

TS. VŨ THỊ BÍCH HẠNH
ThS. ĐẶNG THÁI THU HƯƠNG

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH

Âm ngữ trị liệu



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



Phần 3

Các bệnh lý về lời nói

Chương 5

Giải phẫu và sinh lý của hoạt động lời nói

I. HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG VÀ NGOẠI BIÊN THAM GIA VÀO HOẠT ĐỘNG NÓI NẶNG

Nói nặng là một hoạt động đặc trưng mang tính xã hội của con người. Chức năng nói thực hiện được nhờ có sự tham gia của các quá trình như: hô hấp, sinh âm thanh, cấu âm... dưới sự kiểm soát của hệ thần kinh. Ta sẽ lần lượt xem xét cấu tạo giải phẫu của các cấu trúc liên quan.

Hệ thần kinh: Đơn vị cấu tạo cơ bản nhất của hệ thần kinh là tế bào thần kinh, còn gọi là neuron. Hệ thần kinh chứa khoảng 10 tỷ neuron. Kích thước và hình dạng của chúng rất đa dạng tùy thuộc vào vị trí, chức năng của chúng. Tuy vậy, mỗi tế bào đều gồm các phần chính như: thân tế bào có chứa nhân, sợi trục và các đuôi gai.

Tế bào có thể có nhiều đuôi gai nhưng chỉ có một sợi trục. Sợi trục có thể có hoặc không có vỏ myelin bao bọc. Các tế bào thần kinh được phân loại về chức năng thành loại ly tâm hoặc hướng tâm. Ly tâm là các tế bào thần kinh tạo ra các xung động thần kinh đi từ não, tủy sống tới cơ, các tuyến nội tiết. Chúng còn



Hình 5.1. Sơ đồ cấu tạo của neuron .

- 1- Nhân, 2- Thân tế bào,
3- Sợi trục, 4- Đuôi gai

được gọi là các neuron vận động. Các tế bào nhận các xung động từ cơ và các bộ phận trong cơ thể về tới vỏ não gọi là tế bào loại hướng tâm hoặc tế bào cảm giác.

Các neuron trong cơ thể được liên lạc với nhau thông qua cơ chế dẫn truyền các sóng điện kích thích. Các xung động điện của tế bào khi bị kích thích được truyền theo sợi trục tới các tế bào thần kinh khác qua cấu trúc nối gọi là xinap. Chất trung gian hoá học dẫn truyền xung động ở các xinap gọi là các chất dẫn truyền thần kinh. Ngoài ra, trong hệ thần kinh còn có một loại tế bào đệm, chúng có chức năng tạo myelin bao quanh sợi trục, làm tăng tốc độ dẫn truyền xung động trong các dây thần kinh đó. Đồng thời chúng làm hàng rào máu não, cung cấp chất nuôi dưỡng tới neuron và thực bào các neuron bị huỷ hoại.

1. Hệ thần kinh trung ương

Gồm não và tủy sống, đựng trong hộp sọ và cột sống, bên ngoài có các màng não bao bọc, và dịch não tủy bao quanh. Não có hai bán cầu não với những vùng có hình dạng và kích thước khác nhau.

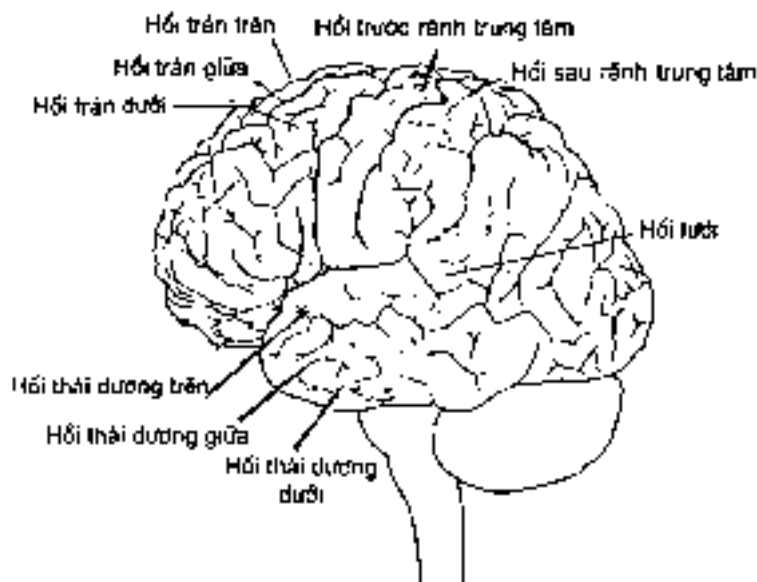
1.1. Vỏ não

Mỗi bán cầu não có 4 thùy: thùy trán, thùy đỉnh, thùy thái dương và thùy chẩm. Chức năng mỗi thùy khác nhau: thùy trán có trách nhiệm về lập kế hoạch và thực hiện vận động, thùy thái dương có chức năng quan trọng về thính giác. Thùy đỉnh chịu trách nhiệm về cảm giác và nhận cảm không gian, thùy chẩm về chức năng thị giác.

Bề mặt của não có các rãnh và các vùng nổi gồ lên, chia các thùy não thành các hồi. Ví dụ: thùy trán được chia thành hồi trán trên, giữa và dưới. Hai rãnh lớn nhất là rãnh trung tâm và rãnh bên, là ranh giới của thùy trán với thùy đỉnh; giữa thùy đỉnh và thùy thái dương.



Hình 5.1. A- Các thùy não, B- Định khu chức năng



Hình 5.2. Các hõ chính của não

Hai bán cầu nào có rất nhiều đường dẫn truyền nối chúng với nhau, tạo thành thể trái.

Bề mặt của bán cầu nào được bao phủ bằng chất xám, là nhân của tổ bào thần kinh. Dưới vỏ não là chất trắng, được thành từ các sợi trục với bao myelin. Sâu ở đây não có những đám thần tế bào thần kinh, tạo thành các nhân xám dây não và đồi thị. Nhân xám dây não có chức năng quan trọng trong kiểm soát vận động. Tồn thương ở đó gây các vận động không tự chủ kiểu múa vờn ở trẻ bại não hoặc run, tay ở bệnh nhân lớn tuổi bị Parkinson. Đồi thị là trung tâm nhận các thông tin về cảm giác của cơ thể. Một trong các nhân của đồi thị là thể gối giữa, là một trong các cấu trúc của đường dẫn truyền thính giác đã được nói đến ở chương 4.

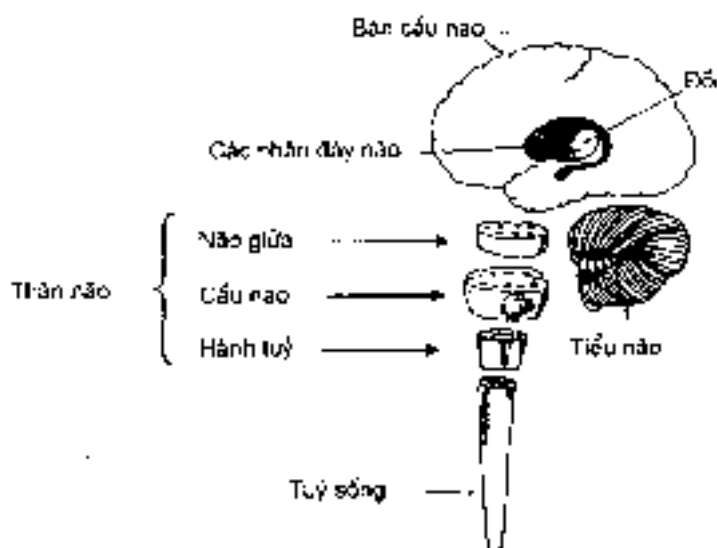
1.2. Thân não

Gồm các cấu trúc: não giữa, cầu não và hành tủy. Thân não là các đường dẫn truyền cảm giác xúc giác, nhiệt độ, đau, ép, và các cảm giác vỏ thị giác, thính giác, thăng bằng và vận động. Đồng thời chứa các đường dẫn truyền vận động tới các cơ của cơ thể. Ở đây có nhiều dây thần kinh nhận cảm giác từ vùng đầu cổ và tới chi phối các cơ ở đó. Do vậy, đây là một vùng có chức năng quan trọng đối với hoạt động nói năng.

1.3. Tiểu não

Tiểu não nằm phía sau và trên của thân não, gồm có hai bán cầu. Tiểu não được nối với thân não nhờ ba đường dẫn truyền, có hai đường đến tiểu não: 1- nhân thông tin cảm giác từ cơ thể, 2- từ vỏ não để kiểm soát chức năng của tiểu não, 3- một đường đi từ tiểu não đến các cơ của cơ thể để kiểm soát vận động.

Tiểu não có vai trò quan trọng trong kiểm soát thăng bằng và điều hợp cử động cơ thể, đặc biệt là thời gian, số lượng và tốc độ cử động.



Hình 5.3. Các cấu trúc của thần kinh trung ương.

1.4. Tuỷ sống

Nằm trong cột sống, và gồm có 7 khoanh tuỷ cổ, 12 ngực, 5 thắt lưng, 5 đốt cùng và còn lại là các đốt xương cụt. Tuỷ sống có hai chỗ phình ở cổ và thắt lưng, cho các nhánh thần kinh chi phối cảm giác và vận động của tay và chân.

2. Hệ thần kinh ngoại biên

Bao gồm tất cả các dây thần kinh xuất phát từ hệ thần kinh trung ương. Có 12 đôi dây thần kinh sọ não, chi phối vận động và cảm giác. Các đôi quan trọng cho hoạt động nói gồm thần kinh sinh ba, thần kinh mặt, dây lưỡi hầu, phế vị, dây phụ và dây dưới lưỡi. Các dây này chi phối hoạt động của cơ vùng đầu mặt cổ. 31 đôi dây thần kinh tuỷ sống chi phối vận động và cảm giác của cơ thể phía dưới cổ. Hoạt động nói chịu ảnh hưởng của thần kinh điều khiển hoạt động hô hấp.

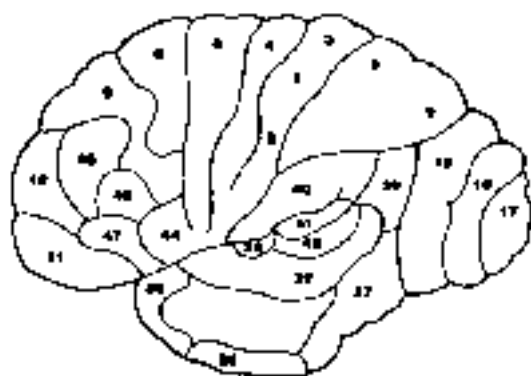
3. Định khu chức năng của vỏ não

3.1. Chức năng hai bán cầu não

Hai bán cầu não được biệt hoá về chức năng. Bán cầu trái đặc trách về chuỗi chức năng theo trật tự. Bán cầu phải có xu hướng về quá trình toàn thể. Chức năng ngôn ngữ và lời nói mang tính quy trình chặt chẽ, do vậy bán cầu trái có vai trò ưu thế hơn trong chức năng giao tiếp. Bán cầu phải thiên về quá trình tổng thể nên chuyên hơn về nhận biết mặt, biểu và thể hiện cảm xúc... và âm nhạc.

3.2. Chức năng các hồi, thùy não

Như đã nói, các thùy của vỏ não được chuyên biệt hoá về mặt chức năng. Ví dụ: thùy thái dương đặc trách về chức năng nghe, còn thùy chẩm về nhìn. Tuy nhiên việc định khu chức năng của các thùy và hồi của vỏ bán cầu não trái đã được Broadmann xác định và đánh số. Ở đây ta chỉ tập trung vào những hành vi cảm giác và vận động, ngôn ngữ và lời nói. Chức năng vận động của nửa cơ thể được quy định bởi rãnh trước rãnh trung tâm bên đối diện, thuộc thùy trán. (Vùng Broadmann 4). Như trên hình vẽ cho thấy, diện phóng chiếu phân bố ngược với vị trí bộ phận cơ thể.



Hình 5.4. Các vùng Broadmann ở vỏ não

Phần dưới của hồi này chi phối vận động của lưỡi, miệng, và tay, còn đỉnh của nó chi phối vận động của chân. Mặt khác, diện tích vùng vỏ não chi phối vận động của lưỡi, và ngón tay cái, rộng hơn rất nhiều so với diện tích vùng chi phối vận động của chân. Diện tích vỏ não tương ứng với số lượng neuron tăng lên để chi phối những phần cơ thể có vận động tinh vi, khéo léo, phức tạp.

Ngay sau rãnh trung tâm là hồi cảm giác thuộc thùy đỉnh (vùng Broedmann: 1,2,3,). Diện chi phối cảm giác của cơ thể phóng chiếu lên hồi cảm giác cũng tương tự như hồi vận động.

3.3. Chức năng các vùng ngôn ngữ

Có một số vùng của bán cầu não trái có vai trò quan trọng đối với chức năng nói và ngôn ngữ. *Vùng Broca* (vùng Brodmann 44) và phần sau của hồi trán dưới có chức năng lập trình và thực hiện các cử động nói.

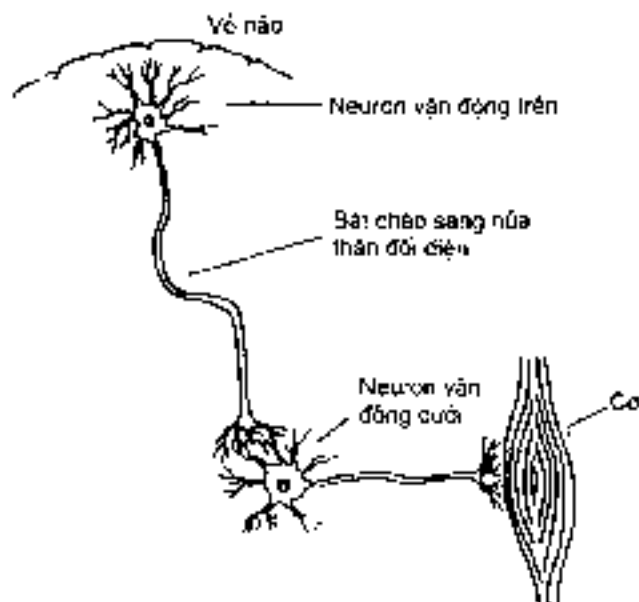
Vùng Wernicke (vùng 42) nằm ở phần sau của hồi thái dương trên, có vai trò quan trọng trong hiểu những âm thanh nghe thấy. Nó liên hệ với hồi trên viền và hồi góc, quan trọng trong giải mã ngôn ngữ. Còn một số vùng khác của thùy thái dương, quan trọng với việc đọc.

Một số cấu trúc quan trọng khác, có vai trò nối và liên hệ các vùng chức năng ngôn ngữ. Đặc biệt quan trọng là dải hình cung, nối vùng Broca với vùng Wernicke. Tổn thương dải hình cung khiến nhắc lại những điều nghe thấy bị khó khăn, do thông tin khó luân chuyển giữa vùng Broca và vùng Wernicke. Phức hợp vùng Broca- dải hình cung- vùng Wernicke đặc biệt quan trọng đối với chức năng ngôn ngữ và lời nói. Tổn thương phức hợp này dẫn tới bệnh lý ngôn ngữ kinh điển ở người lớn- thất ngôn.

4. Các đường dẫn truyền vận động

Vận động của cơ thể được kiểm soát bởi 2 đường dẫn truyền chính là bó tháp và ngoại tháp.

4.1. Bộ tháp



Hình 5.5. Đường dẫn truyền vận động tháp

Là đường dẫn truyền trực tiếp từ vỏ não tới các dây thần kinh ngoại biên. Bộ tháp có hai neuron, neuron thứ nhất nằm ở vỏ não của hồi vận động. Các sợi trục tạo thành bộ tháp đi trung não tới các dây sọ não hoặc các dây thần kinh sống. Ở hành tủy, 85% số sợi của bộ tháp bắt chéo sang bên đối diện, chi phối vận động của nửa người bên đối. Đối với các dây thần kinh sọ não, chi phối hơi khác: Sợi trục từ cả hai bán cầu chi phối các dây sọ não, ngoại trừ dây mặt. Nếu tổn thương thùy trán bên trái, chức năng vận động của đầu và cổ vẫn bình thường do chi phối từ bán cầu phải tới các dây sọ não không bị gián đoạn.

4.2. Bộ ngoại tháp

Là một hệ thống phức tạp, quan trọng trong kiểm soát vận động. Nó bắt đầu ở vỏ não, ngay trước hồi vận động. Bộ này chuyển các tín hiệu từ vỏ não tới các nhân xám dây não. Vai

trở của bố ngoại tháp là tạo các mẫu vận động phức tạp. Tổn thương bố này làm xuất hiện các cử động ngoại ý như run. Ngày nay có thể nghiên cứu giai đoạn chức năng của não bằng các phương pháp chụp cắt lớp não, chụp cộng hưởng từ, hoặc chụp cắt lớp phát xạ positron.

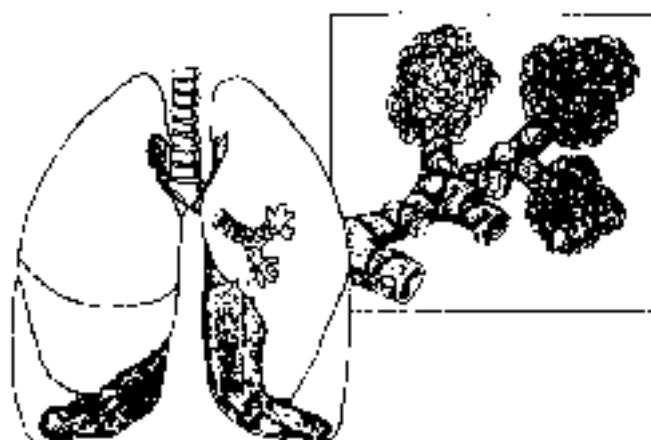
II. GIẢI PHẪU VÀ HOẠT ĐỘNG HÔ HẤP, SINH ÂM, CẤU ÂM, CỘNG HƯỞNG TRONG QUÁ TRÌNH NÓI

1. Cấu tạo và hoạt động hô hấp

Hô hấp là nguồn năng lượng cho hoạt động nói. Các thành phần chính của hệ hô hấp là: phổi, lồng ngực, và bụng

1.1. Phổi

Phổi là một tạng rỗng chứa khí nằm trong khung xương của lồng ngực. Nó thông với đường dẫn khí bởi khí quản - một ống gồm nhiều vòng sụn nối thanh quản với các phế quản của phổi.



Hình 5.6. Hai phổi với các túi phế nang căng.

Phổi có cấu tạo mô phỏng như hình cây, chân là khí quản, các nhánh là các phế quản lớn và nhỏ dẫn tới các túi khí ở tận cùng, gọi là các phế nang. Ở tại phế nang diễn ra hiện tượng trao đổi khí của cơ thể. Khí carbonic được thải ra ngoài và khí oxy được khuếch tán vào máu nhờ sự chênh lệch áp suất các khí này giữa phế nang và các mao mạch phổi.

1.2. Lồng ngực

Gồm 12 cặp xương sườn chạy từ cột sống tới xương ức. 7 cặp nối với xương ức, 3 cặp nửa nối với sụn sườn, còn hai cặp dưới cùng buông tự do. Giữa phổi và lồng ngực có các màng phổi bao quanh.

1.2.1. Hoạt động trao đổi khí và chiều luồng khí lưu thông giữa mao mạch phổi và khí ở phế nang diễn ra nhờ vào các cơ chế sau:

Sự chênh lệch áp lực khí của hai môi trường dẫn tới hiện tượng khuếch tán khí.

- Trong bình kín, áp lực khí tỷ lệ nghịch với thể tích chứa chúng. Thể tích chứa càng tăng thì áp lực khí càng giảm (định luật Boyle).

