Mantour... khi có nghi ngờ (theo nguyên nhân)

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc:**

Can thiệp sớm ngay khi phát hiện ra cong vẹo cột sống.

Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân hoặc bệnh nhân tập luyện tại nhà.

Khám thường quy sau 3, 6 tháng/ lần.

**2. Mục tiêu:**

* Nắn sửa các biến dạng vùng cột sống, khung chậu, lồng ngực…
* Duy trì và tăng cường tầm vận động và khả năng vận động của cột sống.
* Phòng ngừa sự phát triển của các biến dạng.
* Phòng ngừa các bệnh thứ phát của hệ vận động, hệ hô hấp, hệ tim mạch…

**3. Kỹ thuật phục hồi chức năng:**

***a) Vận động trị liệu:***

Chỉ định cho cong vẹo cột sống ở mọi lứa tuổi và độ nặng nhẹ khác nhau

*Bài tập 1:**Tăng tầm vận động của cột sống lưng*

- Mục tiêu :

+Gia tăng tầm vận động gập của cột sống lưng.

+ Kéo dãn nhóm cơ duỗi lưng.

- Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: Ngồi, 2 chân duỗi thẳng và áp sát, 2 tay đưa ra phía trước

+ Tư thế KTV: Ngồi cạnh và làm mẫu.

+ Tiến hành: Bệnh nhân duỗi thẳng 2 chân áp sát. Hai tay đưa ra trước lưng gập, càng gần các ngón càng tốt.

*Bài tập 2:**Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân*

**-** Mục tiêu:

+Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân.

+ Tăng cường linh hoạt của cột sống.

**-** Kỹ thuật

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, 2 tay đan sau gáy, 2 chân duỗi thẳng.

+ Tư thế KTV: Đứng hoặc quỳ bên cạnh, 1 tay cố định trên 2 đùi và 1 tay cố định trên 2 cẳng chân.

+ Tiến hành : KTV cố định 2 chân, bệnh nhân 2 tay đan sau gáy, gập thân

và xoay thân, khuỷu sang bên đối diện.

*Bài tập 3:**Kéo dãn cơ ở phần lõm của đường cong*

- Mục tiêu:

+ Kéo dãn các nhóm cơ phía lõm của đường cong thắt lưng trái.

+ Phòng ngừa co rút cột sống thắt lưng.

**-** Kỹ thuật

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm sấp, 2 tay bám chặt 2 bên cạnh bàn.

+ Tư thế KTV: Đứng cạnh BN và đỡ 2 tay mặt trước đùi bệnh nhân

+ Tiến hành: Bệnh nhân giữ thân trên của mình cố định. KTV kéo dãn đốt sống vùng thắt lưng sang trái.

*Bài tập 4:**Kéo dãn cơ ở phần lõm của đường cong*

**-** Mục tiêu:

+ Kéo dãn phía lõm của đường cong ngực phải

+ Tăng tính linh hoạt và duy trì tầm vận động của cột sống lưng.

- Kỹ thuật

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng sang phía có đường cong, thả người xuống mép bàn

+ Tư thế KTV: Đứng và giữ hông bệnh nhân.

+ Tiến hành: Bệnh nhân thả người xuống mép bàn, tay phía trên duỗi thẳng qua đầu, cuộn 1 khăn tắm kê vào đỉnh đường cong. Giữ tư thế này 3 đến 5 phút.

*Bài tập 5: Kéo dãn cột sống*

**-** Mục tiêu:

+ Kéo dãn cột sống.

+ Tăng cường tính đàn hồi của thân mình.

**-** Kỹ thuật

+ Tư thế bệnh nhân: Đứng 2 tay gập 1800 , duỗi thẳng.

+ Tư thế KTV: Đứng cạnh.

+ Tiến hành: Hai tay bệnh nhân bám vào xà ngang, gắng cho gót chân rời khỏi sàn.

*Bài tập 6: Tăng cường cơ lực nhóm cơ nghiêng thân*

**-** Mục tiêu:

+Tập mạnh nhóm cơ nghiêng thân.

+ Kéo dãn phía lồi của đường cong ngực phải.

**-** Kỹ thuật

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng.

+ Tư thế KTV : Đứng sau.

+ Tiến hành : Bệnh nhân nằm nghiêng về phía trái và nhấc thân lên khỏi sàn để kéo dãn phía lồi của đường cong ngực phải.

*Bài tập 7:*

**-** Mục tiêu:

+Cải thiện chức năng hô hấp và tim mạch.

+ Tăng cường độ giãn nở của lồng ngực.

**-** Kỹ thuật

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

+ Tư thế KTV: Đứng cạnh.

+ Tiến hành: Bệnh nhân thở sâu và hít ra từ từ. Hai tay bệnh nhân đặt dưới cơ hoành.

*Bài tập 8:*

**-** Mục tiêu:

+Cải thiện tư thế cột sống

+ Tăng cường chức năng phổi.

**-** Kỹ thuật

+ Tư thế bệnh nhân: Ngồi, người cúi về phía trước.

+ Tư thế KTV: Ngồi sau, 2 bàn tay đặt sau lưng và đáy phổi.

+ Tiến hành: Bệnh nhân hít vào thật sâu và thở ra từ từ, đảm bảo có sự giãn nở của lồng ngực.

*Bài tập 9: Tập bơi.*

*Bài tập 10: Luyện tập thể thao*

***b) Điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình***

- Chỉ định:

+ Tuổi : Ở trẻ trai < 18 tuổi và trẻ gái < 17 tuổi.

+ Góc COBB > 25 độ và < 60 độ .

+ 8 độ < độ xoay của cột sống (Scoliometer) < 25 độ (góc COBB)

+ < 25 độ (góc COBB) nhưng tiến triển nhanh trong 3 tháng (> 5 độ)

- Có loại áo nẹp chỉnh hình :

+ Boston

+ Minwauker

+ Chêneau

+ Lyon

+ Mieder…

- Theo dõi: 3 tháng đến khám lại 1 lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần

- Chống chỉ định: Khi trẻ đã trưởng thành > 22- 25 tuổi, nẹp chỉnh hình không có hiệu quả, độ cong không tồi đi, độ vẹo > 60 độ, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, tâm lý.

***c) Phẫu thuật chỉnh hình***

- Góc COBB > 45 độ

- Khi sự cong vẹo ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan khác.

***d) Điều trị bằng kéo dãn cột sống***

- Kéo dãn cột sống bằng máy Eltrac hàng ngày cũng có tác dụng nắn chỉnh cong vẹo và ngăn chặn sự tiến triển của cong vẹo cột sống.

**4. Phân tuyến kỹ thuật**

a) Tại cộng đồng: kỹ thuật a.

b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN: a, b, c, d.

c) Phối hợp các kỹ thuật: a, b, c, d.

**4. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà

- Cha mẹ trẻ cần lưu ý khi thấy trẻ đi lệch vai, một bên lưng có khối gồ lên so với bên kia.

- Cần đưa ngay trẻ đến các cơ sở y tế khi phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường ở lưng trẻ để được chẩn đoán xác định và hướng dẫn tập luyện cho trẻ.

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

- Phát hiện sớm, can thiệp sớm sẽ tránh được các biến chứng teo cơ, vẹo cột sống tiến triển, ảnh hưởng chức năng của các cơ quan tim mạch, hô hấp…

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**CHO TRẺ BỊ KHIẾM THÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

1. **Định nghĩa**

***a) Định nghĩa:***

*Giảm thính lực* là sự giảm khả năng nghe ở tần số 1000- 4000Hz. Giảm thính lực sẽ gây hạn chế kĩ năng ngôn ngữ.

*Khiếm thính* là tình trạng do giảm thính lực ảnh hưởng đến khả năng phát triển các kĩ năng ngôn ngữ, trí tuệ (chậm chễ rõ rệt về kĩ năng giao tiếp sớm, kĩ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ, học chậm) và cần được phục hồi chức năng.

***b) Tỷ lệ mắc***: Theo Hội nghị Sàng lọc thính lực sơ sinh (Ý, 2002-2003) tỉ lệ giảm thính lực ở trẻ sơ sinh là 3% ở Cu ba và Nam Mỹ; 0.3% ở Canada, Mỹ, Pháp, Đức và Anh.

Ở Việt Nam tỉ lệ giảm thính lực ở trẻ sơ sinh là

**2. Nguyên nhân**

- Giảm thích lực có thể là di truyền. Nếu đứa trẻ có bố/mẹ hoặc cả hai hoặc họ hàng bị giảm thính lực từ lúc mới sinh sẽ có nguy cơ cao là bị giảm thính lực.

- Do nguyên nhân trước sinh: Khi mang thai mẹ bị các tình trạng sau

+ Thiếu ô xy cho thai

+ Nhiễm Rubella, giang mai hoặc nhiễm trùng nào đó.

+ Sử dụng thuốc có chống chỉ định khi mang thai (ví dụ dùng kháng sinh gentamicin)

- Do nguyên nhân sau sinh:

+ Vàng da nhân gây tổn thương dây thần kinh thính giác ở trẻ sơ sinh.

* + Bệnh nhiễm trùng như viêm màng não, sởi, quai bị, viêm tai giữa mãn tính.
* + Sử dụng thuốc có độc tính với tai bao gồm các thuốc kháng sinh và kháng sốt rét có thể gây tổn thương tai trong.
* + Chấn thương sọ não hoặc chấn thương vùng tai có thể là nguyên nhân gây giảm thính lực.
* + Dáy tai hoặc dị vật tai có thể gây khiếm thính.
* + Tiếng ồn (do động cơ, nhạc hoặc các tiếng động khác như tiếng súng, hoặc mìn nổ) có thể gây tổn thương tai trong và làm giảm khả năng nghe.

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng**

***a) Các dấu hiệu phát hiện trẻ giảm thính lực***

- Trẻ không bị giật mình, không quay đầu về phía tiếng động.

- Trẻ học nói muộn, hoặc dửng dưng trước mọi âm thanh.

- Trẻ ngơ ngác khi nghe nói chuyện.

- Nói ngọng.

- Nhìn miệng để đoán từ.

***b) Cách kiểm tra khả năng nghe của trẻ 6 tháng đến 3 tuổi***

Để trẻ nằm ngửa trên giường, người thử đứng ở phía đầu trẻ, cách nửa mét. Vỗ tay, hoặc lắc xúc xắc... để phát ra tiếng động. Nếu trẻ không giật mình hoặc quay về phía có tiếng động 🡪 nghi ngờ giảm thính lực.

Làm lại 3 lần.

***c) Kiểm tra khả năng nghe của trẻ trên 3 tuổi***

Để trẻ ngồi quay lưng lại người thử, lần lượt bịt từng bên tai và hướng về bên đối diện nói từng từ đơn, cường độ nói bình thường để trẻ nhắc lại. Nếu trẻ nhắc lại 4 - 5 lần đều đúng có thể coi sức nghe bình thường. Làm lại với tai bên đối diện. Nếu phát hiện trẻ nói sai, hoặc không nhắc lại được các âm thanh lời nói, cần cho trẻ đến Bệnh viện Tỉnh hoặc Bệnh viện Tai mũi Họng Trung ương để đo thính lực.

**2. Cận lâm sàng (đo thính lực)**

***a)*** ***Đo sức nghe chủ quan***

- Đo sức nghe giản đơn

- Dùng máy đo sức nghe

- Đo sức nghe lời nói.

- Đánh giá quan sát hành vi.

***b) Đo sức nghe khách quan.***

***Vị trí đánh giá của một số phương pháp khám và đo thính lực***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vị trí đánh giá** | **Phương pháp** | | | | |
| Soi tai | Đo nhĩ lượng | Đo phản xạ cơ bàn đạp | ***Đo OAE*** | Đo ABR |
| Tai ngoài | X |  |  | X | X |
| Tai giữa | X | X | X | X | X |
| Tai trong (ốc tai) |  |  | X | X | X |
| Thần kinh thính giác |  |  |  |  | X |
| Não bộ |  |  |  |  | X |

**3. Phân loại**

***a) Loại giảm thính lực***

- Giảm thính lực dẫn truyền: có sự cản trở việc dẫn truyền xung động âm thanh do bị tật hoặc bệnh (có dáy tai hoặc viêm tai giữa cấp tính) ở tai ngoài và tai giữa. Thường bị giảm thính lực nhẹ.

- Giảm thính lực tiếp nhận: có sự gián đoạn trong quá trình các xung thần kinh được dẫn tới vỏ não.

+ Giảm thính lực dây thần kinh thính giác: do tổn thương tế bào lông thính giác hoặc dây thần kinh tai trong. Giảm thính lực từ mức độ nhẹ đến sâu. Thường chỉ mất thính lực ở một vài dải tần số nhất định, không phải là tất cả.

+ Giảm thính lực trung ương: do tổn thương dây VIII hoặc tế bào của hệ thần kinh trung ương, gây điếc sâu.

+ Giảm thính lực hỗn hợp: do cả dẫn truyền và tiếp nhận. Thường là điếc sâu.

1. *Mức độ giảm thính lực và khiếm thính*

- Bình thường: Ngưỡng nghe < 30 dB, nghe được tiếng thì thầm.

- Giảm thính lực và khiếm thính: theo các mức độ

+ Nhẹ: Ngưỡng nghe 30 - 40 dB, có thể không nghe được tiếng thì thầm, vẫn có thể giao tiếp tốt nếu không bị phân tán bởi môi trường ồn ào hoặc nhìn những chỉ dẫn từ phía người nói. Có thể là nguyên nhân làm khó khăn học ngôn ngữ, giao tiếp có lời và học nói chung. Có thể cần máy trợ thính.

+ Trung bình: ngưỡng nghe 45 - 60 dB, không nghe được tiếng thì thầm. Khó khăn trong học ngôn ngữ và giao tiếp có lời. Cần máy trợ thính.

+ Nặng: ngưỡng nghe 65-90 dB, không nghe được tiếng nói chuyện bình thường, có thể nghe thấy tiếng la hét giống như tiếng nói thầm. Là nguyên nhân làm khó khăn học ngôn ngữ, giao tiếp có lời và học nói chung. Rất cần máy trợ thính.

+ Điếc sâu: ngưỡng nghe 95 dB trở lên, không nghe được tiếng la hét. Rất khó khăn trong học ngôn ngữ, nói và học các kĩ năng khác thậm chí cả khi sử dụng máy trợ thính. Có thể cần cấy ốc tai điện tử.

1. ***Theo khu trú tổn thương:***

Giảm thính lực một tai hoặc giảm thính lực hai tai.

***d) Liên quan đến sự phát triển ngôn ngữ:***

- Giảm thính lực trước khi có ngôn ngữ: xảy ra ở trẻ nhỏ, có rất nhiều khó khăn để trẻ phát triển kĩ năng ngôn ngữ và ngôn ngữ nói.

- Giảm thính lực sau khi có ngôn ngữ: thường xảy ra ở trẻ lớn và người lớn.

**4. Chẩn đoán xác định**

- Dựa vào kết quả đo thính lực.

**6. Tiến triển/Biến chứng**

- Trẻ không có ngôn ngữ lời nói

- Khó khăn giao tiếp và vui chơi

- Khó khăn khi đi học

- Ảnh hưởng đến tâm lý và quan hệ xã hội

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

- Can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện trẻ bị giảm thính lực.

- Phải tiếp tục giao tiếp với trẻ như bình thường ngay cả khi bạn biết rằng trẻ giảm thính lực ở các mức độ.

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

***a) Nếu trẻ giảm thính lực (giảm thính lực nhẹ):***

- Cần sắp xếp cho trẻ ngồi vị trí thuận lợi tronglớp. Vị trí đó ở phía đầu lớp học, hướng tai nghe tốt hơn về phía giữa lớp. Giáo viên cần nói to và rõ hơn khi giao tiếp với trẻ, để trẻ có thể quan sát miệng cô rõ hơn...

- Vị trí của người nói chuyện với trẻ: càng gần càng tốt. Trẻ nên hướng tai có khả năng nghe tốt hơn về phía người nói. Đặc biệt ở trong lớp học, nên cho trẻ ngồi đầu lớp để nghe được lời nói của giáo viên tốt hơn. Ở nhà hay ở lớp học hoà nhập, giáo viên cần nói chuyện với trẻ kết hợp với ra hiệu, dùng nét mặt và để trẻ quan sát miệng người nói.

***b) Cách dạy trẻ giảm thính lực vừa và nặng ngôn ngữ không lời***

- Trẻ giảm thính lực không sửa dụng máy trợ thính vẫn có thể học nói được. Tuy nhiên, hình thức giao tiếp chính vẫn là ngôn ngữ không lời như dùng ánh mắt, nét mặt, tư thế cơ thể, hình miệng… và ngôn ngữ dấu

+ Hình miệng: là các tư thế và cử động của miệng khi nói. Đọc hình miệng rất quan trọng đối với trẻ giảm thính lực. Nó giúp trẻ đoán được lời nói của người đối thoại. Nên bắt đầu dạy những từ đơn có các âm môi và cử động miệng rõ. Chẳng hạn: “bố”, “mẹ”, “bóng”, “mũ”... Chọn hai vật có từ mà cử động môi khác nhau như: “áo” và “bánh”.

*Cách dạy:*

Lần lượt giới thiệu từng vật cho trẻ. Sau đó chỉ nói mà không nhìn vào vật, để trẻ chỉ hoặc cầm lấy vật đó.

Làm lại vài lần và đổi các vật khác. Chẳng hạn hai từ “ má” và “bà” có cử động miệng giống nhau.

Đặt tay trẻ lên gần miệng, mũi khi ta phát âm để trẻ phân biệt được hơi qua miệng và hơi qua mũi như thế nào.

Sử dụng câu ngắn, nói chậm, rõ.

+ Dùng dấu: là dùng cử động của hai bàn tay, các ngón tay để giao tiếp. Cả trẻ và người lớn đều cần học dấu để có thể giao tiếp với nhau.

Dấu có thể chia thành nhiều chủ đề: Dấu về đại từ nhân xưng (mẹ, bố, anh, chị, em trai, em gái...); Dấu về thức ăn (cơm, bún, phở, cháo…); Các đồ dùng (bàn, ghế, giường, đèn, bát, đĩa...); Các con vật trong nhà (mèo, chó, gà...) Các dấu được mô tả bằng hình vẽ hoặc được quay video. Gia đình trẻ, giáo viên và những người xung quanh cần học theo theo dấu đó và sử dụng dấu khi giao tiếp với trẻ.

*Cách dạy:*

Để hai vật cạnh nhau. Lần lượt chỉ vào từng vật và làm dấu về vật đó.

Yêu cầu trẻ đưa một vật cho bạn khi bạn làm dấu về vật đó.

Rồi để trẻ làm dấu, bạn đưa trẻ vật trẻ muốn.

+ Chữ cái ngón tay: là những cử động của các ngón tay để mô tả các chữ cái và dùng các ngón tay để ghép chúng lại thành câu. Chữ cái ngón tay được dùng để dạy trẻ giảm thính lực khi chúng bắt đầu tới trường và học chữ.

*Cách dạy*

Viết một chữ cái.

Làm dấu ngón tay thể hiện chữ cái đó.

Yêu cầu trẻ làm dấu ngón tay.

Rồi yêu cầu trẻ viết chữ cái đó.

Sau cùng, làm dấu chữ cái ngón tay để trẻ viết.

1. ***Hiệu chỉnh máy trợ thính***

- Máy trợ thính sẽ giúp tăng cường chức năng nghe cho người bị giảm thính lực. Mặt khác, cường độ âm thanh của máy trợ thính không được gây hại hoặc khó chịu thêm cho người sử dụng. Âm thanh có cường độ lớn có thể gây hại cho tai.

- Hiệu chỉnh máy trợ thính theo tần số và cường độ phù hợp với sức nghe của trẻ.

- Trẻ giảm thính lực cần được đeo máy trợ thính thường xuyên và sớm (6 tháng tuổi hoặc ngay khi phát hiện) để học nghe-nói.

- Máy trợ thính có nhiều loại khác nhau: máy đeo sau tai hoặc máy trong vành tai, máy trong ống tai...

- Bảo dưỡng máy: Hàng ngày, người đeo máy cần kiểm tra lại nguồn xem pin còn đủ mạnh không. Có thiết bị để đo, thuận tiện cho người sử dụng. Ngoài ra, cần làm sạch ráy tai bám ở bên ngoài của máy. Máy được giữ khô ráo, không được để ẩm hoặc nhúng vào nước. Nếu có trục trặc của máy nghe, cần đưa cho chuyên gia thính học để sửa lại.

***d) Huấn luyện kĩ năng nghe***

Máy trợ thính đã là một phương tiện hết sức hữu ích trong việc hỗ trợ sức nghe của trẻ giảm thính lực. Nó là phương tiện phục vụ cho việc luyện nghe, đưa lại những tiến bộ nhảy vọt trong điều trị cho người giảm thính lực vừa và nặng.

Luyện nghe là một quá trình được tiến hành theo 4 giai đoạn:

- Huấn luyện cho trẻ nghe: trẻ phải được tiếp xúc với âm thanh, đây là bước khởi đầu cho của việc huấn luyện tiếp nhận thụ động các âm thanh. Giai đoạn đầu chưa đòi hỏi sự tham gia chủ động từ phía trẻ và cũng không cần biết trẻ có nghe được hay không, đã nhận ra được những tín hiệu âm thanh nào. Sau một thời gian mới từ từ huấn luyện cho trẻ biết phân biệt “có âm thanh” và “không có âm thanh”, mối liên hệ giữa sự vật, cử động, hành động và âm thanh.

*Cách dạy*

Nên để trẻ không nhìn thấy nơi phát ra âm thanh. Dùng xúc xắc, chuông hoặc kèn... tạo ra tiếng động. Khi ấy, khuyến khích trẻ quay về phía có tiếng động.

Với trẻ lớn, có thể chơi trò “tìm tiếng động” với trẻ. Để trẻ đứng giữa, đội mũ hoặc trùm khăn kín đầu. Xung quanh trẻ có ba hoặc bốn người, một người trong số đó tạo âm thanh, đố trẻ tìm xem âm thanh đó phát ra từ ai? Có thể thưởng cho trẻ khi trẻ tìm đúng. Đổi vị trí cho trẻ. Khi trẻ đã dễ dàng tìm đúng vị trí nơi phát ra âm thanh, có thể tạo âm thanh nhỏ hơn, ngắn hơn để trẻ tìm. Thay đổi các vật có âm thanh khác nhau.

- Huấn luyện cho trẻ phân biệt từng bước các âm thanh khác nhau: Khi trẻ đã hình thành ý thức biết nghe và chú ý lắng nghe thì mới dạy trẻ phân biệt các âm thanh. Sử dụng các âm thanh trong cuộc sống hàng ngày (xúc xắc, tiếng con vật nuôi trong nhà, tiếng xe, âm thanh của các nhạc cụ thông thường...). Cần dạy trẻ so sánh những âm thanh dễ phân biệt sau đó mới dạy những âm thanh phức tạp hơn với những đặc điểm khác nhau về cao độ và âm sắc.

