

PHÁT HIỆN SỚM VÀ VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU CHO TRẺ BẠI NÃO

ĐẶNG LỘC THỌ*

Ngày nhận bài: 16/08/2016; ngày sửa chữa: 17/08/2016; ngày duyệt đăng: 17/08/2016.

Abstract: Cerebral palsy is a group of movement disorders caused by brain damage that does not progress. Cerebral palsy occurs in the period before birth, during birth and after birth to 5 years of age with abnormal signs of movement, thinking, sensation and behaviors. Children with cerebral palsy are dependent on the help of their family in all activities of daily life. If early trained in suitable ways with endurance, many children with cerebral palsy can get more independent in their life. The article addresses some recent studies on children with cerebral palsy in three topics including movement disorders related to cerebral palsy, early detection and diagnosis, occupational therapy as a movement remedy for children with cerebral palsy, which is of importance as children get older.

Keywords: Early intervention, cerebral palsy, therapy, children with special needs, preschool.

Theo Bộ Y tế, hiện nay ở Việt Nam, tỉ lệ mắc bại não khoảng 2/1.000 trẻ sinh ra sống, chiếm khoảng 30-40% tổng số trẻ khuyết tật. Bại não hay gặp ở trẻ trai hơn trẻ gái và hiện nhóm đối tượng này vẫn chưa được quan tâm thỏa đáng. Phát hiện sớm và tiến hành các biện pháp can thiệp sớm sẽ giúp kích thích sự phát triển các chức năng, giảm đi những bất thường về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi của trẻ bại não.

1. Một số vấn đề chung

1.1. Trẻ bại não và rối loạn vận động. Bại não là thuật ngữ dùng để chỉ một nhóm các rối loạn thần kinh trung ương ảnh hưởng đến sự kiểm soát vận động, tư thế, giác quan, tâm thần và hành vi, gây nên do tổn thương não không tiến triển xảy ra vào giai đoạn trước, trong và sau khi sinh cho đến 5 tuổi.

Trẻ bại não bị khiếm khuyết nhiều chức năng khác nhau tùy thuộc mức độ tổn thương của não, trong đó hai chức năng bị tổn thương nhiều nhất là khả năng vận động và khả năng giao tiếp xã hội.

- **Rối loạn vận động thường gặp:** + Co cứng: tình trạng co cứng có thể ở các mức độ khác nhau từ nhẹ đến nặng, co cứng các cơ gấp ở tứ chi, co cứng cả các cơ thân mình gây cho trẻ tư thế vẹo, thường do tổn thương ở hồi trán lên; + Múa vờn: thường do tổn thương các nhân vùng nền não, đó là các động tác bất thường không chủ động của tay, các ngón tay, chân, có thể cả thân mình; + Thất điều: mất điều hòa vận động làm dáng đi bất thường, khó thực hiện các động tác phức tạp cần có sự phối hợp nhiều nhóm cơ; + Phối hợp các loại kể trên ở cùng một trẻ.

- **Biểu hiện tổn thương khả năng vận động:** + Về vận động thô: Thường chậm lẫy, chậm ngồi, chậm đứng, chậm đi; gặp khó khăn về kiểm soát đầu cổ

(đầu gục về phía trước hoặc ưỡn ra phía sau). Trẻ bại não thể nhẹ nếu can thiệp phục hồi chức năng sớm và kiên trì có thể sẽ biết ngồi, đứng, đi lại được; trẻ bại não thể nặng khó có khả năng ngồi, đứng, đi lại; + Về vận động tinh: Bàn tay hay nắm chặt, ngón cái khép chặt khiến trẻ khó khăn khi cầm nắm, thả đồ vật; phối hợp hai tay, phối hợp tay - mắt khi cầm nắm kém.