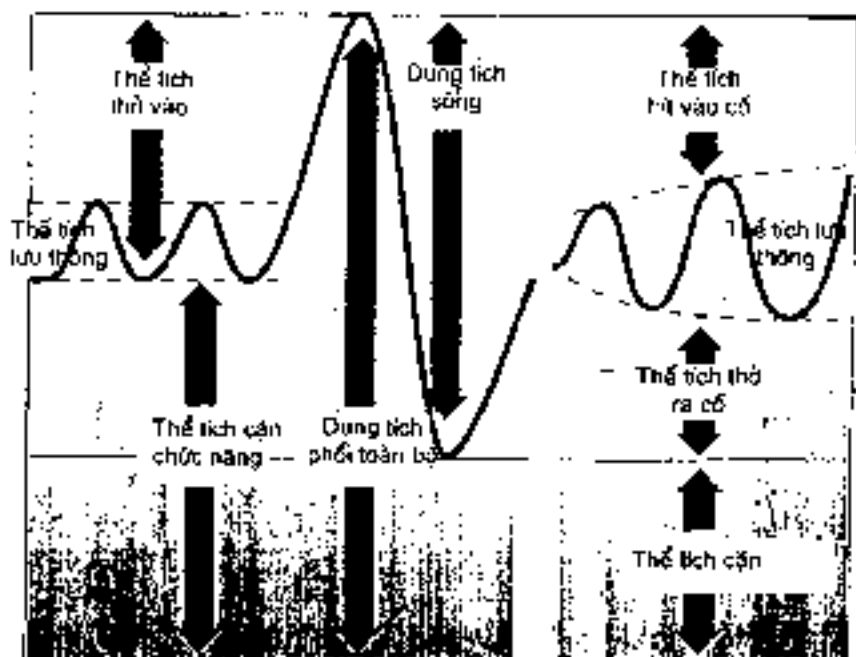
Khi các cơ thành ngực co làm thể tích lồng ngực tăng lên, áp lực khí trong phổi giảm khiến không khí bên ngoài được hít vào phổi (Thì hít vào).

Khi các cơ hô hấp giãn ra, lồng ngực xẹp lại hiện tượng ngược lại xảy ra và không khí trong phổi bị tống ra ngoài (Thì thở ra).

1.2.2. Các cơ hô hấp gồm: cơ hoành, cơ liên sườn ngoài. Chúng làm lồng ngực tăng thể tích theo 3 chiều. Cơ liên sườn trong và cơ thẳng bụng làm giảm thể tích lồng ngực trong thì thở ra.

1.3. Đánh giá chức năng hô hấp

Lượng khí lưu thông ở phổi có thể phân loại ra thành một số thông số như sau:



Hình 5.7. Mẫu dung tích khí hô hấp

- **Dung tích phổi toàn bộ:** Gồm thể tích còn và dung tích sống. Thể tích còn là lượng khí còn lại trong phổi sau khi đã thở cố ra tối đa, không thể thở ra được nữa.

Dung tích sống: Tổng lượng khí lưu thông ở phổi có thể kiểm soát được. Gồm thể tích khí hít vào và thở ra tối đa.

- **Thể tích khí lưu thông:** Là thể tích khí hít vào và thở ra trong khi thở bình thường. Người bình thường khoảng 500ml.

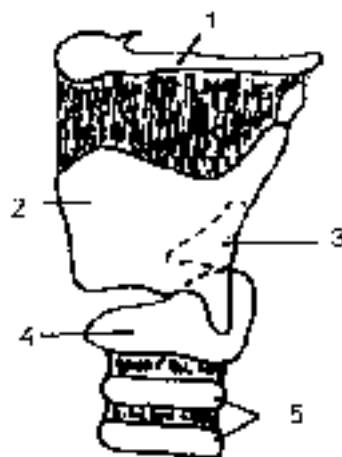
1.4. Ảnh hưởng của hoạt động nói tới hô hấp

Trong khi nói, hệ hô hấp duy trì một áp lực ổn định ở phổi. Hoạt động này được thực hiện nhờ sự cân bằng giữa lực cơ cơ chủ động và thụ động nhằm duy trì áp lực không đổi ở phổi do phổi xẹp lại vì mất khí.

Hô hấp trong khi nói có hai điểm khác so với khi thở bình thường 1) Dung tích phổi tăng lên để giữ đủ khí cho thời gian nói. Lượng khí hít vào tùy thuộc vào độ dài và cường độ người ta định nói. 2) Thời gian thở ra kéo dài hơn. Khi thở bình thường thời gian thở vào và thở ra bằng nhau. Nhưng khi nói, thời gian thở vào ngắn hơn và thở ra dài hơn để duy trì áp lực khí ở phổi ổn định.

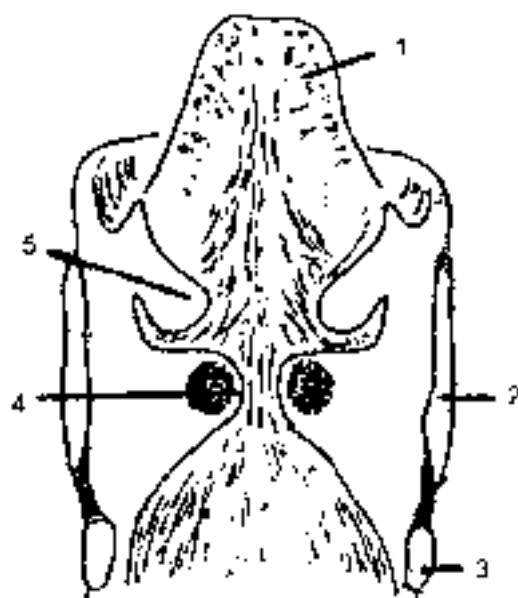
2. Cấu tạo và hoạt động sinh âm

Sinh âm là sự tạo ra âm thanh lời nói. Đó là quá trình biến năng lượng hô hấp thành năng lượng âm thanh, diễn ra ở thanh quản. Ngoài chức năng tạo âm thanh, thanh quản còn có chức năng đặc biệt khác, đó là bảo vệ để thức ăn khỏi rơi vào đường thở. Hoạt động này được thực hiện nhờ cử động khép của dây thanh và của nắp thanh thiệt, làm đóng kín đường thở khi nuốt. Thanh quản là cơ quan cấu tạo từ sụn, cơ, màng và tổ chức liên kết nằm ngay trên khí quản.



Hình 5.8. Các sụn chính của thanh quản

- 1-Xương móng, 2-Sụn giáp, 3- Sụn phễu, 4-Sụn nhẫn, 5-Khí quản



Hình 5.9. Cắt dọc bên thanh quản

1-Nắp thanh thiệt, 2-Sụn giáp, 3-Sụn nhân, 4-Đáy thanh, 5- Nếp thanh thất

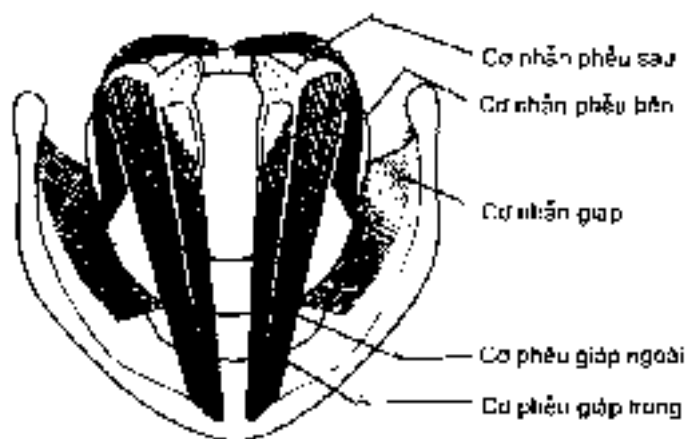
2.1. Cấu tạo thanh quản

2.1.1 Sụn thanh quản:

Các sụn của thanh quản gồm sụn nhân, sụn giáp và đôi sụn phễu và vài đôi sụn nhỏ khác. Sụn nhân có hình chiếc nhẫn nằm ở trên cùng của khí quản. Ở ngay phía trên và sau sụn nhân là sụn phễu. Ở phía trước cổ có một sụn đơn là sụn giáp, có hình con bướm, nối bằng khớp với sừng của sụn nhân hai bên. Xương móng được treo tự do phía dưới gốc lưỡi.

2.1.2. Các cơ của thanh quản:

Cử động của dây thanh và tư thế của thanh quản ở cổ được kiểm soát bởi các cơ. Các cơ nội tại có nguyên uỷ và hàm cận đều ở thanh quản. Chúng đóng mở, kéo dài, làm căng hoặc chùng dây thanh. Đó là những cơ:



Hình 5.10 Các cơ nội sinh của thanh quản

Cơ phễu gấp: làm căng dây thanh

- *Cơ nhón phễu sau:* làm mở dây thanh
- *Cơ nhón gấp:* kéo dài và căng dây thanh
- *Cơ liên phễu, cơ nhón phễu bên:* đóng và tăng áp lực lên dây thanh đang đóng.

Cơ ngoại sinh gồm hai cơ ở ngoài thanh quản, có tác dụng cử động thanh quản lên xuống và căng hoặc chùng dây thanh.

2.2. Hoạt động của dây thanh

2.2.1. Cơ chế hoạt động của dây thanh khi phát âm

Khí dây thanh khép, luồng khí từ phổi ra tạo một áp lực đủ để thắng lực cản của chúng, khi ấy dây thanh bị rung lên. Đầu

tiền mở nó dấy dấy thanh, sau lại dần ra phía trước tới đỉnh. Sau đó dây thanh lại đồng trở lại như sự đàn hồi của chúng. Sự đồng mở có tính chu kỳ này hoàn toàn tự động tuân theo *hữu ứng Bernoulli*. Đó là hiện tượng áp lực khí giảm sẽ làm tăng lực lượng dòng khí. Nghĩa là khi áp lực khí giữa hai dây thanh giảm chúng sẽ bị tự hút lại với nhau. Cơ chế hoạt động này của dây thanh nhờ sự điều chỉnh của áp lực dưới thanh môn được dựa vào *thuyết khí động học đàn hồi cơ* gây rung dây thanh.

2.2.2. Tần số và cường độ rung của dây thanh

Tần số rung của dây thanh được xác định bởi độ dày và sức căng của nó. Dây thanh bị kéo căng khi khoảng cách sụn phễu và sụn giáp tăng lên đồng thời độ dày của nó giảm đi. Hiện tượng này giống như ta kéo căng dây chun, kéo căng càng dây càng nhỏ và khi thả ra, dây rung càng mạnh hơn.

Cường độ rung phụ thuộc vào lực của dòng khí qua thanh môn và sự va đập của khối khí trong ống thanh âm phía trên dây thanh. Áp lực khí trên thanh môn càng lớn cử động của dây thanh càng mạnh và lượng khí thoát qua thanh môn ở mỗi chu kỳ càng nhiều.

Tần số rung của dây thanh khác nhau theo tuổi và giới. Nam giới có dây thanh dày hơn và tần số rung trung bình khoảng 125 Hz, nữ giới là 225 Hz và trẻ em cao hơn của nữ. Cử động của dây thanh gần như đều đặn và tạo ra phức hợp sóng hình tam giác. Nó có tần số cơ bản tương đương với tần số rung của dây thanh và vô số sóng hài; nghĩa là tổng hợp của nhiều sóng có tần số cơ bản. Thanh quản là nơi sinh nguồn âm thanh tạo các âm thanh ngôn ngữ.

3. Cấu âm

Cấu âm là quá trình tạo âm thanh lời nói nhờ cử động của các bộ phận cấu âm. Ống thanh âm được hình thành từ nhiều phần hình ống liên thông với nhau, từ thanh quản tới miệng và mũi. Chúng tham gia vào cấu âm và cộng hưởng lời nói.

3.1. Cơ quan cấu âm

• Khoang miệng bắt đầu từ môi ra sau tới họng. Khoang mũi bắt đầu từ lỗ mũi tới hầu họng, nơi khoang miệng và khoang mũi thông với nhau. Hình dạng và kích thước khoang miệng liên tục thay đổi khi nói năng, còn khoang mũi thì không thay đổi. Họng là phần của ống thanh âm, nối từ dây thanh tới khoang mũi và gồm có các phần: họng thanh quản, họng miệng và họng mũi.

Các bộ phận cấu âm gồm các cấu trúc cố định như: răng, cung cứng, và vòm cứng. Các cấu trúc di động tham gia vào cấu âm gồm hàm dưới, lưỡi, mặt, và các cấu trúc của hầu họng.



- Răng cửa tham gia tạo các âm tiếng Việt như: /t/ và /tʰ/. Cung răng có hình cung, góp phần tạo các âm /t/ và /tʰ/, /s/ và /z/, /ʃ/ và /ʒ/, khi lưỡi tỳ vào phần này. Lưỡi tỳ vào vòm cứng để tạo các âm khác như /tʃ/ và /tʃʰ/, /sʃ/ và /sʃʰ/, /ʒ/ và /ʒʰ/.
- Mạt có ý nghĩa quan trọng trong giao tiếp, một mạt nó giúp thể hiện các trạng thái cảm xúc khác nhau như: sung sướng, đau khổ, ngạc nhiên, nghi ngờ... Mạt khác, cơ mạt tham gia vào tạo các âm môi như /p/ và /b/ cũng như hai âm /f/ và /v/ nữa.
- Hàm dưới là bộ phận di động khác của cơ quan cấu âm, tham gia tích cực vào hoạt động nói. Cử động nâng lên hạ xuống của nó giúp tạo các nguyên âm, ví dụ: /a/ hay /ɔ/. Ngón ra nó đỡ dưới sàn lưỡi, tạo thuận cho cử động phát âm của lưỡi.
- Lưỡi là cơ quan cấu âm quan trọng nhất. Nhờ các cơ nội tại ở lưỡi, nó có thể thay đổi hình dạng: dài ra, ngắn lại, dày, mỏng hoặc rộng ra, hẹp đi... Các cơ nội tại của lưỡi nối với xương móng, xương hàm dưới, xương thái dương và họng, cho phép nó cử động về mọi hướng.

Lưỡi gồm một số phần sau: gốc lưỡi, thân, lưng, cạnh và đầu lưỡi. Tùy vào vị trí vận động của lưỡi mà các âm thanh lưỡi nói được tạo ra khác nhau. Hầu hết các âm đều được tạo ra khi ống thanh âm bị hẹp lại, và nhờ cử động lưỡi. Do vậy có thể nói lưỡi có vai trò tuyệt đối quan trọng trong hoạt động cấu âm.
- Vòm mềm: Một bộ phận quan trọng khác thuộc cơ quan cấu âm di động là vòm mềm. Nó ngăn cách khoang miệng với khoang mũi bằng cách nâng lên ra phía sau, chạm vào thành họng. Khi tạo các âm không cần hơi đi qua mũi, ví dụ: âm /s/ hay âm /z/, vòm mềm sẽ ngăn cách hai khoang này. Cơ thực hiện cử động này là cơ nâng vòm mềm.

3.2. Hoạt động nói:

Nhờ sự chỉ huy đã được lập trình sẵn ở não, quá trình nói được thực hiện ở ống thanh âm, gồm các quá trình sinh âm, cấu âm và cộng hưởng âm.

Âm thanh lời nói mang tính đều đặn, phức tạp được *sinh ra ở thanh quản*. Nó gồm có một tần số cơ bản, tương đương với tần số rung của dây thanh; và những tần số hài, là toàn bộ các cấp số nhân của tần số này. Nếu tần số cơ bản là 100 Hz thì năng lượng sẽ thể hiện ở các tần số 200 Hz, 300 Hz, 400 Hz và tiếp tục, tới tần số 4.000 Hz. Nhưng không có tần số nào ở giữa những điểm đã nêu trên. Ống thanh âm sẽ lọc những tần số này nhờ những đặc tính thanh học của nó.

Trong hoạt động nói, ống thanh âm có vai trò như một nơi *cộng hưởng*, lọc hoặc lan truyền nguồn năng lượng âm thanh nói. Khi dây thanh rung, tạo ra các sóng âm phức tạp. Những sóng âm này được phóng đại hoặc nhỏ đi nhờ những khoang kín, hay nói cách khác có hiện tượng phản bố lại sóng âm.

Giả như khi người ta thổi kèn, nguồn năng lượng của nhạc cụ được tạo ra nhờ cử động rung của môi. Sự thay đổi thể tích và hình dạng của nhạc cụ đã làm biến đổi tần số của sóng âm. Ống càng hẹp và nhỏ thì tần số âm thanh càng cao. Ngược lại, ống càng dài và lớn thì tần số âm càng trầm.

Ống thanh âm là một *hộp cộng hưởng phức tạp* hơn nhiều. Thực tế đó không phải là ống có thành cứng, lại được phủ bằng niêm mạc nên sẽ hấp thu một phần năng lượng âm thanh. Nó có thể thu hẹp ở nhiều chỗ, dung tích luôn thay đổi, và sự liên thông giữa khoang mũi, miệng, thanh quản nên sẽ tạo ra hiện tượng lọc âm phức tạp làm giảm năng lượng của một số vùng tần số.

Âm thanh được sinh ra trong ống thanh âm, qua sự biến đổi nhờ *cử động cấu âm* sẽ tạo nên các âm thanh lời nói đặc trưng cho mỗi cá thể. Kết quả của cấu âm là tạo ra các âm một cách rõ ràng, giống như những người xung quanh nói, và có thể hiểu được. Cấu âm phụ thuộc vào khả năng cử động bình thường

của các bộ phận cấu âm. Ví dụ, khi tạo nguyên âm /a/, miệng phải mở rộng, hàm dưới hạ thấp, thanh lưỡi hạ. Cử động lưỡi khó khăn hoặc miệng khó há to sẽ gây trở ngại và âm sẽ được tạo ra không rõ hoặc méo.

Các phụ âm tiếng Việt được xác định nhờ 3 tiêu chí chính: phương thức (cách thức), bộ vị (vị trí) tạo âm và hữu thanh hay không. Tuy theo vị trí tạo âm ở đầu mà chúng được đặt tên theo đó, như: âm môi, âm răng, âm lợi... Chẳng hạn âm /b/ là âm môi, nó được tạo nhờ cử động mím nhẹ hai môi, giữ hơi trong khoang miệng ngắn và bật thả hơi nhanh. Ngoài ra, âm /b/ còn được xác định là âm tắc miệng, vì hơi được giữ hoàn toàn và thoát ra miệng, khác với âm /m/, hơi được thoát ra cả đường mũi. Đây là âm hữu thanh vì khi tạo âm /b/ dây thanh rung.

Các phụ âm đầu được phân loại ra âm tắc (tắc miệng và tắc mũi), âm sát, các âm quặt lưỡi, và âm hên. Phụ âm cuối của tiếng Việt về mặt ngữ âm có khác đôi chút so với phụ âm đầu. Chúng đứng ở cuối âm tiết, thường bị nhược hoá (bị nói lướt hơn), nhất là sau âm tiết đó còn có âm tiết khác.

Chi tiết hơn về các cử động tạo âm của tiếng Việt được nêu ở chương 2 và chương tiếp theo đây.

Chương 6

Bệnh lý về cấu âm và âm vị học

I. CÁC DẠNG NÓI NGỌNG VÀ NGUYÊN NHÂN

1. Nói năng bình thường và nói ngọng

Nói là quá trình tập luyện, cử động theo thói quen, có sự phối hợp hoạt động của hô hấp, tạo âm và cấu âm dưới sự chỉ huy của não. Ở độ tuổi nhất định, tất cả chúng ta đều có khả năng nói một cách rõ ràng, tròn vành rõ tiếng, khiến mọi người xung quanh đều hiểu được. *Nói ngọng* là nói kém rõ ràng, giảm độ dễ hiểu của lời nói do bệnh lý về cấu âm. Nói ngọng khiến cho các âm thanh của lời nói được tạo không rõ ràng, chính xác, làm những người khác hiểu kém, giảm chất lượng giao tiếp. Khái niệm nói ngọng xưa nay quen dùng để chỉ những trường hợp khó khăn về cấu âm, nói khó do tổn thương thần kinh, nói không rõ ràng ở trẻ chậm phát triển ngôn ngữ... Nhưng ở cuốn sách này thuật ngữ *nói ngọng* chỉ áp dụng với các *khó khăn về cấu âm* mà thôi.