*Cách dạy*

Dùng các đồ vật quen thuộc như xúc xắc, chuông, đồ chơi có tiếng kêu ... Để 3 thứ trước mặt trẻ. Lần lượt giới thiệu âm thanh bằng cách lắc, gõ vào các vật đó. Để trẻ chỉ vào vật khi ta tạo âm thanh với vật đó. Sau đó che mắt trẻ bằng tấm bìa. Tạo âm thanh với những đò vật trên bàn và bảo trẻ chỉ vào vật đó. Đổi lượt chơi với trẻ. Nếu trẻ làm đúng vài lần, có thể thưởng cho trẻ chơi mà trẻ thích (ví dụ: ô tô, xếp hình...)

- Huấn luyện cho trẻ nghe tiếng nói: Khi trẻ đạt được trình độ nhất định về phân biệt âm thanh mới dạy trẻ nhận biết rằng có một số âm thanh là có nghĩa. Trong giai đoạn này cần kết hợp âm thanh và sự vật: con vật và tiếng kêu của nó, tên trẻ và những người xung quanh, tiếng còi xe...

*Cách dạy*

Để vài vật trước mặt trẻ, ví dụ: bát, thìa, cốc... Che miệng và nói tên một vật (không nhìn vào vật đó khi nói).

Yêu cầu trẻ chỉ vào vật đó.

Để trẻ nói, người lớn chỉ tay vào vật.

Lúc đầu nói to, sau có thể nói nhỏ hơn.

- Huấn luyện kỹ năng hiểu ngôn ngữ *(xem phần Ngôn ngữ trị liệu, trang ....)*

***e)*** ***Huấn luyện kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ*** *(xem phần Ngôn ngữ trị liệu, trang ....)*

***f) Cấy ốc tai điện tử***

***g)Nội khoa:*** *Khám chuyên khoa Tai Mũi Họng*

***h) Ngoại khoa:*** *Khám chuyên khoa Tai Mũi Họng*

**3. Phân tuyến kỹ thuật**

a) Tại cộng đồng: kỹ thuật a, b, d, e.

b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN: kỹ thuật a, b, c, d, e, f, g, h.

c) Phối hợp các kỹ thuật:

Đồng thời thực hiện cùng lúc tất cả các kỹ thuật a, b, c, d, e,

Cấy ốc tai điện tử khi máy trợ thính không cải thiện được tình trạng của trẻ.

Điều trị nội khoa và ngoại khoa theo chỉ định của chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**4. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

a) ***Tư vấn cho cha mẹ chương trình tại nhà.***

- Hướng dẫn cách sử dụng và bảo quản máy trợ thính

- Hướng dẫn về kĩ năng nghe, hiểu ngôn ngữ theo mức độ trẻ đạt được.

- Hướng dẫn về kĩ năng diễn đạt ngôn ngữ theo mức độ trẻ đạt được.

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

Hà Nội:

- Bệnh Viện Tai Mũi Họng Trung ương

- Trung tâm thính học – Bệnh viện Nhi Trung ương

- Khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Nhi trung ương

Đà Nẵng:

Thành phố Hồ Chí Minh…

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ BỊ CHẬM PHÁT TRIỂN NGÔN NGỮ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* + - 1. **Định nghĩa**

***- Định nghĩa***: Trẻ chậm phát triển ngôn ngữ là những trẻ có kỹ năng hiểu lời nói và diễn đạt lời nói muộn hơn so với trẻ cùng tuổi.

***- Tỷ lệ mắc***: Tỷ lệ trẻ khó khăn về nghe nói chiếm 20% tổng số trẻ khuyết tật (Số liệu của Chương trình PHCNDVCĐ Việt Nam năm 2004)

**2. Nguyên nhân**

***a) Chậm phát triển ngôn ngữ đơn thuần so với tuổi***

*- Bất thường cơ quan phát âm:* Ngắn phanh lưỡi, khe hở môi hàm ếch, cứng khớp hàm…

***-*** *Tính chất gia đình****:*** Trẻ có ông, bà, bố hoặc mẹ cũng chậm nói

- *Tác động môi trường:* Trẻ ít được tiếp xúc, người chăm sóc ít nói chuyện…

*- Không rõ nguyên nhân*

***b) Chậm phát triển ngôn ngữ trong các bệnh khác***

***-*** Do trẻ bị chậm phát triển trí tuệ

* Trẻ bị hội chứng tự kỷ
* Chứng tăng động giảm tập trung
* Giảm thính lực
* Trẻ bại não
* Chậm phát triển ngôn ngữ do các khuyết tật phát triển khác ở trẻ em.

*(Nguyên nhân từng bệnh xin xem các dạng khuyết tật cụ thể)*

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Sàng lọc sự phát triển ngôn ngữ theo mốc phát triển bình thường dưới đây** *(Nguồn: Giáo trình Carolina cho trẻ nhỏ)*

**- Trẻ từ 0 đến 3 tháng**

**+** Đ/ứ thích hợp với giọng và 1 vài diễn đạt của nét mặt

+ Nhìn người nói chuyện

**- Trẻ từ 3 đến 6 tháng**

+ Quay đầu về phía có người gọi tên

+ Bắt chước âm thanh

**- Trẻ từ 6 đến 9 tháng**

**+** Đáp ứng với cử chỉ bế hoặc bai bai

+ Đ/ứ với từ “không” (Dừng hoạt động trong 1 lát)

+ Nỗ lực bắt chước phát ra âm thanh mới

**- Trẻ từ 9 đến 12 tháng**

**+** Đ/ứ với “đưa cho cô” (nói hoặc ra hiệu)

**+** Bắt chước từ có 2 âm tiết quen thuộc mà không thay đổi ngữ điệu (Thôi thôi, đi đi)

**+** Bắt chước từ có 2 âm tiết quen thuộc có thay đổi ngữ điệu

**- Trẻ từ 12 đến 15 tháng**

+ Làm theo từ 2 mệnh lệnh đơn trở lên (1 vật, 1 hành động) bằng nói hoặc ra hiệu

+ Đ/ứ thích hợp với câu hỏi “có” hoặc “không

+ Bắt chước hầu hết các từ mới một âm tiết

+ Bắt chước câu 2 từ mới khác nhau

+ Bắt chước những từ quen thuộc đã được nghe trong hội thoại hoặc sách

**- Trẻ từ 15 đến 18 tháng**

+ Lấy vật trong tầm nhìn khi được yêu cầu bằng lời/ ra hiệu

+ Bắc chước những âm thanh khác nhau

**- Trẻ từ 18 đến 21 tháng**

**+** Giúp làm một số việc nhà đơn giản

+ Hiểu cụm từ “hãy nhìn”

+ Bắt chước câu có 3 từ

**- Trẻ từ 21 đến 24 tháng**

+ Hiểu các từ được sử dụng để cấm làm (VD: hãy đợi, dừng, ngồi xuống, đến lượt tôi)

+ Làm theo mệnh lệnh ở môi trường quen thuộc

+ Bắt chước từ có 3 âm tiết (hoặc nhóm từ có 2 từ chứa 3 âm tiết

**- Trẻ từ 24 đến 30 tháng**

+ Làm theo mệnh lệnh có 2 phần liên quan trong câu nói

+ Nhắc lại câu 2 từ hoặc 2 số theo trình tự

**- Trẻ từ 30 đến 36 tháng**

+ Làm theo mệnh lệnh có 3 phần (3 vật và 1 hành động, 3 hành động và 1 vật, hoặc 3 vật liên quan với 1 hành động)

+ Nhắc lại câu 4 từ

**- Trẻ từ 36 đến 42 tháng**

**+** Phân biệt “trước/sau, cứng/mềm...

+ Hiểu, trả lời câu hỏi “Như thế nào?”

+ Nói câu dài 4-5 từ

+ Biết dùng từ nối “và, thế rồi, thì... “

**- Trẻ từ 42 đến 48 tháng**

**+** Đếm đến 10, nhận được 2-3 màu

+ Phân biệt “trên/dưới, đỉnh/đáy

+ Nói được hầu hết các phụ âm

+ Nói câu dài 4 - 7 từ

**- Trẻ từ 48 đến 60 tháng**

**+** Thực hiện được 3 mệnh lệnh

+ Trả lời được câu hỏi “Khi nào?”

+ Kể được một câu chuyện dài

+ Bắt đầu dùng đại từ sở hữu

**- Trẻ từ 60 tháng đến 72 tháng**

**+** Hiểu thời gian: “Hôm qua/hôm nay”

+ Phân biệt “phải/trái”, biết phân loại

**+** Dùng các đại từ đúng, biết so sánh “cao nhất”, biết dùng trạng từ...

**2. Nếu trẻ chậm phát triển hơn so với các mốc trên thì cần gửi trẻ đi khám các chuyên gia:** Bác sĩ PHCN, chuyên gia ngôn ngữ trị liệu

**\* Lưu ý:** hầu hết các trẻ tự kỷ đều được phát hiện với các biểu hiện ban đầu là chậm phát triển ngôn ngữ, do đó các cha mẹ có con chậm phát triển ngôn ngữ nên tham khảo các chuyên gia để được đánh giá thêm về tự kỷ.

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

- Can thiệp ngay sau khi phát hiện

- Can thiệp theo tuổi phát triển của trẻ: Ví dụ: Trẻ 20 tháng tuổi nhưng sự phát triển hiện tại chỉ tương đương với trẻ 8 tháng, thì các bài tập can thiêp được bắt đầu như với trẻ 8 tháng.

- Can thiệp toàn diện: Can thiệp cả kỹ năng hiểu và kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ, kết hợp với kỹ năng vui chơi.

- Một số lưu ý trong quá trình can thiệp:

|  |  |
| --- | --- |
| ***+*** *Can thiệp trong mọi hoạt động hàng ngày diễn ra với trẻ****:*** nói chuyện với trẻ khi cho trẻ ăn, khi tắm, rửa khi thay quần áo, khi vệ sinh cho trẻ... Những khái niệm về đồ vật, hoạt động có ích đó được trẻ sử dụng thường xuyên.  ***+*** *Giao tiếp mắt****:*** ngồi thấp xuống, đối mặt với trẻ, tầm mắt người can thiệp ngang tầm mắt trẻ để trẻ dễ quan sát nét mặt thái độ và cử động miệng của người nói. Trẻ dễ hiểu hơn.  ***+*** *Nói chậm, rõ, nhắc đi nhắc lại****:*** nói chậm để trẻ nghe được rõ, nghe nhiều lần, dễ nhớ, dễ hiểu hơn.  ***+*** *Vừa nói vừa dùng cử chỉ****:*** khi nói, dùng các cử chỉ, điệu bộ giúp trẻ hiểu dễ hơn nội dung của thông điệp.  ***+*** *Thêm các từ, khái niệm mới****:*** làm tăng kinh nghiệm, hiểu biết và ngôn ngữ của trẻ. Thêm từ mới bằng cách nói về mọi vật mọi sự việc đang xảy ra trước mắt trẻ. |  |

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

***a) Can thiệp ngôn ngữ theo lứa tuổi*** (Xem phần ngôn ngữ trị liệu trang….)

***b) Can thiệp giáo dục***

- Trẻ có thể học cùng lớp với các trẻ em bình thường khác. Cha mẹ hoặc cộng tác viên PHCN cần gặp gỡ với giáo viên mầm non hoặc tiểu học, trao đổi với họ về những khó khăn của trẻ. Khó khăn chính của giáo viên ở lớp là khó giao tiếp với trẻ, kiểm soát hành vi cư xử của trẻ trong giờ học. CTV và cha mẹ cần thảo luận với giáo viên để lập kế hoạch dạy trẻ cho phù hợp với khả năng của trẻ.

- Một số trẻ bị chậm nói nặng, hiểu ít, giao tiếp kém có thể lưu lại vài ba năm ở lớp mẫu giáo lớn để học thêm nhiều kỹ năng, trong đó có kỹ năng giao tiếp của chúng. Có thể chọn các hình thức giáo dục khác như: học lớp mẫu giáo tư thục, học với một nhóm trẻ em tại nhà. Dù hình thức nào, thì đi học cũng là một trong những biện pháp tăng cường giao tiếp, kỹ năng xã hội và giúp kiểm soát hành vi của trẻ tốt hơn.

***c) Xã hội***

***- Tăng cường hoạt động vui chơi***: là một trong những biện pháp phát triển ngôn ngữ cho trẻ. Tuỳ theo khả năng chơi của trẻ mà CTV và cha mẹ chọn lựa hoạt động chơi cho phù hợp. *(Tham khảo thêm phần vui chơi trị liệu)*

***- Việc làm:*** Chính quyền địa phương cần hỗ trợ vốn, dạy nghề hoặc việc làm cho cha mẹ TKT hoặc các thành viên gia đình khác. Đó là cách hỗ trợ những trẻ bị khuyết tật quá nặng.

**3. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

***a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà:***

- Tập luyện đều đặn, thường xuyên

- Có sự tham gia của tất cả các thành viên trong gia đình

***b) Tiến triển***: Chậm phát triển ngôn ngữ làm giảm khả năng hiểu, nhận thức, giao tiếp, dẫn đến giảm khả năng học và hòa nhập xã hội của trẻ. Can thiệp sớm sẽ cải thiện tốt tình trạng của trẻ giúp trẻ có mối quan hệ xã hội và khả năng học của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nancy M, Susan M and Bonnie J (2004). “ The Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs”. Third edition, Paul.H Brookes Publishing Co; Inc.

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ RỐI LOẠN PHÁT ÂM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* + - 1. **Định nghĩa**

***a) Định nghĩa***: Rối loạn phát âm là rối loạn quá trình tạo thành âm thanh (Nói ngọng), rối loạn nhịp điệu lời nói (Nói lắp).

Một trẻ bị rối loạn phát âm thường gặp khó khăn trong việc tạo ra những âm đơn nào đó. Rối loạn phát âm được đặc trưng bởi một số từ do đặt lưỡi không chính xác.

***b) Tỷ lệ mắc***: Tỷ lệ trẻ em gặp các khó khăn về nghe nói chiếm khoảng 20% số trẻ em khuyết tật ( Điều tra của Chương trình PHCN Cộng đồng- Bộ Y tế năm 2004)

**2. Nguyên nhân**

***a) Cơ năng***: Rối loạn phát âm nhưng cấu trúc của cơ quan phát âm hoàn toàn bình thường.

* Ngọng trong quá trình phát triển: hay gặp nhất ở tuổi trước học đường và ở bậc tiểu học Một số trẻ học nói, cha mẹ nói kiểu em bé (Ví dụ: Ăn cơm → Ăn tơm; Đi ngủ → Đi nụ….) nhưng trong quá trình phát triển trẻ có thể chỉnh dần)
* Nói tiếng địa phương: ngọng theo các vùng, địa phương khác nhau (Ngọng l, n…)
* Nói lắp do:

+ Thói quen từ giai đoạn học nói: nói lắp từ nhỏ không được chỉnh sửa, biến thành thói quen nói lắp ở tuổi trưởng thành

+ Mặc cảm tâm lý kéo dài: Nói lắp là phương tiện che lấp một số khó khăn về tư duy, hoặc tâm lý e ngại người lạ…

***b) Thực thể:***

* *Do bất thường bộ phận phát âm*

+ Ngắn lưỡi, dài lưỡi, ngắn phanh lưỡi

+ Khe hở môi vòm miệng

+ Vận động lưỡi bất thường

+ Cứng khớp hàm

* *Bệnh lý thần kinh*

+ Bại não

+ Giảm thính lực

+ Chậm phát triển trí tuệ

* *Nguyên nhân khác*

+ Viêm tai giữa mãn tính

+ Viêm tai xương chũm

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Các dấu hiệu rối loạn phát âm**

***a) Sự méo mó phát âm***:

* Cử động môi, miệng, lưỡi, hàm dưới… khó khăn và chậm. Hơi phát ra bất thường.
* Ví dụ trẻ bại não thể múa vờn: Nói chậm, nói khó - Phát âm hụt hơi, gằn giọng…)

***b) Nói có nhiều lỗi phát âm***

* Sự mất âm:

+ Mất phụ âm đầu: Ví dụ: Bò → ò, Voi → oi, Đu đủ → u ủ

+ Mất phụ âm giữa: Ví dụ: Hoa → ha, Thìa → tìa

+ Mất phụ âm cuối: Ví dụ: Vân Anh → Vân ăn , Nhanh → Nhăn

* Thêm âm: Ví dụ: Đi ngủ → đi ngủi,
* Thay thế âm: Ví dụ: Phích → vích, Dép → nhép, Chó → nhó
* Ngọng thanh điệu: Ví dụ: Cổ vũ → cổ vú, Quyển vở → quyển vợ
* Phát âm chậm, không chính xác: Nói lắp

+ *Lắp một âm của âm tiết:* “s..ss..ssss...sáng nay con làm bài tập”

*+ Lắp cả một âm tiết:* “sáng…sáng...sáng nay con làm bài tập”

*+ Lắp một đoạn của phát ngôn:* “sáng nay....sáng nay... sáng nay con làm bài tập”

*+ Thêm một âm tiết, một phát ngôn bất thường, hoặc dừng bất thường khi đang nói:* “Sáng nay *xong thế là* con làm bài tập”; “sáng nay…con làm bài tập”

**2. Kiểm tra trẻ rối loạn phát âm**

***a) Kiểm tra cấu trúc, hình dạng, cử động của môi, lưỡi, hàm dưới:*** để trẻ há - ngậm miệng, thè lưỡi ra xa, lên trên, xuống dưới và sang hai bên. Xem cử động của lưỡi và miệng có bình thường không? Có khe hở vòm miệng hoặc phanh dưới lưỡi bị ngắn không?

***b) Xem trẻ thổi ra và cố gắng nói “xìiì..ì” kéo dài*** được không. (Bình thường trẻ “xì” được trên 15 giây). Nếu “xì” ngắn thường do khe hở vòm miệng, do hơi thở ngắn (ở trẻ bại não), hoặc do liệt dây thanh một hoặc hai bên.

***c) Yêu cầu trẻ nhắc lại một số từ đơn giản sau và ghi lại các lỗi phát âm của trẻ:*** Khi trẻ nói từ nào, lắng nghe xem trẻ nói đúng không, nếu sai thì sai âm nào? và sai như thế nào?

***d***) ***Ghi lại âm sai mà trẻ tạo ra:***

- Nếu trẻ sai phụ âm đầu, ví dụ nói “gà” thành “à”. Hãy thử nhiều từ khác có âm “g” đứng trước, xem trẻ tạo âm này như thế nào.

- Tương tự, nếu nguyên âm hoặc phụ âm cuối, hoặc thanh điệu nào sai, hãy thử lại với các từ khác có chứa thành phần âm sai để xem lại.

- Các âm trẻ nói đúng sẽ đánh dấu “✓” để biết trẻ đã nói rõ.

**3. Phân loại:** Có 2 loại

* Nói ngọng
* Nói lắp

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

* Can thiệp sớm ngay khi phát hiện
* Phối hợp can thiệp giữa các chuyên gia và gia đình.

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

***a) Can thiệp phục hồi chức năng***

***\* Trẻ nói ngọng: Huấn luyện phát âm***

*- Dạy trẻ cử động miệng - lưỡi và cơ quan phát âm, gồm các cử động:*

+ Há to miệng rồi ngậm lại

+ Thè lưỡi dài ra trước, lên trên, sang trái và phải

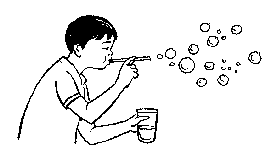
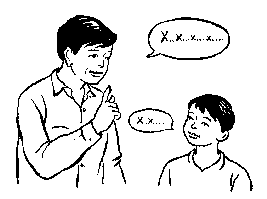
+ Đưa lưỡi chạm lên răng trên, và chạm lên vòm miệng

+ Bôi mật ngọt hoặc đường quanh mép để tập liếm: đặc biệt trẻ bại não rất cần tập vận động miệng lưỡi và tập nuốt, nhai, liếm, thổi.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**-** *Tập “xì****”:*** *đối với trẻ bị khe hở vòm miệng sau mổ*. Tập nói âm “x” trong từ “xa”. Kéo dài âm “x” càng dài càng tốt. Bình thường khoảng 10-15 giây. Nếu xì ngắn trẻ sẽ bị giọng mũi hở và không nói được rõ các phụ âm đầu âm tiết.

**-** *Tập thổi ra*. Kéo dài hơi thổi ra. Cho trẻ thổi bóng, thổi kèn hoặc thổi bong bóng xà phòng.



**-** *Dạy trẻ sửa âm***:** xem trẻ nói âm nào không rõ, sửa các âm sai đó

+ Nếu trẻ ngọng cả nguyên âm và phụ âm: hãy bắt đầu dạy trẻ tạo các nguyên âm: a, o, u, ư, e, ê, ô, ơ.

+ Khi trẻ nói các nguyên âm rõ rồi mới chuyển sang tập phụ âm.

*- Dạy trẻ tạo các phụ âm môi: m, b,*

+ Bắt đầu bằng dạy trẻ tạo các âm môi như âm “b,m”.

+ Khi trẻ nói âm đó rõ, hãy ghép âm đó với một nguyên âm, ví dụ: mama, baba, bababa....và các nguyên âm khác như: mimi, bêbê...

**-** *Sau đó dạy trẻ nói các từ đơn giản như*: bà, mẹ, bố, bé, "bai bai”...

+ Hãy làm một bộ tranh hoặc cắt các tranh đồ vật từ tạp chí, sách báo. Xếp các tranh này theo bộ: theo các âm đầu, âm cuối hoặc thanh điệu và theo các chủ đề: đồ dùng, phương tiện giao thông, đồ ăn, các hành động....

+ Khi dạy trẻ nói từ đơn nên dùng tranh để dạy. Như vậy trẻ sẽ hứng thú hơn. Hãy biến hoạt động dạy thành các trò chơi.

Ví dụ: Chơi trò “giấu tranh”. Để ra 3-5 tranh và giới thiệu tên các tranh với trẻ. Giấu 1 - 2 cái đi rồi hỏi xem: “mất tranh nào?”

+ Sau đó để trẻ giấu tranh, còn bạn đoán. Có thể chơi nhiều trò khác với tranh như: mua bán tranh, so cặp tranh....

**-** *Tiếp tục dạy trẻ tạo các phụ âm khó hơn* như âm t, đ,x, ch, kh, g...

+ Sau đó, lại ghép các phụ âm này với các nguyên âm khác nhau như ta, xa...

+ Khi trẻ tạo các âm này đó rõ, hãy để trẻ nói các từ đơn chứa các âm bạn vừa dạy: tai, táo, to, túi...

+ Sau cùng, khi trẻ đó nói được nhiều từ đơn, hãy để trẻ *ghép 1-2 từ thành các câu ngắn.*

+ Hãy chú ý sửa âm khi trẻ nói chuyện, khi đọc sách.... Thường khi tập nói từng từ thì nói đúng, nhưng khi nói chuyện trẻ vẫn mắc lỗi.

***\* Trẻ nói lắp: Sửa tật nói lắp***

*- Tập thư giãn*

+ Cùng với sửa tật nói lắp, phải tập thư giãn.