1.2. Nguyên nhân bại não. Trong khoảng 70% trường hợp, bại não có thể là do những bất thường xảy ra trước sinh trong thời kì phát triển của bào thai làm ảnh hưởng đến quá trình phát triển bình thường của não. Theo báo cáo năm 2003 của Hội Sản và Phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) và Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ (American Academy of Pediatrics - AAP) thì thiếu oxy trong quá trình sinh đẻ chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ trong các trường hợp bại não. Mặc dù nhiều trường hợp người ta chưa thể xác định được căn nguyên nhưng các nguyên nhân đã được biết của bại não bao gồm: - Nguyên nhân trước khi sinh: thường tập trung các nhóm nguyên nhân về nhiễm trùng trong thai kì (tiếp xúc hóa chất, thuốc trừ sâu, nhiễm virus trong 3 tháng đầu mang thai; bị chấn thương, dùng thuốc khi mang thai, ngộ độc thai nghén...); thiếu oxy não bào thai; các bất thường bẩm sinh của bào thai (gồm cả di truyền; thai nhi bị rối loạn nhiễm sắc thể, dị tật não, vòng rau cuốn cổ, tư thế thai bất thường...) hay bệnh của mẹ (mẹ bị sảy thai trước đó, dị tật bẩm sinh, chậm phát triển trí tuệ, bị bệnh tuyến giáp trạng, bị đái tháo đường khi mang thai...); - Nguyên nhân trong khi sinh: Đẻ non (dưới 37 tuần), cân nặng khi sinh thấp (dưới 2.500g), ngạt hoặc thiếu oxy não khi

* Trưởng Cao đẳng Sư phạm Trung ương

sinh (trẻ đẻ ra không khóc ngay, tím tái hoặc trắng bệch phải cấp cứu), can thiệp sản khoa (dùng kẹp thai, hút thai, đẻ chỉ huy); nhũn não sơ sinh...; - Nguyên nhân sau sinh: Chảy máu não - màng não sơ sinh; nhiễm khuẩn thần kinh (viêm não, viêm màng não), thiếu oxy não (suy hô hấp nặng phải thở oxy, thở máy), chấn thương sọ não (do ngã, tai nạn, đánh đập...). Bất đồng nhóm máu Rh là một trong những nguyên nhân do sự bất tương hợp nhóm máu giữa mẹ và bào thai gây nên vàng da trầm trọng và tổn thương não dẫn đến bại não, bệnh này thường gặp ở người da trắng còn ở Việt Nam rất hiếm gặp vì tỉ lệ mang Rh (-) hiếm gặp, tuy nhiên ở Việt Nam có thể gặp bất đồng nhóm máu ABO giữa mẹ và thai nhi. Một bệnh khác rất nặng nề mặc dù biện pháp phòng ngừa cực kì đơn giản là xuất huyết não do thiếu Vitamin K ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi cũng gây nên bại não. Các bệnh rối loạn chức năng đông máu cũng có thể là nguyên nhân của bại não vì làm tăng nguy cơ chảy máu trong não. Vàng da nhân cũng là một bệnh gây bại não: do sự tích tụ trong máu một loại sắc tố có tên bilirubin do tốc độ phá hủy hồng cầu cao và chức năng gan chưa trưởng thành ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ đẻ non; trong trường hợp nặng, sắc tố này có thể vượt qua hàng rào mạch máu - não, lắng đọng chủ yếu ở các nhân nền của não và làm tổn thương các cấu trúc này đưa đến thể bại não kèm múa vờn. Ngoài ra có các nguyên nhân khác gây tổn thương não: Trẻ mắc các chứng bệnh gây tổn thương thần kinh trong hai năm đầu tiên của đời sống, ví dụ như viêm màng não mủ, viêm não, chấn thương sọ não; co giật do sốt cao đơn thuần, ỉa chảy mất nước nặng...

2. Phát hiện sớm và chẩn đoán

2.1. Dấu hiệu phát hiện sớm bại não khi 6 tháng tuổi:

- 4 dấu hiệu chính: + Trẻ có cơ cứng hoặc/và chân duỗi cứng khi đặt đứng; + Trẻ không kiểm soát đầu cổ hoặc/và không biết lẫy hoặc/và nằm sấp không ngẩng đầu; + Hai tay trẻ luôn nắm chặt; + Hai tay trẻ không biết với cầm đồ vật; - 4 dấu hiệu phụ: + Không nhận ra khuôn mặt mẹ; + Ăn uống khó khăn; + Không đáp ứng khi gọi hỏi; + Khóc nhiều suốt ngày đêm sau sinh; - Một số dấu hiệu khác: Mềm nhèo sau sinh, không nhìn theo đồ vật, không quay đầu theo tiếng động, co giật.