Cấu âm là khả năng tạo các âm thanh lời nói nhờ cử động của các bộ phận cấu âm. Nói ngọng thuộc bệnh lý của cấu âm. Tuy nhiên còn một hình thức nói ngọng khác cần được xem xét là nói ngọng do bệnh lý của âm vị học. Một người có thể tạo âm thanh lời nói khó khăn (lỗi cấu âm) nhưng có thể do họ hiểu và sử dụng luật tạo âm kém (lỗi về âm vị học). Ví dụ: trẻ em học nói tiếng mẹ đẻ, chúng có thể nói "xỏ" thay vì nói "thỏ", chúng nghe rõ, hiểu cần phải tạo âm như vậy, nhưng không điều chỉnh được cơ quan cấu âm theo ý muốn. Đó là *lỗi cấu âm*. Nhưng có một số người lớn, ngọng theo tiếng địa phương, nói "cái lón" thay vì "cái nón", họ không phân biệt được trường hợp nào cần tạo âm như thế nào. Ở đây phân biệt lỗi này là *lỗi âm*

vị học, là lỗi do nhận thức về tạo âm chưa rõ ràng. Có thể một người vừa mắc lỗi cấu âm vừa lỗi âm vị học. Ví dụ: một trẻ nghe kém, không hình dung được âm /s/ được tạo như thế nào, vừa có khó khăn trong đặt lưỡi, đẩy hơi tạo âm này.

2. Phân loại bệnh lý về cấu âm (nói ngọng)

2.1. Nói ngọng chức năng và thực thể

Như trên đã nêu, nói ngọng có thể do lỗi cấu âm và lỗi âm vị học. Ngoài ra, có thể phân loại các loại ngọng do cấu âm thành các loại: ngọng chức năng và ngọng thực thể. Ngọng thực thể là những trường hợp có tổn thương thực thể ở một trong các cơ quan lời nói, ví dụ: tổn thương não dẫn đến liệt hầu họng, miệng, và cử động phát âm khó khăn, nói không rõ. Hoặc bị khe hở vòm miệng, dẫn tới nói ngọng. Ngọng chức năng là những trường hợp không tìm thấy tổn thương của bất kỳ bộ phận nào của cơ quan phát âm. Lý do của ngọng chức năng thường do môi trường học nói quanh trẻ chưa tốt, thiếu sự hướng dẫn hoặc phát âm chuẩn mực. Cũng có thể do ít cơ hội giao tiếp...

2.2. Nói ngọng do phát triển và ngọng bệnh lý

Ngọng do phát triển thường là những lỗi cấu âm ở trẻ em không tự điều chỉnh được nên còn tồn tại muộn hơn so với những trẻ cùng tuổi khác. Thông thường lỗi cấu âm ở trẻ em được tự sửa trong quá trình phát triển của trẻ, tới độ tuổi khoảng 5 - 6 tuổi, trẻ đã học nói được bình thường. Ở một số trẻ, do chậm phát triển mà những lỗi phát âm này tồn tại tới lúc trẻ 12-15 tuổi hoặc muộn hơn nữa. Những trẻ bị lỗi cấu âm do phát triển thường nói giống như những trẻ nhỏ tuổi. Chẳng hạn một trẻ 8 tuổi nói "quả hề" thay vì nói "quả khế" là nói giống trẻ ở độ tuổi 3-4 tuổi.

Ngọng bệnh lý là trường hợp trẻ không học nói giống như những trẻ bình thường khác. Những trẻ này có thể tạo được rất

ít, hoặc không có phụ âm đầu nào. Ví dụ: tất cả các âm tiết đều bỏ hết phụ âm đầu, hoặc đều thay bằng âm /t/. Trẻ nói "lầu tíc tít tót tó" (cháu thích cái ô tô ô). Cũng có thể trường hợp người lớn đã có ngôn ngữ và lời nói bình thường, nhưng do chấn thương sự nào dẫn đến khó khăn phát âm. Đó là trường hợp ngọng mắc phải.

2.3. Ngọng phối hợp với các bệnh lý ngôn ngữ, lời nói khác

Nhiều trường hợp nói ngọng có thể đi kèm với bệnh lý ngôn ngữ và lời nói khác. Ví dụ, một ngọng ở trẻ em chậm phát triển trí tuệ. Những trẻ này ngoài bị ngọng theo kiểu ngọng phát triển hoặc ngọng bệnh lý, còn bị chậm phát triển ngôn ngữ và lời nói. Từ vựng nghèo nàn, dùng các câu đơn giản và ngắn, sai về ngữ pháp, sai về ngữ cảnh... Ngọng có thể đi kèm với chậm phát triển ngôn ngữ và nói kém lưu loát như ở trẻ em bị bại não...

2.4. Tiếng địa phương

Tiếng địa phương là một biến thể của ngôn ngữ chung của cộng đồng. Vì là ngôn ngữ biến thể, nên cộng đồng đó vẫn hiểu được. Một ngôn ngữ có thể có nhiều biến thể. Chẳng hạn tiếng Việt có thể có tiếng Việt ở Hà Nội, ở các địa phương miền Bắc, miền Trung, hoặc miền Nam... Các ngôn ngữ biến thể này phần gốc giống nhau, chỉ khác nhau phần nào đó về phát âm hoặc một số phần từ vựng. Chẳng hạn, về đặc điểm phát âm, người sống ở vùng Bắc Ninh, Hưng Yên, Thái Bình..., hay dùng lẫn lộn các âm /n/ và /l/. Nếu họ vẫn sinh sống ở quê hương của mình, họ không thấy bản thân nói năng khác so với mọi người. Nhưng khi đi khỏi vùng đó, những phát âm này dễ bị những người khác xung quanh phát hiện. Lập tức, người nói tiếng địa phương đó bị coi là nói ngọng, họ lập tức có nhu cầu chỉnh sửa các lỗi phát âm. Tiếng Việt ở Hà Nội được coi là chuẩn quốc gia, nhưng khi sửa phát âm cho một người nói ngọng, người ta cần dựa trên cơ sở tiếng địa phương mà người đó đang sinh

sống đồ dạy. Đó là nguyên tắc âm vị học động trong ngôn ngữ trị liệu.

3. Nguyên nhân các trường hợp nói ngọng thực thể

3.1. Nguyên nhân do trí giác kém

- Tổn thương thần kinh thính giác bẩm sinh hoặc mắc phải

Viêm tai giữa

Nghe kém do lão hoá, do môi trường ồn.

3.2. Nguyên nhân tổn thương cấu trúc

Khe hở môi và vòm miệng: dị tật bẩm sinh của hàm mặt, dẫn đến tật phát âm

3.3. Nguyên nhân vận động

- Nói chậm và khó: do tổn thương thần kinh vận động, gây thờ kén, sinh âm, cấu âm khó khăn, rối loạn nhịp điệu và ngữ điệu, kém lưu loát. Thường gặp ở trẻ bại não.
- Mất thực dụng ngôn ngữ, tổn thương thần kinh trung ương, làm cử động nói vụng về, thiếu chính xác, chậm và khó nghe. Hay gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, bị tai biến mạch não, khiến hoạt động lập chương trình cử động nói năng ở não bị rối loạn.

II. PHÁT HIỆN VÀ ĐÁNH GIÁ LỖI PHÁT ÂM

1. Khám và đánh giá phát âm

Mục tiêu của đánh giá phát âm là xác định bản chất, mức độ của nói ngọng và tìm hiểu nguyên nhân của nó. Ngoài ra, cần đánh giá sự phát triển ngôn ngữ theo tuổi của trẻ và theo mức phát triển của độ tuổi đó.

Trước khi đánh giá phát âm, cần khám xét cơ quan phát âm (gồm bờ nắp, hầu họng, thanh quản, mũi, họng, răng và hàm mặt...) xem có dị tật bất thường không. Kiểm tra xem cử động của cơ phần đầu mặt cổ có khô khan không. Yêu cầu trẻ nhắm mắt, há miệng, thổi hơi ra miệng, thở mũi... xem có dễ dàng không.

Để đánh giá phát âm của trẻ, có thể dùng hai cách chính: *nói chuyện tự nhiên với trẻ*, hoặc sử dụng *bộ từ thử và câu mẫu*. Khi trẻ giao tiếp bằng lời kèm, sẽ sử dụng các kỹ năng không lời khác để tìm hiểu khả năng giao tiếp và đánh giá ngôn ngữ của trẻ.

1.1. Bộ từ thử và câu mẫu

Nguyên tắc cấu tạo của bộ từ thử và câu mẫu

- Chúng phải gồm các từ đơn và các câu có độ dài tương tự với phát ngôn của độ tuổi đó.
- Chứa đầy đủ các phụ âm nguyên âm và thanh điệu tiếng Việt, được dàn cơ vùng đó sử dụng.
- Các yếu tố chuyển đoạn kể trên nằm trong các âm tiết có cấu trúc tương đối đại diện cho các dạng âm tiết tiếng Việt
- Nội dung các từ thử và câu mẫu cố gắng phù hợp với độ tuổi của trẻ, phù hợp với văn hoá và tập quán sinh hoạt của cộng đồng dân cư vùng đó.

1.2. Giới thiệu bộ từ thử và câu mẫu

Phòng Ngôn ngữ trị liệu, Bệnh viện Bạch Mai đang sử dụng bộ từ thử và câu mẫu, được xây dựng từ năm 1996. đã sửa đổi cho phù hợp với các đối tượng. Bộ trắc nghiệm ngữ âm này tương đối đơn giản, dễ sử dụng và dễ hiểu với trẻ ở cả độ tuổi nhỏ. Có thể những âm tiết được sử dụng ở đây chưa hoàn toàn tuyệt đối đại diện, nhưng nói chung, nó được chấp nhận để dùng ở

truyền công đồng. Bộ từ thủ phần A, có kèm theo 1 bộ tranh minh họa (xem phụ lục chương 6)

1.3. Cách đánh giá phát âm:

1.3.1. Các dụng cụ cần thiết: gồm

- Biểu mẫu ghi chép cô bộ từ thủ, bức
Bộ tranh kèm theo

1.3.2. Cách thức tiến hành:

Tư thế ngồi đánh giá phát âm.

Trẻ ngồi bên cạnh người thủ, khi tranh được đưa ra, trẻ phải nói tên tranh 2 hoặc 3 lần. Người thủ sẽ ghi lại cách thức phát âm của trẻ vào các cột tương ứng. Nếu trẻ mắc lỗi phát âm, yêu cầu trẻ nhắc lại theo người thủ.



1.3.3. Ghi chép biểu mẫu:

Nguyên tắc ghi cách thức phát âm của trẻ

- Trẻ nói đúng: không ghi gì vào cột bên cạnh (cột 2)
- Nếu nói sai, ghi lỗi phát âm sai của trẻ vào cột 2
- Sau đó yêu cầu trẻ nhắc lại theo mẫu. Nhắc lại đúng, ghi dấu “✓” vào cột 3
- Nhắc lại vẫn sai, không ghi gì vào cột 3

Ví dụ:

Từ thử	Trẻ tự nói	Nhắc lại theo mẫu
	(2)	(3)
Bò	.	.
Phích	v	✓
Voi	.	.
Tai	.	.
Đu đủ	t/t	.
Dao	t	.
Xúc xức	h/h	.
Gà	.	.
Khì	h	.

.....

Ví dụ nói theo câu mẫu:

“tự là tí tự tấn là”: (cụ già đi chợ bán gà)

Đối với những người đã được luyện cách nghe ghi phát âm, các ký tự để miêu tả phát âm được mô tả theo phiên âm quốc tế. Những người chưa quen sử dụng phiên âm quốc tế có thể dùng con chữ tiếng Việt để ghi lại.

2. Phân tích lời nói, các lỗi cấu âm và căn nguyên

2.1. Phân tích lời nói và các lỗi cấu âm

□ Phân tích lời nói:

Dựa vào nói chuyện tự do và kết quả đánh giá cấu âm của trẻ có thể xem mức độ nói năng của trẻ có những vấn đề gì. Chẳng hạn câu đố hạo nhiều từ "có hợp độ tuổi của trẻ không? Khi nói có lưu loát không, nói nhanh, nói chậm, có khó khăn không? Có lỗi cấu âm không?... Vấn đề nổi bật khi nói năng là gì: lỗi cấu âm, hoặc cử động nói năng khó khăn hoặc hơi thở ngắn...

Để xác định những khó khăn đó của người bệnh, nên kiểm tra thêm các cơ quan phát âm, hoạt động của chúng như đã nói ở trên.

□ Phân tích lỗi cấu âm:

Theo kết quả cấu âm các từ đơn và câu mẫu, tìm hiểu vấn đề xem các lỗi cấu âm thuộc thành phần nào của âm tiết: phụ âm đầu, nguyên âm hoặc phụ âm cuối thành điệu?

2.1.1. Lỗi của phụ âm đầu: có một số dạng lỗi sau:

- **Mất phụ âm đầu:** Các phụ âm đầu âm tiết bị mất, hoặc có thể coi bệnh nhân dùng âm tắc họng để thay thế âm đích.

Ví dụ:

"Con gà"	biến thành	"on ả"
"Bông hoa"	→	"ông oa"
"Đi chơi"	→	"i ơi"

Có thể không phải tất cả các âm tiết đều mất phụ âm đầu, và có thể kèm theo một số kiểu lỗi khác, nhưng xu hướng nổi trội là mất phụ âm đầu

- **Thay âm đích bằng một âm vị khác:** Âm đích là âm đem ra thử. Âm đích có thể bị thay bằng một phụ âm khác bất kỳ nào. Chẳng hạn:

"Tàu <u>hoà</u> "	→	"tàu <u>ho</u> "
"xe <u>đạp</u> "	→	"xe <u>g</u> ạp"
" <u>th</u> ìa"	→	" <u>gi</u> à"

- **Lấn phụ âm:** Trường hợp lấn phụ âm là khi âm đích được tạo ra không rõ ràng, hoặc là một âm lẫn lộn giữa âm đích với một âm khác nào đó. Thực chất, âm được tạo ra có những nét của âm đích và nét của một âm khác.

Ví dụ:	"thỏ"	→	"kỏỏ"
	"khì"	→	"khừừ"

- **Âm bị yếu:** Là khi âm đích vẫn đúng nhưng bị lướt qua, thời gian tạo âm đó quá ngắn, vì lý do khách quan của vấn đề phát âm, không phải do chủ ý của người nói.

Các dạng lỗi của phụ âm này đặc trưng cho các lỗi của phụ âm đầu. Tuy nhiên có thể gặp các kiểu lỗi tương tự của các phụ âm cuối âm tiết. Nhưng do số lượng phụ âm cuối ít, gánh nặng âm vị học ít hơn so với phụ âm đầu nên những lỗi này ảnh hưởng ít hơn đến giao tiếp.

2.1.2. Các dạng lỗi của nguyên âm:

- **Lỗi của nguyên âm đơn thường hiếm gặp.** Tuy vậy, những trường hợp trẻ ngọng nguyên âm đơn chỉ thường thấy lỗi của tất cả các nguyên âm. Thậm chí có những trường hợp ngọng rất nặng, nói không rõ được một nguyên âm nào. Vì vậy ở đây chia ngọng nguyên âm ra thành hai nhóm. *Nhóm nặng*, thường ngọng nguyên âm đơn, còn *nhóm nhẹ* thì thường chỉ bị ngọng các nguyên âm đôi.
- **Không có quy luật biến đổi hay mắc lỗi của nguyên âm.** Trẻ có thể tạo một nguyên âm theo cách bất kỳ mà trẻ thấy thuận tiện, lại được những người thân chấp nhận và sử dụng để giao tiếp.

Ví dụ một trẻ 4 tuổi nói: "Đuối đi ấy ai nì!"

(Cháu có cái máy bay cơ!)

Đối với trẻ này, nguyên âm duy nhất còn rõ là nguyên âm /i/. Các nguyên âm khác được tạo đều mang nét nù đó của /i/ như: miệng mở vừa phải, hoặc lưỡi nâng ở phần giữa...

- Một điều đáng lưu tâm ở đây nữa là có mối liên quan giữa *ngọng nguyên âm* và *các dạng âm tiết*. Thường các âm tiết nửa đóng và âm tiết đóng được tạo khó khăn hơn. Ví dụ: trẻ có thể nói rõ "mía" nhưng khi nguyên âm đôi /iə/ nằm trong âm tiết "liếng", trẻ sẽ không nói được.
- Điều sau cùng, các nguyên âm thuộc từ vựng thường xuyên được sử dụng sẽ được tạo tròn vành rõ tiếng hơn.

2.1.3. Các dạng lỗi của thanh điệu

Trong 6 thanh tiếng Việt, dễ dàng nhận thấy trẻ thường chỉ ngọng 2 thanh "hỏi" và "ngã". Đây là thanh "gãy", về cao độ có sự biến đổi từ cao xuống thấp và lại lên. Do tạo thanh này tương đối khó hơn, nên trong quá trình học nói, lỗi của 2 thanh này được xếp vào lỗi do phát triển. Thông thường khi đạt tới 6 tuổi, tất cả các trẻ em bình thường đều tự chỉnh được.

Quy luật tạo các thanh sai:

Thanh "hỏi" biến thành	"nặng"
Thanh "ngã"	→ "sắc"

Ví dụ: trẻ nói "con khí" thành "con khì"

"Cái mữ" thành "cái mứ"

3. Các biện pháp thăm khám hỗ trợ

Ngoài đánh giá phát âm và khám các bộ phận tham gia vào phát âm cần kiểm tra thêm nếu có nghi ngờ. Chẳng hạn, nên khám tai mũi họng và đo chức năng cho tất cả trẻ nói ngọng để loại trừ nguyên nhân nghe kém. Khám răng hàm mặt và đo độ cộng hưởng, làm nội soi mũi hầu khi có nghi ngờ dị tật vùng hàm mặt và vòm miệng... Các biện pháp khác cũng có thể cần

thiết như chụp Xquang sọ và các xương, chụp cận quang hoặc chụp cắt lớp vùng đầu mặt cổ...

4. Nguyên tắc và cách huấn luyện phát âm

Mục tiêu huấn luyện nhằm dạy cho đối tượng tạo được âm và chuỗi âm thanh giống như các đối tượng cùng trang lứa ở địa phương. Kết quả cuối cùng là nói rõ ràng, dễ hiểu, không gây khó chịu từ phía người nghe.

4.1. Nguyên tắc

Tương tự như sửa phát âm cho người bị khe hở vòm miệng, các nguyên tắc sửa ngọng ở đây cũng cần bắt đầu từ dễ đến khó, từ âm đến âm tiết rồi từ và câu... Tuy vậy sửa ngọng ở đây tương đối dễ dàng hơn vì đối tượng không bị dị tật vòm miệng, không bị khí thoát mũi và giọng mũi hở... Việc tạo âm phụ thuộc chủ yếu vào chỉnh hai vấn đề:

- Điều chỉnh vị trí và phương thức tạo âm đúng
- Điều chỉnh nhận thức giữa âm bình thường và âm sai của người bệnh.

4.2. Cách thức

Sửa lỗi phát âm cho người bị ngọng cũng gồm các bước tương tự đã nêu ở chương tiếp theo dưới đây. Đầu tiên là luyện để sửa một âm sai, sau đó sửa âm đó trong các âm tiết, rồi âm trong từ và trong câu ngắn. Khi nói âm đó trong câu đã đúng, có thể sửa âm đó khi đọc và khi nói chuyện.