+ Trước khi nói để trẻ hít sâu và thở ra nhẹ nhàng 3-5 nhịp

+ Mỗi ngày để 1 - 2 lần khoảng 10 -15 phút tập ngồi, nhắm mắt, hít sâu, thở ra chậm. Tập thổi ra nhẹ nhàng và kéo dài.

+ Động viên trẻ nói chậm, những người xung quanh phải nói chậm khi giao tiếp với trẻ. Chờ đợi để trẻ chủ động bắt đầu.

*- Sửa nhịp điệu nói*

+ Nói câu ngắn 2 - 3 từ: nên nói chậm và dùng câu ngắn. Nói xong nên nghỉ để chuẩn bị câu tiếp theo.

+ Một thời gian dài, sau khi đỡ lắp, mới nói câu dài hơn, khoảng 4- 5 từ. Vẫn phải nói chậm. Nếu nói lắp trong một số tình huống nhất định hoặc với một số người nhất định, cần thở thư giãn trước khi giao tiếp với người đó.

+ Có thể chủ động tập dượt nói trong tình huống đó, hoặc hình ảnh người đó (nếu hay lắp khi giao tiếp với họ) và tập nói một mình. Nói chậm rồi nói nhanh. Nói nhỏ rồi nói to.

*- Tư vấn của chuyên gia tâm lý*

Chuyên gia tâm lý sẽ nói chuyện với trẻ (với người lớn bị nói lắp) để tìm hiểu nguyên nhân tâm lý khi giao tiếp. Nếu nói lắp nặng quá, cần được điều trị bằng các thuốc chuyên khoa.

***b) Can thiệp giáo dục***

- Trẻ cần được hỗ trợ tại lớp và tại môi trường gia đình. Mọi người thân, giáo viên, các bạn cùng lớp cần nói chậm hơn với trẻ. Hãy để trẻ có thêm thời gian để nói.

- Môn tập đọc ở lớp khiến trẻ lúng túng nhiều nhất. Trả lời miệng trên lớp cũng là trở ngại với trẻ, nhất là khi các bạn cùng lớp trêu cười. Giáo viên cần biết điều này để hỗ trợ trẻ. Hãy để thêm thời gian ngoài giờ học giúp trẻ sửa phát âm.

***c) Xã hội***

- Khuyến khích trẻ tham gia các hoạt động nhóm ở trường lớp hoặc ở cộng đồng. Vui chơi và tham gia các hoạt động tập thể giúp trẻ tự tin hơn, nhận thức được bản thân phù hợp và có nhiều cơ hội để giao tiếp hơn.

- Nếu thanh thiếu niên hoặc người lớn bị nói lắp nhiều cần giúp họ chọn lựa một số nghề, lĩnh vực hoạt động đòi hỏi giao tiếp ít.

**3. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

***a)*** ***Tập luyện tại nhà*** : thường xuyên

***b) Tiến triển***: nếu không can thiệp sẽ ảnh hưởng đến

- *Học tập*: Đọc sai, ngại phát biểu xây dựng bài. Kết quả học tập kém.

**-** *Tâm lý***:** trẻ nói ngọng nặng thường tự ti, mặc cảm, trẻ hay bỏ học sớm do ngại bị trêu cười ở lớp. Trẻ thường ngại giao lưu, kết bạn, ngại ra chỗ lạ.

- *Nghề nghiệp*: Khó xin việc

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế. 2004. Thực trạng hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng từ năm 1987 đến nay. Nghiên cứu cấp Bộ.
2. Bộ Y tế. 2009. Tập tài liệu số 12. Bộ tài liệu Phục hồi chức năng cộng đồng. NXB Y học.
3. Nguyễn Xuân Nghiên. 2002. Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng. NXB Y học.
4. Vũ Thị Bích Hạnh. 2004. Hướng dẫn thực hành âm ngữ trị liệu. NXB Y học

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM**

**TRẺ BỊ GIẢM THỊ LỰC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* + - **Định nghĩa**

***a) Định nghĩa***: Giảm thị lực là tình trạng một người do ảnh hưởng, hậu quả của các bệnh hoặc biến chứng về mắt bẩm sinh hay mắc phải, mà không nhìn rõ và nhận dạng được sự vật một cách bình thường như những người xung quanh.

Giảm thị lực có thể ở các mức độ khác nhau:

* Có một số trẻ chỉ nhìn được một chút.
* Có một số nhận biết ban ngày hay ban đêm nhưng không nhìn thấy gì.
* Có một số chỉ nhìn thất vật to, không nhìn thấy vật nhỏ.
* Có một số trẻ chỉ nhìn thấy các vật ở gần, không nhìn thấy các vật ở xa. Ngược lại, một số chỉ nhìn thấy xa không nhìn thấy gần. Những người này chỉ cần đeo kính.

***b) Tỷ lệ mắc***: Chưa có điều tra chính thức về tỷ lệ tật khúc xạ trong toàn quốc, tuy nhiên ở một số nơi đã điều tra thì tỷ lệ tật khúc xạ của trẻ tuổi học đường ở nông thôn khoảng 8% - 10%, thành thị là 12% (riêng Tp HCM là 26% và Hà Nội là 20%).

**2. Nguyên nhân**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | |  | **Phòng ngừa** |
| Trẻ em | Trước khi sinh | Mẹ nhiễm siêu vi trùng (Rubella) khi mang thai | Tránh lây nhiễm khi mang thai |
| Mẹ thiếu dinh dưỡng | Ăn uống đủ dinh dưỡng đặc biệt Vitamin A |
| Trong khi sinh | Ngạt khi sinh | Xử trí kịp thời khi sinh |
| Chấn thương khi sinh | Nữ hộ sinh nâng cao tay nghề đề phòng chấn thương |
| Sau khi sinh | Thiếu dinh dưỡng nhất là thiếu Vitamin A | Chế độ dinh dưỡng đầy đủ, Vitamin A, bú sữa mẹ |
| Bệnh lý võng mạc | Phát hiện sớm, điều trị sớm |
| Sởi gây khuyết tật mắt, gây mù | Tiêm phòng sởi |
| Lác mắt | Phẫu thuật chỉnh lác |
| Lậu: Trẻ sơ sinh bị lây nhiễm từ mẹ khi đẻ | Phát hiện sớm, nhỏ vào mắt trẻ sơ sinh 1 giọt 1% Nitrat bạc hoặc mỡ Tetracylin |
| Chlamydia – bệnh lây từ đường tình dục | Nhỏ mỡ Tetracylin vòa mắt trẻ sơ sinh 3 lần/ngày |
| Tổn thương não do nhiễm vi trùng, siêu vi trùng | Phát hiện sớm, điều trị sớm, tiêm chủng |
| Tai nạn gây tổn thương trực tiếp ở mắt như: Vật nhón, acid, kiềm, bom, mảnh đạn | An toàn khi đi lại, làm việc và cuộc sống hàng ngày |

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng**

* Mắt, mi đỏ, có mủ hoặc thường xuyên chảy nước mắt.
* Mắt trông mờ, đục hoặc nhăn nheo hoặc có tổn thương đau.
* Một hoặc cả hai bên đồng tử có màu xám hoặc trắng.
* Trẻ 3 tháng tuổi vẫn không nhìn theo đồ chơi hoặc sự vật khi đưa qua mặt trẻ.
* Trẻ 3 tháng tuổi vẫn không đưa tay với đồ chơi ở trước mặt trẻ, trừ khi đồ chơi này phát ra tiếng động hoặc chạm vào trẻ.
* Mắt lệch, 2 mắt không di động cùng hướng với nhau.
* Mắt lác.
* Trẻ chậm sử dụng tay, vận động và đi lại so với trẻ khác. Trẻ thường và đụng vào đồ vật hoặc rất vụng về.
* Trẻ không thích thú với tranh ảnh, sách, đồ chơi có màu sắc khi để những thứ này sát mặt.
* Nhìn khó khăn khi trời tối (quáng gà).
* Ở trường trẻ không đọc được những chữ trên bảng hoặc những chữ nhỏ trong sách. Trẻ mệt mỏi, đau đầu khi đọc sách.
* Trẻ có thể bị mù hoặc giảm thị lực phối hợp với các dạng khuyết tật khác như bại não, chậm phát triển trí tuệ…

**2. Cận lâm sàng**

- Soi đáy mắt: tìm nguyên nhân và xác định chẩn đoán.

- Đo thị lực: Đánh giá thị lực, phân loại giảm thị lực (cận thị, viễn thị hoặc loạn thị)

**3. Phân loại:** Theo bảng nguyên nhân nói trên

**4. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

**5. Tiến triển/Biến chứng**

Nếu không can thiệp sớm có thể dẫn đến giảm thị lực ngày càng nặng hơn hoặc mù hoàn toàn

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

***a) Khám chuyên khoa mắt***:

Khi có 1 lý do nào đó gây ảnh hưởng đến khả năng nhìn thì nên đưa người đó khi khám chuyên khoa mắt để xác định nguyên nhân và xử trí kịp thời, đề phòng mù mắt. Khám chuyên khoa mắt càng sớm càng tốt. Nếu phát hiện các nguyên nhân làm giảm khả năng nhìn như mắt hột, viêm mống mắt, viêm kết mạc, có thể điều trị bằng phẫu thuật. Đối với những trẻ có tật khúc xạ cũng được khám và đo kính mắt. Hiện nay ngành y tế có nhiều chương trình phòng và điều trị phẫu thuật mắt.

***b) Phục hồi chức năng*** khi bị khuyết tật/ giảm chức năng nhìn rất nặng hoặc bị mù hoàn toàn: Huấn luyện cho trẻ KT cách định hướng và vận động di chuyển.

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

***a) Điều trị y học và phục hồi chức năng***

**- Phát triển các kỹ năng nhận biết nhờ cảm giác ngửi hoặc sờ mó.**

+ Hướng dẫn trẻ cầm nắm các phần khác nhau của cơ thể và cố gắng cảm nhận ra các phần đó. Để cho trẻ sờ mặt những người xung quanh và nhận biết từng người một.

+ Phát triển cảm giác nghe bằng cách để cho trẻ có khó khăn về nhìn nghe các loại tiếng động khác nhau và nhận biết chúng như tiếng chuông, tiếng nhạc… để cho trẻ đoán tiếng ồn đó từ phía nào tới.

+ Luôn luôn nói và chỉ dẫn cho trẻ các hoạt động ngày như ăn uống, để cho trẻ tự tắm rửa.

+ Đưa trẻ bị mù ra ngoài để cho họ cảm nhận được môi trường xung quanh họ. Hãy mô tả và nói trẻ họ biết.



**- Giúp trẻ có khuyết tật/giảm chức năng nhìn di chuyển xung quanh**:

+ Nếu trẻ có khả năng bò ra xung quanh, hãy để đồ chơi ở các góc phòng, khuyến khích trẻ khám phá môi trường xung quanh.

+ Khi trẻ bắt đầu đi, đảm bảo chắc chắn mọi thứ trong nhà đều an toàn để trẻ không bị thương. Điều này giúp trẻ tự tin hơn khi đi lại xung quanh.

+ Cho phép trẻ chơi hoặc tập luyện theo cách mà trẻ tự tin khi di chuyển xung quanh và cơ thể cử động tự do.

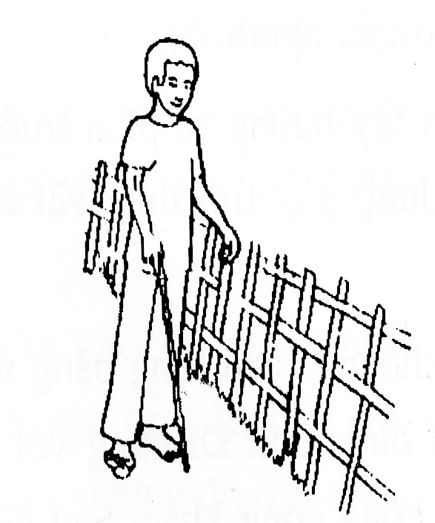
+ Khuyến khích trẻ chơi đùa, tìm kiếm, khám phá những gì mà trẻ thích như những trẻ khác. Bảo vệ trẻ không bị tổn thương khi chơi nhưng đừng quá bảo vệ không cho trẻ làm gì cả thì trẻ sẽ không học được nhiều.

+ Khi dẫn trẻ đi, nên đi trước họ và chỉ dẫn cho trẻ. Bắt đầu đi với các khoảng cách ngắn sau đó tăng dần.

- **Dạy trẻ có khuyết tật/ giảm chức năng nhìn, sử dụng gậy**.

Chọn chiều cao của gậy từ mặt đất đến vị trí giữa vai và hông. Dạy trẻ dùng gậy để khám phá môi trường xung quanh. Khi cầm gậy, cánh tay duỗi thẳng, để cho trẻ đưa đẩy sang phải trái, đi tới đi lui. Dạy trẻ sử dụng gậy, để lên xuống cầu thang, đi ngang qua phố. Khi đi lại chú ý lắng nghe âm thanh xung quanh.

**- Hướng dẫn trẻ có khuyết tật/giảm chức năng nhìn các chức năng sinh hoạt hàng ngày như**: Ăn, uống, tự chăm sóc bản thân, các công việc nội trợ:

+ Hướng dẫn cho trẻ có khuyết tật/ giảm chức năng nhìn, ăn chung 1 mâm cùng với gia đình theo phương pháp đồng hồ, có nghĩa là xem cái mâm như 1 chiếc đồng hồ, đặt thức ăn vào đúng vị trí 12h, 3h, 6h,9h,… ngày nào cũng như vậy.

+ Hướng dẫn trẻ có khuyết tật/giảm chức năng nhìn khi uống nước đặt cốc chén hoặc chai thủy tinh lên 1 chỗ đã định.

+ Hướng dẫn trẻ các chức năng sinh hoạt hàng ngày như mặc quần áo, chải đầu, tắm rửa, chơi các trò chơi. Hãy khuyến khích trẻ chơi cùng với các trẻ khác.

+ Hướng dẫn trẻ lớn có khuyết tật/ giảm chức năng nhìn làm các công việc nội trợ, tuy nhiên phải biết cách đề phòng các tổn thương do lửa, dao nhọn sắc, các vật nóng. Hướng dẫn trẻ nâu vài món đơn giản, ru em, lau dọn bàn ghế…

**- Các dụng cụ trợ giúp cho trẻ có khuyết tật/ giảm chức năng nhìn:** Đối với các trẻ bị mù toàn thể, có thể đeo kính bảo vệ hoặc thẩm mỹ. Đối với trẻ bị tật khúc xạ hoặc giảm thị lực, có thể khám đeo kính.

***b) Can thiệp giáo dục cho trẻ giảm thị lực***

**-** Trẻ ở độ tuổi mẫu giáo cần cho trẻ tới lớp mẫu giáo hòa nhập càng sớm càng tốt. Tại lớp học, trẻ được tiếp xúc với trẻ cùng lứa và sẽ kính thích trẻ phát triển các kỹ năng**.**

- Đối với trẻ trước tuổi đi học và trẻ nhỏ, dùng biện pháp kích thích sớm thông qua chơi đùa, các trò chơi và đồ chơi. Đối với trẻ tuổi mẫu giáo, dạy cho trẻ ghép các chữ cái bằng gồm, học đọc và học viết. Cũng có thể giúp trẻ nặn các chữ cái bằng đất sét, sử dụng các ngón tay viết chữ lên đất, sau đó viết lên giấy. Một khi trẻ đã biết viết, có thể sử dụng dây chăng qua giấy để viết cho thẳng hàng. Cũng có thể bắt đầu dạy cho trẻ học đếm bằng cách sử dụng các hòn sỏi đá hoặc bàn tính đơn giản.

- Đối với trẻ đến tuổi đi học, tùy theo khả năng nhìn của trẻ để hướng cho trẻ được học hành tốt hơn. Đối với trẻ có tật khúc xã, giảm khả nănng nhìn, có thể học hòa nhập ở các trường lớp bình thường. Đối với trẻ mù hoàn toàn, có thể học ở các lớp hoặc các trường đặc biệt, học chữ nổi Braille.

- Có nhiều trẻ không có điều kiện đến trường học, có thể ở nhà nhờ các thầy cô hoặc các bạn trong xóm làng để giúp đỡ dạy học. ở những nơi có chương trình giáo dục hòa nhập, trẻ khiếm thị có thể tới trường học tập cùng trẻ không khiếm thị.

***c) Dạy nghề cho trẻ giảm thị lực***

- Hãy chọn trong địa phương của bạn có nghề nào thích hợp cho trẻ có khuyết tật/ giảm chức năng nhìn có thể làm được. Khi chọn nghề hãy chú ý đến khả năng của trẻ khuyết tật. Trẻ có thể học được không, có thể làm việc được không?

- Nên cân nhắc đến kinh phí học nghề, mua sắm trang thiết bị, nguyên liệu và tính đến tiêu thụ sản phẩm. Những trẻ có khuyết tật/ giảm chức năng nhìn có thể làm các công việc thủ công mỹ nghệ, các dịch vụ tại địa phương, các công việc đơn giản khác.

***d) Trợ giúp về tâm lý và xã hội cho trẻ giảm thị lực***

Trẻ mù hay mặc cảm về sự giảm khả năng của mình. Hãy động viên trẻ, giúp trẻ tự tin hơn trong cuộc sống, giúp trẻ vượt qua các rào cản của chính bản thân, gia đình và cộng đồng.

***e) Tạo môi trường thích nghi cho trẻ có khuyết tật/ giảm chức năng nhìn***

Tạo môi trường đi lại, sinh hoạt gia đình thích nghi cho trẻ có khuyết tật/giảm chức năng nhìn, đảm bảo an toàn cho trẻ khi đi lại cũng như khi làm việc. Tại gia đình và chỗ làm việc của trẻ, cần phải có tay vịn dọc theo lối đi, hành lang, đặc biệt là cầu thang lên, xuống.

***f) Các dụng cụ trợ giúp***

Đối với trẻ bị cận thị, tật khúc xạ có thể điều chỉnh bằng kính

**3. Phân tuyến kỹ thuật**

***a) Tại cộng đồng***

- Hướng dẫn kỹ năng nhận biết nhờ cảm giác ngửi hoặc sờ mó

- Hướng dẫn kỹ năng di chuyển và định hướng

- Can thiệp giáo dục

- Đào tạo nghề

***b) Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, PHCN:***

- Khám chuyên khoa mắt. Tư vấn sử dụng kính.

- Hướng dẫn kỹ năng nhận biết nhờ cảm giác ngửi hoặc sờ mó

- Hướng dẫn kỹ năng di chuyển và định hướng

**4. Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết tật**

***a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà:***

- Tập luyện thường xuyên

- Khám định kỳ

***b) Tiên lượng***: Nếu trẻ không được phát hiện sớm và can thiệp sớm thì sẽ gặp những khó khăn sau:

Hạn chế di chuyển và định hướng được không gian, vị trí của mình đang ở đâu nếu đến nơi khác với nhà của mình.

* Khó khăn trong việc thực hiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, vệ sinh cá nhân, ăn uống và các công việc khác.
* Khó khăn trong việc hòa nhập xã hội.
* Khó khăn giao tiếp với mọi người xung quanh.
* Thay đổi tâm lý, mặc cảm với mọi người xung quanh.

Đối với trẻ em có khuyết tật/giảm chức năng nhìn, có thể không học hành được hoặc không đi đến trường được. Trẻ có khó khăn khi chơi đùa với các bạn cùng tuổi. Đối với trẻ lớn có khuyết tật/giảm chức năng nhìn không có việc làm hoặc không làm việc được và do vậy không có thu nhập cho cuộc sống.

***c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.***

* Các trung tâm phục hồi chức năng, các trung tâm giành cho người mù.
* Các trung tâm hướng nghiệp, dạy nghề.
* Các trường hợp đặc biệt cho trẻ mù học hành.
* Bệnh viện để khám và điều trị các bệnh mắt, phẫu thuật mắt.
* Các chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
* Các tổ chức của người khuyết tật, Hội người mù.
* Các chương trình của nhà nước, kể cả các chương trình trợ giúp khác.

**PHÁT HIỆN SỚM- CAN THIỆP SỚM TRẺ BẠI NÃO**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

**1. Định nghĩa**:

Bại não là tổn thương não không tiến triển gây nên bởi các yếu tố nguy cơ xảy ra ở giai đoạn trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh đến 5 tuổi;

Bại não biểu hiện ra ngoài bằng các Rối loạn về Vận động, Trí tuệ, Giác quan và Hành vi.

**2. Dịch tễ**

Tại các nước phát triển tỷ lệ mắc bại não dao động từ 1,8 đến 2,3% tổng trẻ sơ sinh sống. Tại Việt nam: tỷ lệ mắc bại não chiếm 1,8 %.

Bại não chiếm 31,7% tổng số trẻ tàn tật

Giới tính: Bại não hay gặp ở trẻ trai: trai/gái=1,35/1

**3. Yếu tố nguy cơ gây bại não ở trẻ em**

**3.1. Yếu tố nguy cơ trước sinh**

- Mẹ có tiền sử bị sảy thai trước đó

- Mẹ có dị tật bẩm sinh

- Mẹ bị ngộ độc thai nghén

- Ngoài ra còn có một số yếu tố nguy cơ khác như:

+ Mẹ bị Chậm PTTT

+ Mẹ tiếp xúc hóa chất, thuốc trừ sâu

+ Mẹ bị nhiễm virut, nhất là trong 3 tháng đầu

+ Mẹ bị chấn thương,

+ Mẹ dùng thuốc khi mang thai,

+ Mẹ bị bệnh giáp trạng,

+ Mẹ bị đái đường khi mang thai...

* 1. **Yếu tố nguy cơ trong sinh**

- Đẻ non

- Cân nặng khi sinh thấp

- Ngạt khi sinh

- Can thiệp sản khoa:đẻ forcep, giác hút, đẻ chỉ huy

- Vàng da nhân não

* 1. **Yếu tố nguy cơ sau sinh:**

- Chảy máu não-màng não

- Nhiễm khuẩn thần kinh

- Suy hô hấp nặng vì các nguyên nhân khác nhau

- Chấn thương sọ não

- Co giật do sốt cao đơn thuần

**4. Các biện pháp phòng ngừa Bại não:**

- Kiểm soát thai nghén

- Hồi sức cấp cứu đẻ, sơ sinh kịp thời

- Chẩn đoán bệnh và điều trị sớm các bệnh có liên quan đến bại não

**II. PHÁT HIỆN SỚM:**

**1. Dấu hiệu nhận biết sớm**

+ Bốn dấu hiệu chính

(1) Trẻ có cơn co cứng hoặc/và chân duỗi cứng khi đặt đứng;

(2) Không kiểm soát đầu cổ hoặc/và không biết lẫy hoặc/và nằm sấp không ngẩng đầu;

(3) Hai tay luôn nắm chặt;

(4) Hai tay không biết với cầm đồ vật.