Trẻ có các dấu hiệu trên cần được khám bác sĩ nhi, thần kinh, phục hồi chức năng ngay để chẩn đoán xác định bại não do nguyên nhân nào. Bại não là một căn bệnh không diễn tiến, vì vậy nếu người bệnh càng ngày càng yếu đi thì nguyên nhân có thể là do vấn đề khác, không phải là bại não.

2.2. Các dấu hiệu lâm sàng bại não về vận động:

- Trẻ bại não có thể bị: Liệt cứng nửa người (tay và chân một bên người bị tổn thương), liệt cứng hai chân (hai chân bị tổn thương), liệt cứng tứ chi (tứ chi bị tổn thương), liệt một chi (một chi bị tổn thương); - Dấu hiệu chung về vận động cho tất cả các thể bại não: + Chậm phát triển vận động thô; chậm lẫy, ngồi, bò, quỳ, đứng, đi; + Chậm phát triển vận động tinh (khiếm khuyết về sử dụng bàn tay trong cầm nắm và thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày); - Các dấu hiệu khác: Trẻ bại não có thể bị cong vẹo cột sống, động kinh; phản xạ nguyên thủy bất thường; phản xạ duỗi chéo (nhấc bồng trẻ lên, quan sát thấy hai chân của trẻ duỗi cứng và bắt chéo vào nhau); phản xạ nâng đỡ hữu hiệu (đặt trẻ đứng quan sát thấy hai chân duỗi cứng, nhón gót); phản xạ mê đạo trương lực sấp (đặt nằm sấp, trẻ không nâng đầu).

3. Vận động trị liệu - hướng tiếp cận chính trong can thiệp, phục hồi chức năng trẻ bại não

Nếu được can thiệp và điều trị kịp thời, phần lớn trẻ bại não có thể cải thiện đáng kể được những khả năng của mình. Việc này cần có sự phối hợp của nhiều chuyên ngành khác nhau, cùng phối hợp với trẻ và gia đình nhằm vạch ra được một kế hoạch cụ thể thích hợp cho từng cá nhân. Các biện pháp mà các nhà chuyên môn thường áp dụng cho trẻ bại não gồm: vật lý trị liệu; sử dụng thuốc, phẫu thuật và phục hồi chức năng... Trong đó, phục hồi chức năng mà cụ thể ở đây là vận động trị liệu là biện pháp quan trọng nhất, giúp trẻ có thể thực hiện được các động tác cũng như các công việc tự phục vụ. Đối với trường hợp nặng, tập luyện cho trẻ nhằm mục đích thực hiện được các thao tác quan trọng nhất trong cuộc sống hằng ngày như ăn, mặc, vệ sinh cá nhân. Những trường hợp nhẹ hơn, tập luyện và điều trị có thể hướng đến mục tiêu cao hơn như giao tiếp, vui chơi, và cả học tập.

3.1. Nguyên tắc vận động trị liệu: Các bài tập vận động được tiến hành càng sớm càng tốt ngay sau khi phát hiện bại não và phải tuân theo thứ tự của các mốc phát triển về vận động thô: Kiểm soát đầu cổ, lẫy, ngồi, quỳ, bò, đứng, đi, chạy. Phải phối hợp vận động trị liệu song song với các biện pháp phục hồi chức năng khác.

3.2. Giới thiệu bài tập kỹ thuật vận động trị liệu

3.2.1. Kỹ thuật tạo thuận kiểm soát đầu cổ - lẫy:

- Bài tập 1. Tạo thuận vận động của các khớp ở tư thế nằm ngửa cho tất cả trẻ bại não: Đặt trẻ nằm ngửa, đầu - thân mình - chân tay thẳng. Gập - duỗi, dạng - khép tại các khớp háng, gối, cổ chân, vai, khuỷu, cổ

tay từ từ để trẻ thoải mái, dễ chịu và không chống lại khi tập.