Khi âm đó được tạo đúng ngay cả khi hội thoại, mới bắt đầu sửa âm khác. Không nên sửa vài âm một lúc, đặc biệt là đối với trẻ em, vì chúng dễ quên hay lẫn các âm.

Đối với các lỗi âm vị học, cần tìm các cặp từ khác nhau bởi một âm vị để chỉ cho trẻ thấy ý nghĩa của các lỗi phát âm. Chẳng hạn các cặp từ:

Máy ≠ bay

ngan ≠ ngang

Cầu ≠ táo

Bác ≠ bàng

Cây ≠ giấy

khô ≠ khối

Có thể dùng hình thức so cặp tranh – chữ đối với trẻ đã ch. học, luân phiên chơi đồ chữ- tranh để trẻ tham gia hào hứng.

4.3. Tổ chức việc sửa phát âm cho trẻ em

Không nhất thiết phải đưa trẻ đến bệnh viện để chữa trị, việc sửa phát âm có thể được tiến hành ở trường học. Giáo viên mẫu giáo và tiểu học có thể dành một số thời gian ngoài giờ lên lớp hướng dẫn cho trẻ.

PHỤ LỤC CHƯƠNG 8

Bảng từ thứ (một số âm trong tiếng miền Bắc)

Phụ âm đầu-vần			Phụ âm đầu-vần			Phụ âm cuối- Thanh điệu		
Từ thứ	Lần 1	Lần 2	Từ thứ	Lần 1	Lần 2	Từ thứ	Lần 1	Lần 2
Bái			Máo			Bón		
Phích			Nón			Móm		
Voi			Ngựa			Ràng		
Tại			Nha			Kính		
Đu đủ			Chò			Ốc		
Sứ sứ			Họa			Sạch		
Dào			Lược			Mải		
Khi			Rau			Cấp		
Gá			Thia			Cửa		
Cơm gạo						Môi		

(Cần một bộ tranh vẽ minh họa nội dung các từ trên).

Chương 7

Phục hồi chức năng lời nói cho người bị khe hở môi và vòm miệng

I. VAI TRÒ CỦA KHOANG MŨI VÀ VẠN VÒM HẦU TRONG NÓI NÂNG, KHE HỖ MÔI VÀ VÒM MIỆNG

1. Vai trò của khoang mũi và vạn vòm hầu

Như chương 5 đã trình bày, hoạt động nói được thực hiện ở ống thanh âm, gồm thanh quản, họng, miệng và các khoang mũi xoang. Ta cũng hình dung được vai trò của các cấu trúc trong khoang miệng, thanh quản trong khi nói. Ở đây ta hãy xem xét kỹ hơn vai trò của khoang mũi xoang và vạn vòm hầu.

1.1 Khoang mũi

Chức năng chủ yếu của mũi là tham gia vào quá trình hô hấp: lọc sạch và sưởi ấm không khí hít vào. Ở mũi cửa mũi trước có nhiều lông để ngăn bụi và các vật lạ. Sau đó, không khí đi qua vách ngăn và các cuộn mũi. Vách ngăn ở giữa, ngăn khoang mũi thành 2 phần. Mỗi bên vách ngăn có 3 cuộn để làm tăng diện tích tiếp xúc của niêm mạc mũi với không khí. Đó là cuộn dưới, cuộn giữa và cuộn trên.

Ngoài sự tham gia vào hô hấp và chức năng thẩm mỹ, mũi có vai trò đáng kể trong quá trình nói. Điều này thể hiện rõ khi ta bị viêm mũi gây ngạt mũi. Lúc đó các phụ âm mũi như âm /m, n, ɲ, ŋ/ sẽ kém rõ, thậm chí còn biến thành các âm khác, chẳng hạn /m/ biến thành /d/. Ví dụ: nói “nắp” thành “dắp”. Lý do là khoang mũi và các xoang thông với mũi đóng vai trò cộng

hưởng âm, làm âm thanh lời nói vang hơn. Đặc biệt khi tạo các âm mũi, hơi vừa ra miệng vừa qua mũi, nếu ngạt mũi, hơi chỉ qua miệng, vì vậy sẽ gây biến dạng các âm mũi. Trường hợp giảm độ cộng hưởng của lời nói do giảm dung tích khoang mũi xoang gây nên sự biến đổi âm sắc của giọng rất đặc trưng gọi là *giọng mũi bịt*. Ta có thể nghe thấy giọng nói này bằng cách bịt mũi khi nói.



Hình 7.1 Các cuốn mũi

1. Cuốn dưới, 2. cuốn giữa, 3. cuốn trên

Đối lập với sự giảm cộng hưởng giọng nói là trường hợp tăng độ vang của giọng. Thường gặp nhất là ở lời nói của người bị khe hở vòm miệng. Khoang miệng thông với khoang mũi khi nói đã khiến giọng nói vang hơn một cách khác thường. Giọng vang hơn được gọi là *giọng mũi hở*. Hai trường hợp âm sắc giọng đối

lệp này này thường không cùng gặp ở một người. Tuy vậy, một nguyên nhân có thể khiến một người vừa bị giọng mũi hở, vừa bị giọng mũi bịt là thiếu năng vòm hầu đi kèm với ngạt mũi hoặc với amidan quá phát...

Khi đánh giá lời nói của người bị khe hở vòm miệng, cần thiết phải tìm hiểu xem hoạt động của van vòm hầu có bình thường không. Đây là căn nguyên gây rối loạn lời nói ở cả những người không bị khe hở vòm miệng, hoặc khe hở đã được phẫu thuật.

1.2. Cấu tạo của van vòm hầu

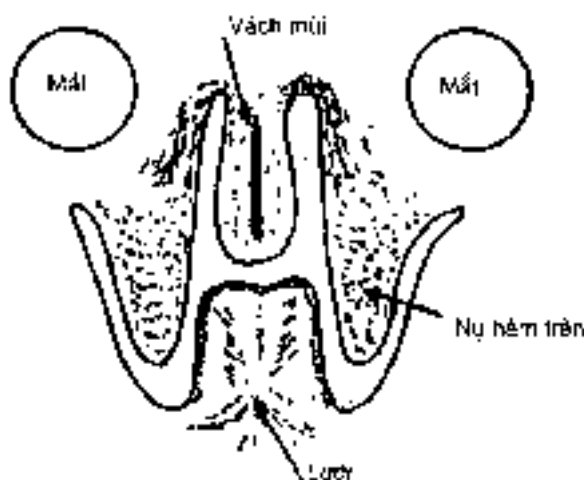
Khoang miệng phía trên được chặn bởi vòm miệng, gồm phần xương gọi là vòm cứng, và phần cơ gọi là vòm mềm. Vòm miệng ngăn cách khoang miệng với khoang mũi, và cả hai khoang này dẫn tới họng ở phía sau. Van vòm hầu là phần của họng, ngay sát cửa mũi sau. Phía trên được giới hạn bởi vòm mềm, ở hai bên lọt giữa cung trước và cung sau là amidan. Ở dưới là gốc lưỡi. Van vòm hầu có vai trò quan trọng trong phát âm. Ở người bình thường, khi tạo các âm không phải là các âm mũi, van vòm hầu đóng kín, không cho hơi qua mũi. Hoạt động đóng van vòm hầu được thực hiện nhờ cử động của vòm mềm ra sau và lên trên, đồng thời thành sau họng tiến ra trước. Cử động của vòm mềm được thực hiện nhờ cơ nâng vòm, và một số cơ khác. Thành sau họng thu về phía trước nhờ cử động của cơ thất hầu trên. Nếu hoạt động đóng van vòm hầu kém hiệu quả, khi thoát ra mũi, gây nên giọng mũi hở.

2. Khe hở môi và vòm miệng

Khe hở môi và vòm miệng (KHM&VM) là một trong những dị tật bẩm sinh thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh. Cứ 750 trẻ sơ sinh ra đời ở Mỹ thì có 1 trẻ bị KHM&VM. Ở Việt Nam, tỷ lệ này vào khoảng 11/1000. Cùng theo thống kê thì khe hở của riêng vòm miệng chỉ chiếm khoảng 25% toàn bộ KHM&VM, còn số trẻ bị cả KHM&VM chiếm 50% trẻ bị dị tật loại này.

2.1. Cơ chế phát sinh khe hở môi và vòm miệng

Trong quá trình phát triển của bào thai, ở giai đoạn hình thành mặt, xung quanh mầm nguyên thủy có 5 nụ, gọi là nụ mặt gồm nụ trán, 2 nụ hàm trên và 2 nụ hàm dưới. Ở dưới nụ trán xuất hiện nụ mũi phải và trái, cách nhau bởi một khe giữa. Mỗi nụ này lại chia thành nụ môi trong và nụ môi ngoài, cách nhau bởi 1 rãnh gọi là rãnh khứu. Vào ngày thứ 40 - 50 thời kỳ bào thai (thai 10 cm), nụ môi và nụ hàm trên gặp nhau làm thành môi và hàm (còn gọi là thời kỳ tạo hàm ếch sơ phát). Vào tuần 9 - 12 (thai 30 cm), nụ khẩu cái gặp nhau ở đường giữa và với nụ hàm trên ở phía trước tạo thành vòm cứng (hàm ếch) và vòm mềm (bướm hầu).



Hình 7.2. Sự phát triển hàm mặt bào thai 6 tuần

1.Mắt, 2.Nụ hàm trên, 3.Vách ngăn mũi, 4. Lưỡi

Lỗ răng cửa là nơi gặp nhau trong quá trình hình thành hàm ếch sơ phát và thứ phát. Như vậy, sự phát triển của vòm miệng bắt đầu sớm hơn và kết thúc muộn hơn so với môi.

Sự hợp nhất từ hai phía lại của nụ khẩu cái và nụ hàm trên diễn ra từ phía trước ra phía sau. Nếu quá trình này bị yếu tố nào đó tác động sẽ gây nên khe hở. Vì vậy, nếu tác động xảy ra sớm thì khe hở dài, và tác động xảy ra muộn hơn thì khe hở sẽ ngắn và ở phía sau hơn.

2.2. Phân loại các dạng khe hở

Khe hở môi

- Không toàn bộ
Toàn bộ
- Không kèm theo khe hở cung răng
- Kèm theo khe hở cung răng

Khe hở vòm miệng

- Khe hở ngấm dưới niêm mạc
 - Khe hở dưới niêm mạc
- Không toàn bộ
Toàn bộ

Khe hở môi và vòm miệng

- Một bên
- Trái
- Phải
- Hai bên

Thiếu năng vòm hầu bẩm sinh

- Vòm mềm ngắn không có khe hở
- Hầu họng rộng
- Cung sau hốc amidan ngắn

Vòm miệng bình thường



Khe hở vòm mềm



Khe hở vòm cứng



Khe hở vòm miệng toàn bộ



Khe hở mũi và vòm miệng hai bên



Hình 7.3

Khe hở dưới niêm mạc là khe hở vòm miệng được che phủ bởi niêm mạc, nhưng dưới nó là khe hở. Chấn đoán dựa vào hai trong ba dấu hiệu đặc trưng sau:

Cá vết hằn ở vòm cứng. Không nhìn thấy rõ bằng mắt nhưng có thể sờ được bằng ngón tay di gang

- Hướng bất thường của cơ vòm mềm, làm giữa vòm mềm rất mỏng và có ánh xanh. Vì vùng này tương đối trong nên thường được gọi là vùng sáng.
- Lưỡi gà chẻ đôi, là dấu hiệu đặc trưng hiện rõ nhất đối với người lĩnh cở quan sát được.

Đôi khi hiếm hơn toàn bộ khe hở của vòm cứng được che phủ bằng niêm mạc, chỉ có bất thường về cơ vòm miệng, gọi là *khe hở ngầm dưới niêm mạc*.

Thiếu năng vòm hầu hầu sinh nguyên nhân thường do vòm mềm bị ngắn bẩm sinh, họng quá rộng hoặc cung sau hố amidan quá ngắn, khiến vòm mềm không nâng tới thành sau họng được. Thiếu năng vòm hầu ở những trẻ này có thể không thể hiện trong những năm đầu tiên là nhờ VA (đám bạch huyết ở vòm họng). Khi tạo các âm không phải là âm mũi, vòm mềm vẫn chạm tới thành sau họng. Khi VA tự teo đi hoặc bị lấy bỏ bằng phẫu thuật, hiện tượng thiếu năng vòm hầu sẽ ảnh hưởng rõ đến nói năng.

2.3. Nguyên nhân của khe hở bẩm sinh vùng hàm mặt

Nguyên nhân chưa được rõ. trong mỗi trường hợp cụ thể thường khó xác định. Thông thường có hai nhóm yếu tố được nêu nhiều nhất: do di truyền và các yếu tố liên quan đến môi trường sống:

- Tần suất bị khe hở bẩm sinh hàm mặt sẽ cao hơn nếu trong gia đình đã có người mắc. Vai trò của đột biến gen đã được chứng minh, thông thường đó là đột biến của nhiễm sắc thể thường đi kèm theo tính trội như trong hội chứng Alpert, Treacher Colin, Van der Woude. Nhưng trong một số trường

hợp khác như hội chứng Merkel, Seckel, Werner, đột biến di truyền với tình lùn, hoặc liên kết với nhiễm sắc thể giới tính (hội chứng Coffin - Lowry ...). Biểu hiện đặc trưng của những trường hợp này là KHMV đi kèm với các dị tật khác như dính ngón, dị dạng sọ mặt, dị tật ở tim, chậm phát triển tinh thần v.v.



Hình 7.4. Khe hở môi và vòm miệng trong hội chứng đột biến gen

- Một số yếu tố môi trường làm tăng tần suất mắc: dùng thuốc (cortison), nhiễm trùng, mắc một số bệnh, suy dinh dưỡng, thiếu oxy bào thai, bệnh chuyển hóa.... Nhưng có một số tác nhân có thể làm tăng nguy cơ dị tật như nghiện rượu, dùng aspirin, cafein, hút thuốc ở mẹ đang mang thai. Những tác nhân này can thiệp vào quá trình phát triển phôi thai của vùng hàm mặt, gây dị tật.

3. Các vấn đề khác của người bị khe hở vòm miệng

3.1. Ăn uống và dinh dưỡng

Sơ sinh bị dị tật môi vòm trước phẫu thuật có khó khăn về nuôi dưỡng. Do khoang miệng thông với mũi nên không tạo được áp lực âm ở khoang miệng, trẻ không mút, bú được. Sữa mẹ được

nuôi bằng thìa hoặc dùng chai có nắp nút cao su dài để trẻ có thể ngậm sâu trong miệng. Chai bằng nhựa dẻo để có thể bóp nhẹ khi cho ăn, giúp trẻ dễ nuốt. Những trẻ này thường mệt trước khi no vì thời gian bú lâu hơn so với trẻ bình thường. Trẻ dễ bị sặc thức ăn lên mũi hoặc vào đường hô hấp, ồng tai, do vậy dễ bị viêm nhiễm đường hô hấp hoặc tai giữa.

3.2. Khiếm khuyết thính giác ở người bị KHMV

Tần suất bị giảm thính lực ở các đối tượng này tới 56%. Có nhiều nguyên nhân gây giảm thính lực ở người bị hở môi vòm: thứ nhất, do cơ nâng vòm thông xuống, lấp lỗ thông của vòi nhĩ với họng. Thứ hai, vị trí của lỗ thông thấp hơn và lùi sau hơn bình thường, do vậy hoạt động chức năng của vòi nhĩ giảm, dễ gây ứ dịch nhầy, hoặc tắc do thức ăn, gây viêm tai giữa. Ngoài ra, giảm thính lực còn do những dị tật bẩm sinh ở cơ quan thính giác khác. Nhưng nguyên nhân chủ yếu vẫn là do tắc do giảm dẫn truyền.

3.3. Các dị tật bẩm sinh kèm theo khác

Trẻ bị dị tật môi vòm sinh ra có thể kèm theo một số dị tật bẩm sinh khác như khe hở ngang hoặc chéo mặt, một số dị tật ở sọ mặt, dính ngón chân, dính ngón tay, bệnh tim bẩm sinh và có thể bị chậm phát triển trí tuệ. Vì vậy, người ta nhóm tất cả các các đối tượng bị khe hở môi vòm và các dị tật khác của hàm mặt vào một nhóm các Dị tật hàm mặt, do tần suất phối hợp của các dị tật này khá cao, từ 7% tới 25%. Những nghiên cứu gần đây còn cho thấy tần suất phối hợp của KHMV với các dị tật bẩm sinh khác còn cao hơn nhiều. Một trong những ví dụ thường gặp là hội chứng Pierre Robin và Hội chứng Van der Woude.

3.4. Chậm phát triển ngôn ngữ

Do giao tiếp bị giới hạn trong môi trường quen thuộc, với những đối tượng quen biết khiến đa số trẻ bị KHM & VM bị chậm phát triển về ngôn ngữ. Mặt khác, những khó khăn về

phát âm sẽ khiến trẻ tránh sử dụng những từ bất định, khiến từ vựng của những người KHM&VM bị giảm. Không kể có một số còn bị chậm phát triển về trí tuệ, hay nghe kém dẫn đến chậm phát triển ngôn ngữ. Phần lớn trẻ chậm phát triển ngôn ngữ xảy ra ở độ tuổi 2-3 tuổi. Tới 5-6 tuổi, sự hạn chế này sẽ được cải thiện và ngôn ngữ của trẻ bị KHM & VM sẽ tương đương với trẻ bình thường.

3.5. Chỉnh hình hàm cho trẻ hở môi vòm miệng

Trong một số trường hợp vì các lý do không mổ sớm được, thấy thuốc có thể chỉ định các dụng cụ chỉnh hình hàm. Trường hợp thường gặp là vòm mềm quá ngắn hoặc bầu lụng quá rộng. Người bị KHM & VM được đeo một mảng bít, che bớt vòm vòm hầu. Ưu điểm của phương pháp này là trẻ có thể trì hoãn được cuộc mổ tới thời gian cần thiết, trong khi vẫn duy trì được tiềm năng nói bình thường. Tuy vậy, mảng bít hàm trên cần được thay thế thường xuyên cứ mỗi 6 tháng, khi trẻ lớn lên.

II. NHỮNG KHIẾM KHUYẾT LỜI NÓI CỦA NGƯỜI BỊ KHE HỖ MÔI VÀ VÒM MIỆNG

Trong những khó khăn mà người bị KHM & VM phải đương đầu thì những khó khăn về lời nói là những trở ngại lớn nhất sau khi được phẫu thuật. Trẻ em bị KHM & VM thường học nói muộn hơn. Từ vựng hạn chế và sự hạn chế về giao tiếp do tâm lý lại càng gia tăng những trở ngại nói. Hiện nay, nhiều cha mẹ vẫn cho rằng sau phẫu thuật mặc nhiên trẻ sẽ nói tốt hơn, và quên rằng việc lập nói là nội dung chủ yếu trong phục hồi chức năng cho các đối tượng này. Do vậy, để giúp trẻ học nói tốt hơn, cần tìm hiểu những khó khăn về lời nói của chúng.

1. Hiện tượng thoát khí mũi khi nói

Là hiện tượng khí thoát qua mũi do thiếu năng vòm hầu hoặc qua lỗ hở ở vòm miệng sau phẫu thuật, khi tạo các âm không phải là âm mũi, hoặc khi thổi. Khí thoát mũi nhiều sẽ cản trở tạo phụ âm, thậm chí làm mất hoàn toàn phụ âm.

Trên lâm sàng để đánh giá khí thoát mũi, một số tác giả đã chia thang điểm về độ thoát khí mũi như sau:

- 0 điểm : Không có khí thoát mũi
- 1 điểm : Khí thoát mũi không thường xuyên khi tạo các phụ âm không là phụ âm mũi.
- 2 điểm : Khí thoát mũi thường xuyên.