+ Bốn dấu hiệu phụ

(1) Không nhận ra khuôn mặt mẹ

(2) Ăn uống khó khăn

(3) Không đáp ứng khi gọi hỏi

(4) Khóc nhiều suốt ngày đêm sau sinh

**PHÁC ĐỒ PHÁT HIỆN SỚM BẠI NÃO**

### Trẻ phơi nhiễm

**yếu tố nguy cơ trước sinh**

### Trẻ phơi nhiễm

**yếu tố nguy cơ trong sinh**

### Trẻ phơi nhiễm

**yếu tố nguy cơ sau sinh**

KHÁM KHI TRẺ 6 THÁNG TUỔI NẾU CÓ:

***Bốn dấu hiệu chính:***

1. Không lẫy; không kiểm soát đầu cổ, nằm sấp không ngẩng đầu

##### 2. Trẻ có cơn co cứng, chân duỗi cứng khi đặt đứng

##### 3. Hai tay nắm chặt

##### 4. Hai tay không biết với cầm

##### *Bốn dấu hiệu phụ:*

1. Không nhận ra khuôn mặt mẹ

##### 2. Trẻ ăn uống khó khăn

##### 3. Trẻ không đáp ứng khi gọi hỏi

4. Trẻ khóc nhiều suốt ngày đêm

**Cần khám xác định bại não tại các tuyến:**

Bác sỹ Nhi,

Bác sỹ Phục hồi chức năng,

Bác sỹ Thần kinh

**Can thiệp sớm PHCN tại:**

-Khoa PHCN

-Trung tâm PHCN

**Tuyến Tỉnh - Huyện - Xã**

### Phục hồi chức năng

**dựa vào cộng đồng**

**2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bại não theo thể lâm sàng**

**2.1. Thể co cứng:** có 2 tiêu chuẩn sau

(1) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

* Tăng trương lực cơ ở các chi bị tổn thương.
* Giảm khả năng vận động riêng biệt tại từng khớp
* Dấu hiệu tổn thương hệ tháp.
* Tăng phản xạ gân xương ở các chi bị tổn thương.
* Có các phản xạ nguyên thuỷ
* Dinh dưỡng cơ : không có teo cơ, co rút tại các khớp
* Cảm giác: có thể có rối loạn điều hoà cảm giác
* TK sọ não: có thể bị liệt.
* Các dấu hiệu khác: đa động gân gót, co rút tại các khớp, cong vẹo cột sống, động kinh

(2) Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau

**2.2. Thể múa vờn:** có 2 tiêu chuẩn sau

(1) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

* Trương lực cơ thay đổi lúc tăng lúc giảm ở tứ chi.
* Giảm khả năng vận động thô.
* Có các vận động không hữu ý
* Dấu hiệu tổn thương ngoại tháp: rung giật, múa vờn
* Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng ở các chi bị tổn thương.
* Có các phản xạ nguyên thuỷ.
* Dinh dưỡng cơ : không có teo cơ, ít co rút tại các khớp
* Cảm giác: có thể rối loạn điều hoà cảm giác
* TK sọ não: có thể bị liệt.
* Các dấu hiệu khác: động kinh, rối loạn nhai nuốt, điếc ở tần số cao

(2) Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau

**2.3. Thể thất điều (mất điều phối): có 2 tiêu chuẩn sau**

(1) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

* Giảm trương lực cơ toàn thân;
* Rối loạn hoặc mất điều phối vận động hữu ý (quá tầm, rối tầm, không thực hiện được động tác tinh vi, rối loạn thăng bằng đầu cổ và thân mình, dáng đi như người say rượu).
* Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ
* Có các phản xạ nguyên thuỷ:
* Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp
* Cảm giác: có rối loạn điều hoà cảm giác
* TK sọ não: có thể bị liệt.
* Các dấu hiệu khác: cong vẹo cột sống, động kinh…

(2) Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau:

**2.4. Thể nhẽo (giảm trương lực): có 2 tiêu chuẩn sau**

(1) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

* Giảm trương lực cơ toàn thân,
* Giảm vận động hữu ý.
* Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ
* Có các phản xạ nguyên thuỷ:
* Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp
* Cảm giác: có rối loạn điều hoà cảm giác
* TK sọ não: có thể bị liệt.
* Các dấu hiệu khác: cong vẹo cột sống, động kinh, có dấu hiệu Babinski.

(2) Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau:

**2.5. Thể phối hợp co cứng và múa vờn: có 2 tiêu chuẩn sau**

(1) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương giống thể co cứng và múa vờn.

(2) Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau.

**Ảnh 1. Bại não thể co cứng (mẫu vận động khối)**

|  |
| --- |
|  |

**Ảnh 2. Bại não thể múa vờn(ngồi) Ảnh 3. Bại não thể múa vờn (đi)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Ảnh 4. Bại não thể thất điều Ảnh 5. Bại não thể co cứng-múa vờn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  |  |       **Ảnh 6. Bại não thể nhẽo** |

**3. Xét nghiệm:**

* **Điện não đồ:** Hoạt động điện não cơ bản bất thường, có các hoạt động kịch phát điển hình hoặc không điển hình, khu trú hoặc toàn thể hoá.
* **Siêu âm qua thóp:** để tìm các tổn thương khu trú như chảy máu não, giãn não thất
* **Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ:** xác định một số tổn thương não
* **Chụp X-quang:** xác định dị tật cột sống, khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân kèm theo
* **Đo thị kực, thính lực**
* **Các xét nghiệm khác:** CK, LDHđể loại trừ bệnh cơ; T3. T4, TSH để loại trừ suy giáp

**III. Can thiệp sớm Phục hồi chức năng:**

**1. Vận động trị liệu: Xem phần các kỹ thuật tạo thuận vận động**

* **Nguyên tắc:**

+ Theo các mốc phát triển về vận động thô của trẻ:

Kiểm soát đầu cổ 🡪 Lẫy 🡪 Ngồi 🡪 Quỳ 🡪 Bò 🡪 Đứng 🡪 Đi 🡪 Chạy

+ Theo thể lâm sàng bại não

+ Hoàn thành mốc VĐ trước rồi chuyển sang mốc sau

**2. Huấn luyện giao tiếp và ngôn ngữ:**

***2.1. Huấn luyện kỹ năng giao tiếp sớm***

* Mục tiêu của giao tiếp:

- Xây dựng mối quan hệ với mọi người.

- Học.

- Gửi thông tin.

- Tự lập hay kiểm soát được sự việc.

* Huấn luyện về giao tiếp sớm bao gồm:

Kỹ năng tập trung

Kỹ năng bắt chước

Kỹ năng chơi đùa

Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh

Kỹ năng xã hội

## *Huấn luyện các kỹ năng về ngôn ngữ*

* Huấn luyện kỹ năng ngôn ngữ: bao gồm

Kỹ năng hiểu ngôn ngữ

Kỹ năng diễn đạt bằng ngôn ngữ

* Huấn luyện trẻ Kỹ năng hiểu ngôn ngữ:

+ Nguyên tắc dạy hiểu ngôn ngữ:

* + Trẻ phải hiểu, biết ý nghĩa của âm thanh, từ và câu trước khi nói.
  + Nói chuyện nhiều với trẻ, dùng ngôn ngữ đơn giản, nói chậm, to.
  + Sử dụng dấu hiệu để giúp trẻ hiểu.
  + Chỉ sử dụng 1 vài đồ vật hoặc tranh ảnh, chỉ một người hướng dẫn
  + Động viên khen thưởng đúng lúc.

+ Phương pháp huấn luyện trẻ hiểu ngôn ngữ:

* 1. ***Huấn luyện trẻ diễn đạt ngôn ngữ.***

+ Mục tiêu: Trẻ sẽ tự nói/làm dấu/ chỉ vào các bức tranh.

+ Phương pháp:

Bước 1:Đánh giá.

Bước 2: Lập chương trình huấn luyện.

Chọn 1 đến 2 kỹ năng cho đợt huấn luyện (Xem trang 126 đến trang 183 trong Tài liệu giao tiếp với trẻ em).

Bước 3:Đánh giá kết quả, lập chương trình huấn luyện tại nhà.

* 1. ***Huấn luyện kỹ năng nhà trường:***

Kỹ năng trước khi đến đường

Kỹ năng nhà trường

**3. Hoạt động trị liệu**

* Huấn luyện kỹ năng sử dụng hai tay sớm: Kỹ năng cầm đồ vật, Kỹ năng với cầm
* Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày sớm: Kỹ năng ăn uống, Kỹ năng mặc quần áo, đi giày dép, Kỹ năng vệ sinh cá nhân, Kỹ năng tắm rửa, đánh răng, rửa mặt
* Huấn luyện kỹ năng nội trợ: Kỹ năng đi chợ, tiêu tiền, Kỹ năng nấu nướng
* Huấn luyện kỹ năng nghề nghiệp: chọn nghề, học nghề cho phù hợp, giao thông.

**4. Dụng cụ**

* 1. ***Dụng cụ chỉnh hình:***

**Mục tiêu:**

- Nắn chỉnh các biến dạng của các phần chi thể

- Ngăn ngừa các biến dạng thứ phát

- Gia tăng sức mạnh của chi

**Các loại dụng cụ:**

**- Nẹp chỉnh hình dưới gối:** Nắn chỉnh biến dạng ở phần cổ-bàn chân. Giữ cổ-bàn chân ở tư thế tốt hơn. Giúp trẻ đứng, đi vững hơn.

**- Nẹp chỉnh hình trên gối:**Nắn chỉnh biến dạng của khớp gối**.** Nắn chỉnh co rút khớp gối

**- Nẹp khớp háng:** Chỉnh trật khớp háng bẩm sinh

**- Đai nâng cổ:** Giữ cổ ở tư thế trung gian**, g**iúp cho trẻ, kiểm soát đầu cổ tốt hơn**, c**ố định

**- Nẹp tay:** Nắn chỉnh biến dạng ở cổ tay**, g**iữ bàn tay ở tư thế chức năng**, c**hống co rút

**- Nẹp chỉnh hình cột sống:**Nắn chỉnh sự cong vẹo của cột sống**, h**ạn chế sự phát triển cong vẹo cột sống**, c**ố định

**- Nâng đế:** Bù chênh lệch chiều dài chân**,** Ngăn ngừa cong vẹo cột sống

***4.2. Dụng cụ trợ giúp:***

**- Ghế bại não:** Chỉ định cho tất cả trẻ bại não ở giai đoạn tập ngồi, giúp trẻ ở tư thế ngồi đúng, hỗ trợ cho việc chăm sóc trẻ

**- Bàn tập đứng:** Trẻ ở giai đoạn tập đứng. Trẻ có co rút khớp gối ở tư thế đứng

**- Khung tập đi:** Giữ ở tư thế đứng dồn trọng lượng lên 2 chân**.** Giúp trẻ ở giai đoạn tập đi

**- Xe tập đi:** Yếu chân**,** Thăng bằng kém

**- Thanh song song**

**- Nạng, gậy**

**5. Điện trị liệu:**

***5.1. Tử ngoại:***

* Chỉ định: Bại não có còi xương –SDD, Bại não thể nhẽo
* Chống chỉ định: Bại não có kèm theo Động kinh, lao phổi tiến triển, suy thận, suy gan, chàm cấp.
* Phương pháp: Tử ngoại B bước sóng 280-315 nm
* Thời gian: liều đỏ da độ 1 sau tăng dần lên (tổng liều 1-5 phút/lần) X 20-30 ngày/đợt

***5.2. Điện thấp tần:*** Là dòng điện một chiều có điện thế không đổi trong thời gian điều trị

\* Chỉ định: Trẻ bại não không có Động kinh lâm sàng

\* Chống chỉ định: Bại não có Động kinh trên lâm sàng; BN thể co cứng nặng

\* **Các phương pháp điện thấp tần:**

**+ Gavanic dẫn CaCl2 cổ**:

- Chỉ định: cho trẻ BN chưa kiểm soát được đầu cổ, chưa biết lẫy.

- Mục đích: tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng đầu-cổ.

- KT điện cực: Cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch CaCl2 đặt vào vùng cổ (C5-7); Cực đệm mang dấu (-) đặt ở vùng thắt lưng (L4-5). Cường độ:03-0,5mA/cm2 điện cực.

- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày X 20-30 ngày.

**+ Ganvanic dẫn CaCl2 lưng** :

- Chỉ định: cho trẻ BN chưa nâng thân mình (chưa biết ngồi)

- Mục đích : tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng thân.

- KT điện cực : Cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch CaCl2 đặt vào vùng thắt lưng (L4-5); Cực đệm mang dấu (-) đặt ở vùng.cổ (C5-7) hoặc giữa 2 bả vai. Cường độ: 03-0,5mA/cm2 điện cực.

- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần/ ngày X 20-30 ngày.

**+ Dòng Gavanic ngược toàn thân** :

- Chỉ định: cho trẻ BN thể co cứng liệt tứ chi

- Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ gập mặt lòng khớp cổ chân nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

- KT điện cực: 2 cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào vùng cơ dép hai bên; Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng giữa 2 bả vai hoặc thắt lưng. Cường độ:03-0,5mA/cm2 điện cực.

- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

**+ Dòng Gavanic ngược khu trú chi trên:**

- Chỉ định : cho trẻ BN thể co cứng liệt nủa người

- Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ gập mặt lòng khớp cổ tay nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

- KT điện cực: Cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào phần dưới cẳng tay liệt (điểm vận động các cơ gập mặt lòng khớp cổ tay); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng 1/3 giữa (cơ hai đầu) cánh tay. Cường độ:03-0,5mA/cm2 điện cực. Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

**+ Dòng Gavanic ngược khu trú chi dưới:**

- Chỉ định: cho trẻ BN thể co cứng liệt nửa người

- Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ gập mặt lòng khớp cổ chân (Cơ sinh đôi, dép) nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

- KT điện cực : Cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào vùng cơ dép bên liệt (bắp chân); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng giữa 2 bả vai hoặc thắt lưng. Cường độ: 03-0,5mA/cm2 điện cực. Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

**+ Dòng Gavanic ngắt quãng (xung chữ nhật hoặc tam giác) khu trú**

- Chỉ định: cho trẻ BN thể co cứng (bàn chân thuổng,bàn tay gập mu quá mức, co rút gập hình thành tại gối...)

- Mục đích : Không phải kích thích lên cơ trực tiếp mà kích thích lên thần kinh bị ức chế. Phương pháp này còn gọi là thể dục trị liệu .

- KT điện cực : Cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào điểm vận động của cơ định kích thích (Cơ gập mu bàn tay, cơ chày trước,cơ tứ đầu đùi...); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng đầu gần của chi tương ứng (hoặc C4-6 hoặc vùng thắt lưng) Cường độ: dò cường độ và giữ lại ở liều có co cơ tối thiểu. Thời gian điều trị:15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

**6. Thuỷ trị liệu:**

- Chỉ định: Trẻ bại não không có Động kinh lâm sàng

- Chống chỉ định: Trẻ bại não có Động kinh lâm sàng

- Mục đích: Thư giãn, giảm trương lực cơ, tăng khả năng VĐ có ý thức

- Phương pháp: Bồn nước xoáy Hubbard, bể bơi. Nhiệt độ nước 36-38oC

- Thời gian : 20-30 phút

**7. Giáo dục:**

* + Huấn luyện các kỹ năng giáo dục tiền học đường
  + Huấn luyện kỹ năng giáo dục đặc biệt và giáo dục hoà nhập

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Giáo trình Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng, NXB Y học, 2000.
2. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và nhu cầu PHCN của trẻ bại não, Trần Thị Thu Hà- 2002
3. Trần Thị Thu Hà- Trần Trọng Hải, 2005, “Phát hiện sớm, can thiệp sớm một số dạng tàn tật ở trẻ em Việt Nam, NXB Y học.
4. Ma. Lucia Mirasol Magallona, 2005, Manual for CBR workers an Caregivers, C and E Publishing Inc.

**PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM TRẺ TỰ KỶ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tự kỷ là một trong những nguyên nhân gây tàn tật ở trẻ em. Trẻ bị mắc tự kỷ không những chậm phát triển về quan hệ xã hội, ngôn ngữ, giao tiếp, học hành mà còn có những rối loạn hành vi ảnh hưởng lớn đến gia đình và xã hội.

1. **Định nghĩa Tự kỷ:**

Hội nghị toàn quốc về tự kỷ ở Mỹ (1999) đã đưa ra định nghĩa về tự kỷ như sau:

“*Tự kỷ là một dạng bệnh trong nhóm Rối loạn phát triển lan tỏa, ảnh hưởng đến nhiều mặt của sự phát triển nhưng ảnh hưởng nhiều nhất đến kỹ năng giao tiếp và quan hệ xã hội”*.

**2. Tỷ lệ mắc tự kỷ :**

Theo số liệu của Trung tâm Kiểm soát và Phòng bệnh của Mỹ (2009) là 9,1%o (1/110 trẻ sơ sinh sống) và cứ 1 trong 4 gia đình có ít nhất 1 trẻ tự kỷ; theoYoung Shin Kim và cộng sự (2011) là 2,6% (1/38 trẻ từ 7-12 tuổi tại Hàn Quốc).

Việt nam chưa có số liệu chính thức về tỷ lệ mắc tự kỷ. Nghiên cứu sàng lọc từ kỷ ở trẻ 18-24 tháng tuổi tại Thái bình (N.T.H Giang Và T.T.T. Hà, 2011) cho thấy tỷ lệ mắc tự kỷ là 4,6/ 1000 trẻ sơ sinh sống.

Tỷ lệ trẻ mắc tự kỷ theo giới tính: Nam/ Nữ = 4,3/ 1

**3. Nguyên nhân:**

Các nhà khoa học đã phát hiện có 3 nhóm nguyên nhân   
gây tự kỷ: 1) Tổn thương não; 2) Yếu tố di truyền và 3) Yếu tố môi trường.

***3.1. Tổn thương não***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Các tế bào xơ của hệ thống mô thần kinh ở trẻ tự kỷ không có sự kết nối với các phần riêng biệt của não, do đó các vùng này sẽ làm việc độc lập. Điều đó giải thích tại sao trẻ tự kỷ có thể đánh vần hoặc học toán rất tốt nhưng kỹ năng xã hội và thực hiện nhiều nhiệm vụ cùng một lúc rất kém. | | http://cf.ltkcdn.net/autism/images/std/120432-200x150-Worksheets.jpg |
| * Hoạt động bất thường của nơron thần kinh trong và xung quanh các vùng não riêng (vùng não limbic, tại trung ương bao gồm vùng cá ngựa và amygdal) gây ảnh hưởng đến hành vi xã hội và cảm xúc. |  | |

* Tiểu não, vùng não limbic, tại trung ương bao gồm vùng cá ngựa và amygdal của trẻ tự kỷ nhỏ hơn và có nhiều tế bào tập trung dày đặc với đặc điểm không bình thường.
* Bất thường thể trai, thân não và thùy trán có liên quan đến tự kỷ.
* Sự khác biệt trong dẫn truyền thần kinh, thông tin hóa học của hệ thần kinh: Nồng độ chất dẫn truyền thần kinh Serotonin cao hơn ở một số người tự kỷ gây ảnh hưởng đến hệ thống não và thần kinh.

Các tổn thương não xảy ra vào các giai đoạn trước, trong và sau sinh có thể gây tự kỷ đã được chứng minh:

* ***Các yếu tố nguy trước sinh:***

Khi mang thaimẹ bị các bệnh/ tình trạng sau có nguy cơ có con tự kỷ:

* *Nhiễm virút* như cúm, sởi, rubella; Cytomegalovirut...,
* *Mắc các bệnh*: đái tháo đường, tiền sản giật, bị suy giáp lúc mang thai, suy giáp bẩm sinh,
* *Dùng thuốc* Thlidomide, axit Valproic…
* *Nghiện cocain, rượu, thuốc lá,*
* *Sang chấn tâm lý.*
* ***Các yếu tố nguy cơ trong sinh****:*
* *Đẻ non:* Trẻ đẻ non có nguy cơ mắc tự kỷ cao gấp 2,2 lần (Hutman -2002; William K. -2008; Buchmayer -2009).
* *Can thiệp sản khoa* (mổ đẻ, foorcep, chấn thương sọ não) có thể gây tổn thương não nhưng cũng có thể là hậu quả thứ phát do tổn thương não thai nhi nên phải can thiệp. Trẻ đẻ mổ có nguy cơ mắc tự kỷ cao gấp 1,6 lần (Hutman C.M, 2002).
* *Ngạt sau sinh:* Trẻ đẻ ngạt có nguy cơ mắc tự kỷ cao hơn 3,2 lần (Hutman CM, Thụy Điển); 1,89 lần (Larsson H.J, 2005).
* *Cân nặng khi sinh thấp* (dưới 2.500g).
* **C*ác yếu tố sau sinh***:
* *Vàng da sơ sinh bất thường*: Nguy cơ mắc tự kỷ ở những trẻ vàng da sau sinh cao gấp 3,7 lần (Maimburg RD-2008).
* *Xuất huyết não*: trẻ bị xuất huyết não, phù não, co giật trong thời kỳ sơ sinh sẽ có nguy cơ mắc tự kỷ cao hơn các trẻ bình thường khác (Buchmayer, 2008 - Thụy sĩ)
* *Thiếu ô xy não*,
* *Chấn thương sọ não,*
* *Viêm não, viêm màng não,*
* *Sốt cao co giật:* 8-14% trẻ tự kỷ có liên quan đến rối loạn co giật (Smalley,1998).

***3.2. Yếu tố di truyền***

Hiện nay tự kỷ đã được xác định là có liên quan đến gien và tỷ lệ tự kỷ do gien chiếm khoảng 10%. Tuy nhiên, sau nhiều năm nghiên cứu về gien vẫn chưa xác định chính xác gien nào gây tự kỷ.

*Các bằng chứng rõ ràng rằng tự kỷ có liên quan đến gien là:*

* *Anh chị em ruột:* Tỷ lệ mắc tự kỷ ở cùng anh chị em là 2%. Tỷ lệ mắc tự kỷ ở em trai hoặc anh trai của trẻ tự kỷ cao hơn chị em gái (khoảng 14%).
* *Nhiễm sắc thể giới tính:* Sự vượt trội về tỷ lệ mắc tự kỷ ở nam giới cho thấy rằng nhiễm sắc thể giới tính có liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ. Nhiễm sắc thể giới tính X, gien Neuroligin ở vị trí Xq13 liên quan đến tự kỷ.
* *Sinh đôi cùng trứng:* 60% trẻ sinh đôi cùng trứng cùng mắc tự kỷ, 90% các cặp sinh đôi cùng trứng nếu một trẻ mắc tự kỷ thì trẻ kia cũng sẽ có các vấn đề về nhận thức hoặc phát triển của tự kỷ (Anthony Bailey, Anh -1995) Trong khi đó không tìm thấy cặp song sinh dị hợp tử cùng mắc tự kỷ.
* *Gien nhậy cảm:* Nghiên cứu về gien gây tự kỷ đã phát hiện ra các “gien nhạy cảm” liên quan đến tự kỷ.
* *Gien gây tự kỷ:* có 5 hoặc 6 gien chính và khoảng 30 gien phụ có liên quan đến phát triển bệnh tự kỷ.
* *Bất thường về gien:* 10-15% các trường hợp bị rối loạn phổ tự kỷ có liên quan đến những bất thường về gien.