- *Bài tập 2. Cho trẻ bại não giữ đầu cổ kim:* + *Bài 2a - Tạo thuận năng đầu ở tư thế nằm sấp:* Đặt trẻ nằm sấp trên giường hoặc trên đùi, hai tay trẻ chống xuống giường, hai tay ta đặt trên hai vai trẻ, ấn xuống. Một tay ta giữ vai, một tay đặt trên đầu trẻ và đẩy nhẹ về phía sau để trẻ dồn trọng lượng lên hai tay ở tư thế gập, duỗi khuỷu và đầu nâng lên; + *Bài 2b - Tạo thuận năng đầu ở tư thế nằm sấp trên gối tròn:* Đặt trẻ nằm sấp trên gối tròn, hai tay trẻ chống xuống giường, hai tay ta đặt trên hai vai trẻ ấn mạnh xuống. Di chuyển người trẻ về phía trước-sau trong lúc trẻ chống hai tay xuống giường; chống một tay và gờ tay kia với độ vật để trẻ dồn trọng lượng lên hai tay đang duỗi thẳng, bên tay xoè và đầu nâng lên; + *Bài 2c - Tạo thuận năng đầu bằng tay:* Đặt trẻ nằm sấp ở tư thế gập háng và gối, một tay ta cố định trên mông trẻ, tay kia dùng ngón trỏ và ngón giữa ấn day mạnh dọc theo hai bên đốt sống từ cổ xuống thắt lưng để trẻ nâng đầu và duỗi thẳng thân mình; + *Bài 2d - Tạo thuận năng đầu ở tư thế nằm sấp trên bên nghiêng:* Đặt trẻ nằm sấp trên bên nghiêng, hai tay chống xuống sàn. Đặt vại đồ chơi phía trước, bảo trẻ gờ một tay lấy đồ chơi để trẻ dồn trọng lượng lên hai khuỷu tay nâng đầu lên, lấy được đồ chơi bằng một tay trong khi tay kia vẫn chống xuống sàn.

- *Bài tập 3. Trẻ bại não uốn đầu ra sau:* + *Bài 3a - Kỹ thuật tạo thuận gập đầu - cổ bằng tay ở tư thế nằm ngửa:* Đặt trẻ nằm ngửa, đặt hai bàn tay dưới gáy trẻ, hai khuỷu tay đè nhẹ vào vai trẻ để trẻ có thể gập cổ và thư giãn; + *Bài 3b - Tạo thuận gập đầu cổ tư thế nằm ngửa trên võng:* Đặt trẻ nằm ngửa trên võng để trẻ có thể gập cổ và thư giãn.

- *Bài tập 4. Tạo thuật lấy cho trẻ bại não chưa lật ngửa sang sấp:* Đặt trẻ nằm ngửa, chân phía dưới duỗi, gập một chân trẻ và nhẹ nhàng đưa chéo qua người trẻ; khi trẻ đã nằm nghiêng, từ từ đẩy thân mình trẻ sang bên đó, đợi trẻ tự lật nghiêng người để trẻ có thể phối hợp lật nghiêng người từ nằm ngửa sang sấp.

3.2.2. Kỹ thuật điều chỉnh các tư thế bất thường:

- *Bài tập 1. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở hai chân cho trẻ bại não khép háng mạnh:* Đặt trẻ nằm ngửa, ta dùng hai bàn tay cố định khớp dưới gối, từ từ xoay ngoài khớp háng, dạng háng, tách hai chân trẻ ra để trẻ có thể dạng háng, duỗi gối và xoay ngoài cẳng chân.

- *Bài tập 2. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở khớp cổ chân cho trẻ bại não bị bàn chân duỗi cứng (bàn chân thẳng):* Đặt trẻ nằm ngửa, dùng một

ngón tay cố định trên khớp gối, tay kia kéo dẫn gân gót bằng các ngón tay. Dùng lòng bàn tay để đẩy bàn chân trẻ từ từ về vị trí gập mu bàn chân để trẻ có thể gập mu bàn chân.