Cận lâm sàng: Để phát hiện khí thoát mũi, năm 1985 Warren, D.W đã sử dụng máy PERCI. Hai đầu của một catheter được đưa vào hai lỗ mũi, một catheter khác được đưa vào miệng, hai catheter này được nối với máy PERCI. Ở người bình thường, áp lực khí qua mũi khi tạo các âm không mũi bằng 0. Còn ở người bị thiếu năng vòm hầu, khí thoát mũi tăng, áp lực này có thể tăng từ 1 - 8 cm H₂O. Ngoài ra, máy còn được dùng để đo sự chênh lệch áp lực giữa khoang miệng và khoang mũi. Nếu sự chênh lệch này :

- > 3cm H₂O : van vòm hầu đóng kín
- từ 1 - 2 cm H₂O : đóng tương đối kín
- < 2 cm H₂O : đóng không kín

2. Thay đổi âm sắc của giọng

Độ vang của lời nói được thiết lập nhờ sự cân bằng về cộng hưởng của âm khí qua khoang miệng và mũi. Ở người bình thường, vòm kín, hơi chỉ thoát lên mũi khi tạo phụ âm tắc mũi. Sự điều chỉnh này khiến cho lời nói ở giới hạn bình thường, chấp nhận được. Khi còn khe hở, hoặc thiếu năng vòm hầu, hơi thoát ra miệng và đồng thời qua mũi khi tạo các âm không mũi gọi là giọng mũi hở. Người ta phân biệt các loại sau:

2.1. Giọng mũi hở - tăng cộng hưởng mũi

Tăng cộng hưởng do vòm miệng không ngăn cách hoàn toàn được khoang miệng và khoang mũi khiến khí thoát qua mũi tăng lên. Tăng cộng hưởng mũi nhiều sẽ làm biến đổi nguyên

âm và các phụ âm hữu thanh. Một khác, áp lực ở khoang miệng giảm sẽ khiến các âm tắc miệng và âm xát bị yếu đi.

2.1.1. Đánh giá cộng hưởng mũi trên lâm sàng: Đây là phương pháp lượng giá chủ quan độ cộng hưởng mũi bằng cách nghe, dựa vào kinh nghiệm của người khám. Có thể chia một cách đơn giản ra các mức độ sau:

- Mức 0 : Không bị giọng mũi hở
- Mức 1 : Giọng mũi hở nhẹ, chú ý mới thấy
- Mức 2 : Giọng mũi hở rõ, dễ dàng nhận thấy

Theo thang điểm của Lohmander - Agerskov và Seil giọng mũi hở được chia thành 5 bậc, cách chia chi tiết hơn này giúp các nhà chuyên môn theo dõi được tiến bộ trong huấn luyện phát âm:

- 0 điểm : Bình thường
- 1 điểm : Giọng mũi hở nhẹ, không thường xuyên nghe thấy.
- 2 điểm : Giọng mũi hở nhẹ, thường xuyên nghe thấy
- 3 điểm : Giọng mũi hở rõ.
- 4 điểm : Giọng mũi hở nặng, biến dạng nguyên âm.

2.1.2. Phương pháp cận lâm sàng: Từ năm 1990, phương pháp đo độ cộng hưởng mũi bằng máy Nasometer, có bộ xử lý vi tính được Mc Culcheon và Fletcher áp dụng ở Alabama (Mỹ). Nguyên tắc hoạt động là so sánh các chỉ số cộng hưởng khi nói bộ câu mẫu "Rainbow Passage" giữa người bình thường và người bị hở vòm miệng. Ở Đơn vị Ngôn ngữ trị liệu, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội cũng đã thiết lập được những số liệu về chỉ số cộng hưởng của giọng trẻ em bình thường, nội thành Hà Nội. Chỉ số này cao nhất khi trẻ nói các câu chứa phụ âm mũi, thấp nhất khi nói câu chứa các âm xát...

2.2. Giọng mũi bịt - giảm hoặc mất cộng hưởng mũi

Cộng hưởng mũi giảm do tắc nghẽn lưu thông khí qua mũi (một số trường hợp tắc mũi), khiến các âm tắc mũi bị thay đổi thành âm miệng (ví dụ [m] thành [ɒ] hoặc nguyên âm không rõ).

Có thể chia giọng mũi bịt làm 3 mức:

- Mức 0 : Âm sắc bình thường
- Mức 1 : Giọng mũi bịt nhẹ, chú ý mới thấy
- Mức 2 : Giọng mũi bịt rõ, làm biến dạng các âm mũi (ví dụ: âm "n" thành âm "d")

2.3. Giọng mũi phối hợp

Trường hợp thiếu năng vòm hầu kết hợp với tắc nghẽn khí qua mũi. Giọng mũi phối hợp thường gặp sau phẫu thuật tạo hình vòm hầu. Có thể ảnh hưởng đến cộng hưởng và cấu âm.

3. Mẫu cấu âm ở người bị KHM & VM nói tiếng Việt

Nghiên cứu lời nói của gần 200 trẻ em các độ tuổi, tác giả nhận thấy trẻ bị KHM & VM nói tiếng Việt gặp thuận lợi hơn trẻ nói tiếng Anh. Điều này xuất phát từ đặc điểm ngôn ngữ mà trẻ sử dụng. Tiếng Việt là tiếng đơn âm tiết, lại có nhiều âm mũi nên dễ nói hơn. Mặt khác gánh nặng âm vị học tiếng Việt rơi vào phần vần (1500vần/ 23phụ âm đầu), nên dù lỗi rất nặng của phụ âm đầu, nhưng chức năng giao tiếp vẫn phần nào đảm bảo được.

Về lỗi cấu âm, trẻ bị KHM & VM thường dùng các phụ âm mũi để thay thế cho các âm xút và dùng âm tắc họng để thay cho âm tắc đứng đầu âm tiết. Các dạng lỗi này của người bị ngưng do KHM & VM tương tự như các loại lỗi phát âm đã được trình bày ở chương 5. Lỗi phụ âm đầu gồm các loại:

- Âm bị yếu
- Âm đích bị lẫn hoặc đồng cấu âm với một âm khác

- Âm bị thay thế bằng một âm khác
- Bị mất hoặc bị thay bằng âm tắc họng

Các thành phần khác của âm tiết vẫn tương đối bình thường. Đó là các dạng lỗi khi đánh giá một âm, nhưng để mô tả xu thế hoặc mức độ phát âm chung của người bị KHM & VM, có thể mô tả như sau:

- Mức 1 : Các phụ âm đầu bị yếu hơn nhưng vẫn nhận dạng được
- Mức 2 : Âm bị đồng cấu âm với một âm khác
- Mức 3 : Bị thay thế bằng các phụ âm phía trước, không phải các âm họng
- Mức 4 : Vừa bị thay bằng âm môi, vừa bằng âm họng
- Mức 5 : Bị thay hoàn toàn bằng các âm họng

Các mức phát âm 4 và 5 rất đặc trưng cho kiểu cấu âm của người bị KHM & VM khi chúng đi kèm với giọng mũi hở hay khí thoát mũi. Trẻ em thường có các kiểu phát âm này. Nhưng tới một độ tuổi nhất định, vào khoảng sau khi dậy thì, các cơ chế bù trừ được thiết lập, nên mức cấu âm có thể chuyển lên độ 1,2,3 nhưng giọng mũi hở thì vẫn không được cải thiện.

4. Sinh âm

Các bệnh lí của giọng đôi khi khó phân biệt do nguồn gốc tại thanh quản hay do chiều năng vòm hầu. Thông thường cả hai điều kiện này phối hợp với nhau: sự gắng sức của dây thanh để khắc phục sự lỏng cộng hưởng mũi. Theo Stengelhofen, có thể có một số vấn đề sau:

- Giọng yếu
- Giọng khàn
- Có xu hướng tần số cao (giọng cao)
- Nói ngắt quãng
- Có thất thanh môn.

Những trường hợp nói khàn, giọng đứt khi khâm bằng nội soi có thể phát hiện được hạt xơ trên dây thanh. Để đánh giá quá trình sinh âm, Bzock đã sử dụng 2 nguyên âm /a và i/, để BN nói / i/ hoặc /a/ lâu tối đa bằng một hơi thở. Bình thường có thể tạo chúng trong ít nhất là 15 giây. Khi có thay đổi về giọng như giọng yếu, giọng gầy, giọng thì thào, khàn... có thể phát hiện được. Chẳng hạn, các đối tượng này chỉ tạo âm "i" rất ngắn, khoảng 6-7 giây. Các âm được tạo thô, ngắt quãng, khàn...

5. Một số nguyên nhân khiếm khuyết lời nói tồn tại sau mổ

5.1. Thói quen có từ trước mổ:

Các tín hiệu ngôn ngữ diễn đạt được hình thành trung não và dẫn truyền theo các dây thần kinh vận động tới các cơ kiểm soát cơ quan hô hấp, sinh âm, cộng hưởng và cấu âm. Khiếm khuyết về cấu trúc được khắc phục muộn, sau khi trẻ đã học nói, kéo theo những vận động bù trừ của các cơ quan phát âm. Mổ càng muộn, cơ chế bù trừ càng rõ, và trở thành yếu tố cản trở quá trình luyện tập sau mổ.

5.2. Thiếu năng vòm hầu (TNVH)

Liên quan trực tiếp đến giảm hoạt động chức năng của vòm mềm. Bản chất hiện tượng này là do giảm kích thước(sẹo u kéo, kèm theo cen nhỏ) hoặc giảm chức năng của vòm mềm.

Thiếu năng vòm hầu có thể bẩm sinh hay mắc phải. Ngoài khu hở vòm miệng, TNVH bẩm sinh còn do hậu họng quá rộng. Liên quan đến TNVH mắc phải là chấn thương, bỏng, liệt vòm mềm do nguyên nhân tổn thương thần kinh, sau nạo VA hoặc cắt amidan ..

5.3. Chẩn đoán thiếu năng vòm hầu

Chẩn đoán chúng thiếu năng vòm hầu dựa vào nhiều tiêu chuẩn: khí thoát mũi, giọng mũi hở, các lỗi cấu âm. Nhưng chẩn đoán xác định phải dựa vào nội soi mũi hầu. Khi không

có, có thể dùng một số phương pháp khác thay thế như: đo áp lực khí thoát mũi, đo cộng hưởng mũi hoặc chụp Xquang...

- Nội soi mũi hầu: Phương pháp này được Pigott áp dụng đầu tiên năm 1969, dụng cụ là ống soi cứng hoặc ống soi mềm của hãng Olympus, Machida hay Pentax. Ống soi được đưa vào mũi, người ta quan sát hoạt động chức năng của vòm vòm hầu lúc nghỉ và trong phát âm. Nội soi mũi hầu cho phép phát hiện thiếu năng vòm hầu do nguyên nhân thắt kinh ngay cả ở người bình thường. Do vậy nó giúp chỉ định sử dụng phương pháp điều trị thích hợp nhất.

III. THĂM KHÁM LƯỢNG GIÁ VÀ HUẤN LUYỆN LỜI NÓI CHO NGƯỜI BỊ KHE HỞ MÔI VÀ VÒM MIỆNG

Cũng như đánh giá lời nói của người bị nói ngưng, việc thăm khám lượng giá chức năng phát âm của người bị KHM & VM cần được tiến hành tỉ mỉ và hệ thống. Bao gồm: khám vùng đầu mặt cổ, đánh giá sức nghe, đánh giá lời nói. Ngoài ra, nếu cần thiết có thể phải gửi người đó khám thêm các chuyên khoa khác.

1. Khám vùng đầu mặt cổ

1.1. Khám hình dạng chung của đầu và sọ mặt

Khe hở môi và vòm miệng là một trong những dị tật bẩm sinh hay đi kèm với các dị dạng khác ở sọ mặt. Đó là biểu hiện của các rối loạn nhiễm sắc thể. Vì thế, khi thăm khám những trẻ bị KHM & VM cần quan tâm đến các dị tật khác kèm theo.

- *Sọ mặt*: Quan sát xem tỷ lệ của phần mặt so với sọ não có bình thường như các trẻ cùng tuổi không. Kích thước mặt có cân đối không. Các bộ phận của mặt có bình thường về hình dạng, vị trí, hoặc kích thước hay không.

Sự hài hoà của các nét trên mặt: Khuôn mặt, các bộ phận như: khe mắt, hốc mũi... có bị thu hẹp hoặc to lên hay không.

- *Các dị tật bẩm thường ở đầu- mặt- cổ:* Có thể có các khối u, nốt thịt thừa, khe hở ngang hoặc chéo mặt... Cũng có thể gặp khe chéo mặt hoặc ngang mặt hoặc khe hở môi hoặc khe hở vòm miệng

1.2. Khám miệng và hầu họng

- *Miệng:* Quan sát môi, viền môi, yêu cầu đối tượng há miệng to, nhìn môi chát xem cử động của miệng có dễ dàng không .. Cử động của môi cần thiết đối với cấu âm.

Răng: Quan sát khớp cắn xem có bình thường hay bị khớp cắn ngược. Có khuyết răng hoặc răng lệch hàng, lạc chỗ hay không. Nếu có, đó có thể là trở ngại cho tạo âm, ví dụ, âm "ph, x"...

Vòm miệng: Xem hình dạng vòm miệng có bình thường không, chẳng hạn: quá dẹt hoặc hẹp và sâu quá. Xem vị trí và độ dài khe hở, hoặc nếu khe hở đã được phẫu thuật thì quan sát sẹo vết mổ xem có căng quá hoặc có kín không. Nếu có lỗ thông ở sẹo, thì vị trí của lỗ thông nằm ở phía trước hoặc sau của vòm miệng? Đối với phát âm, lỗ thông càng ở phía sau, gần vòm mềm thì hậu quả càng xấu.

2. Khám tai mũi họng và đánh giá sức nghe

Người bị KHM & VM thường bị viêm nhiễm ở tai giữa, đặc biệt viêm tai chanh dịch do hàn tắc vòi nhĩ. Do vậy, tất cả trẻ em bị KHM & VM cần được kiểm tra về tai mũi họng, nhất là trước khi huấn luyện phát âm.

2.1. Khám tai mũi họng

Viêm tai giữa hoặc viêm tai thanh dịch khiến sức nghe giảm, cách điều trị thích hợp thường là đặt ống thông nhĩ. Nguyên nhân của viêm tai thanh dịch là do bít tắc vòi nhĩ, gây chênh lệch áp lực giữa trong và ngoài màng nhĩ. Người bệnh thường thấy ù tai, và nghe kém một bên tai. Đôi khi bị chảy nước tai. Đặt ống thông nhĩ nhằm tạo sự cân bằng áp lực của tai giữa với môi trường bên ngoài, tai sẽ thôi không tiết dịch nữa. Một thời gian sau (khoảng 3-6 tháng), khi hết dịch, thấy tụt ốc có thể kiểm tra và lấy ống thông nhĩ ra, hoặc nó tự rơi ra khi áp lực ở tai giữa đã cân bằng với bên ngoài.

2.2. Đo sức nghe và nhĩ lượng

Đó là những phương pháp khám xét tương đối chuyên khoa, chỉ có ở một số trung tâm lớn. đương nhiên thấy thuốc tai mũi họng sau khi khám bệnh thấy cần thiết mới gửi đi đo sức nghe và nhĩ lượng. Những phương pháp xét nghiệm này giúp thầy thuốc tai mũi họng quyết định chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp. Nếu sức nghe giảm, khi huấn luyện phát âm cần áp dụng thêm một số biện pháp hỗ trợ giao tiếp khác, để trẻ có thể nghe rõ hơn hoặc đeo máy trợ thính.

3. Đánh giá lời nói

Đây là nội dung chủ yếu của khám lượng giá người bị KHM & VM. Cần chuẩn bị một số dụng cụ khám như: biểu mẫu để ghi chép, ống nghe, đèn pin, một ít đồ chơi và tranh để đánh giá nếu là trẻ nhỏ.

3.1. Kiểm tra khí thoát mũi

Có thể dùng gương hoặc ống nghe đặt ngay dưới lỗ mũi mỗi bên khi đối tượng nói. Đối với người bình thường, khí thoát ra làm mờ gương chỉ khi tạo các âm mũi, hoặc các âm tiết chứa các âm mũi (m, n, nh, ng). Còn người bị KHM & VM hoặc bị thiếu năng vòm hầu, khí sẽ thoát ra khi tạo bất kỳ âm nào

khác. Âm được thử thường là âm "x". Âm "x" được tạo khi vòm mềm đóng kín lối khoang họng khỏi khoang mũi. Nếu không đóng kín được là có thiếu năng vòm hầu.



Hình 7.5. Một cách thử để phát hiện khí thoát mũi

Chú thích: - Hạt đánh dấu sẽ chạy lên đỉnh cột khi không có khí thoát mũi.

- Hạt đánh dấu nằm im ở đáy cột nếu khí thoát mũi nhiều.

Cách thử: Yêu cầu bệnh nhân tạo âm "x" càng dài càng tốt, gương đặt ngay dưới lỗ mũi lần lượt từng bên. Hoặc nói "xa xa xa...". Cũng có thể đặt ống nghe ngay dưới lỗ mũi, thay vì quan sát có thể nghe thấy hơi ra. Đối với người bình thường, khi nói âm "x", không thấy hơi ra, còn người bị thiếu năng vòm hầu, bị lỗ thông vòm miệng sau mổ sẽ thấy khí thoát mũi. Mức độ nặng hay nhẹ tùy thuộc vào lượng hơi ra nhiều hay ít. Có thể tham khảo nội dung này ở mục II trang 164.

3.2. Phát hiện giọng mũi hở và giọng mũi bịt

3.2.1. Phát hiện giọng mũi hở:

Bằng cách nghe và phân biệt âm sắc của lời nói. Do vậy, sự phát hiện và nhận định mức độ giọng mũi hở phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người thính. Muốn xem lời nói của đối tượng vang hơn so với bình thường không, cần cho họ nói câu không chứa âm mũi, chẳng hạn câu "Sao xách đầu da" hoặc "Bé Bì có ô tô"... vài ba lần liên tiếp. Nếu bị giọng mũi hở có thể phát hiện được và phân theo các mức độ đã nêu ở mục II trang 164

3.2.2. Phát hiện giọng mũi bịt:

Muốn phát hiện xem lời nói kìm vang không, cần cho đối tượng nói câu chứa nhiều âm mũi, chẳng hạn "Mình muốn mặc màn ngũ". Để họ nói vài ba lần liên tiếp. Lắng nghe xem độ vang có giảm không. Thường người bị KHM&VM đang có giọng mũi hở, lại bị viêm mũi họng nên bị phối hợp cùng lúc cả giọng mũi bịt. Khi ấy, nhận định kết quả sẽ khó khăn hơn. Có thể cần những nhà chuyên môn mới xác định được.

3.3. Đánh giá cấu âm

Chương 6 đã đề cập đến việc đánh giá lỗi cấu âm cho người bị ngọng, và mục II ngay trên đây đã mô tả các loại lỗi cấu âm của người bị KHM&VM. Như vậy, việc đánh giá phát âm không có gì khác biệt so với đối tượng bị ngọng. Tuy nhận định kết quả có khác hơn (theo mục II trang 164).

Một số điều cần lưu ý, là trẻ bị KHM&VM có thể chỉ bị lỗi một vài âm, nhưng ảnh hưởng của nó đến giao tiếp rất lớn vì các lý do sau:

- Từ vựng có chứa âm lỗi thường lớn, do vậy tần suất sử dụng âm lỗi cao.
- Ngoài lỗi cấu âm, độ dễ hiểu của lời nói còn bị giảm do giọng mũi hở, nên người đối thoại rất khó hiểu.