Các bất thường về gien gồm:

* Thay đổi thứ tự sắp xếp của nhiễm sắc thể: 3% liên quan đến chậm phát triển trí tuệ và/hoặc tự kỷ không xác định được nguyên nhân.
* Bất thường về nhiễm sắc thể nói chung chiếm 3-9%, trong đó 2-5% là các cá thể mắc tự kỷ. Các bất thường nhiễm sắc thể hay gặp là:
* Mất nhiễm sắc thể số 7, bất thường NST số 7q (Badnew và Gershon, 2002)
* Lặp lại một phần nhiễm sắc thế số 15; bất thường của NST số 15 (Bubaum, 2002);
* Bất thường về NST 2q qua nghiên cứu di truyền phân tử (Shao, Raiford).
* *Nhiễm sắc thể X dễ gẫy* *(Fragile X):* 10% nam giới mắc tự kỷ liên quan đến NST X dễ gẫy.
* *Phối hợp nhiều gien cùng với sự tác động của môi trường*: Các nghiên cứu đã xác định hơn 10 gien nằm trên các nhiễm sắc thể 1, 2, 3, 5p, 5q, 6, 7, 13q, 15, 16, 17, 19q, X cùng liên quan đến bệnh tự kỷ.

***1.3. Yếu tố môi trường***

* *Cả gien và môi trường có liên quan đến sự phát triển của tự kỷ:*
* *Sang chấn tâm lý và gien*
* *Tự kỷ thứ phát:* Các nguyên nhân đã biết gây tự kỷ thứ phát như phơi nhiễm rubella và thuốc an thần trong lúc mang thai.
* *Ô nhiễm môi trường****:***
* *Kim loại trong nước, máu, tóc và răng:*
* *Thủy ngân trong nước*
* *Phơi nhiễm chì* và rối loạn phổ tự kỷ
* *Tăng nồng độ Lithi*, nhưng giảm nồng độ các kim loại khác trong tóc bao gồm magiê và măng gan ở trẻ tự kỷ.
* *Nồng độ kim loại nặng* trên tóc của trẻ tự kỷ
* *Nồng độ thủy ngân tăng* trong hồng cầu của trẻ tự kỷ
* *Nồng độ trung bình của chì cao hơn* trong máu trẻ tự kỷ
* *Mức độ phơi nhiễm quá mức đối với chì, asen và cadmium* ở trẻ tự kỷ.
* Sự phơi nhiễm thủy ngân ở mẫu răng của trẻ tự kỷ
* *Tiêm chủng*:

Do trẻ bị nhiễm độc kim loại nặng là thủy ngân có trong vacxin, đặc biệt là vắc xin Sởi-Quai bị-Rubella.

Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy:

* *Vắcxin Sởi-Quai bị-Rubella tăng nguy cơ gây tự kỷ* nhưng không phải là nguyên nhân gây tự kỷ vì nó chứa một hàm lượng thủy ngân không đủ để gây ngộ độc (Fombene, 2001 và Taylo, 2002).
* *Không có sự liên quan giữa vắcxin và tự kỷ* là kết luận của Fombone (2004) khi nghiên cứu 1.294 trẻ tự kỷ. Sau này nhiều nghiên cứu được tiến hành đã khẳng định thủy ngân chứa trong vắc xin ở trẻ em không có liên quan đến tự kỷ.
* *Dinh dưỡng*:

*Sữa và tự kỷ:* Một sốtrẻ bị dị ứng với gluten và casein trong sữa được coi là có liên quan đến tự kỷ.

* *Cách chăm sóc và giáo dục trẻ*
* *Thiếu giao tiếp giữa bố mẹ và con cái*
* *Thiếu giao tiếp xã hội*
* *Tuổi của bố và mẹ* trên 35 tuổi nguy có con mắc tự kỷ cao
* *Tình trạng kinh tế xã hội*
* Tự kỷ được tìm thấy ở tất cả các mức độ kinh tế xã hội khác nhau.
* Tuy nhiên những nghiên cứu gần đây cho rằng tự kỷ dễ hay gặp ở những gia đình có mức độ kinh tế khá hơn.

**II.** **PHÁT HIỆN SỚM**

**1. Lâm sàng**

***1.1. Dấu hiệu nhận biết sớm:***

***(1) Dấu hiệu nhận biết sớm tự kỷ* *ở trẻ 0-6 tháng***

* Thờ ơ với âm thanh (cảm giác như trẻ bị điếc)
* Hành vi bất thường: Tăng động (Kích động khó ngủ, khóc nhiều, khó dỗ dành, hay bị cơn đau quặn bụng do đầy hơi, khó chịu không lý do) hoặc trẻ thờ ơ, yên lặng, dường như thích ở một mình, ít đòi hỏi cha mẹ chăm sóc.
* Khả năng tập trung kém: không chú ý hoặc tập trung như các trẻ cùng tuổi khác. Ít hoặc không nhìn vào mặt người đang nói chuyện.
* Bất thường về vận động và trương lực: Tăng trương lực, giảm hoạt động, tư thế bất thường không thích hợp khi được bế

***(2) Dấu hiệu nhận biết sớm tự kỷ ở trẻ 6-12 tháng***

* Phát triển các hành vi bất thường: chơi một mình, chơi với các ngón tay và bàn tay ở trước mặt, sử dụng đồ vật một cách bất thường như gãi, cào hay cọ xát…
* Không chú ý đến người khác
* Không phát âm hoặc rất ít
* Bất thường về vận động: cơn giảm hoặc tăng trương lực, giảm hoạt động hoặc hoạt động quá mức
* Ít hoặc không sử dụng kỹ năng giao tiếp không lời (vẫy tay chào/ tạm biệt, chỉ tay…)

***(3) Dấu hiệu nhận biết sớm tự kỷ ở trẻ trên 12 tháng***

Khiếm khuyết về các kỹ năng giao tiếp và xã hội:

* *Đáp ứng với âm thanh:* Mất/ không đáp ứng với âm thanh (giả vờ điếc, giống điếc);

|  |  |
| --- | --- |
| * *Giao tiếp không lời*: Không có/ giảm kỹ năng giao tiếp không lời (Giao tiếp bằng mắt, cử chỉ tay chân, biểu lộ nét mặt khi vui buồn, gật lắc đầu..). Giao tiếp bằng mắt bất thường (có thể quay đi, tránh không nhìn chăm chăm, ánh mắt đờ đẫn trống vắng hoặc tránh không nhìn khi giao tiếp) |  |

* *Giao tiếp bằng lời nói*: Không hoặc ít phát ra âm thanh, không cười thành tiếng. Không nói, chậm nói, nói kém, nói sõi nhưng ít khởi xướng nói, gặp người lạ không nói…
* *Xã hội và chơi*: Hoạt động theo nhóm giảm; Khó tham gia vào các trò chơi; Kỹ năng chơi nghèo nàn, rập khuôn, thờ ơ. Trẻ mê say một số đồ chơi, một số hoạt động khác thường (lánh sáng đèn quảng cáo, âm thanh của chương trình quảng cáo trên TV và âm nhạc).
* *Hành vi bất thường:* Tự đánh mình, đánh người khác, cử động khác thường tay chân (vẫy tay, vê xoắn tay, khi đi kiễng chân,…), tự kích thích mình (hét lên, vẩy tay, chạy vòng tròn, sờ bộ phận sinh dục,…)

|  |  |
| --- | --- |
| http://t2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRbxPmVVSrsJnrTRF3WMoZ4nnOSKptodkZKbthILNKva2RiRpUOpQ  *Ảnh. Trẻ tự kỷ tự đập đầu mình.* | http://t3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRz2M6_oUjyi9_1qubqnWnYJKEDm5GTRLxE2b9qrYil2I8LpAKB  *Ảnh. Trẻ tự kỷ không giao tiếp mắt, chơi tay một mình* |

***(4) Năm dấu hiệu cờ đỏ phát hiện sớm tự kỷ (Mỹ)***

Viện Hàn lâm thần kinh học của Mỹ và Hướng dẫn thực hành của Hiệp hội Thần kinh Trẻ em về sàng lọc và chẩn đoán tự kỷ (Filipek PA, 2000) đã khuyến cáo và đưa ra ***các dấu hiệu cờ đỏ báo động*** tự kỷ như sau:

- Không bi bô, không biết dùng cử chỉ, ra dấu vào khoảng 12 tháng,

- Không biết nói từ đơn khi 16 tháng,

- Không biết đáp lại khi được gọi tên,

- Không tự nói được câu có 2 từ khi 24 tháng,

- Mất kỹ năng ngôn ngữ hoặc xã hội ở bất kỳ độ tuổi nào.

***1.2. Sàng lọc tự kỷ ở trẻ 18 tháng đến 30 tháng***

***(1) Bảng kiểm sàng lọc tự kỷ trẻ nhỏ M-CHAT 23 có chỉnh sửa***

*(*Modifier Check-list Autism in Toddle M-CHAT 23)

Bảng kiểm sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ M-CHAT 23 có chỉnh sửa được dùng để sàng lọc trẻ tự kỷ trong độ tuổi 18 - 30 tháng. Bảng kiểm này được thiết kế đơn giản với 23 câu hỏi, chỉ mất 5 đến 10 phút để phỏng vấn cha mẹ và đã được sử dụng ở nhiều nước trên thế giới.đổi

**Đánh giá**

* *Trẻ bình thường:* Nếu tất cả các câu trả lời của trẻ đều ở ô Trắng.
* *Trẻ nghi ngờ Tự kỷ*: Nếu có ≥ 3 câu trả lời rơi vào ô bôi đen bất kỳ hoặc có ≥ 2 câu trả lời rơi vào ô bôi đen thuộc các câu hỏi chủ chốt (*Các câu hỏi in đậm: Câu 2, 7, 9, 13, 14.15*). Các trẻ này cần khám đánh giá tiếp.

**Bảng kiểm sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ M-CHAT 23 có chỉnh sửa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Trẻ có thích được đung đưa, nhún nhảy trên chân của bạn không? | Có | Không |
| **2** | **Trẻ có quan tâm đến các trẻ khác không?** | **Có** | **Không** |
| 3 | Trẻ có thích trèo lên đồ vật, cầu thang không? | Có | Không |
| 4 | Trẻ có thích chơi ú òa, trốn tìm không? | Có | Không |
| 5 | Trẻ có biết bắt chước chơi giả vờ không? (VD. nói điện thoại, chăm sóc búp bê, hoặc chơi giả vờ với các đồ vật khác.) | Có | Không |
| 6 | Trẻ có biết dùng ngón tay trỏ để chỉ hoặc để yêu cầu cái gì không? | Có | Không |
| **7** | **Trẻ đã bao giờ dùng ngón trỏ của mình để chỉ, để thể hiện sự quan tâm đến các thứ xung quanh không?** | **Có** | **Không** |
| 8 | Trẻ có biết chơi một cách phù hợp với đồ chơi nhỏ (xe hơi, khối gỗ, nhựa) mà không bỏ vào miệng hoặc ném đi không? | Có | Không |
| **9** | **Trẻ có biết khoe đồ chơi hoặc những thứ khác không?** | **Có** | **Không** |
| 10 | Trẻ có nhìn vào mắt bạn một hoặc hai giây không? | Có | Không |
| 11 | Trẻ có bao giờ quá nhạy cảm với tiếng động không? (VD. Bịt hai tai) | Có | Không |
| 12 | Trẻ có cười khi nhìn thấy bạn hoặc thấy bạn cười không? | Có | Không |
| **13** | **Trẻ có bắt chước bạn không? (VD. Khi bạn làm điệu bộ trên nét mặt trẻ có bắt chước bạn không?)** | **Có** | **Không** |
| **14** | **Trẻ có đáp ứng khi gọi tên không?** | **Có** | **Không** |
| **15** | **Nếu bạn chỉ tay vào một đồ chơi ở vị trí khác trong phòng trẻ có nhìn vào không?** | **Có** | **Không** |
| 16 | Trẻ có biết đi không? | Có | Không |
| 17 | Trẻ có nhìn vào những vật mà bạn đang nhìn không? | Có | Không |
| 18 | Trẻ có làm những cử động ngón tay bất thường ở gần mặt không? | Có | Không |
| 19 | Trẻ có cố gắng làm bạn chú ý đến những hoạt động của trẻ không? | Có | Không |
| 20 | Bạn có bao giờ nghi ngờ trẻ bị điếc không? | Có | Không |
| 21 | Trẻ có hiểu điều người khác nói không? | Có | Không |
| 22 | Thỉnh thoảng trẻ có nhìn một cách vô cảm hay đi thơ thẩn không có mục đích không? | Có | Không |
| 23 | Khi đối mặt với những điều lạ trẻ có nhìn vào mặt bạn để xem phản ứng của bạn không? | Có | Không |

**2. Chẩn đoán**

**Chẩn đoán lâm sàng tự kỷ theo Sổ tay Thống kê chẩn đoán các rối loạn tâm thần (DSM-IV)** [12],[16],[17]

**Tiêu chuẩn 1:** Có ít nhất 6 dấu hiệu từ các mục (1), (2), (3) trong đó ít nhất có 2 dấu hiệu từ mục (1); 1 dấu hiệu từ mục (2) và 1 dấu hiệu từ mục (3).

***(1) Khiếm khuyết về chất lượng quan hệ xã hội: có ít nhất 2 dấu hiệu***

a. Khiếm khuyết sử dụng hành vi không lời

b. Kém phát triển mối quan hệ bạn hữu tương ứng với lứa tuổi

c. Thiếu chia sẻ quan tâm thích thú

d. Thiếu quan hệ xã hội hoặc thể hiện tình cảm

***(2) Khiếm khuyết chất lượng giao tiếp: có ít nhất 1 dấu hiệu***

a. Chậm/ không phát triển về kỹ năng nói so với tuổi.

b. Nếu trẻ nói được thì có khiếm khuyết về tự khởi xướng và duy trì hội thoại.

c. Sử dụng ngôn ngữ trùng lặp, rập khuôn hoặc ngôn ngữ lập dị.

d. Thiếu kỹ năng chơi đa dạng, giả vờ, bắt chước mang tính xã hội phù hợp với tuổi.

***(3) Mối quan tâm gò bó, định hình, trùng lặp và hành vi bất thường: Có ít nhất 1 dấu hiệu***

a. Bận tâm bao trùm, thích thú mang tính định hình bất thường cả về cường độ và độ tập trung

b. Bị cuốn hút không cưỡng lại được bằng các cử động, nghi thức

c. Cử động chân tay lặp lại hoặc rập khuôn

1. Bận tâm dai dẳng với những chi tiết của vật

**Tiêu chuẩn 2:** Chậm hoặc có rối loạn ở 1 trong các lĩnh vực sau trước 3 tuổi:

1. Quan hệ xã hội
2. Ngôn ngữ sử dụng trong giao tiếp xã hội
3. Chơi mang tính biểu tượng hoặc tưởng tượng

**3. Chẩn đoán mức độ tự kỷ: Dựa theo** *Thang chấm điểm tự kỷ ở trẻ em ( CARS)*

CARS là một công cụ kết hợp bởi báo cáo của cha mẹ và quan sát trực tiếp của các chuyên gia trong khoảng 30-45 phút về 15 lĩnh vực:

***Kết quả đánh giá:***

*Mức độ tự kỷ được tính theo tổng số điểm của 15 lĩnh vực nói trên:*

* Từ 15 đến 30 điểm: Không tự kỷ.
* Từ 31 đến 36 điểm: Tự kỷ nhẹ và vừa.
* Từ 37 đến 60 điểm: Tự kỷ nặng

**III. CAN THIỆP SỚM**

**1. Nguyên tắc**

* Can thiệp ngay sau khi phát hiện và chẩn đoán tự kỷ (không nên chờ đợi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tự kỷ rồi mới can thiệp).
* Can thiệp sớm toàn diện về phục hồi chức năng, giáo dục và hội nhập xã hội. Nhóm can thiệp gồm: bác sỹ PHCN Nhi khoa, bác sỹ tâm thần, cán bộ tâm lý, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, giáo viên mầm non, gia đình (cha mẹ đóng vai trò rất quan trọng trong nhóm can thiệp)…
* Chương trình can thiệp được viết cho từng trẻ dựa vào kết quả đánh giá toàn diện sự phát triển của trẻ.
* Thời gian can thiệp: chương trình 1 năm, 2 năm và lâu hơn trong vài năm liên tục, tích cực.
* Can thiệp tại các trung tâm (Khoa PHCN, Khoa Tâm lý/ Tâm thần, Trung tâm can thiệp sớm thuộc nhà nước và không thuộc hệ thống nhà nước..) phối hợp với chương trình can thiệp tại nhà.

**2. Các kỹ thuật can thiệp sớm**

***2.1. Can thiệp hành vi***

**Phân tích hành vi ứng dụng (ABA)**

“*Phân tích hành vi ứng dụng”* là một quá trình nghiên cứu và chỉnh sửa một hành vi được coi là không thích hợp hoặc bất thường để có kế hoạch can thiệp hành vi: (1) Thay đổi môi trường, hoàn cảnh xuất hiện hành vi; (2) Theo dõi và giám sát các đáp ứng cần phải thay đổi của trẻ và kết quả là (3) Hành vi bất thường được thay thế bằng hành vi mới thích hợp hơn. Đó chính là quá trình học các kỹ năng sống của trẻ.

**“*Phân tích hành vi ứng dụng”*** bao gồm:

* Quan sát trực tiếp hành vi của trẻ,
* Sử dụng các kích thích vào tiền hành vi và hậu hành vi,
* Đo lường hành vi bất thường (tần xuất, thời gian, mức độ, địa điểm,..)
* Phân tích chức năng mối liên hệ giữa môi trường và hành vi
* Dựa vào các kết quả mô tả và phân tích chức năng của hành vi để thiết lập thực hành về thay đổi hành vi.

**Mô hình ABC** - Là cơ sở của phương pháp “*Phân tích hành vi ứng dụng”*

Bước đầu tiên của “Phân tích hành vi ứng dụng” là phân tích hành vi bằng sử dụng *Mô hình ABC gồm:*

A - Tiền hành vi (Antecedent: là một hướng dẫn hoặc một yêu cầu trẻ thực hiện một hành động.

B – Hành vi (Behavior): là hành vi hoặc đáp ứng của trẻ (thực hiện đúng, không thực hiện đúng hoặc không làm gì).

C – Hậu hành vi (Consequence): là đáp ứng của người chăm sóc/ trị liệu trẻ có thể dao động từ các củng cố hành vi dương tính (VD. Cử chỉ đặc biệt như bế ẵm/ sờ vào người, bằng lời nói “mẹ yêu con, đừng khóc”) đến sự đáp ứng mạnh mẽ “Không được” và đến chấp nhận hành vi bất thường của trẻ (đáp ứng theo ý muốn của trẻ).

Sau đây là ví dụ bảng phân tích hành vi ABC của gia đình trẻ tự kỷ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tiền hành vi**  **A** | **Hành vi**  **B** | **Hậu hành vi**  **C** |
| *Hoàn cảnh, môi trường trước khi hành vi xuất hiện* | *Mô tả hành vi bất thường, tần xuất và địa điểm xảy ra hành vi* | *Đáp ứng của người chăm sóc lên hành vi của trẻ* |
| Trẻ muốn làm một hành động (bật kênh tivi của mình) nhưng không được đáp ứng.  Trẻ muốn một đồ vật (cái ô tô, quyển sách…) nhưng không được đáp ứng. | - Trẻ đập đầu xuống đất, gào thét, ném đồ vật, đánh người.  - Nhiều lần (>10 lần/ngày)  - Ở phòng khách, phòng ăn, phòng ngủ, ngoài đường, ở lớp mẫu giáo… | Mẹ bế trẻ lên dỗ và đáp ứng hành động/ đồ vật mà trẻ muốn.  Bố lúc quát không đáp ứng, lúc lại dỗ và đáp ứng.  Cô giáo “Không được” và phạt bắt quay mặt vào tường. |

Dựa vào kết quả Phân tich hành vi ABC người can thiệp tiến hành thực hiện các kỹ thuật can thiệp ABA cho trẻ tự kỷ:

**Kỹ thuật can thiệp ABA bao gồm:**

1. *Phân tích nhiệm vụ*

Là quá trình chia nhỏ nhiệm vụ ra thành các bước nhỏ có thể dạy trẻ theo chuỗi hoạt động: chuỗi từ đầu đến cuối, chuỗi từ cuối ngược về đầu và trình diễn tổng hợp các hoạt động.

1. *Lập chuỗi các kỹ năng phải học*

Các kỹ năng phải học lại được chia thành các kỹ năng nhỏ nhất để trẻ dễ học.

Ví dụ: dạy trẻ đánh răng thì bắt đầu bằng dạy mở nắp tuýp thuốc đánh răng; khi trẻ đã làm được thì dạy trẻ bóp tuýp để lấy thuốc đánh răng; và tiếp tục làm như vậy cho đến khi trẻ biết đánh răng.

1. *Gợi ý*

Bố mẹ hoặc người can thiệp hỗ trợ để trẻ thực hiện hành vi mong muốn. Mục tiêu là đưa ra gợi ý ít nhất để trẻ vẫn thực hiện được hành vi mong muốn.

Ví dụ: Các gợi ý có thể là

* Gợi ý bằng lời “Con mở nắp ra”
* Gợi ý bằng nhìn như chỉ tay vào nắp tuýp thuốc đánh răng,
* Hướng dẫn bằng hành động như cầm tay trẻ để mở nắp tuýp thuốc,
* Trình diễn cách mở nắp tuýp thuốc cho trẻ nhìn.

1. *Giảm dần hỗ trợ*

Mục tiêu cuối cùng là trẻ tự thực hiện nhiệm vụ được mà không cần gợi ý. Vì thế sự gợi ý là tối thiểu để trẻ không bị phụ thuộc vào người dạy khi học một hành vi mới/ kỹ năng mới. Sự gợi ý phải giảm dần một khi trẻ đã học được kỹ năng mới đó.

Ví dụ: Việc học cách mở nắp tuýp thuốc đánh răng có thể bắt đầu bằng cầm tay trẻ mở sau đó chỉ tay vào nắp và cuối cùng chỉ là yêu cầu bằng lời.

1. *Hình thành hành vi mới*

Sự hình thành hành vi là việc sửa đổi dần hành vi bất thường hiện có của trẻ sang một hành vi mới mong muốn.

Ví dụ: Trẻ chơi với con mèo bông bằng cách đập đầu nó xuống bàn. Dạy trẻ dần bằng cách mỗi khi trẻ chơi với con mèo bông ta cầm tay trẻ vuốt ve, rung rung con mèo và nói “Mình vuốt nhẹ nhàng vào đầu con mèo nhé. Ngoan lắm”. Ngay sau đó phải thực hiện một hoạt động tỏ ý khen ngợi như xoa lên đầu trẻ/ vỗ nhẹ vào người trẻ.

1. *Củng cố khác nhau*

Củng cố là một đáp ứng lên hành vi của trẻ khiến hành vi đó tăng lên. Củng cố khác với nịnh ở chỗ củng cố được đưa ra sau khi yêu cầu được thực hiện, còn nịnh được đưa ra trước khi yêu cầu được thực hiện.