- *Bài tập 3. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở hai tay cho trẻ bại não gập khuỷu tay và sấp cẳng tay:* Đặt trẻ ngồi để tập bàn tay, dùng hai tay cố định dưới khớp khuỷu trẻ, từ từ đưa tay trẻ lên ra trước và xoay ngoài khớp vai rồi kéo về phía trước (cách 1) hoặc dùng một tay cố định dưới khuỷu, một tay nắm lấy bàn tay trẻ, từ từ dang tay trẻ sang bên và đưa lên trên (cách 2) để trẻ có thể đưa hai tay ra trước, duỗi khuỷu và ngửa cẳng tay, gập mu bàn tay trong khi đầu giữ vững ở vị trí trung gian.

- *Bài tập 4. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường ở tay trẻ bại não thể múa vờn, trẻ bại não không đưa hai tay ra trước:* Đặt trẻ ngồi, dùng hai bàn tay cố định dưới khớp khuỷu. Từ từ đưa tay trẻ lên ra trước, xoay trong khớp vai rồi kéo về phía trước để trẻ có thể đưa tay ra phía trước, duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay trong khi đầu gập về trước, lưng không uốn ra sau.

3.2.3. Kỹ thuật tạo kiểm soát thân mình - ngồi:

- *Bài tập 1. Bài rèn luyện cho trẻ bại não chưa ngồi dậy:* + *Bài 1a - Tạo thuận kéo ngồi dậy ở tư thế nằm ngửa:* Đặt trẻ nằm ngửa, dùng hai tay đưa vai trẻ ra phía trước trong khi khuỷu tay duỗi, từ từ kéo trẻ ngồi dậy để nâng đầu lên khi được kéo ngồi dậy; + *Bài 1b - Ngồi duỗi cẳng chân:* Đặt trẻ ngồi hai chân dạng háng, duỗi gối, dùng hai tay đè lên 2 đùi trẻ, hoặc ngồi phía sau cố định đùi trẻ để trẻ có thể điều chỉnh thân mình, giữ thẳng bằng ngồi và dùng hai tay để cầm đồ chơi.

- *Bài tập 2. Tạo thuận ngồi dậy ở tư thế nằm sấp trên sàn cho trẻ bại não chưa ngồi dậy từ tư thế nằm sấp:* Đặt trẻ nằm sấp trên sàn, một tay ta cố định trên mông trẻ, tay kia cố định vào dưới nách trẻ, từ từ kéo háng trẻ lên đưa ra sau và ấn xuống; hỗ trợ tại nách trẻ bằng cách kéo ra trước, lên trên để trẻ có thể ngồi dậy bằng cách sử dụng cơ nâng đầu cổ, thân mình, tay và ngồi dậy.

- *Bài tập 3. Cho trẻ bại não chưa giữ thẳng bằng khi ngồi:* + *Bài 3a - Thẳng bằng ở tư thế ngồi trên sàn, hoặc trên ghế:* Đặt trẻ ngồi trên sàn (trên đùi), dùng hai tay cố định hai đùi trẻ, đẩy nhẹ người trẻ sang bên, ra trước sau, cho trẻ tự điều chỉnh thân mình để giữ thẳng bằng ngồi; + *Bài 3b - Thẳng bằng ở tư thế ngồi trên người:* Đặt trẻ ngồi dạng hai chân trên bụng, lưng tựa vào đùi ta; nắm hai tay trẻ, di chuyển chân sang từng bên trong lúc hai tay vẫn duỗi thẳng để trẻ

tự điều chỉnh, giữ thẳng bằng đầu cổ, thân mình và có thể điều chỉnh thân mình.

- *Bài tập 4. Rèn kĩ năng ngồi trên ghế cho trẻ bại não đã biết giữ thẳng bằng ở tư thế ngồi:* Đặt trẻ ngồi trên ghế lưng thẳng, khớp gối và háng gập vuông góc, bàn chân đặt chắc trên nền cứng để trẻ có thể điều chỉnh thân mình để giữ thẳng bằng ngồi và dùng hai tay để cầm đồ chơi.