Khi thử câu âm, các âm thủ nằm trong từ đơn nên trẻ nói chậm, nghe rõ hơn so với khi hội thoại. Cùng một âm đem thử, kết quả nhận định có thể là “bình thường” khi nói từ đơn, hoặc thành “âm tắc họng” khi ở trong hội thoại. Do vậy, trước khi thử, cần nói chuyện 5-10 phút theo chủ đề tự do, làm quen đồng thời cô khái niệm chung về mức độ nói năng của trẻ.

4. Đối tượng có thể huấn luyện phát âm

Sau mổ vòm miệng, không phải tất cả các đối tượng đều có thể sửa phát âm thành công được. Điều này phụ thuộc vào khiếm khuyết của vòm miệng (thực thể hoặc chức năng) có nặng hay không. Khiếm khuyết thực thể của vòm miệng liên quan đến độ rộng của khe hở, sự thành công của kỹ thuật mổ, và nhiều khi là thời điểm mổ... Những yếu tố này ảnh hưởng đến độ căng của vết mổ, những hậu quả sau mổ (vòm mềm xơ hoá, teo nhỏ, khớp cắn ngược, hoặc lỗ thủng của vết mổ...). Khiếm khuyết về chức năng của vòm miệng thực chất là khả năng di động của vòm mềm. Nếu vòm mềm di động kém, co cứng, sẽ không thực hiện được chức năng ngăn kín khoang miệng, không giữ đủ áp lực trong miệng khi tạo phụ âm. Vì vậy, cần thiết sau khi đánh giá phát âm là xác định đối tượng có thể huấn luyện phát âm được. Đó là những đối tượng không bị thủng ở vết mổ, hoặc thiếu năng vòm hầu nhẹ. Vấn đề chủ yếu là bị các lỗi câu âm.

4.1. Dấu hiệu xác định đối tượng có thể huấn luyện là:

- Giọng mũi hở nhẹ hoặc khí thoát mũi nhẹ (mức 1)
- Đối tượng tạo âm “x” ít nhất 8-10 giây
- Khi nói chuyện, độ dễ hiểu của lời nói còn tương đối. Không phải thường xuyên hỏi đi hỏi lại.

4.2. Không huấn luyện được các đối tượng sau:

- Giọng mũi hở hoặc khí thoát mũi rõ, nặng

- Có bị thủng vết mổ, đặc biệt các lỗ thủng ở phía sau, gần vòm mềm.
- Tạo âm "x" dưới 8-10 giây
- Lỗi cấu âm rất nặng (mức 4 hoặc 5), khiến lời nói khó hiểu, người đối thoại phải hỏi lại thường xuyên.

Khi ấy, cần kết hợp nhiều biện pháp thăm khám, chiếu chuyên gia để chọn lựa cho người bệnh phương pháp điều trị thích hợp, chẳng hạn: mổ tạo hình hầu họng, đeo máng chỉnh hình, chỉnh hình hàm...

5. Huấn luyện phát âm

5.1. Mục tiêu

- Nhằm giúp bớt khí thoát mũi và giọng mũi hờ
- Cải thiện các lỗi cấu âm
- Làm cho lời nói: dễ hiểu hơn.

5.2. Nguyên tắc huấn luyện

- Phải huấn luyện từ dễ tới khó: bắt đầu bằng sửa âm sau sửa âm trong âm tiết, sau đó âm trong câu ngắn và trong cả phát ngôn
- Biến việc sửa âm thành hoạt động thú vị, hấp dẫn đối với trẻ em.
Thường xuyên tiến hành, kết hợp chặt chẽ với hoạt động dạy của cha mẹ ở nhà.
- Kết hợp nhiều kỹ thuật, nhiều hình thức dạy, nhằm kích thích tối đa các giác quan và kênh nhận thông tin.

5.3. Cách thức

5.3.1. Giảm khí thoát mũi và giọng mũi hờ:

Luyện phân biệt bằng "ống nghe": Hướng dẫn trẻ cầm một ống nhựa, một đầu để ngay dưới lỗ mũi, đầu kia

hướng vào lỗ tai. Khi trẻ nói, có khí thoát mũi, hoặc giọng mũi hở, tiếng động của luồng khí vang rất to và rõ, hướng dẫn trẻ điều chỉnh phát âm để giảm bớt khí thoát mũi, hoặc giọng mũi hở. Có thể để ngón tay trẻ ngay lên mũi chúng và mũi người lớn, so sánh tạo âm "x" ở hai trường hợp xem có khác nhau không. Nếu có khí thoát mũi, khi sờ tay lên cánh mũi sẽ thấy cánh mũi rung.

- *Phát hiện bằng cách nhìn:* Để vật nhẹ như mẫu giấy, lông gà trước lỗ mũi. Yêu cầu trẻ nói các âm không có âm mũi như âm "x, t, k...", so với âm này của người bình thường. Khí thoát mũi làm lay động vật đó ở trẻ, nhưng ở người bình thường thì không. Tập cho trẻ tạo âm nhưng không lay động mẫu giấy đó.
- *Kiểm tra bằng cách sờ:* Để ngón tay trẻ lên cánh mũi khi tạo âm mũi (m, n, nh, ng) và các âm khác. Giúp trẻ cảm thấy cánh mũi rung khi tạo âm mũi và không rung khi tạo các âm khác ở người bình thường. Giúp trẻ phát âm không phải âm mũi trong khu giảm bớt độ rung của cánh mũi.



Hình 7.6. Kẹp 2 cánh mũi để giảm khí thoát mũi khi nói

- *Tăng dung tích và độ mở của miệng.* Mở miệng to hơn khi nói sẽ giảm kháng trở và tăng độ cộng hưởng miệng. Như vậy, sẽ giảm bớt khí qua mũi.
- *Giảm tốc độ nói:* Tập cho trẻ nói chậm bằng cách giảm tốc độ nói của người đối thoại, hoặc dùng tay đánh nhịp... là một biện pháp tăng độ mở của miệng và giảm khí thoát mũi.

5.3.2. Sửa lỗi cấu âm:

- Cách thức sửa âm sai:
 - Luân phiên làm mẫu và bắt chước tạo âm cùng với trẻ để trẻ quan sát và bắt chước cử động của miệng, lưỡi... khi tạo âm. Có thể người lớn làm mẫu luân phiên một âm đúng và một âm sai, để trẻ phát hiện các âm lỗi.



Hình 7.7. Luân phiên lắng nghe và bắt chước tạo âm

- + Hướng dẫn trẻ vị trí đặt lưỡi, tư thế môi, miệng .. bằng cách giải thích cho trẻ. Có thể dùng hình vẽ hoặc con rối hoặc mô hình để minh họa
- + Có thể dùng que tăm bông, đầu thìa, hoặc que đũa lưỡi, hoặc thấy thuốc có thể di găng sạch, dùng đầu ngón trỏ chỉ vào vị trí tiếp xúc đầu lưỡi của trẻ khi tạo âm
- + Có thể bắt chước tiếng kêu của một số động vật, tạo các âm giống như âm lời
- **Các bước sửa âm:** Sửa lỗi: câu âm cần tuân thủ các bước sau: ví dụ sửa âm "ph".

- + *Sửa một âm sai bằng cách hướng dẫn trẻ tạo âm đó:* Theo những cách gợi ý ở trên, tập cho trẻ tạo được âm "ph" đúng.

Chẳng hạn: bảo trẻ chạm nhẹ răng trên vào môi dưới, rồi nhẹ nhàng đẩy hơi qua kẽ răng và môi đó. Làm mẫu cho trẻ quan sát và để trẻ làm theo.

- *Sửa âm đầu trong âm tiết:* Khi trẻ đã tạo được âm "ph" đúng, ghép âm này với một nguyên âm, ví dụ với nguyên âm "i". Để trẻ tập âm tiết này nhiều lần cho rõ âm "ph". Sau đó tập với nguyên âm khác. Ví dụ: "phi, pha, pho, phê..."
- + *Sửa âm trong từ đơn:* Khi trẻ đã nói rõ các âm tiết rõ âm "ph" với các nguyên âm, có thể luyện cho trẻ nói các từ đơn có chứa âm "ph", chẳng hạn : "phà, phai, phát, pháp, phun...". Nên bắt đầu với các âm tiết mở, rồi các âm tiết nửa mở như "phai, phẩy..." rồi các âm tiết nửa đóng và âm tiết đóng. Cũng có thể chuyển sang tập âm "ph" trong từ ghép nếu trẻ không thể nói tốt được một số từ đơn khá. Nên cho trẻ nói từ ghép khi trên 80% số từ trẻ nói đều đúng và rõ phụ âm đầu trong từ đơn.
- + *Sửa âm trong từ ghép:* Lên một danh sách các từ ghép chứa âm "ph", ví dụ "lật phật, cái phà, bát phở...". Để trẻ tập đọc nhiều lần đến khi rõ âm này. Có thể chuẩn bị một bộ tranh ngữ âm, hoặc đối với trẻ lớn, một danh sách từ ghép.
- + *Sửa âm trong câu ngắn:* Có thể chọn trong báo chí, truyện thiếu nhi hoặc bất kỳ tài liệu nào những câu ngắn có chứa âm này, ví dụ: "cánh diều phát phà...". Gạch chân những câu đó để trẻ đọc nhiều lần.

- + *Sửa âm khi đọc một đoạn:* Lưu ý trẻ những chỗ có âm lỗi. Tương tự như trên, để trẻ đọc một đoạn 4-5 câu, ở những chỗ có chứa âm sai, trẻ sẽ lưu ý đọc đúng.
- + *Sửa âm khi hội thoại:* Nhắc trẻ chú ý nói rõ âm lỗi khi nói chuyện. Bằng cách nói chậm, trẻ sẽ tập nói rõ âm vừa được sửa.

Chỉ nên sửa từng âm một. Khi sửa xong âm này mới bắt đầu sửa âm khác. Không nên sửa một lúc 2-3 âm, hoặc mỗi sửa đi đang một âm đã bắt đầu một âm khác. Có thể tham khảo thêm phần huấn luyện phát âm ở chương 2.

Chương 8

Nói khó

I. BẠI NÃO VÀ NHỮNG KHÓ KHĂN VỀ GIAO TIẾP

Nói khó là những khó khăn trong cử động nói do tổn thương của thần kinh trung ương hay ngoại biên, gây yếu cơ, liệt cơ hoặc kém điều hợp cử động các cơ. Thông thường, nói khó thể hiện ở mọi giai đoạn của quá trình nói như: thở, tạo âm, cấu âm, cộng hưởng. Ở trẻ em, nói khó hay gặp nhất ở trẻ bại não. Còn đối với người lớn, bất kỳ một nguyên nhân nào gây tổn thương não đều có thể gây nói khó và hay kèm với rối loạn nuốt. Chương này sẽ lần lượt xem xét nói khó bẩm sinh ở trẻ bại não và mắc phải ở người bị tổn thương não.

1. Đại cương và định nghĩa bại não

Trẻ bại não còn gọi là trẻ bị di chứng não, liệt não... Bại não đặc trưng bởi một nhóm các rối loạn của thần kinh trung ương không tiến triển, do các nguyên nhân trước, trong và sau khi sinh, với những hậu quả biến thiếu: rối loạn vận động, giác quan, tâm thần, hành vi, động kinh... Vị trí tổn thương khác nhau và đa dạng khiến các biểu hiện lâm sàng ở trẻ hoàn toàn không giống nhau, nhưng nhìn chung đây là trường hợp đa tàn tật trẻ em.

1.1. Nguyên nhân gây nên bại não

1.1.1. Các nguyên nhân trước khi sinh:

- Mẹ bị cúm, sốt cao khi mang thai
- Nhiễm độc thai nghén nặng
- Mẹ bị bệnh tim, tiểu đường, các bệnh chuyển hoá khác

- Bất đồng nhóm máu. Rh
- Chấn thương
- Không rõ nguyên nhân

1.1.2. Các nguyên nhân trong khi sinh

- Trẻ đẻ non, dưới 6 tháng
Cân nặng dưới 2,5kg
- Đẻ ngạt
- Có can thiệp sản khoa: forcep, giác hút
- Các dị tật bẩm sinh: não bé, não ứng thủy, ..

1.1.3. Sau khi sinh

- Trẻ bị sốt cao co giật
- Bị ngạt nước, ngạt hơi
- Chấn thương vào đầu
U não
- Các bệnh nhiễm trùng thần kinh: viêm não, màng não
- Nguyên nhân khác

1.2. Các dấu hiệu nhận biết bại não

- Trẻ đẻ ra không khóc ngay
Bị ngạt tím, ngạt trắng
- Mềm nhão, hoặc cứng đờ, khó bế ẵm
- Ăn uống, bú mút kém
- Phát triển chậm hơn so với trẻ cùng độ tuổi
- Khô cử động (liệt) một hay nhiều chi
- Nghe kém, nhìn kém
- .. Có những cử động bất thường
- Có thể bị động kinh
- Hành vi bất thường.

1.3. Các thể lâm sàng

1.3.1. Phân loại theo trạng lực cơ

- Thể cơ cứng:

Trạng lực cơ luôn tăng:

- + Hai chân duỗi chéo
- + Tay co cứng, gập khuỷu, hoặc duỗi, xoay trong vai
- + Cổ uốn mạnh hoặc rũ xuống
- + Bàn chân thuông
- Phản xạ gân xương tăng mạnh
- Giảm vận động: cử động khối là đặc trưng của bại não thể cơ cứng



Ảnh bại não thể cơ cứng

- Thể mềm vờn

Trạng lực cơ lúc tăng lúc giảm

- Kiểm soát đầu cổ kém
- Vận động không tự chủ toàn thân
- Liệt tử chí: lúc cứng đờ, lúc mềm nhèo
- Mồm há liên tục, chảy nhiều dãi
- Có thể điếc ở tần số cao

- Thể thất điều:

- Trạng lực cơ luôn giảm, nhèo
- Rối loạn thăng bằng
- Đi lại như say rượu



Hình 8.1. Giao tiếp mắt ngang mặt với trẻ

- Thể run: Thường có những cử động không tự chủ một cách nhịp nhàng và chậm.
- Thể cứng đờ: do tăng trương lực cơ ở cả hai phía của một khớp
- Thể phối hợp.

Hay phối hợp thể cơ cứng và múa vờn.

1.3.2. Phân loại theo mức độ nặng nhẹ của các hoạt động chức năng

- Loại nhẹ:

Tự đáp ứng các nhu cầu hàng ngày

- Di chuyển không cần trợ giúp
- Theo học ở trường như trẻ bình thường khác
- Giao tiếp được

Không cần phục hồi chức năng

• **Loại vừa:**

- Chăm sóc và di chuyển khó, cần có trợ giúp

Giao tiếp khó khăn

- Cần phục hồi chức năng

• **Loại nặng**

- Tự chăm sóc, di chuyển, giao tiếp rất kém
- Phụ thuộc về chức năng, cần phục hồi chức năng đặc biệt

2. Các rối loạn ngôn ngữ và lời nói ở trẻ bại não

Tất cả các giai đoạn nói năng ở trẻ bại não đều bị ảnh hưởng. Nhìn chung, lời nói kém rõ ràng, thậm chí không thể hiểu được trừ phi chủ đề được biết trước.

2.1. Hô hấp

Hô hấp đặc trưng bởi sự giảm dung tích sống, giảm khả năng tạo ra và duy trì áp lực tương đối ổn định dưới nắp thanh quản. Vai trò của hô hấp trong nói năng giảm do buồng khí ra giảm, vì hoạt động kém hiệu quả của van vòm hầu, lưỡi và khoang miệng.

2.2. Tạo âm

Tùy theo mức độ co thắt của nếp thanh đới sẽ gây nên thờ ngất quãng và khàn giọng khi đẩy thanh cứng hoặc chùng. Nếu dây thanh quá căng, thậm chí sẽ không tạo ra âm thanh được khi trẻ nói. Mất điều hợp hoạt động của dây thanh và hô hấp khiến hơi thoát ra bị mất nhiều. Cũng do mất điều hợp này mà

trẻ thường mắc lỗi khi tạo âm vô thanh và hữu thanh, chẳng hạn âm "x" hoặc âm "đ", âm "ph" hay âm "v"...

2.3. Cấu âm

Người bị bại não thường bị cấu lỗi trầm trọng về cấu âm (ngọng). Hàm dưới có thể bị hạ xuống, miệng luôn há, khiến nói khó trớt, chứa ra hoặc ngậm miệng được. Hàm dưới hạ quá mức và tư thế lưỡi bất thường gây ngăn cản việc tạo hình dạng chính xác và co thắt của ống thanh âm khi tạo nguyên âm và phụ âm.

2.4. Cộng hưởng

Độ vang của lời nói cũng bị thay đổi ở người bị bại não. Người ta thường thấy van hầu họng mở sớm hơn và mở rộng hơn khi tạo các âm không phải âm mũi. Do vậy, thường gặp giọng mũi nở nhẹ ở những đối tượng này.

2.5. Ngữ điệu

Phát ngôn ở trẻ em bại não thường giới hạn bằng câu 1-2 từ. Do kiểm soát hơi thở ra, sự điều hợp giữa hô hấp và chức năng thanh quản, kiểm soát sức căng của dây thanh âm, nên ngữ điệu và nhịp điệu nói bị khiếm khuyết rõ rệt.

3. Sự phát triển về ngữ âm và ngôn ngữ ở trẻ bại não

Sự phát triển về ngữ âm ở trẻ bại não thường bị chậm hơn, và hay gặp lỗi khiếm khuyết khi tạo các âm sát và âm bên. Các âm các và âm mũi phát triển sớm hơn âm sát, các âm hữu thanh ít bị lỗi hơn các âm vô thanh. Những âm sát và âm cuặt lưỡi phát triển muộn hơn so với các âm khác ở trẻ bình thường thì trở nên rất muộn ở trẻ bại não. Cấu âm khó khăn có nguyên do chính là cử động lưỡi không khéo léo. Ngoài ra những khó khăn được nêu trên về hô hấp, tạo âm, ngữ điệu khiến lời nói của trẻ bại não khó hiểu.

Ngoài những hạn chế về ngữ âm, sự phát triển ngôn ngữ của trẻ bại não cũng bị những trở ngại nhất định. Do khả năng về vận động trở nên khó tiếp cận và khám phá môi trường xung quanh. Bốn cạnh đó, trẻ có thể bị khiếm khuyết về thính giác, chậm phát triển trí tuệ. hoặc những khó khăn về nhận thức khác. Do vậy, ngôn ngữ của chúng thường bị hạn chế về từ vựng, ngữ pháp, và kỹ năng diễn giải.

II. KHÁM, LƯỢNG GIÁ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỊ NÓI KHÓ

Khi khám và lượng giá người bị nói khó, cần tìm hiểu các thành phần của quá trình nói năng: hô hấp, tạo âm, cấu âm... nhằm xác định kiểu và mức độ nói khó.

1. Khám và lượng giá cơ quan phát âm

Mục đích thăm khám nhằm xác định xem cơ quan phát âm có nguyên vẹn và hoạt động bình thường không. Dịch cuối cùng của việc thăm khám là đánh giá mức độ dễ hiểu của lời nói. Đây là chỉ số đo độ nặng của nói khó, giúp theo dõi tiến triển của bệnh và hiệu quả điều trị.

1.1. Khám hô hấp

Các trường hợp rối loạn chức năng hô hấp trừ phi rất nặng mới có thể gây ảnh hưởng đến độ dễ hiểu của lời nói. Còn thông thường, cử động của không khí đủ để sống cũng đủ cho nói năng. Để lời nói dễ hiểu cần áp lực hơi dưới thanh thiệt ổn định giúp dây thanh rung và là nguồn âm thanh hỗ trợ ở đường khí trên.

1.1.1. Đánh giá hô hấp khi không nói

Cho trẻ thổi qua một ống nhô ngập trong cốc nước 5cm. Nếu bong bóng bơi trong nước trong ít nhất 5 giây có nghĩa là hô hấp đủ cho chức năng phát âm. Có thể quan sát trẻ thổi sợi lông, mảnh giấy...