Củng cố mang tính khác nhau vì mức độ của củng cố thay đổi phụ thuộc vào đáp ứng của trẻ. Các nhiệm vụ khó có thể phải củng cố mạnh mẽ trong khi các nhiệm vụ dễ dàng có thể phải củng cố nhẹ hơn. Ta nên thay đổi một cách có hệ thống cách củng cố của ta sao cho trẻ cuối cùng sẽ đáp ứng phù hợp theo một trình tự tự nhiên của củng cố (mang tính tình cờ) với thể loại củng cố tự nhiên (mang tính xã hội).

Củng cố bao gồm củng cố dương tính (khen bằng lời nói hoặc một hoạt động ưa thích) và củng cố âm tính (nhấn mạnh “không được”.

*Củng cố dương tính* là một sự khích lệ thúc đẩy trẻ thực hiện vài yêu cầu để thay đổi hành vi với mục tiêu tăng cơ hội để trẻ sẽ đáp ứng với các hành vi đã thay đổi. Củng cố dương tính được đưa ra ngay lập tức sau khi hành vi mong muốn xảy ra để hình thành mẫu hành vi mới trong tương lai.

*Chọn các củng cố dương tính:*

* Xem lại cái gì kích thích trẻ trong quá khứ.
* Hỏi xem trẻ thích gì và không thích gì
* Xem xét trạng thái khi trẻ bị tước đoạt-Cái gì trẻ muốn mà khó mới có được,
* Thử xem và chắc chắn rằng củng cố mang tính thực hành, đạo đức và có giá trị với hành vi mục tiêu cân thay đổi.

*Ví dụ về củng cố dương tính:*

* Các hoạt động ưa thích (công việc đặc biệt; uống cà phê với bạn; hòa nhạc; sự kiện thể thao)
* Thời gian nghỉ ngơi.
* Khen ngợi bằng lời nói,
* Các hoạt động liên quan đến đồ ăn (đối sử đặc biệt-không được lấy thức ăn mà trẻ muốn)
* Đồ vật mong muốn (nếu có đủ khả năng)
* Đặc quyền (Trưởng nhóm trong ngày/ tuần; chứng chỉ; huy hiệu; lựa chọn bên ngoài)
* Quà tặng (chuyên đi chơi đặc biệt nếu trẻ được tặng những ngôi sao vàng trên tủ lạnh).

*Nguyên tắc sử dụng củng cố dương tính:*

* Khi đã bắt đầu can thiệp hành vi bạn nên khen ngợi cho từng hành vi mục tiêu (hành vi cần thay đổi) của trẻ xảy ra.
* Giảm dần củng cố khi hành vi mong muốn được hình thành.
* Luôn sử dụng cặp củng cố: đồ ăn và cử chỉ xã hội; đồ chơi và khen ngợi bằng lời nói.
* Cuối cùng bạn sẽ chỉ khen ngợi bằng lời nói và trẻ sẽ hiểu được rằng niềm vui của bạn chính là củng cố.
* Phải chắc chắn rằng bạn làm mẫu các hành vi mong muốn cho trẻ nhìn.
* Hãy yêu cầu các hành vi mong muốn một cách liên tục và rõ ràng.

*7) Tổng quát hóa*

Khi trẻ đã học được 1 kỹ năng trong một môi trường có kiểm soát (trên bàn học) ta phải dạy trẻ kỹ năng đó trong môi trường tự nhiên.

Ví dụ, trẻ đã học được màu sắc trên bàn học, cô giáo có thể đưa trẻ đi xung quanh nhà/ trường học và dạy lại màu sắc ở môi trường tự nhiên hơn. Sau một thời gian can thiệp trẻ sẽ học được cách tổng quát hóa các kỹ năng.

*8) Quay video mô hình mẫu*

Khi thấy một kỹ thuật dạy trẻ có hiệu quả nên quay mẫu kỹ thuật đó. Điều này giúp người can thiệp sử dụng tiếp để dạy trẻ các đáp ứng bằng lời nói và cử chỉ hành động và xây dựng thành chuỗi hành vi.

***2.2. Trị liệu ngôn ngữ và giao tiếp***

Đa số trẻ TK có vấn đề nghiêm trọng trong phát triển giao tiếp và ngôn ngữ, do đó trị liệu về giao tiếp và ngôn ngữ là hết sức quan trọng.

*2.2.1. Huấn luyện về giao tiếp sớm bao gồm huấn luyện các kỹ năng sau:*

- Kỹ năng tập trung.

- Kỹ năng bắt chước.

- Kỹ năng chơi đùa.

- Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh.

- Kỹ năng xã hội.

* *Phương pháp huấn luyện trẻ giao tiếp*

*Bước 1:* Đánh giá kỹ năng giao tiếp sớm

*- Đánh giá khả năng tập trung bao gồm:*

+ Nhìn.

+ Lắng nghe

+ Thời gian

+ Suy nghĩ.

*- Khả năng bắt chước và lần lượt:*

+ Những cử động trên nét mặt.

+ Các hoạt động.

+ Các hoạt động với đồ chơi.

+ Âm thanh.

+ Từ.

*- Khả năng chơi:* Là cách trẻ học, tìm hiểu môi trường xung quanh bao gồm chơi có luật và chơi tưởng tượng.

*- Đánh giá về ngôn ngữ cử chỉ:* Cử chỉ là vận động chủ ý của cơ thể được nhắc lại nhiều lần có mục đích.

*- Đánh giá về kỹ năng xã hội và sử dụng ngôn ngữ:* Đây là kỹ năng để trẻ xây dựng mối quan hệ với mọi người. Những kỹ năng này bao gồm:

+ Lần lượt, đáp ứng.

+ Chú ý và chia sẻ sự chú ý.

+ Sử dụng giao tiếp một cách có ý nghĩa.

+ Giao tiếp rõ ràng.

+ Có đối đáp.

+ Là thành viên của nhóm.

Tất cả các kỹ năng này đều lần lượt được đánh giá qua năm giai đoạn phát triển. Sau đó chuyển sang bước hai.

*Bước 2:* Lập chương trình huấn luyện cho trẻ

Dựa vào bước đánh giá, chọn 1 đến 2 kỹ năng cho từng đợt điều trị

*Bước 3:* Đánh giá kết quả đợt huấn luyện và lập chương trình tại nhà

*2.2.2. Huấn luyện các kỹ năng ngôn ngữ*

Kỹ năng ngôn ngữ bao gồm: Kỹ năng hiểu ngôn ngữ và kỹ năng diễn đạt bằng ngôn ngữ.

* *Huấn luyện trẻ kỹ năng hiểu ngôn ngữ.*

- Nguyên tắc dạy hiểu ngôn ngữ:

* Trẻ phải hiểu, biết ý nghĩa của âm thanh, từ và câu trước khi nói.
* Nói chuyện nhiều với trẻ, dùng ngôn ngữ đơn giản, nói chậm, to.
* Sử dụng dấu hiệu để giúp trẻ hiểu.
* Chỉ sử dụng một vài đồ vật hoặc tranh ảnh, chỉ một người hướng dẫn.
* Động viên khen thưởng đúng lúc.
* Phương pháp huấn luyện trẻ hiểu ngôn ngữ

*Bước 1:* Đánh giá các kỹ năng hiểu ngôn ngữ

*Bước 2:* Lập chương trình huấn luyện

*Bước 3:* Đánh giá kết quả can thiệp, lập chương trình tại nhà.

* *Huấn luyện trẻ diễn đạt ngôn ngữ.*
* Mục tiêu: Trẻ sẽ tự nói/làm dấu/ chỉ vào các bức tranh.
* Phương pháp huấn luyện trẻ diễn đạt ngôn ngữ

*Bước 1:* Đánh giá.

*Bước 2:* Lập chương trình huấn luyện: Chọn 1 đến 2 kỹ năng cho đợt huấn luyện

*Bước 3:* Đánh giá kết quả, lập chương trình huấn luyện tại nhà.

• *Huấn luyện kỹ năng nhà trường:*

- Kỹ năng trước khi đến đường

- Kỹ năng nhà trường.

*2.2.3. Chương trình huấn luyện theo mức độ:* Chương trình can thiệp Giao tiếp và Ngôn ngữ cho trẻ Tự kỷ được thiết kế theo 3 mức độ*:*

• Chương trình huấn luyện mức độ ban đầu về các kỹ năng

Kỹ năng chú ý

Kỹ năng bắt chước

Kỹ năng tiếp nhận ngôn ngữ

Kỹ năng thể hiện ngôn ngữ

Kỹ năng trước khi đến trường

Kỹ năng tự chăm sóc

• Chương trình huấn luyện mức độ vừa về các kỹ năng: các kỹ năng như trên ở mức độ cao hơn

• Chương trình huấn luyện mức độ cao về các kỹ năng như trên và thêm:

Ngôn ngữ trừu tượng

Kỹ năng trường học

Kỹ năng xã hội

***2.3. Hoạt động trị liệu***

Hoạt động trị liệu (HĐTL) là kỹ năng vận động tinh liên quan đến các cử động nhỏ của bàn tay, cổ tay, ngón tay, ngón chân, môi và lưỡi.

Nhiệm vụ của kỹ thuật viên HĐTL là hướng dẫn:

- Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày: kỹ năng ăn uống (dùng dao, dĩa, thìa, uống nước bằng cốc), tắm rửa, mặc quần áo, đi giầy và tất, đi vệ sinh

Kỹ năng của bàn tay: Cầm vật nhỏ, viết, vẽ, dùng kéo   
cắt dán

*Bước 1*: Đánh giá lúc bắt đầu can thiệp theo mẫu phiếu

*Bước 2*: Lựa chọn kỹ năng can thiệp từng đợt

*Bước 3*: Đánh giá sau can thiệp

***2.4. Trị liệu tâm lý***

Hầu hết trẻ TK đều có ít nhiều cảm giác lo sợ vì trẻ không hiểu nhiều về thế giới xung quanh, đặc biệt là với những đồ vật mới hoặc những hoàn cảnh mới lạ. Những lo sợ này càng khiến trẻ xa lánh mọi người và thế giới xung quanh, thu mình vào thế giới của riêng chúng. Do vậy trị liệu tâm lý là rất cần thiết cho trẻ TK. Qua hoạt động này giúp trẻ tiếp cận với thế giới đồ vật và đồ chơi một cách an toàn, đồng thời giúp trẻ khám phá thế giới quanh mình một cách tự tin. Trẻ sẽ làm việc với chuyên gia tâm lý 1 đến 2 lần/ tuần, mỗi lần 45 phút.

***2.4. Các câu chuyện xã hội***

“Các câu chuyện xã hội” (CCCXH) là một cách tiếp cận cung cấp cấu trúc sắp xếp hình ảnh để dạy các kỹ năng xã hội và làm giảm hành vi bất thường. Cách tiếp cận này đã được phát triển trong thập kỷ vừa qua và trong những năm gần đây các nghiên cứu đã cung cấp một số hỗ trợ mục tiêu cho việc sử dụng nó với các trẻ TK chức năng cao. Lợi thế tiềm năng của CCCXH, bao gồm việc học các kỹ năng xã hội để tạo ra các kỹ năng mới.

***2.5. Thủy trị liệu***

Trị liệu nước: là một trị liệu có ý nghĩa hỗ trợ rất tích cực cho trẻ TK. Trị liệu nước giúp trẻ TK giảm căng thẳng, giảm bớt những hành vi không mong muốn, tăng khả năng tương tác và giao tiếp. Nước có tác động tích cực đến giác quan của trẻ TK, tạo ra một môi trường an toàn cho trẻ.

Thủy trị liệu có thể được thực hiện 2 tuần/lần, mỗi lần 30 phút (cần lưu ý: sử dụng nước ấm vào mùa đông).

***2.6. Âm nhạc trị liệu***

Mục đích của sự tương tác âm nhạc là gắn kết đứa trẻ vào quá trình tương tác, xây dựng sự mong muốn giao tiếp với người khác. Huấn luyện hội nhập về âm thanh cho trẻ bị quá mẫn về âm thanh hoặc tăng nhạy cảm với âm thanh. Trong khi dạy trẻ có thể phối hợp các bài hát trẻ em và điệu bộ của giáo viên liên quan đến bài tập ta đang dạy để kích thích trẻ tăng cường tập trung, hứng thú học hơn. Âm nhạc có thể được lồng ghép trong các hoạt động chơi.

Âm nhạc trị liệu thường được áp dụng trong mô hình trị liệu nhóm. Mỗi buổi trị liệu nhóm, trẻ được nghe 2 đến 3 bài hát liên quan đến nội dung học hoặc các hoạt động chơi. Phương pháp này có thể thực hiện 2 đến 3 lần/ tuần.

***2.7. Điều hòa cảm giác***

Các giác quan đưa cho chúng ta thông tin mà ta cần nhận thức thế giới. Các giác quan lấy thông tin từ các hiện tượng cả ngoài và trong cơ thể chúng ta: Nghe, nhìn, nếm, ngửi, sờ, phản ứng với các hiện tượng đến từ bên ngoài cơ thể. Trị liệu điều hòa cảm giác là một công cụ có giá trị để dạy trẻ TK làm thế nào tương tác với môi trường xung quanh. Một trong những khó khăn chính của trẻ TK là cách chúng hiểu về môi trường. Trẻ TK đôi khi không thể hiểu bản thân cơ thể mình nên đôi khi có các hành vi không bình thường để “cảm nhận” mọi việc [35].

Ví dụ: Một số trẻ đập đầu vào tường hoặc quay tròn. Một số khác tự làm đau mình hoặc lao vào đồ vật. Những hành vi này là kết quả của những khiếm khuyết hòa hợp giác quan. Môi trường giác quan là giúp cung cấp cho cá nhân những cơ hội để minh họa, phát triển hoặc cân bằng hệ thống giác quan của họ.

Điều hoà cảm giác là một phương pháp điều trị trẻ bị rối loạn cảm giác xúc giác, thị giác, thính giác, mùi vị, sờ, thăng bằng. Kỹ thuật này dùng để tăng hoặc giảm đáp ứng của trẻ với các kích thích khác nhau với mục đích là điều chỉnh các hành vi bất thường ở trẻ TK.

Do vậy trị liệu điều hòa cảm giác đóng một vai trò rất quan trọng, giúp trẻ TK đáp ứng thích hợp với những thông tin cảm giác, điều hợp, định hướng tạo cho trẻ cảm giác thích thú và thư giãn.

Phòng để trị liệu phát triển các giác quan có thể có nhiều dạng. Ví dụ: có thể tối hoặc sáng, có nhạc nhẹ hoặc không với mục đích là tập trung chữa trị, giáo dục và thư giãn. Tất cả nằm trong mối liên quan đến sự phát triển. Các thiết bị được dùng trong phòng này thay đổi tùy theo loại, chức năng và nhu cầu của cá nhân sử dụng chúng nó. Ví dụ như các thiết bị âm nhạc nhẹ nhàng, bóng, gương, ống cao su, đệm nước, ánh sáng nhẹ nhàng….

- Chương trình điều hòa ***thị giác***: Trẻ TK hạn chế giao tiếp bằng mắt nên bài tập giao tiếp bằng mắt được liên tục thực hiện trong quá trình dạy trẻ. Có thể cho trẻ đeo kính màu đặc biệt, kỹ thuật đặc biệt hạn chế việc nhìn không bình thường (liếc mắt), giúp trẻ tập trung nhìn vào vật ta đang dạy.

- Chương trình điều hòa ***thính giác***: Giúp trẻ TK giảm độ nhậy với các âm thanh bất thường. Mục đích: Tăng cường độ tập trung. Mỗi trẻ sẽ được nhận một liệu trình điều trị là 30phút/ngày trong 10 ngày. Trong quá trình học trẻ được đeo một tai nghe đặc biệt để nghe nhạc.

***2.8. Máy tính và trò chơi***

Hầu hết các trẻ TK đều rất thích máy vi tính và có khả năng học trên máy vi tính. Cần cho trẻ làm quen với máy tính để phát hiện khả năng tiềm tàng của trẻ. Ngoài ra một số trẻ có khó khăn về ngôn ngữ sẽ tăng khả năng giao tiếp thông qua sử dụng máy tính. Trong giờ học giáo viên sẽ lựa chọn cho trẻ những phần mềm thích hợp với khả năng phát triển trí tuệ. Khuyến khích gia đình nên có máy vi tính và các phần mềm hỗ trợ học tập. Chương trình này nên được thực hiện vào buổi tối sau khi đã thực hiện các hoạt động trị liệu khác và người hướng dẫn là trẻ mẹ trẻ. Thời gian học trên máy vi tính là khoảng 30 phút đến 45 phút/ ngày.

***2.9. Phương pháp chơi trị liệu***

Thiếu các kỹ năng chơi phù hợp với lứa tuổi là một đặc điểm thường thấy ở trẻ TK. Với trẻ nhỏ, chơi cũng là phương tiện chủ yếu để dạy các kỹ năng xã hội và nhiều trị liệu khác. Các hoạt động trong vui chơi thường nhằm cải thiện động cơ hoặc ngôn ngữ hoặc các kỹ năng nhận thức.

Hiện nay có nhiều loại hình chơi được áp dụng cho trẻ TK:

* Chơi tập thể nhóm nhỏ: trẻ TK bị hạn chế kỹ năng chơi tập thể, chính vì vậy việc cho trẻ chơi trong một nhóm khoảng 5 đến 6 bạn theo một chủ đề nào đó (gia đình, bác sĩ, xây dựng, nấu nướng…) với sự hướng dẫn của giáo viên giúp trẻ hoà nhập với bạn bè.
* Chơi tập thể nhóm lớn hơn: giúp trẻ TK hiểu được các luật lệ của trò chơi, luật lệ giao tiếp xã hội, phát triển kỹ năng cá nhân - xã hội tốt hơn.
* Trong các bài học của trẻ TK nên dùng các đồ chơi trẻ em quen thuộc giúp trẻ hiểu bài tốt hơn.
* Tổ chứccác phòng chơi hoặc khu vui chơi tập thể giúp trẻ phát triển kỹ năng chơi, kỹ năng lần lượt. Giúp trẻ giải tỏa tâm lý, thể hiện bản thân, đồng thời giúp trẻ nhận thức thế giới xung quanh, tăng khả năng tưởng tượng, tư duy và sáng tạo.

**3. Điều trị bằng thuốc**

Không có thuốc điều trị tự kỷ nhưng có thể dùng một số thuốc để giảm những biểu hiện đặc trưng như: hung hãn, co giật, tăng động, hành vi bị ám ảnh, lo lắng...

* Thuốc giảm tăng động (Clonidin 0,5 mg: 1/2 đến 1 viên/ngày).
* Thuốc giảm hung tính (Haloperidol 1,5 mg: do liều).
* Thuốc điều chỉnh cảm xúc (Tegretol 200 mg: 10mg/kg).
* Điều trị kém tập trung (Fluoxetine, Setroline).
* Động tác lặp lại định hình (Zoloft).
* Cebrolysin: 0,2 mg / kg/24h X 20 ngày.
* Marinplus, Pho-L: 1 viên/ngày.
* Thuốc tăng cường tuần hoàn não (Nootropin, Lucidrin... ).

**PHÁT HIỆN SỚM VÀ CAN THIỆP SỚM**

**RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG – GIẢM CHÚ Ý**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa về rối loạn tăng động giảm chú ý**

**- RLTĐTCY (**Attention-dificit/hyperactivity disorder- ADHD): Là một hội chứng xuất hiện trước 5 tuổi, bao gồm các hành vi hoặc hoạt động quá mức, khó kiềm chế với sự thiếu tập trung rõ rệt và thiếu kiên trì trong công việc. Các biểu hiện trên có thể kéo dài trong nhiều năm (ICD-10 và DSM-IV)

* Tỷ lệ mắc bệnh khá cao, chiếm từ 3-5% các lứa tuổi, ở lứa tuổi tiểu học gặp 17% ở trẻ trai và 8% ở trẻ gái; tuổi vị thành niên trẻ trai là 11% và trẻ gái là 6%.

**2. Một số nguyên nhân :**

*2.1. Các yếu tố di truyền (gen ):* Một số nghiên cứu đã tìm thấy bằng chứng có sự liên hệ giữa rối nhiễu ADHD và các yếu tố di truyền.

- Gặp nhiều ở cá cặp song sinh: 51% cặp song sinh cùng trứng và 33% ở các cặp song sinh khác trứng.

- Một số sự khác biệt trong chức năng của não: quá trình trao đổi ở não thấp hơn mức bình thường ở trẻ mắc ADHD.

- Phát hiện thấy trẻ nam mắc ADHD có thuỳ trán nhỏ hơn đáng kể

*2.2. Ảnh hưởng của các chất độc hại từ môi trường*: Nhiễm chất độc nicotine có thể liên quan đến chứng ADHD.

*2.3. Các nhân tố tâm lý:*

- Mẹ kém kiên trì

- Trẻ tăng hoạt động để tăng sự chú ý của người khác

**II. PHÁT HIỆN SỚM ADHD:**

**1. Có 3 đặc trưng chính:**

* Tật chứng về sự chú ý : biểu hiện sự ngừng trước giới hạn các việc đang làm và bỏ dở các hành động trong khi chưa hoàn thành. Các trẻ thường chuyển từ hành động này sang hành động khác, không chú ý công việc đang làm vì bị hấp dẫn bởi một công việc khác và không hoàn thành một công việc xuất sắc.
* Tăng hành động: bao gồm một sự hành động quá mức, đặc biệt trong những hoàn cảnh đòi hỏi một sự yên tĩnh nào đó.Trẻ có thể chạy và nhảy liên tục hoặc đứng dậy khỏi chỗ trong khi được yêu cầu ngồi yên, nói rất nhiều, liên tục tạo tiếng ồn hoặc cựa quậy không ngừng trong khi ngồi.
* Thiếu kiềm chế: trong các mối quan hệ xã hội, dại dột trong những hoàn cảnh nguy hiểm, coi thường các quy tắc xã hội.

**2. Tiêu chuẩn phân loại:**

DSM – IV chia ADHD thành 3 nhóm: nhóm rối nhiễu ADHD thể giảm chú ý chiếm ưu thế; nhóm rối nhiễu ADHD thể tăng động chiếm ưu thế; nhóm rối nhiễu ADHD thể hỗn hợp.