3.2.4. *Kĩ thuật tạo thuận bò - quỳ:*

- *Bài tập 1. Cho trẻ bại não chưa biết bò:* + *Bài 1a - Tạo thuận quỳ 4 điểm:* Đặt trẻ quỳ trên hai tay và hai gối, dùng hai tay giữ thân mình trẻ hoặc dùng một gối tròn hỗ trợ nâng thân trẻ khi trẻ quỳ, cho trẻ nhặt đồ chơi bằng từng tay bỏ vào rổ để trẻ có thể quỳ bốn điểm khi có hỗ trợ; + *Bài 1b - Tạo thuận bò trên đùi:* Đặt trẻ quỳ trên đùi, chân dưới gập, chân trên duỗi thẳng, dùng một tay cố định trên mông trẻ, tay kia giữ bàn chân trẻ, đẩy nhẹ vào gót chân trẻ về phía trước, hỗ trợ nâng thân trẻ bằng đùi khi trẻ bò để trẻ có thể giữ thẳng chân trên, thân mình thẳng.

- *Bài tập 2. Tạo thuận từ ngồi sang quỳ trên hai gối cho trẻ bại não chưa biết quỳ hai điểm từ tư thế ngồi:* Đặt trẻ ngồi nghiêng một bên, dùng hai tay giữ nhẹ ở hai bên hông trẻ, khuyến khích trẻ quỳ trên hai gối bằng cách gờ đồ chơi lên phía trên đầu trẻ để trẻ có khả năng giữ thẳng bằng thân mình ở tư thế quỳ hai điểm.

- *Bài tập 3. Tạo thuận đứng dậy từ tư thế ngồi cho trẻ bại não chưa tự đứng dậy:* Đặt trẻ ngồi trên một đùi (hoặc trên ghế nhỏ), dang hai tay giữ ở hai gối trẻ, đẩy mạnh xuống hai gối trẻ rồi bỏ tay ra (làm như vậy vài lần), gập gối trẻ và đẩy người ra trước sao cho đầu trẻ đưa ra phía trước gối.

- *Bài tập 4. Thăng bằng có trợ giúp ở tư thế quỳ trên hai gối cho trẻ bại não chưa biết quỳ trên hai gối:* Đặt trẻ quỳ trên hai gối, quỳ phía sau trẻ và dang hai tay giữ hai bên hông trẻ; đẩy nhẹ trẻ ra phía trước và sau để trẻ có khả năng giữ thẳng bằng thân mình khi quỳ hai điểm.

- *Bài tập 5. Tạo thuận thay đổi trọng lượng ở tư thế quỳ hai điểm cho trẻ bại não chưa biết giữ thẳng bằng ở tư thế quỳ hai điểm:* Đặt trẻ quỳ trên hai gối trước một cái bên ngang mức ngực trẻ, đặt hai tay ở hai bên hông trẻ, nhẹ nhàng đẩy hông trẻ sang từng bên sao cho trọng lượng của trẻ được dồn từ bên này sang bên kia, không cho phép trẻ gập hông để trẻ có khả năng chuyển và dồn trọng lượng từ bên này sang bên kia ở tư thế quỳ hai điểm mà không mất thăng bằng.

- *Bài tập 6. Thăng bằng ở tư thế quỳ một chân cho trẻ bại não chưa giữ thẳng bằng ở tư thế quỳ một*

chân: Đặt trẻ quỳ trên một gối, người đổ nhẹ ra sau và sang trái để giữ cho chân phải đưa ra trước; khuyến khích trẻ với tay ra phía trước, sang hai bên để lấy đồ chơi; quỳ phía sau trẻ và dang hai tay giữ nhẹ hai bên hông trẻ cố định (khi cần giúp trẻ giữ thẳng bằng) để trẻ có khả năng giữ thẳng bằng ở tư thế quỳ một chân trong lúc chơi.