Hình 8.2. Kiểm tra khả năng thở ra của trẻ

1.1.2. Đánh giá hô hấp khi nói:

Quan sát nhịp thở trong khi nói xem đối tượng có bị khó khăn hoặc mất điều hợp hay có cử động hù của cơ hô hấp khi nói. Nhịp thở có đều đặn, thì thở ra có bị ngắt quãng không...

1.2. Đánh giá giọng nói

- Yêu cầu người bệnh kéo dài phần nguyên âm của một âm tiết, chẳng hạn "ta a a..." hoặc "mì i i..."
- Yêu cầu người bệnh kéo dài phần nguyên âm của một phát ngôn, chẳng hạn "ngày mai nó o o...ở đến trường"
- Yêu cầu người bệnh nói to hết cỡ, rồi nhỏ dần các cỡ. Sau đó yêu cầu họ nói: giọng cao lên và trầm xuống

Những thử nghiệm trên giúp đánh giá xem giọng có khàn, có bị chói, hỗn hển hoặc run rẩy hay không.

1.3. Hoạt động của van vòm hầu

Kiểm tra hoạt động của van vòm hầu bằng cách tìm hiểu xem có khí thoát mũi hoặc giọng mũi hở khi trẻ nói các âm tiết chứa âm tắc hoặc âm sát. Ngoài ra có thể kiểm tra các cấu trúc của van vòm hầu có bị yếu hoặc liệt không, điều hợp có bình thường không? khi trẻ nói "a.....a" kéo dài.

1.4. Khám cử động miệng- lưỡi- mặt

- Kiểm tra các cấu trúc tham gia vào cấu âm như: cơ lưỡi, cơ nhai, cơ môi... xem có bị yếu, bị teo hoặc mất điều hợp không.



Hình 8.3. Đánh giá cử động cơ quan cấu âm

- Kiểm tra tầm vận động, tốc độ và sức mạnh của các bộ phận cấu âm như:
 - + Thò lưỡi dài ra, đưa lưỡi sang hai bên và lên trên.
 - + Dấu môi ra trước và nhàn môi sang hai bên
 - + Yêu cầu bệnh nhân há miệng to rồi ngậm miệng lại, làm nhanh và nhiều lần.

Tất cả những cử động kể trên có thể dùng que đè lưỡi để kháng lại, xem cơ có bị yếu đi không.

2. Khám và lượng giá lời nói

2.1. Kiểm tra tốc độ nói các âm tiết

Yêu cầu trẻ nói các âm tiết càng nhanh càng tốt:

- Các âm tiết chứa âm môi : "ô"
- Âm tiết chứa âm lợi, âm xát: "đ" và "x"
- Âm tiết chứa âm vòm cứng: "ch"
- Âm tiết chứa âm vòm mềm: "k, g"

2.2. Đánh giá lời nói theo câu mẫu:

Nhằm tìm hiểu xem các cử động cấu âm có chính xác không, tốc độ nói, nhịp điệu và ngữ điệu nói. Hiệu quả nói năng được phân loại theo độ dễ hiểu của lời nói.

Nên nói chuyện tự do với trẻ trước khi yêu cầu trẻ nói câu mẫu. Hộ câu dễ trắc nghiệm cấu âm có thể sử dụng chung với trắc nghiệm nói ngọng (Chương 5). Yêu cầu trẻ nhắc lại hoặc đọc câu mẫu. Đánh giá mức độ dễ hiểu của lời nói theo.

Có thể đánh giá theo mức độ như sau:

- Mức độ nhẹ: Tương đối nhẹ, có thể hiểu được
- Nặng: Không thể hiểu được.

3. Phục hồi chức năng về lời nói cho người bị nói khó

Vấn đề phục hồi chức năng cho trẻ bị nói khó do bại não bao gồm nhiều chuyên ngành. Phải tạo cho trẻ tư thế tốt để giảm co cứng, có thể cần các dụng cụ chỉnh hình hoặc dụng cụ trợ giúp. Nếu co cứng nhiều có thể phải dùng thuốc giãn cơ... Có thể cần phối hợp với những bài tập tăng cường sự tập trung và trí nhớ, hỗ trợ cho giao tiếp.

3.1. Huấn luyện nói

Mục tiêu huấn luyện người bị nói khó là tăng cường tính dễ hiểu của phát ngôn. Do vậy cần điều chỉnh các giai đoạn của quá trình nói.

3.1.1. Cải thiện chức năng hô hấp:

Mục đích nhằm duy trì tình trạng hô hấp ổn định. Để trẻ nằm ngửa, tay, chân và cổ gập. Chạm đá lạch vào da trẻ sẽ khiến trẻ thở vào sâu và nhịp. Sự chú ý sẽ tập trung vào cảm giác kèm theo kiểu thở hít vào nhanh, thở ra chậm, dài.

Tập cho trẻ thở ra chậm, càng lâu càng tốt bằng cách lưu ý chúng vào thì thở ra. Làm mẫu cho trẻ vừa thở ra vừa phát ra các nguyên âm thấp (ví dụ nguyên âm "a").

Khi trẻ thở ra được một cách chủ động, tập cho trẻ hít vào. Ở tư thế tốt, cầm hai tay trẻ nâng lên quá đầu để tăng dung tích lồng ngực. Sau đó để trẻ nín thở rồi mới thở ra chậm, kết hợp tạo nguyên âm.

3.1.2. Kiểm soát giọng:

Để duy trì cao độ và cường độ giọng, trẻ cần được thư giãn tốt. Khi co cứng nhiều, trẻ có thể nói to và chói tai, không tự chủ được. Đó là do cử động kép mạnh của dây thanh, đặc biệt khi xúc động. Nên cần lưu ý trẻ và để trẻ thư giãn trước khi nói. Để trẻ hít vào thở ra vài lần để thư giãn. Tập thở tới khi trẻ tự thở để dùng hãy bắt đầu và duy trì sinh âm.

3.1.3. Tạo thuận cử động miệng- lưỡi:

Khuyến khích trẻ làm các cử động của cơ quan cấu âm. Chẳng hạn: thè lưỡi, liếm quanh miệng, mút môi, há miệng-ngậm miệng... Biến những hoạt động này thành trò chơi, hàng ngày thực hiện với trẻ. Có thể bôi đường hoặc mật quanh miệng để trẻ liếm, động viên và khuyến khích khi trẻ làm tốt.

1

Hình 8.4. Bài tập cử động miệng

3.1.4. Giúp trẻ cấu âm rõ hơn:

Khi trẻ đã tạo được nguyên âm rõ và kéo dài hãy yêu cầu trẻ mút môi và bật ra âm tiết "ba". Làm nhiều lần âm này, giúp trẻ nói "ba ba ba..." và dạy trẻ nói âm này với các thanh điệu khác nhau.

Lần lượt như vậy, cùng trẻ tạo các âm tiết với các phụ âm khác: "ra ma, la to, xa xa..."

Thêm các thanh điệu và tạo các âm tiết phức tạp hơn như "bui bai, tàu, ô tô..."

3.1.5 Thay đổi cách thức nói năng:

Đối với người lớn, để cho lời nói dễ hiểu hơn có thể nói chậm lại, nói to hơn và nhấn mạnh vào cử động cấu âm khi nói. Khi nói chậm và nói to cử động cấu âm sẽ chính xác hơn.

Nếu lời nói của họ đã dễ hiểu, cần làm cho lời nói tự nhiên hơn. Lời nói thiếu tự nhiên, thu hút sự chú ý của người xung quanh là do ngữ điệu, nhịp điệu bất thường. Hướng dẫn họ nói theo ngữ điệu đúng, nhắc đi nhắc lại theo mẫu. Tập trung vào những từ bị sai về ngữ điệu, sai về điểm nhấn để sửa.

3.2. Kỹ năng giao tiếp hỗ trợ

Có nhiều trường hợp trẻ bại não không thể giao tiếp được bằng lời. Khi ấy, có thể dạy giao tiếp bằng các hình thức khác, hay còn gọi là kỹ năng giao tiếp hỗ trợ. Chúng có thể là các kỹ năng không lời hoặc bằng chữ viết.

3.2.1. Các kỹ năng giao tiếp không lời:

Dùng dấu và các cử động cơ thể để giao tiếp là hình thức hay được áp dụng nhất. Dấu là các cử động của ngón tay theo những quy ước có trước của một cộng đồng. Ngoài dấu thông thường, người ta còn sử dụng các chữ cái ngón tay để giao tiếp.

Cử động của cơ thể gồm những tư thế khác nhau, những thay đổi của nét mặt, ánh mắt... được sử dụng rộng rãi trong giao tiếp hàng ngày. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp vẫn cần đến những phương tiện nhất định để thỏa mãn nhu cầu giao tiếp, chẳng hạn viết chữ lên bảng, đánh trên bàn phím hoặc vẽ tranh...

3.2.2 Các phương tiện hỗ trợ giao tiếp

Bảng chữ cái: Bảng được viết sẵn các chữ cái, dấu và các con số. Khi giso tiếp, người tàn tật dùng que chỉ lên các chữ cái đó.

- **Bảng tranh:** Trên bảng tranh có nhiều hình vẽ mô tả các nhu cầu hàng ngày của trẻ bại não. Trẻ chỉ tay vào hình vẽ để giao tiếp

Hình 8.5. Trẻ giao tiếp bằng tranh

- Đánh máy trên bàn phím máy tính

Tùy theo điều kiện và hoàn cảnh mà người tàn tật có thể sử dụng các hình thức hỗ trợ khác nhau. Đặc điểm của những hình thức này là tốc độ giao tiếp chậm và kém chính xác. Tốt

nhất nên phối hợp nhiều hình thức để giao tiếp đạt hiệu quả cao nhất.

4. Một số trường hợp nói khó ở người lớn

Phần lớn nói khó ở người lớn là do một nguyên nhân mắc phải. Các bệnh lý thường gặp là tổn thương các khu vực khác nhau của thần kinh trung ương và ngoại biên. Có thể kể lên một số trường hợp gây nói khó như:

- Liệt hành tuỷ, nhược cơ: Nói hỗn hển, hít vào thành tiếng, giọng mũi bở.

Liệt giả hành tuỷ: Cấu âm thiếu chính xác, chậm, giọng chói

- Thất điều tiểu não: Kéo dài âm tiết hoặc âm vị, nói chậm, ngữ điệu bất thường.
- Bệnh Parkinson: Nói đơn điệu về cường độ và âm sắc, nói nhỏ.
- Múa vờn do tổn thương ngoại tháp: cấu âm thiếu chính xác, nghỉ dài, tốc độ thay đổi, ngữ điệu bất thường.

Nguyên tắc lượng giá và xử trí những trường hợp nói khó kể trên tương tự như đối với nguyên nhân bại não. Tuy theo vấn đề của người bệnh như thế nào mà có cách thức huấn luyện thay đổi cho phù hợp.

Nói khó ở trẻ bị bại não và một số tổn thương thần kinh cơ khác về nguyên tắc cũng được đánh giá và xử lý tương tự. Ngoài vấn đề phát âm cần quan tâm xử lý cả khó khăn về nhai nuốt của người bệnh.

Chương 9

Nói lấp

I. BẢN CHẤT VÀ NGUYÊN NHÂN NÓI LẤP

1. Khái niệm và các dạng nói lấp

1.1. Khái niệm và các dạng nói lấp

Bình thường người ta nói với một tốc độ nhất định, khiến người nghe dễ dàng tiếp nhận và hiểu được. Lời nói lưu loát được hiểu là nói dễ dàng, nhanh nhẹn, đều đặn, và thậm chí lướt lạt nữa.

Khái niệm *nói lấp* là nói *kìm lưu loát* bao gồm các kiểu nói bị nhắc lại, nói xen từ đệm, nói có dừng nghỉ, và sửa sang, tránh né chỗ lấp. Các kiểu nói lấp được thể hiện như sau:

- Lặp một ngữ: (quyển sách, quyển sách của tôi ở đây)
- Lấp một từ: (quyển, quyển sách của tôi ở đây)
- Lấp một âm tiết: (quỷ, quỷ, quyển sách của tôi ở đây)
- Lấp một âm vị: (qu, qu, quyển sách của tôi ở đây)
- Nói xen từ đệm: (quyển sách, à, à, của tôi ở đây)
- Nghì sai chỗ: (quyển [ngini] sách của tôi ở đây)
- Nói tránh chỗ lấp: (quyển sách của tôi, mà tôi vừa mượn, ở đây)
- Chứng nói nghẹn. Nói nghẹn là một khoảng im lặng vài giây. Khi ấy, người nói kìm cơ quan cấu âm lại không nói, cơ quan cấu âm rất căng để giữ không cho âm bật ra. Khi ấy, áp lực của hơi ra mạnh. Khi thả hơi

ra và nói, âm thanh bị nhỏ hơn so với bình thường. Ví dụ: ta định nói "tôn cá". Đang nói từ "cá", lưỡi ở vị trí nói âm "c", giữ cơ quan cấu âm ở nguyên vị trí đó vài giây, rồi bật hơi ra nói. Ta thấy cảm giác nghẹn và cứng ở miệng họng.

Bên cạnh những khó khăn về sự lưu loát khi nói năng, các đối tượng này thường bị căng thẳng về tâm lý, không hái lòng về nói năng của bản thân. Đây là biểu hiện điển hình của chứng nói lắp. Đôi khi, có một số người bị nói kém lưu loát do bệnh lý của thần kinh, thì gọi là nói *lặp đứt*. Biểu hiện của chứng này là kiểu nói bật ra rất nhanh, lộn xộn và khó hiểu.

1.2. Các hành vi sơ phát của chứng nói lắp

Tất cả những biểu hiện kể trên của chứng nói lắp được gọi là hành vi sơ phát của nói lắp. Chứng xuất hiện đầu tiên, và người nói thường có xu hướng thay đổi kiểu hoặc vị trí nói lắp cho khác nhau.

1.3. Các hành vi thứ phát của nói lắp

Người nói lắp hay có những hành vi khác để xuá bỏ, kìm hãm sự chú ý của người đối thoại. Chẳng hạn, để che giấu sự nói lắp, họ vừa nói vừa cử động hàm dưới, liếm môi, nhắm mắt... Họ có thể thêm các từ khác vào câu ngay trước chỗ chuẩn bị lắp, hoặc sửa chữa nội dung câu nói. Họ có thể thêm chỉ, vỗ tay, giậm chân... Tới một khi, các hành vi thứ phát còn đáng ghê rợn hơn các hành vi sơ phát.

2. Sự phát triển của nói lắp

2.1. Nói lắp sớm

Ta thường thấy trong quá trình phát triển ngôn ngữ ở trẻ em thường có hiện tượng lắp một ngữ, một từ hoặc nói xen từ, hoặc ngừng. Hiện tượng này xảy ra trên 7% số từ trẻ nói. Hiện

tượng này giảm đi khi trẻ lớn. Nhưng có một số ít bị nói lắp với tần suất tăng lên. Khi trẻ nói thường gặp hiện tượng lắp, kéo dài hoặc nghẽn âm. Conture (1990) gọi đây là *nói lắp âm trong* từ. Tác giả này cho rằng ở trẻ nói lắp, tỷ lệ lắp âm trong từ phải trên 3%. Còn ở trẻ không nói lắp, tỷ lệ này hiếm khi đạt được. Dưới đây là bảng chỉ dẫn các hành vi nói lắp sớm.

Bảng gợi ý về chứng nói lắp sớm ở trẻ em

1. Trung bình bị lắp, kéo dài, hoặc nghẽn hơn ba âm trong 100 từ.
 2. Trên 25% tổng số lắp là hiện tượng kéo dài từ hoặc nghẽn từ.
 3. Trong trường hợp lắp, hiện tượng kéo dài hoặc nghẽn từ xảy ra ở các âm cận kề hoặc âm cuối trong từ.
 4. Tần suất và tính quy luật của lắp tăng
 5. Có dấu hiệu quá căng thẳng hoặc nỗ lực lúc nói lắp
 6. Có các hành vi thứ phát như: nhắm mắt, nháy mắt, hoặc nói xen ngay trước hoặc trong khi lắp.
 7. Cảm giác bất lực vì nói lắp
-

2.2. Ảnh hưởng của di truyền

Có tác giả thấy rằng, khoảng 15% những người ruột thịt của người nói lắp là người đang bị hoặc có nguy cơ bị nói lắp. Điều này có nghĩa là những người này có nguy cơ bị nói lắp gấp ba lần so với những người không có người thân bị lắp. Cũng theo một số nghiên cứu, có gen quy định nói lắp, nhưng không rõ cơ chế di truyền.

2.3. *Đòi hỏi của môi trường và khả năng nói lưu loát*

Có nguyên cớ thấy rằng trẻ nói lắp là do mất sự cân bằng giữa yêu cầu nói lưu loát và khả năng nói lưu loát của trẻ. Có 4 cơ chế liên quan với nhau gây nên nói lắp: sự phát triển về thần kinh chỉ phù hợp điều hợp về vận động giác quan; sự phát triển ngôn ngữ; sự phát triển các khái niệm và về cảm xúc.

Như đã biết, não có chức năng điều hợp cử động. Nhờ đặc tính linh động của não, sự luân chuyển thần kinh được tổ chức và tác tổ chức, đáp ứng lại những tương tác với môi trường ngoài. Đặc tính di truyền quy định tốc độ phát triển và mẫu hoạt hoá thần kinh. Sự phát triển thần kinh chậm và / hoặc mẫu hoạt hoá thần kinh kém hiệu quả có thể làm giảm khả năng nói lưu loát. Trong bối cảnh giảm khả năng này, đi kèm với những đòi hỏi bức xúc của môi trường, trẻ có thể bị nói lắp. Ví dụ: khi bạn đang vội đi đâu đó, trẻ lau vó gắng kể cho bạn một câu chuyện. Lúc đó, trẻ cố gắng nói nhanh hơn, nhưng khả năng của trẻ không cho phép, nên có thể trẻ bị nói lắp.

2.4. *Các yếu tố thuận lợi cho nói lắp mạn tính*

Hầu hết các trường hợp nói lắp từ lúc còn nhỏ (60-80%) đều giải quyết được. Kết quả đó là do sự phát triển về kiểm soát cử động nói, ngôn ngữ, nhận thức và tính cách. Sự hoàn chỉnh của các chức năng này cho phép đáp ứng lại nhu cầu của môi trường. Một khi sự cân bằng này bị phá vỡ, hoặc sự phát triển không đạt tới yêu cầu, nói lắp có thể tồn tại lâu dài tới tuổi trưởng thành. Những trường hợp này gọi là nói lắp mạn tính. Đóng góp vào sự hình thành của nói lắp mạn tính có một số yếu tố sau:

2.4.1. *Những cảm xúc và thái độ tiêu cực* Những người nói lắp luôn có cảm giác bất lực và ảm ức khi họ không thể nói những gì họ muốn diễn đạt và theo cách mà họ muốn nói. Thiếu niên

và người lớn nói lắp cảm thấy họ không thể kiểm soát được tình trạng nói lắp. Đôi khi họ cũng tự nhận thức được về cách nói năng của mình. Họ thường bị bạn bè chế giễu hoặc chế cười. Nhiều người còn lảng tránh người nói lắp vì có định kiến xấu cho rằng người nói lắp là thiếu văn hoá hoặc quá lo lắng. Có người bán khoán liệu họ có nên nhìn đi chỗ khác hay nói há từ bị lắp hay không. Tất cả những cách cư xử này đều góp phần làm người nói lắp lúng túng về sự nói lắp của mình.

2.4.2. Sự lảng tránh: Người nói lắp đôi khi lảng tránh sự nói lắp bằng cách thay đổi từ ngữ mà họ định nói. Ví dụ, một người hay bị lắp âm "b", thay vì phải nói "tôi ăn cơm lúc bảy giờ rưỡi" sẽ nói "tôi ăn cơm trước tám giờ nửa tiếng"... Một số người thường nói lắp trong những tình huống nhất định, chẳng hạn đến chỗ lạ. Họ sẽ không đến chỗ lạ, hoặc nếu buộc phải đến, họ nhờ một người đi cùng để nói thay mình.