***2.1. Các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD thể tăng động chiếm ưu thế:***

Theo DSM – IV phải có ít nhất 6 triệu chứng sau đây kéo dài trong ít nhất 6 tháng ở mức độ không phù hợp với đặc điểm phát triển lứa tuổi :

* Thường ngọ nguậy chân tay hoặc vặn vẹo khó ngồi trên ghế (luôn tay vớ các đồ vật, vỗ tay; đung đưa bàn chân hoặc cả chân ).
* Thường rời khỏi chỗ ngồi trong lớp học, hoặc trong các tình huống yêu cầu phải ngồi cố định một chỗ (ví dụ khi nghe kể chuyện).
* Hay leo chèo chạy nhảy thái quá so với đặc điểm lứa tuổi ở những nơi không thích hợp. Ví dụ : Trong lớp học, trường học – những nơi đòi hỏi phải trật tự.
* Khó khăn khi chơi hoặc khó tham gia một cách bình tĩnh vào các hoạt động giải trí.
* Luôn chân luôn tay và hành động như thể “được gắn động cơ ”.
* Nói quá nhiều hoặc gây ồn ào trong những hoạt động cần im lặng.
* Không kiên nhẫn, khó kiềm chế. Phản ứng hoặc trả lời trước khi người khác nói hết câu hỏi.
* Gặp khó khăn trong các tình huống, nhiệm vụ đòi hỏi phải đến lượt mình.
* Thường ngắt hoặc nói leo người khác (ví dụ: chen vào cuộc nói chuyện hoặc trò chuyện, lấy đồ vật của người khác, động vào những thứ không được phép động vào, đi lung tung xung quanh). Trạng thái dễ bị kích thích có thể dẫn đến tai nạn (ví dụ: vấp vào đồ vật, đụng vào người khác hay chạm vào chảo nóng) và có thể khiến trẻ theo đuổi những hành động gây nguy hiểm mà không cân nhắc hậu quả có thể xảy ra (ví dụ: trò ném gạch đá ).

***2.2. Các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD thể giảm chú ý chiếm ưu thế.***

Cũng theo DSM – IV phải có ít nhất 6 triệu chứng sau đây kéo dài trong ít nhất 6 tháng ở mức độ không phù hợp, không đáp ứng với các đặc điểm phát triển lứa tuổi:

* Không chú ý đến các chi tiết một cách cẩn thận, hay gặp sai xót trong học tập ở trường, trong công việc và trong các hoạt động khác.
* Hay có khó khăn trong việc duy trì chú ý trong việc cũng như trong trò chơi và thường thất bại trong các nhiệm vụ đòi hỏi phải tập trung chú ý.
* Không chú ý lắng nghe khi người khác nói.
* Không tuân thủ những chỉ dẫn, quy định ở trường hoặc ở nhà (không phải là hành vi chống đối hay không hiểu được những lời chỉ dẫn ).
* Khó khăn trong việc tổ chức thực hiện các nhiệm vụ và hoạt động.
* Tránh né, không thích hoặc miễn cưỡng làm những công việc đòi hỏi phải cố gắng về tâm trí (ví dụ như làm các bài tập, ở trường, ở nhà ).
* Quên những thứ quan trọng cho nhiệm vụ hoặc hoạt động ( ví dụ như đồ chơi, bài tập được giao về nhà, bút chì, bút hay dụng cụ học tập ).
* Sao nhãng bởi kích thích bên ngoài.
* Hay quên trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

***2.3. Các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD thể hỗn hợp.***

Đó là sự kết hợp đan xen cả hai tiêu chí của thể tăng độn chiếm ưu và giảm chú ý chiếm ưu thế.

**III. CAN THIỆP SỚM ADHD**

**1. Kỹ thuật can thiệp hành vi hiệu quả**

*- Hãy chỉ rõ hành vi thích hợp khi đưa ra lời khen.*

Ví dụ: Khen trẻ khi chúng không gây ồn trong lớp hoặc đã hoàn thành một bài tập toán một cách yên lặng và đúng giờ.

**-** *Đưa ra lời khen ngay lập tức***:** Khen thưởng một hành vi thích hợp càng sớm, khả năng học sinh lặp lại hành vi sẽ càng cao.

**-** *Thay đổi cách diễn đạt lời khen***.**

**-** *Lời khen cần nhất quán và trung thực***:** Tập trung chiến lược can thiệp hành vi vào *lời khen* thường hơn là *trừng phạt*.

**-** *Lờ đi hành vi không thích hợp một cách có lựa chọn.*

*- Cất những vật gây mất tập trung*

*- Hãy mang đến sự lôi cuốn trong im lặng.*

*- Cho phép chỗ thoát ra của “van thoát hơi*”

Cho phép trẻ mắc ADHD rời khỏi lớp học một lúc, có thể để làm một việc vặt nào đó (như mang sách trả thư viện), có thể là một cách tốt để trẻ lắng dịu xuống và cho phép trẻ quay về phòng học để sẵn sàng tập trung trở lại.

**-** *Củng cố hoạt động***:** Học sinh cần được củng cố hoạt động khi chúng được khuyến khích để thực hiện một hành vi kém thích hợp trước đó thành một hành vi thích hợp hơn.

*- Giúp đỡ vượt rào:* Khuyến khích, đề nghị và trợ giúp để trẻ không trở nên nản lòng với công việc được giao. Giúp đỡ có thể dưới nhiều hình thức, từ việc lập nên một danh sách các bạn giúp đỡ để có thêm sự hỗ trợ tận tay hoặc là thông tin (hiểu biết/kiến thức).

**-** *Trao đổi với phụ huynh***:** Duytrì những cuộc đối thoại thường xuyên giữa phụ huynh và giáo viên, cộng tác để giám sát tiến trình của trẻ.

**-** *Giàn xếp với bạn bè cùng lớp***:** Nhờ sự tác động của 1 số bạn bè

**-** *Kỹ năng xã hội trong lớp học:* Dạy trẻ ADHD học những kỹ năng xã hội sử dụng cấu trúc lớp học. Ví dụ, bạn có thể yêu cầu trẻ chơi trò chơi đóng vai và có các cách giải quyết khác nhau cho các vấn đề xã hội thông thường.

*- Học kỹ năng giải quyết vấn đề:* Trao đổi để giải quyết những xung đột/mâu thuẫn xã hội. Những buổi thảo luận (không chuẩn bị trước) về hành vi với một học sinh hay một nhóm nhỏ học sinh tại nơi mà xung đột nảy sinh.

*- Đánh giá hành vi chức năng (Functional Behavioral Assessment - FBA)*

+ Quan sát hành vi và nhận diện những đặc điểm khó hiểu

+ Nhận diện những hoạt động hay sự kiện gì có trước và theo sau hành vi

+ Xác định mức độ thường xuyên xuất hiện của hành vi.

**2. Thuốc**

\* Methylphenidate hoặcdextroamphetamine

+ Đây là liệu pháp số một và chắc chắn là liệu pháp hiệu quả nhất.

+ Chỉ định: giảm tập trung, khó hoàn thành bài tập, tăng hoạt động và thiếu chú ý.

+ Một số thuốc được duy trì liên tục, có thể tăng liều lượng hàng ngày. Cách khác, mỗi lần uống nên cách nhau từ 4-6 giờ.

+ Cần lưu ý không uống thuốc quá gần lúc đi ngủ bởi thuốc có thể gây mất ngủ.

+ Những tác dụng phụ khác của thuốc bao gồm mất ngon miệng và giảm cân, nhức đầu, và ảnh hưởng khí sắc (trầm cảm, dễ bị kích thích).

+ Thuốc có thể làm tăng tíc ở trẻ em vốn đã mắc rối loạn tíc.

\* Magiê pemolin: Tác dụng phụ có thể gây tổn thương cho gan

\* Pupropion hay Venlafaxine có thể có hiệu quả. Liều lượng tương đương như dành cho liều trầm cảm.

\* Thuốc chống suy nhược ba vòng (Imipramine, Desipramine, Nortriptyline) được sử dụng cho trẻ ADHD. Nếu những thuốc này được dùng, cần đo ECG bởi những thuốc này có thể ảnh hưởng đến tim.

\* Clonidine và Guanfacine được sử dụng với những báo cáo tổng hợp về hiệu quả.

**3. Các biện pháp khác**

***3.1. Liệu pháp thư giãn:***

Đó là quá trình làm giãn mềm cơ bắp, giúp cho thần kinh, tâm trí được thư thái, qua đó làm giảm những cảm xúc tiêu. Gồm 2 loại: Thư giãn động, căng - chùng cơ và Thư giãn tĩnh - dựa vào tưởng tượng.

*- Thư giãn động, căng - chùng cơ:* là một phương pháp hành vi có chủ tâm nhằm kiểm soát và thay đổi mối quan hệ giữa 2 pha hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh tự chủ.Trẻ em từ 6 tuổi trở nên có thể tập thư giãn động được, tuy nhiên bác sĩ trị liệu cần biết cách “chế biến” các động tác thành các trò chơi. Ví dụ như thi uốn dẻo, tập đi cầu thăng bằng, tập đứng một chân, tập chui qua đường hầm

- Thư giãn tĩnh - dựa vào tưởng tượng (Autogenies imagery based relaxation) do Johannes Schultz (1932), bác sĩ tâm thần người Đức đề xướng. Phương pháp này chỉ thích hợp với trẻ lớn trên 10 tuổi.

***3.2. Liệu pháp trò chơi.***

**\* Trò chơi như là công cụ chẩn đoán và trị liệu**

- Lựa chọn chủ đề chơi phù hợp với mục đích trị liệu của bác sĩ và hứng thú của người bệnh.

- Trò chơi phải thúc đẩy tính chủ động, học tập và sáng tạo của trẻ, sắp xếp trò chơi phù hợp với từng cá nhân, hướng vào việc học các kỹ năng giải quyết vấn đề, khôi phục lại các mối quan hệ đã mất.

- Những trò chơi tự phát và có hướng dẫn (của bác sĩ tâm lý) là hai giai đoạn bổ xung cho nhau của cùng một quá trình chơi thống nhất.

- Tỷ lệ tương quan giữa thành phần tự phát và có hướng dẫn phụ thuộc không chỉ vào lứa tuổi mà cả những đặc điểm lâm sàng và tính cách của trẻ.

- Trò chơi phải cuốn hút được xúc cảm, phải có tính ngẫu hứng, do đó đòi hỏi tính linh hoạt và khả năng làm phong phú trò chơi (bao gồm cả việc cùng chơi hết mình) của bác sĩ điều trị tâm lý.

- Bác sĩ tâm lý không bình luận trò chơi (giúp trẻ tự tin và nâng cao khả năng tự ra quyết định).

- Tác động hướng dẫn người bệnh thực hiện chủ yếu thông qua tính cách của nhân vật do người bệnh và bác sĩ tái tạo đối với từng hòan cảnh chơi đã được mô hình hóa trên cơ sở ý đồ, mục tiêu trị liệu.

***3.3 Liệu pháp củng cố***

Liệu pháp củng cố có cái gì đó gần giống với sự khen thưởng động viên.

*- Củng cố tích cực*: Xảy ra khi một điều gì đó (thường là cái thân chủ mong muốn) bổ sung vào làm tăng khả năng xuất hiện lại của hành vi.

- *Củng cố tiêu cực*: Xảy ra khi một cái gì đó (thường là cái thân chủ mong muốn) được dỡ bỏ hoặc lảng tránh, nhờ đó làm tăng khả năng xuất hiện lại của hành vi.

Tuy nhiên, củng cố tiêu cực hiếm khi được dùng như là một biện pháp điều trị. Ngược lại, người ta hay dùng liệu pháp củng cố tích cực như là một trong những liệu pháp chính làm giảm hành vi rối nhiễu.

*Các bước tiến hành.*

- Nhận diện “cái củng cố”

- Sử dụng “cái củng cố” để duy trì và tăng cường một hành vi được chọn là mục tiêu trị liệu.

- Tăng cường hành vi thích nghi để làm giảm một hành vi kém thích nghi.

***3.4. Liệu pháp nhóm***

Liệu pháp tâm lý nhóm là quá trình gồm 4 giai đoạn

- Tập hợp trẻ thành nhóm, bắt đầu bằng các hoạt động cùng

- Tổ chức trẻ vào cùng một nhóm và tiến hành trò chơi để điều chỉnh.

- Giai đoạn tiếp theo là kể chuyện, những chuyện kể được chuẩn bị trước và từng người lần lượt kể.

- Giai đoạn cuối cùng là thảo luận nhóm để mở rộng tầm nhìn và phát triển tự ý thức của trẻ.

***3.5. Liệu pháp tâm lý gia đình***

Trị liệu gia đình hay liệu pháp gia đình (family therapy) thực chất là một kiểu đặc biệt của liệu pháp nhóm. Trị liệu gia đình đòi hỏi không chỉ bản thân trẻ (bị rối nhiễu) được trị liệu mà các thành viên khác của gia đình, đặc biệt là bố mẹ cũng phải được trị liệu.

Điều chỉnh các mối quan hệ không thuận lợi trong gia đình thường bao gồm những phần việc sau đây:

Giúp bố mẹ ý thức được những nguyên nhân, trạng thái rối nhiễu tâm trí của con trẻ, cải thiện các trạng thái tâm lý tiêu cực của họ và xây dựng lại các mối quan hệ đồng cảm, yêu thương trong gia đình. Điều này có ý nghĩ đặc biệt quan trọng, giúp loại trừ nguồn gốc thường xuyên gây chấn thương tâm lý cho trẻ (do những xung đột tâm lý trong gia đình và phương pháp giáo dục sai lạc).

Liệu pháp tâm lý gia đình bao gồm các giai đoạn sau đây:

\* Tìm hiểu gia đình

+ Bố mẹ không hiểu những đặc điểm phát triển nhân cách của trẻ, thường kìm hãm các nhu cầu của trẻ

+ Mặc cảm ở trẻ: trẻ cảm thấy bị đối xử không công bằng hoặc cảm nhận bị mọi người trong gia đình, đặc biệt bố mẹ ruồng bỏ, hắt hủi.

+ Bố mẹ không tiếp nhận tính cách cá nhân của trẻ, không tin vào kinh nghiệm của trẻ, xúc phạm lòng tự trọng của con.

+ Những yêu cầu và mong muốn của bố mẹ không tương xứng với nhu cầu và khả năng của con.

+Thái độ quá nghiêm khắc hay quá nuông chiều con (sự bảo hộ quá đáng), sự đối xử không nhất quán với trẻ hay sự không thống nhất trong công tác giáo dục trẻ.

+ Tính xúc cảm cao, thái độ lo lắng thái “quyến luyến” thái quá (tạo ra sự phụ thuộc tình cảm của trẻ đối với bố mẹ).

Hiệu quả của trị liệu phụ thuộc đáng kể vào sự hợp tác chặt chẽ của bố mẹ với bác sĩ trị liệu. Việc họ *tự nguyện thay đổi một số thái độ, cách ứng xử, nếp sinh hoạt là những nhân tố quan trọng giúp quá trình trị liệu hiệu quả*.

\* Thảo luận với bố mẹ hoặc thành viên khác trong gia đình về kết quả thăm khám

\* Tiến hành đồng thời các liệu pháp tâm lý với trẻ và bố mẹ.

Bác sĩ tâm lý nên đưa ra một pháp đồ điều trị cho trẻ gồm một nhóm các liệu pháp tâm lý thích hợp. Đồng thời giúp bố mẹ tìm kiếm cách giải quyết hợp lý những mâu thuẫn trong gia đình.

# PHÁT HIỆN SỚM - CAN THIỆP SỚM

# TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa:**

Chậm PTTT là một nhóm các rối loạn về sự phát triển tinh thần của trẻ (ảnh hưởng đến khả năng học các kỹ năng so với các trẻ khác cùng tuổi) do các nguyên nhân xảy ra trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh.

Trẻ chậm PTTT có thể bị từ loại nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng.

**2. Nguyên nhân:**

***2.1 Trước sinh*** *:*

Mẹ bị nhiễm virus (rubeon, cytomegalo virus, toxoplasma, herpes... ), dùng thuốc (hoá chất, nội tiết tố), nhiễm độc (chì, thuỷ ngân, thạch tín...) chế độ ăn thiếu chất (Iod) trong thời kỳ mang thai

Đột biến NST ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

***2.2.Trong sinh*** : đẻ non, ngạt , can thiệp sản khoa.

***2.3 Sau sinh***:

Trẻ bị các bệnh như xuất huyết não-màng não, viêm màng não, viêm não, chấn thương.

***2.4. Không rõ nguyên nhân.***

**II. Phát hiện sớm**

**1. Tiêu chuẩn chẩn đoán chậm phát triển tinh thần chung:**

***1.1 Tiêu chuẩn lâm sàng***

1. Khả năng đáp ứng chậm chạp hoặc không đáp ứng với điều người khác nói, với mọi việc diễn ra xung quanh.

2. Khả năng diễn đạt không rõ ràng:Các suy nghĩ, tình cảm, nhu cầu bản thân.

3. Khả năng tiếp thu chậm:về ngôn ngữ lời nói và ngôn ngữ không lời.

4. Khả năng hiểu chậm : về những điều họ nghe, sờ, nhìn.

5. Khả năng ra quyết định chậm kể cả việc đơn giản.

6. Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động.

7. Khả năng nhớ hạn chế: Trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng nhiều, trí nhớ dài hạn ít bị ảnh hưởng hơn.

8. Kém điều hợp vận động toàn thân hoặc các vận động khác khó khăn (mút, nhai, ăn, sử dụng bàn tay).

9. Chậm phát triển - Vận động thô (lẫy, ngồi, bò, đứng, đi).

- Vận động tinh (sử dụng bàn tay)

10. Rối loạn hành vi : đập phá,đập đầu vào vật...

11. Khám thần kinh :

- Trương lực cơ : bình thường hoặc giảm nhẹ toàn thân.

- Tình trạng cơ : bình thường, Không có liệt.

- Phản xạ : PX gân xương bình thường hoặc giảm nhẹ.

Babinsky : âm tính

Các phản xạ nguyên thuỷ âm tính.

- Các dây thần kinh sọ não : ít khi bị ảnh hưởng

- Các hội chứng : Tháp, ngoại tháp, tiểu não âm tính

***1.2. Đánh giá chỉ số IQ*** : Trẻ chậm PTTT có chỉ số IQ < 70 %

1. Tets Denver :

Đánh giá 4 lĩnh vực: cá nhân - xã hội, vận động tinh , ngôn ngữ, VĐ thô

2. Đánh giá chỉ số IQ : chưa được triển khai tại Việt nam

3. Chẩn đoán mức độ CPTTT: theo ICD 10 của WHO

- Mức độ 1 (Nhẹ) : IQ từ 55 - 70 %, giáo dục hoà nhập.

- Mức độ 2 (Trung bình): IQ từ 40 - 54 %, có thể hoà nhập.

- Mức độ 3 ( Nặng ) : IQ từ 20 - 39 %, cần trợ giúp.

- Mức độ 4 ( Rất nặng ) : IQ < 20%, cần chăm sóc đặc biệt.

4. Xét nghiệm khác :

- CT Scaner sọ não : tìm các tổ thương thực thể tại não

- Điện não đồ : tìm hiểu các hoạt động điện của tế bào não.

- Nhiễm sắc thể : Xác định dạng chậm phát triển tinh thần.

- Định lượng hormon : T3, T4, TSH

**2. Chẩn đoán Các dạng CPTTT thường gặp:**

***2.1. Hội chứng Down*** *:*

***1. Định nghĩa* :** Là 1 bệnh gây nên bởi rối loạn nhiễm sắc thể (thừa NST 21) ở giai đoạn phân chia NST khi thụ thai.

Hay gặp ở mẹ trên 35 tuổi

***2. Dấu hiệu lâm sàng* :**

- Dấu hiêụ sớm: ngay sau sinh trẻ mềm nhẽo, ít khóc, lưỡi hay thè ra ngoài. Khi hạ xuống đột ngột trẻ không có phản xạ bảo vệ.

- Bộ mặt đặc biệt: Mắt xếch, mí mắt lộn lên đôi khi bị lác, tai thấp.

Miệng trễ và luôn há, vòm miệng cao, hẹp.

Trong lòng đen có nhiều chấm trắng nhỏ như cát và thường mất đi sau 12 tháng tuổi.

- Các dấu hiệu khác: Đầu nhỏ, ngắn, gáy phẳng, cổ ngắn, vai tròn.

Bàn tay ngắn, to, các ngón tay ngắn, ngón út thường khoèo.

Có 1 đường vân sâu nằm ngang đường bàn tay.

Đôi khi trẻ bình thường cũng có như vậy.

Bàn chân phẳng, ngón chân chim, ngón chân cái toè.

Khớp háng, cổ chân, khuỷu lỏng lẻo.

Cứ 3 trẻ có 1 trẻ mắc bệnh tim.

Cứ 10 trẻ Down có 1 trẻ bị tổn thương đốt sống cổ gây

nên tổn thương tuỷ sống và bị liệt.

**3*.Tiêu chuẩn chung của Chậm PTTT* :**

***2.2. Bệnh suy giáp :***

***1. Định nghĩa*** : Là CPTTT do thiếu hormon phát triển-Thyroid tuyến giáp

***2. Tiêu chuẩn lâm sàng :***

|  |  |
| --- | --- |
| * **Dấu hiệu lâm sàng và yếu tố nguy cơ** | * **Điểm** |
| * 1. Phù niêm (Bộ mặt đặc biệt) * 2. Da nổi vân tím. * 3. Thoát vị rốn. * 4. Thóp sau rộng > 0,5 cm. * 5. Chậm lớn. * 6. Chậm phát triển trí tuệ- vận động. * 7. Táo bón trên 3 ngày. * 8. Vàng da sinh lý trên 30 ngày. * 9. Thai già tháng trên 40 tuần. * 10. Cân lúc đẻ > 3,5 kg | * 2 * 1 * 1 * 1 * 1 * 1 * 2 * 1 * 1 * 1 |
| * Tổng | * 12 |
| * **Nghi ngờ suy giáp** | * **> 4** |

1. ***Xét nghiệm:*** Định lượng nồng độ hormon

T3 giảm ( Bình thường 1,2 - 2,7nmol/l )

T4 giảm (Bình thường 64,4 - 148 nmol/l)

TSH tăng (Bình thường 0,23 - 4 nmol/l)

***4. Tiêu chuẩn chung của Chậm PTTT* :**

***2.3. Động kinh* :**

***1. Định nghĩa* :** Động kinh là tổn thương não mãn tính với nhiều nguyên nhân khác nhau, được đặc trưng bằng sự lặp đi lặp lại những phóng lực kịch phát thành nhịp của tế bào não (WHO).

***2. Phân loại* :**

- Cơn cục bộ :

Cơn cục bộ đơn thuần ( Vận động, cảm giác ),

Cơn cục bộ phức tạp.

Cơn cục bộ chuyển thành toàn bộ hoá.

- Cơn toàn thể :

Cơn vắng ý thức điển hình, không điển hình

Cơn co cứng cơ.

Cơn giật cơ,

Cơn mất trương lực.

Cơn cứng giật cơ.

- Cơn bổ xung :

Động kinh liên tục.

Trạng thái động kinh.

Cơn không xếp loại.

- Hội chứng West : Cơn co thắt, chậm phát triển tinh thần, ĐNĐ có rối loạn nhịp cao điện thế.

***3. Tiêu chuẩn chẩn đoán* :**

\* Tiêu chuẩn xác định cơn lâm sàng :

- Xuất hiện đột ngột.

- Cơn có tính chất định hình

- Cơn xảy ra ngắn chỉ vài giây đến vài phút.