3.2.5. *Kĩ thuật tạo thuận đứng - đi:*

- *Bài tập 1. Tạo thuận đứng trong bàn đứng (hoặc giữa hai cột có đai cố định) cho trẻ bại não chưa biết đứng:* Đặt trẻ nằm sấp trên bàn đứng (hoặc giữa hai cột) với hai chân để rộng hơn vai, đai cố định ở gối, háng và ngực trẻ; sau đó nghiêng bàn đứng cạnh bàn. Đặt vài đồ chơi trên bàn, bảo trẻ đưa tay với ra phía trước, sang hai bên lấy đồ chơi để trẻ có khả năng giữ thẳng bằng ở tư thế đứng trong bàn đứng trong lúc chơi; hai chân duỗi thẳng ở khớp gối, bàn chân đặt vuông góc xuống sàn.

- *Bài tập 2. Tạo thuận dồn trọng lượng lên từng chân cho trẻ bại não thăng bằng đứng chưa tốt:* Đặt trẻ đứng bám vào tường với hai chân để rộng hơn vai, yêu cầu trẻ co một chân lên để trọng lượng dồn vào chân kia, trợ giúp hai bên háng khi cần; lặp lại với chân kia bằng cách đổi bên đứng bám để trẻ có khả năng dồn trọng lượng lên chân sát tường.

- *Bài tập 3. Rèn cho trẻ bại não chưa tự đi:* + *Bài 3a - Tập đi trong thanh song song (hoặc khung đi):* Đặt trẻ đứng bám vào hai thanh song song (hoặc tay cầm của khung đi) với hai chân để rộng hơn vai, yêu cầu trẻ co một chân lên để trọng lượng dồn vào chân kia khi bước đi, trợ giúp hai bên hông khi cần để trẻ có khả năng dồn trọng lượng lên từng chân khi bước đi; + *Bài tập 3b. Tập đi bằng nạng:* Đặt trẻ đứng tựa lên hai nạng nách với hai chân để rộng hơn vai, yêu cầu trẻ đưa hai nạng ra trước, sau đó co hai chân lên đi người theo để trẻ có khả năng thăng bằng khi đi người bước đi.

3.3. Tư vấn, hỗ trợ đối với gia đình có trẻ bại não. Gia đình cần được giải thích để hiểu về tình trạng bệnh tật của trẻ, chấp nhận và vượt qua mặc cảm của bệnh tật như: Nếu trẻ bại não không bị/hoặc bị chậm phát triển trí tuệ mức độ nhẹ; được can thiệp sớm phục hồi chức năng và giáo dục mẫu giáo có thể học trường bình thường; một số người bị bại não có thể lấy vợ/chồng và có con cái bình thường, không phải tất cả mọi trường hợp bại não đều có tính di truyền (có một số gia đình có trên 2 người bị bại não).

Phụ huynh có thể liên hệ với bác sĩ phục hồi chức năng, kĩ thuật viên phục hồi chức năng để có được các thông tin về phục hồi chức năng cho trẻ bị bại

não, chậm phát triển trí tuệ như: trung tâm phục hồi chức năng tại các thành phố lớn, các tỉnh; các khoa phục hồi chức năng của các bệnh viện Trung ương/tỉnh; các trường giáo dục đặc biệt/trung tâm giáo dục đặc biệt tư nhân tại các thành phố lớn/tỉnh.

Bài viết đã cung cấp một cái nhìn tổng quan về trẻ bại não qua ba nội dung: các vấn đề liên quan đến vận động đối với trẻ bại não, phát hiện sớm, vận động trị liệu. Ba nội dung này có vai trò rất quan trọng đối với gia đình trẻ và xã hội nhằm khắc phục những khiếm khuyết, giảm thiểu khuyết tật thứ phát và trẻ phát triển theo hướng dễ dàng hòa nhập với cuộc sống cộng đồng.

Cần tăng cường phòng ngừa bại não ở trẻ: Khám thai thường quy có thể phát hiện sớm các bệnh lí của bà mẹ và tình trạng bất thường của thai gây tổn thương não của trẻ; nâng cao chất lượng cấp cứu trẻ sơ sinh tại các cơ sở y tế xã, huyện, tỉnh là biện pháp tích cực nhất nhằm giảm thiểu tỉ lệ trẻ bại não; khám theo dõi thường quy trẻ sơ sinh có nguy cơ cao hàng quý trong 12 tháng đầu đời có thể phát hiện sớm bại não.