- Rối loạn chức năng thần kinh trong cơn ( trừ 1 số cơn cục bộ đơn giản )

- Hồi phục nhanh

\* Tiêu chuẩn xác định điện não : Điện não có hình ảnh các dạng phóng điện kịch phát của động kinh.

***4. Tiêu chuẩn chung của Chậm PTTT* :**

***2.4. Hội chứng Fragile X*** (Hội chứng nhiễm sắc thể X giòn, dễ gẫy)

***1. Định nghĩa:*** Tật di truyền do nhiễm sắc thể X không bình thường.

***2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh :***

- Tai to, mặt dài thể hiện ở những mức độ nặng nhẹ khác nhau

- Khó khăn về học ở các mức độ khác nhau.

- Lặp lại hành động

**3*. Tiêu chuẩn chung của Chậm PTTT*:**

**III. Can thiệp sớm**

**1. Phục hồi chức năng**

***1.1. Nguyên tắc***: PHCN sớm, đều đặn, toàn diện, phối hợp với chương trình PHCN tại nhà và PHCN dựa vào cộng đồng.

***1.2 Mục tiêu***:

- Kích thích vận động thô (lẫy, bò, ngồi, đứng, đi )

- Kích thích kỹ năng giao tiếp và ngôn ngữ

- Phòng ngừa biến dạng, co rút.

***1.3 Phương pháp***:

1- Điện trị liệu: điện thấp tần,ánh sáng

2- Vận động:

- Xoa bóp

- Các kỹ thuật tạo thuận lẫy,ngồi, bò, đứng đi

3- Ngôn ngữ trị liệu:

- Kích thích kỹ năng giao tiếp sớm

- Huấn luyện kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ.

4- Hoạt động trị liệu:

- Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay

- Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày

5- Thuốc: Động kinh, Hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương nếu có

6 - Dụng cụ trợ giúp: Nẹp chỉnh hình

**1.3.1.** ***Điện và vận động trị liệu***: Dựa vào khám và đánh giá mốc vận động của trẻ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mốc VĐ | **Điện trị liệu** | **Vận động trị liệu** |
| Lẫy, lật | 1. Tử ngoại ngắn 60 giây, tăng 5"/ lần  2. Galvanic dẫn CaCl2 qua cổ  Cực tác dụng (+) CaCl2 ở C3 - C7  Cực đệm (-) ở L 4 - L 5  Cường độ : 0,1 đến 0,5 mA/cm2  Thời gian: 15 - 30phút/lần x 20 lần/đợt | *1. Xoa bóp cơ chân, tay, lưng*  *2. Kỹ thuật tạo thuận thăng bằng đầu cổ :*  - Tạo thuận nâng đầu bằng tay  - Tạo thuận nâng đầu ở tư thế nằm sấp trên bóng  - Tạo thuận nâng đầu ở tư thế nằm sấp dồn trọng lượng lên tay trên gối tròn.  *3. Tạo thuận lẫy lật* |
| Ngồi, bò | 1. Tử ngoại ngắn 60 giây, tăng 5"/ lần  2. Galvanic dẫn CaCl2 qua lưng  Cực tác dụng (+) CaCl2 ở L4- L6  Cực đệm (-) ở giữa 2 bả vai  Cường độ : 0,1 đến 0,5 mA/cm2  Thời gian: 15 - 30phút/lần x 20 lần/đợt | *1. Xoa bóp cơ chân, tay, lưng*  *2. Tạo thuận ngồi và thăng bằng ngồi :*  - Tạo thuận ngồi dậy ở tư thế nằm sấp trên sàn  - Tạo thuận ngồi dậy ở tư thế nằm nghiêng  - Thăng băng ngồi ở tư thế ngồi trên sàn hoặc trên ghế.  - Thăng băng ngồi ở tư thế ngồi trên bóng tập.  - Thăng băng ngồi ở tư thế ngồi trên bàn nghiêng.  3.Tạo thuận quỳ, bò và thăng bằng quì, bò:  - Tạo thuận bò bằng tay hoặc khăn đỡ.  - Tạo thuận ở tư thế ngồi sang quỳ trên 2 tay và 2 gối.  - Tạo thuận từ ngồi sang quỳ trên 2 gối.  - Tạo thuận dồn trong lượng lên khớp háng ở tư thế quỳ trên 2 gối.  - Thăng bằng có trợ giúp ở tư thế quỳ trên 2 gối.  - Thăng bằng ở tư thế quỳ 1 chân. |
| ***Đứng, đi*** | 1. Tử ngoại ngắn 60 giây, tăng 5"/ lần  2. Galvanic dẫn CaCl2 toàn thân  Cực tác dụng (+) CaCl2 ở cơ sinh đôi dép 2 chân  Cực đệm (-) ở L4 - L6  Cường độ : 0,1 đến 0,5 mA/cm2  Thời gian: 15 - 30phút/lần x 20 lần/đợt | *1. Xoa bóp cơ chân, tay, lưng*  *2. KT tạo thuận đứng, đi*  - Tạo thuận đứng bám có trợ giúp bằng tay  - Tập đi thanh song song  - Tập đi với khung đi  3.Bài tập thăng bằng đứng, đi:  - Thăng bằng đứng trên bàn thăng bằng  - Tạo thuận dồn trọng lượng lên từng chân |

***1.3.2. Các bài tập vận động:***

**Bài tập 1: Xoa bóp**

Mục tiêu : Tăng cường cơ lực.

1. Xoa bóp cơ tay :

+ Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa trên đệm hoặc bàn điều trị

KTV ngồi hoặc đứng bên phía tay cần xoa

+ Kỹ thuật : Xoa vuốt mơn, chà xát lòng bàn tay, mu tay, miết các kẽ đốt bàn, màng liên cốt trụ quay, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ cẳng tay, cánh tay.

2. Xoa bóp chân :

+ Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa trên đệm hoặc bàn điều trị

KTV ngồi hoặc đứng phía dưới chân cần xoa

+ Kỹ thuật: Xoa vuốt mơn, chà xát lòng bàn chân, mu chân, miết các kẽ đốt bàn, xung quanh mắt cá trong, ngoài, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ bắp chân, đùi

3. Xoa bóp cơ lưng:

+ Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm sấp trên đệm hoặc bàn điều trị KTV ngồi hoặc đứng bên cạnh bệnh nhân

+ Kỹ thuật: Xoa vuốt mơn, miết dọc 2 bên cột sống, cạnh xương chậu, kẽ xương sườn, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ.

***1.3.3. Ngôn ngữ trị liệu:***

+ Huấn luyện kỹ năng giao tiếp sớm:

***Bước 1***: Đánh giá kỹ năng giao tiếp sớm (Xem kỹ trong phiếu đánh giá)

- Đánh giá khả năng tập trung: Gồm nhìn, lắng nghe, thời gian, suy nghĩ.

- Khả năng bắt chước và lần lượt :

+ Những cử động trên nét mặt.

+ Các hoạt động.

+ Các hoạt động với đồ chơi.

+ Âm thanh.

+ Từ

- Khả năng chơi: là cách trẻ học tìm hiểu môi trường xung quanh, chơi có luật, chơi tưởng tượng...

- Đánh giá về cử chỉ và tranh ảnh : Cử chỉ là vận động chủ ý của cơ thể được nhắc lại nhiều lần có mục đích.

- Đánh giá về kỹ năng xã hội và sử dụng ngôn ngữ : Đây là kỹ năng để trẻ xây dựng mối quan hệ với mọi người.

Những kỹ năng này bao gồm

+ Lần lượt, đáp ứng.

+ Chú ý và chia sẻ sự chú ý.

+ Sử dụng giao tiếp 1 cách có ý nghĩa

+ Giao tiếp rõ ràng.

+ Có đối đáp.

+ Là thành viên của nhóm.

Tất cả các kỹ năng này đều lần lượt được đánh giá qua 5 giai đoạn phát triển. Sau đó chuyển sang bước 2.

***Bước 2*** : Lập chương trình huấn luyện cho trẻ: Dựa vào bước đánh giá, chọn 1 đến 2 kỹ năng cho từng đợt điều trị..

Cụ thể từ trang 36 đến trang 71 trong tài liệu ”**GIAO TIẾP VỚI TRẺ EM”**

***Bước 3***: Đánh giá kết quả đợt huấn luyện và lập chương trình huấn luyện tại nhà

+ Huấn luyện kỹ năng ngôn ngữ:

***Huấn luyện kỹ năng hiểu ngôn ngữ* :**

*Nguyên tắc dạy hiểu ngôn ngữ* :

- Trẻ phải hiểu, biết ý nghĩa của âm thanh, từ và câu trước khi nói.

- Nói chuyện nhiều với trẻ, dùng ngôn ngữ đơn giản, nói chậm, to.

- Sử dụng dấu hiệu để giúp trẻ hiểu.

- Chỉ sử dụng 1 vài đồ vật hoặc tranh ảnh, chỉ 1 người hướng dẫn.

- Động viên khen thưởng đúng lúc

*Cụ thể*:

***Bước 1***: Đánh giá. (Xem phiếu đánh giá các kỹ năng về ngôn ngữ)

***Bước 2***: Lập chương trình huấn luyện.

***Bước 3*** : Đánh giá kết quả, lập chương trình huấn luyện tại nhà.

***Huấn luyện kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ*** :

*Mục tiêu* : Trẻ sẽ tự nói/ làm dấu/ chỉ vào các bức tranh

***Bước 1*** : Đánh giá.

***Bước 2*** : Lập chương trình huấn luyện.

Chọn 1 đến 2 kỹ năng cho 1 đợt huấn luyện.

***Bước 3*** : Đánh giá kết quả, lập chương trình huấn luyện tại nhà.

***1.3.3. Hoạt động trị liệu:***

1. Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay: Xem phần Hoạt động trị liệu

2. Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày:

Huấn luyện kỹ năng ăn uống :

Huấn luyện kỹ năng vệ sinh thân thể: đánh răng, rửa mặt, rửa tay, tắm, gội.

Huấn luyện kỹ năng cởi, mặc quần áo, giày dép

Huấn luyện kỹ năng đi vệ sinh :

- Di chuyển vào nhà vệ sinh : kỹ năng xe lăn

- Vệ sinh sau ỉa đái

Huấn luyện kỹ năng nội trợ : nấu nướng...

Tư vấn nghề nghiệp.

***2. Thuốc:***

Thuốc động kinh: Depakine (20 - 30 mg / kg / 24h)

Tegretol (10 - 20 mg/ kg / 24h)

Gardenen (5 - 15 mg / kg / 24h)

Diazepam (0,3 - 0,5 mg / kg / 24h)

Sodanton (5 - 10 mg / kg / 24h)

Hocmon giáp trạng: L - thyroxin,Thyreoidin (30mg / kg / 24 h)

Cerebrolysin : 0,2 ml / kg / 24 h X 20 - 30 ngày / đợt.

Sau 2 - 3 tháng có thể nhắc lại

Còi xương: Ostram, Cancinol, Vitamin D3, Sterogyl

***3. Dụng cụ trợ giúp:***

Nẹp chỉnh hình trên gối, dưới gối

**PHÁT HIỆN SỚM CÁC DỊ TẬT BẨM SINH**

**DO ẢNH HƯỞNG CỦA CHẤT ĐỘC HÓA HỌC/DIOXIN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dị tật bẩm sinh thay đổi theo từng nước, từng hoàn cảnh xã hội và từng cách điều tra. Tỷ lệ giao động từ 1,5 - 2%.

Nhiều dị tật bẩm sinh do ảnh hưởng của chất độc hóa học/dioxin hoặc do các nguyên nhân khác không phát hiện kịp thời gây tử vong nhanh chóng hoặc để lại ảnh hưởng nặng nề về chức năng sinh lí sau này của trẻ. Ngày nay tiến bộ kỹ thuật mổ cùng gây mê cứu sống nhiều trẻ có dị tật nặng nề.

**II. PHÁT HIỆN SỚM**

**1. DỊ TẬT TIÊU HOÁ**

**1.1. Hẹp thực quản**

Là dị tật đường tiêu hoá thường gặp, tỉ lệ 1/2000 - 1/4000 trẻ sơ sinh. 80% các dị tật này có dò thông giữa khí quản và thực quản hoặc các dị tật khác về tim mạch, phổi, hệ niệu sinh dục.

*a) Các hình thái:*

* Túi cùng phía trên, lỗ dò khí quản - thực quản phía dưới.
* Có 2 túi cùng.
* Lỗ dò khí quản, thực quản phía trên, túi cùng phía dưới. Có 2 lỗ dò.

*b) Lâm sàng:*

Sau khi trẻ trào nước ối , rối loạn hô hấp, tiết nước bọt nhiều, tắc đường thở. Khi ăn uống nôn sặc. Bụng chướng hoặc lép kẹp.

*c) Xử trí:*

Dùng ống sonde dạ dày mềm và vô trùng đặt qua mũi hoặc qua miệng. Nếu ống thông không qua được 8-10 cm là thực quản teo.

***Chú ý:***

Nếu ống thông cứng có thể thủng túi cùng, ngược lại ống quá mềm có thể bị cuộn tròn trong túi cùng.

* Có thể dùng 1 ống bơm tiêm, bơm 5ml không khí vào ống thông dạ dày đồng thời đặt ống nghe ở vùng thượng vị. Nếu teo thực quản sẽ không nghe khí vào dạ dày.
* Chụp X-quang sau khi bơm chất cản quang vào thực quản hoặc sau khi đặt một ống thông cản quang và chụp trẻ ở tư thế đứng.
* Điều trị: chuyển trẻ đến trung tâm có khả năng phẫu thuật; tư thế trẻ nửa ngồi hoặc nghiêng về trước. Nếu cần có thể đặt nội khí quản để hút nước bọt tránh ngạt thở

*d) Phẫu thuật:*

Có thể cắt đoạn teo nối 2 đầu thực quản mổ 2 thì: mổ thông dạ dày sau đó nối 2 túi cùng, nếu 2 túi cách xa phải nối bằng 1 đoạn ruột già.

**1.2. Tắc ruột**

*a) Triệu chứng:* Nôn ra sữa hoặc sắc tố mật. Bụng chướng hơi, sút cân. Chậm phân su sau 24 giờ.

Phân su bình thường hoặc có nhiều nhày, khô, màu trắng.

Chụp X-quang bụng đứng không chuẩn bị thấy mức nước, mức hơi.

*b) Các hình thái lâm sàng:*

***1.2.1. Teo ruột do teo thắt hẹp lòng ruột***

Teo bởi 1 dải xơ teo hoàn toàn, do xoắn ruột hoặc do tắc ruột không liên tục.

***1.2.2. Hẹp môn vị phình đại***

Vùng cơ môn vị phình đại làm hậu môn bị hẹp, tỷ lệ 1/3000 trẻ sinh sống.

Lâm sàng: nôn thành tia, táo bón vì mất nước, sút cân, sờ dưới gan có thể thấy u cục.

Xử trí: phẫu thuật ngay.

**1.2.3. Tắc ruột do phân su**

Phân su không bình thường, có nhiều tế bào và đặc quánh lại quện thành cục hoặc thành dây, trẻ không đại tiện trong vòng 3- 4 ngày, bụng chướng, nôn ói ra mật xanh. Nếu phát hiện chậm có thể nhiễm trùng.

Xử trí: thụt tháo; kháng sinh phòng nhiễm trùng.

***1.2.4. Thoát vị cơ hoành***

Tỷ lệ 1/5.000- 1/10.000 do cơ hoành bị thủng hoặc tạng trong bụng và ngực thông nhau. 80% lỗ thông ở bên trái do bên phải được gan che phủ.

Những thể nặng biểu hiện ngay từ đầu sau khi sinh cần phải được chẩn đoán cấp cứu ngay tại phòng sinh, ngay sau tiếng khóc đầu tiên bị khó thở nguy kịch, tím tái, có lúc ngừng thở.

Triệu chứng:

* Nhìn thấy lồng ngực bên bị thoát vị di động ít theo nhịp thở, ngực phồng, bụng lép, tình trạng tím tái ngày càng nặng.
* Gõ trong bên lồng ngực có thoát vị.
* Mất tiếng rì rào phế nang bên thoát vị.
* Tiếng tim bị đẩy sang phía đối diện với bên thoát vị.
* X-quang: các quai ruột nằm trên lồng ngực bóng tim bị đẩy sang phải nếu có thoát vị bên trái.

Xử trí:

* Hút nhớt, thở oxy qua nội khí quản.
* Đặt nằm trên mặt phẳng, đầu cao.
* Cho trẻ nằm nghiêng về phía thoát vị để tránh chèn ép lên phổi lành.
* Đặt ống thông dạ dày, hút nước làm giảm áp trong lồng ngực.
* Truyền dịch và chuyển tới nơi có khả năng phẫu thuật ngay.

**1.2.5. Thoát vị rốn**

Do sự phát triển không đầy đủ của da và cơ của thành bụng trước nên ruột bị thoát ra ngoài, tỷ lệ 1/6.000 trẻ sơ sinh sống.

Triệu chứng: thấy dây rốn bám vào 1 khối to như quả cam hoặc chanh. Qua lớp màng mỏng nhìn thấy quai ruột bên dưới.

Xử trí: bọc khối thoát vị bằng khăn ấm vô trùng tẩm nước muối sinh lí, chú ý tránh nhiễm trùng, đặt ống thông dạ dày rồi chuyển tới trung tâm phẫu thuật.

**1.2.6. Thoát vị thành bụng**

Dị tật này ít gặp hơn thoát vị rốn, tỷ lệ 1/20.000. Do thành bụng bên không phát triển làm các quai ruột lòi ra, không có gì bao bọc, rốn vẫn như cũ.

Xử trí: che đậy các quai ruột lòi ra bằng khăn ấm vô trùng đắp nước muối sinh lí. Khi chuyển đến trung tâm phẫu thuật không băng chặt tránh nguy cơ chèn ép ruột non.

**1.2.7. Dị tật không có hậu môn**

Tắc phần cuối cùng của ống tiêu hoá có thể gây tử vong nếu không mổ kịp thời, tỷ lệ 1/3000- 1/5000 trẻ sinh sống thường phối hợp với dị tật khác như tiết niệu, sinh dục hoặc tiêu hoá: hẹp thực quản, hẹp môn vị.

X-quang: xách ngược chân lên, đầu dốc xuống cho thấy khí sáng của bờ trên trực tràng, biết được khoảng cách từ túi bịt đến hậu môn.

Xử trí:

* Nếu dưới 2cm: mổ theo đường dưới.
* Trên 2cm: mổ theo đường trên.

**2. DỊ TẬT ĐƯỜNG HÔ HẤP**

**2.1. Hẹp xoang mũi:** Nếu hẹp cả 2 bên, trẻ thở khó khăn, tím tái, khóc to và không có kéo xương ức, mỗi lần bú trẻ ngạt thở nên không bú được trực tiếp, hai mũi đầy nước mũi.

Đưa ống qua mũi khoảng 3,5cm thấy bị tắc, không vào thêm được nữa.

Xử trí: đặt ống thông Mayo đè lưỡi để trẻ thở dễ dàng hơn trong khi chờ phẫu thuật.

**2.2. Sứt môi, khe hở vòm miệng**

* Sứt môi không chẻ vòm hầu >1/2.000.
* Sứt môi 2 bên hoặc một bên.
* Chờ đợi phẫu thuật chỉnh hình.
* Có thể gặp hội chứng Pierre- robin: khe hở vòm, teo hàm dưới - lưỡi tụt ra sau
* Xử trí tạm thời bằng nằm sấp hoặc đặt một ống thông Mayo trong khi chờ đợi đến thời điểm thích hợp để được phẫu thuật chỉnh hình.

**3. DỊ TẬT ỐNG THẦN KINH**

**3.1. Thoát vị tuỷ - màng não**

* Nhìn thấy khối u ở vùng giữa lưng,thường vùng thắt lưng cùng, bao bọc bởi 1 màng trong, vị trí càng cao các rối loạn càng nặng.
* Cơ vòng hậu môn giãn rộng, phân ra liên tục.
* Tiểu tiện giỏ giọt liên tục.
* Chi dưới liệt, phát triển kém.
* Có thể kèm theo não úng tuỷ dễ có biến chứng viêm màng não --> Nên mổ sớm.

**3.2. Vô sọ:** trẻ khó sống.

**4. DỊ TẬT Ở TIM**

**4.1. Không gây tím tái**

Thông liên thất, liên nhĩ, hẹp cung động mạch chủ, còn ống động mạch, hở động mạch phổi, tim nằm bên phải kèm theo đảo lộn phủ tạng, hẹp động mạch phổi tim to bẩm sinh.

**4.2. Dị tật gây tím tái**

* Tứ chứng Fallot: hẹp động mạch phổi, thông liên thất - dày thất phải - động mạch chủ nằm bên phải.
* Thay đổi vị trí các mạch máu lớn: động mạch chủ và động mạch phổi hoán vị cho nhau - trẻ thường chết sau sinh.
* Thân chung động mạch: động mạch chủ và động mạch phổi có một thân chung.

**5. DỊ TẬT Ở ĐẦU**

**5.1. Não úng thuỷ**

Vòng đầu lớn hơn vòng ngực 3cm các não thất giãn rộng trong khi não bộ teo nhỏ dịch não tuỷ 100 - 1500 ml.

**5.2. Tật não nhỏ**

**6. DỊ TẬT Ở TAY CHÂN**

**6.1. Chân vẹo**

Bàn chân vẹo vào trong, các ngón chân có xu hướng đi vào giữa. Cần đặt nẹp ngay sau khi sinh và để nẹp nhiều tháng sau.

**6.2. Thừa ngón và dính ngón**

**6.3. Sai khớp háng bẩm sinh**

Phát hiện, cố định tới 4 tháng tuổi, theo dõi đến tuổi đi học.

**7.** **DỊ DẠNG BẨM SINH DI TRUYỀN**

Người 46 NST chia làm 22 cặp đồng NST và 1 cặp NST giới tính XX ở nữ và XY ở nam.

**7.1. Hội chứng Down**

Bộ NST có 3 NST 21, thường ở các bà mẹ trên 40 tuổi.

Biểu hiện: sọ nhỏ, gáy to dẹt, mặt tròn, mắt xếch, rãnh mí mắt nghiêng lên trên và ra ngoài, tai nhỏ dị dạng, miệng nhỏ, môi dày, lưỡi to, bàn tay ngón tay ngắn, ngón chân ngắn, ngón cái xa các ngón khác, lòng bàn tay có 1 vết lằn ngang thay vì 2 lằn nếp gấp giảm trương lực cơ, bụng nhô, rốn lồi, thường có dị tật khác phối hợp nhất là tim, tăng tâm thần và vận động kém.

**7.2. Hội chứng Turner**

Tỷ lệ 4/10.000 do thiếu 1 NST (45. XO) ở trẻ gái, người nhỏ, kém phát triển, phù bạch huyết, nếp gấp ở mắt, vòm miệng bất thường.

Dự phòng: chống các bệnh nhiễm khuẩn, virus, tiêm phòng có hệ thống, không nên sinh con khi trên 40 tuổi.

Chẩn đoán sớm bằng định lượng BHCG a.foetoprotein, siêu âm sớm thai kì xác định, cấy nước ối làm nhiễm sắc đồ.