Cộng đồng xã hội (y tế, giáo dục, các ban ngành khác) có sự hỗ trợ trong trị liệu hoạt động cho trẻ bại não: Các tỉnh cần có Trung tâm phục hồi chức năng cho người khuyết tật, các trường giáo dục đặc biệt/trung tâm giáo dục đặc biệt mà người bại não có thể tham gia. □

Tài liệu tham khảo

- [1] *Giáo trình Vật lí trị liệu phục hồi chức năng 2000*. NXB Y học.
- [2] Trần Thị Thu Hà (2002). *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng ở trẻ bại não*. NXB Y học.
- [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] Hà Hoàng Kiệm (2005). *Phục hồi chức năng cho trẻ bại não*. NXB Y học.
- [5] Phạm Thị Nguyên (2013). *Nghiên cứu thực trạng trẻ bại não từ 0-60 tháng tuổi tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Nhi Trung ương*. Tạp chí Y học thực hành, số 6/2013, tr 37-40.
- [6] Ma. Lucia Mirasol Magallona (2005). *Manual for CBR workers and Caregivers*. C&E Publishing Inc.

Phát hiện sớm, can thiệp sớm...

(Tiếp theo trang 90)

thể chờ đợi một cách trật tự; có thể chào hỏi đáp lại với người lớn, các bạn; tham gia vào các hoạt động quay vòng; tự khởi xướng các hoạt động chơi với bạn bè cần hay không cần sự gợi ý; bắt chước trò chơi của các bạn; - *KN học đường*: Học được thông qua quan sát người khác; có thể hoàn thành công việc đòi hỏi phải ngồi một chỗ một cách tự lập; có thể gờ tay khi cần sự hỗ trợ; đạt được các yêu cầu khi học trong nhóm; hoàn thành chương trình học theo đúng trình độ lớp; - *KN hành vi*: Phản ứng phù hợp với các sự kiện diễn ra ngẫu nhiên; hầu như không thể hiện các hành vi quấy rối trong mọi hoàn cảnh; có sự kiểm soát nhất định những hành vi rập khuôn.

Các TTK nếu được phát hiện sớm và can thiệp sớm trước 3 tuổi thì khả năng hòa nhập của trẻ sẽ tốt hơn rất nhiều so với những TTK không được phát hiện sớm và can thiệp sớm, các TTK này sẽ có ít cơ hội hơn trong việc được tham gia học hòa nhập và hòa nhập cộng đồng.

Bài viết đã cung cấp một cái nhìn tổng quan của một vài nghiên cứu gần đây về TTK qua ba nội dung: phát hiện sớm, can thiệp sớm, giáo dục hòa nhập

TTK. Ba nội dung này có vai trò rất quan trọng đối với TTK, gia đình trẻ và xã hội nhằm khắc phục những khiếm khuyết, giảm thiểu khuyết tật thứ phát và trẻ phát triển theo hướng dễ dàng hòa nhập với cuộc sống cộng đồng. Bằng chứng trong các nghiên cứu kết luận rằng, các kết quả phát triển của TTK có thể được tăng lên rõ rệt nếu TTK được phát hiện sớm, sự can thiệp càng sớm càng tốt, sẽ giúp TTK có nhiều cơ hội hòa nhập hơn. □

Tài liệu tham khảo

- [1] 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.
- [2] Nguyễn Thị Hạnh (2014). *Kĩ thuật can thiệp trẻ khuyết tật học tập về đọc*. Kỷ yếu Hội thảo khoa học “Nhận biết, đánh giá và can thiệp trẻ có khuyết tật học tập”. NXB Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh.
- [3] Jae-Gyu Cho (2014). *Giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ*, Nhập môn Giáo dục đặc biệt. NXB Đại học Sư phạm TP. Hồ Chí Minh.
- [4] Susan E Bryson, Sally J Rogers and Eric Fombonne (9/2013). *Autism Spectrum Disorders: Early Detection, Intervention, Education, and Psychopharmacological Management*. The Canadian Journal of Psychiatry.
- [5] *Giáo trình Vật lí trị liệu phục hồi chức năng* (2000). NXB Y học.