2.4.3. Khó khăn trong kiểm soát cử động nói

Một số người nói lắp còn có những mẫu thở, phát âm, và nói bất thường ngay cả khi họ không nói lắp. Họ bị căng cơ vùng ngực, thanh quản, cổ, mặt, hàm, họng khi bắt đầu nói, và luôn bị căng cơ ở những vùng này khi nói. Một số người không kiểm soát được tốc độ nói năng. Khi nghĩ rằng mình sẽ nói lưu loát, họ tăng tốc rất nhanh, nhưng tới chỗ dễ lắp, họ giảm tốc độ thật chậm. Để vượt qua sự căng cơ, thở sẽ quá nông hoặc quá sâu, và tốc độ nói không đều sẽ tạo nên nguy cơ nói lắp.

II. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ NÓI LẮP

Đánh giá một người bị nói không lưu loát là nhằm tìm hiểu liệu họ có bị nói lắp không, nếu có thì thuộc dạng nào. Đánh giá cũng nhằm tìm hiểu những bối cảnh xảy ra nói lắp, tâm lý và thái độ của họ. Những thông tin này sẽ là cơ sở cho việc điều trị sau này.

Như đã nêu ở phần trước, nói lắp là kết quả của sự tương quan bình động giữa những quá trình bên trong và điều kiện của môi trường ngoài. Vì vậy khi đánh giá nói lắp, cần theo các nội dung sau:

Những quá trình bên trong

- Ảnh hưởng của di truyền
- Khả năng ngôn ngữ
- Tính cách
- Khả năng nhận thức
- Thái độ
- Sự kìm hãm
- Kiểm soát cử động nói

Các mục cần thăm khám

- Hỏi bệnh, hỏi gia đình
- Trắc nghiệm ngôn ngữ, phân tích mẫu ngôn ngữ
- Bộ câu hỏi phỏng vấn, quan sát
- Trắc nghiệm và quan sát
- Bộ câu hỏi
- Nói theo câu mẫu

Các điều kiện bên ngoài

- Văn hóa
- Thái độ của cha mẹ và thực tế của trẻ
- Mối tương quan với gia đình
- Những thông tin về giáo dục

- Hỏi và quan sát
- Phỏng vấn cha mẹ
- Phỏng vấn và quan sát cha mẹ
- Hỏi và quan sát giáo viên

1. Các nội dung đánh giá

1.1. Hỏi bệnh sử

Có thể hỏi cha mẹ nếu đối tượng là trẻ em, hoặc bản thân đối tượng nếu là người lớn. Nên hỏi về các thành viên khác trong gia đình họ, về sự thay đổi tốc độ và bản chất những rối loạn lưu loát ở mọi thời điểm, về những cảm nhận của thầy thuốc về sự lưu loát của người bệnh. Thầy thuốc cũng nên phỏng vấn cha mẹ, giáo viên về cảm nhận của họ về lời nói của trẻ và phản ứng của họ đối với nói lắp. Hỏi bệnh cũng giúp phát hiện những thông tin về điều kiện môi trường, phản ứng với nói lắp, sự bền vững của nói lắp trong các ngữ cảnh, và sự thay đổi của nói lắp theo thời gian.

1.2. Nói câu mẫu

Đánh giá nói lắp cần dựa trên kết quả nói của người bệnh khi hội thoại, khi kể chuyện và đọc. Một số chuyên gia sử dụng các trải nghiệm được biên soạn sẵn. Các trải nghiệm này gồm đọc và hội thoại. Đọc theo một nội dung được chọn sẵn và hội thoại về các chủ đề quen thuộc (về nhà trường, công việc, ngày nghỉ vừa qua, chương trình tivi mà họ thích, hoặc một bộ phim vừa xem...).

1.3. Lượng hoá nói lắp

1.3.1. Tính tần suất nói lắp: Để tính tần suất nói lắp, người ta trích một đoạn giao tiếp với người bệnh dài khoảng 4-6 phút. Lấy khoảng 50 phút ngôn, tính số lượng từ của những phút ngôn đó và số từ có lắp trong từ (lắp âm hoặc âm tiết, kéo dài và nói nghẽn).

Tần suất nói lắp chính là tỷ số của số lần lắp trong từ chia cho tổng số từ tính theo tỷ lệ phần trăm.

Nếu tần suất này trên 3% (theo hàng gọi ý nói lắp sớm ở trẻ em) có nghĩa rằng người đó có hành vi giống như nói lắp.

1.3.2. Đếm % các kiểu nói lắp

Bên cạnh việc tính tần suất của nói lắp, người ta còn mô tả những kiểu nói lắp. Dùng bút đánh dấu vào những vị trí tương ứng cạnh các loại nói lắp nghe thấy. Sau đó cộng tổng các loại lắp. Để tính tỷ lệ phần trăm từng loại lắp, lấy số lượng lắp mỗi loại chia cho tổng số lắp và nhân với 100. Cần nhớ rằng kiểu kéo dài và nghẽn thường chiếm trên 25% tổng số lắp ở người lớn và trẻ em.

1.4. Tính bền vững và thích ứng

Khi yêu cầu người nói lắp đọc đi đọc lại một đoạn văn cho trước, có hai kiểu lắp. Kiểu thứ nhất là họ chỉ lắp đúng những

từ ở những vị trí, và theo những cách giống nhau. Hãy gọi là loại bền vững. Thường có tới 50-70% những từ bị lặp đã bị lặp ở lần đọc trước.

Một người nói lắp khi đọc đi đọc lại một đoạn văn có xu hướng giảm dần nói lắp. Hiện tượng này gọi là sự thích ứng. Sự thích ứng xảy ra nhiều nhất sau hai lần đọc đầu tiên. Nhiều chuyên gia cho rằng, nếu sau hai lần đọc đầu tiên, sự thích ứng càng cao thì kết quả điều trị càng tốt.

1.5. Khám sàng lọc

Như mọi lần khám lượng giá khác, thấy thuốc cần. Kiểm tra khả năng nghe xem có giới hạn bình thường không. Kiểm tra cả cấu tạo và chức năng của vòm miệng cho phép nói năng bình thường. Cũng cần kiểm tra giọng của người đó. Đối với trẻ em cần biết sự phát triển kỹ năng cấu âm và ngôn ngữ của chúng.

1.6. Cảm xúc và thái độ

Ta đã biết rằng cảm xúc và thái độ tiêu cực về giao tiếp sẽ góp phần tiếp tục nói lắp và hạn chế kết quả điều trị.

Cần xây dựng biểu mẫu đánh giá nói lắp vì mỗi loại cảm xúc và thái độ khác nhau cần một cách tiếp cận điều trị khác nhau.

2. Điều trị

Như đã biết, có tới 60- 80% trường hợp nói lắp có thể giải quyết được. Có thể do hầu hết những trường hợp này là trẻ em, và chúng mắc chứng nói lắp trong một thời gian tương đối ngắn. Còn kết quả điều trị ở người lớn kém khả quan hơn. Có thể kể hai hình thức điều trị nói lắp gồm: những biện pháp thay đổi nói lắp, và tạo mẫu nói lưu loát. Nhiều nhà lâm sàng thích kết hợp hai hình thức này.

2.1. Những biện pháp thay đổi nói lắp

Nội dung của phương pháp này là dạy người bệnh thay đổi cách thức nói lắp của họ. Một tác giả nổi tiếng trong lĩnh vực này là Van Riper, năm 1973 đã đưa ra phác đồ điều trị nói lắp gồm các bước sau:

Bình Điều trị nói lắp theo Van Riper "thay đổi nói lắp"

Giai đoạn	Mục tiêu	Biện pháp ban đầu
Đánh giá	Chuẩn bị cho bệnh nhân về cảm xúc và tinh thần cho những bước sau	1. BN dạy thầy thuốc nói lắp 2. Trao đổi với BN những tình cảm bên trong 3. Giải thích nội dung khoa điều trị
Nhận dạng	Giúp BN hiểu chính xác họ mắc ở như thế nào và họ cần thay g khi nói lắp	1. BN mô tả chi tiết sự nói lắp của họ 2. BN quan sát phản ứng của người nghe
Liệt kê	Giảm sự sợ hãi, thất vọng, ngừng nghi ngờ của BN về chứng nói lắp của họ	1. Kéo dài thời điểm nói lắp 2. Giảm nói lắp trước công chúng
Thực hành	Dạy BN thay kiểu nói lắp của họ	BN nghiên cứu các cách nói lắp khác nhau trước công chúng
Tiếp cận	Dạy BN những câu trả lời mờ ám, giảm nói lắp	1. Xoá bỏ nói lắp 2. Ra khỏi tình huống 3. Chuẩn bị câu trả lời
Ổn định	Giúp BN tự trở thành thầy thuốc của bản thân họ	1. Thực hành các kỹ thuật với từ đáng sợ, tình huống đáng sợ 2. Thực hành đưa nói lắp giả vào lời nói lưu loát

Vin Riper cho rằng thần độ và cảm xúc về sự nói lắp đóng vai trò rất quan trọng đối với quá trình phát triển, sự tiếp diễn và quá trình điều trị của nó. Bốn giai đoạn điều trị (Động cơ, nhận dạng, tiếp cận và ổn định) liên quan trực tiếp đến khả năng khắc phục của người bệnh với chứng nói lắp của họ. Giai đoạn "đến gần" là một quan trọng của biện pháp thay đổi này. Giai đoạn này có 3 bước: đầu tiên BN được ra lệnh ngừng sau khi từ bị lắp kết thúc, nghỉ, sau đó họ nói lại từ lắp này bằng cách dễ dàng (không cần thiết phải lưu loát). Đó gọi là *xóa bỏ* nói lắp. Khi đã kiểm soát được nói lắp họ được yêu cầu làm thành thần đầu óc, tránh nhắc lại, kéo dài hoặc nghẹn. Cách thức này gọi là *ra khỏi tình huống*. Sau cùng, người bệnh thay đổi *kiểu lắp* của họ trước khi nó xảy ra. Nghĩa là khi chuẩn bị nói lắp một âm hoặc từ, họ *chuẩn bị cấu âm*, thư giãn và bắt đầu nhẹ nhàng vào từ mà họ cho rằng sẽ bị lắp.

2.2. Tạo kiểu nói lưu loát

Tạo kiểu nói lưu loát là một cách được áp dụng để dạy kiểu nói năng mới. Có nhiều cách nhưng trong đó có cách nói chậm lại, thủ thủ giã, bắt đầu vào từ một cách nhẹ nhàng và luân chuyển các từ một cách từ tốn, mềm mại. Chẳng hạn, ở tuần đầu tiên, người bệnh tập nói chậm, khoảng 50 âm tiết/phút bằng cách kéo dài các nguyên âm và phụ âm. (Việc này ban đầu tương đối khó khăn). Người bệnh học cách thư giãn bằng cách thở vài lần trước khi phát âm, bắt đầu tạo âm một cách thật nhẹ nhàng. Họ cử động cấu âm thật mềm mại và chuyển từ từ này sang từ khác thật nhẹ. Khi đã kiểm soát được tốc độ nói, họ được phép tăng tốc độ lên 10 âm tiết nửa trong một phút. Từ từ như vậy, họ tăng được tốc độ nói lên 100 âm tiết/phút.

Trong tuần thứ hai và thứ ba, người nói lắp được áp dụng cách thức nói năng mới ở các ngữ cảnh khác nhau ngoài bệnh viện. Các tình huống nói năng khó hơn như bài phát biểu, tự giới thiệu bản thân với một người lạ, trả lời phỏng vấn ngoài đường... có thể là nội dung tập luyện sau tuần thứ ba. Để củng

có cách nói năng mới, người bệnh nên tập luyện giao tiếp ở các ngữ cảnh khác nhau.

2.3. Phối hợp hai cách trên

Nhiều chuyên gia ngôn ngữ thích áp dụng phối hợp hai phương pháp trên. Người bệnh được hướng dẫn thay đổi kiểu nói của họ sao cho lưu loát hơn. Họ cũng được hướng dẫn thay đổi kiểu nói như: thổi vào vào thổi đi để nói lắp. Các thầy thuốc cũng cho rằng, những người nói lắp cần được hỗ trợ về tâm lý để giảm bớt mặc cảm về sự nói lắp của mình, sự lo lắng về phản ứng của người đối thoại...

2.4. Điều trị trẻ em nói lắp

Điều trị trẻ em nói lắp trong độ tuổi 3-8 tuổi cũng bao gồm các kỹ thuật cơ bản của hai nội dung trên. Những kỹ thuật "tạo kiểu nói năng mới" được áp dụng nhiều hơn so với "thay đổi kiểu nói lắp". Để nói chậm, các nhà chuyên môn mô tả với trẻ rằng đây là kiểu nói của rùa. Bắt đầu nói câu một từ, sau tăng lên câu ngắn 2-3 từ và câu dài.

Nên kết hợp gia đình tham gia vào hỗ trợ nói năng cho trẻ. Như động viên trẻ nói chậm, khen thưởng, tạo ngữ cảnh ít áp lực... Sự tham gia của gia đình có ý nghĩa quyết định đến kết quả của điều trị.

Chương 10

Các bệnh lý của giọng nói

1. Khái niệm

Rối loạn giọng nói là một loại rối loạn về âm lượng (lời nói quá to hoặc quá nhỏ), rối loạn về âm vực (quá cao hoặc quá thấp) hoặc rối loạn về âm sắc (giọng khàn, giọng hụt hơi, giọng khàn và âm thanh không dễ chịu). Một người bị rối loạn giọng nói: âm sắc, âm vực và âm lượng về giọng của họ không giống với những người cùng tuổi, cùng giới tính, cùng nền văn hoá và những người ở cùng vị trí địa lý.

Trong quá trình thở, không khí đi từ phổi qua thanh quản và làm 2 dây thanh rung, 2 dây thanh sẽ mở ra và khép lại luân phiên liên tục cùng với sự thở ra và hít vào. Không khí đi từ phổi lên và bị dừng lại khi hai dây thanh khép lại (hoặc gần khép). Áp lực được tạo nên ở vùng phía dưới dây thanh làm cho 2 dây thanh rung lên. Khi 2 dây thanh mở ra không khí tiếp tục di chuyển nhanh chóng qua khe hở của 2 dây do đó áp lực giữa 2 cạnh của dây thanh giảm, áp lực giảm hút 2 dây thanh vào gần nhau tạo nên sự chuyển động của các dây thanh. Quá trình này được diễn ra theo một chu trình. Sự rung của dây thanh đã tạo ra giọng nói. Sự rung ở từng phần khác nhau của dây thanh đã tạo ra các âm khác nhau.

Tốc độ của việc đóng mở dây thanh tạo nên tốc độ nhanh hay chậm của giọng nói. Với tốc độ chậm nhất thì tốc độ đóng mở của dây thanh gần 70 lần một giây. Tốc độ này có thể nhanh tới 1.000 lần một giây.

Sự rung dây thanh như vậy tạo nên một giọng nói bình thường. Nếu sự rung dây thanh không bình thường sẽ tạo ra sự rối loạn về giọng.

2. Các yếu tố tạo nên giọng nói

Giọng nói thường được miêu tả thấp hoặc cao về âm vực hoặc to hoặc nhỏ về âm lượng. Vì vậy, âm vực và âm lượng của giọng tạo nên diện mạo của giọng nói.

2.1. Âm vực

Liên quan đến mức độ rung thường xuyên của dây thanh. Mức độ này phụ thuộc vào thói quen của mỗi người. Tốc độ chu trình dây thanh càng nhanh thì âm vực càng cao.

Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến mức độ rung của dây thanh: độ dày, độ căng và sự co giãn của dây thanh. Nếu dây thanh dày thì mức độ rung sẽ giảm và âm vực sẽ thấp. Đó là lý do giọng của nam giới thường thấp hơn giọng của nữ giới.

Dây thanh càng thường rung nhanh hơn là không lỏng. Sự rung của dây thanh với cường độ cao tạo ra các âm vực cao. Dây thanh càng mỏng hơn thường rung ở cường độ cao hơn. Dây thanh của nữ giới thường mỏng hơn dây thanh của nam giới nên âm vực của nữ cao hơn nam giới.

Số lần rung, độ dài và độ co giãn có mối liên hệ gần gũi với nhau. Dây thanh thô thong thường dài hơn. Vì vậy, dây thanh thô thường rung ở mức độ thấp và tạo ra các âm thấp. Mặc dầu vậy, khi dây thanh bị duỗi căng ra, chúng trở nên căng và mảnh, đó là lý do giọng bị đẩy cao lên.

2.2. Âm lượng

Nếu như âm vực được xác định bởi cường độ rung của dây thanh thì âm lượng được xác định bởi độ rung mạnh của dây thanh. Độ rung càng mạnh thì giọng càng lớn. Âm thanh được tạo ra do sự chuyển động hỗn loạn của không khí. Sự chuyển động trong một phạm vi nào đó được gọi là biên độ. Biên độ càng lớn thì giọng rồi càng to. Sự tạo ra các âm thanh to hơn là do áp lực không khí ở dưới dây thanh bị nén lại và khi được giải phóng, nó được chuyển sang vùng rộng hơn.

2.3. Âm sắc

Bên cạnh sự tồn tại của âm vực và âm lượng, chúng ta đều thấy có sự tồn tại các âm sắc khác nhau của giọng nói. Sức khỏe không tốt, có bệnh về thanh quản, thói quen dùng thuốc, hơi thoát không phù hợp, rối loạn cộng hưởng mũi - miệng, góp phần tạo nên những vấn đề về âm sắc. Chúng ta thường thấy có 3 rối loạn về âm sắc: giọng khàn, hụt hơi, khản giọng.

2.4. Độ cộng hưởng

Âm thanh thay đổi là do sự thay đổi của các khoang cổ họng, miệng và mũi nằm ở phía trên của dây thanh. Những sự thay đổi này gọi là độ cộng hưởng. Cộng hưởng không phát ra âm thanh, nó chỉ làm thay đổi các âm thanh.

Thông thường, âm thanh bị thay đổi tại khoang miệng. Sự thay đổi này do cử động của lưỡi, vòm miệng, hàm... Khi những bộ phận này thay đổi thì hình dạng và kích cỡ của khoang miệng cũng thay đổi theo. Độ cộng hưởng thay đổi theo hình dạng và kích cỡ của khoang cộng hưởng. Việc tạo các âm trong khoang miệng làm thay đổi hình dạng của khoang miệng và tạo ra độ cộng hưởng của giọng.

Có 2 độ cộng hưởng có ảnh hưởng đến việc rối loạn giọng: cộng hưởng miệng và cộng hưởng mũi. Cộng hưởng miệng xuất hiện khi vòm mềm chuyển động ra phía sau và nâng lên đóng kín không cho hơi lên mũi. Cộng hưởng mũi xuất hiện khi lưỡi gà buông thõng để hơi được chuyển lên mũi.

Một vài cấu trúc không bình thường như hở hàm ếch, rất khó khăn để chặn luồng hơi lên mũi do các cơ của vòm mềm củ thể quá yếu để chuyển động nhanh chóng chặn luồng hơi lên mũi, hoặc các cơ không đủ độ mạnh để thực hiện việc chặn hơi. Và kết quả là giọng nghe rất rõ có cộng hưởng mũi (gọi là giọng mũi hở).

Ngược lại với giọng mũi hở là giọng mũi bít. Cộng mũi bít là do quá ít cộng hưởng mũi giành cho các âm mũi. Khi bạn bị

cảm thụ những âm như "m", "n", "nh", "ng" nghe dường như không chính xác do thiếu cộng hưởng mũi.

3. Các biểu hiện rối loạn giọng

Đa số mọi sự thay đổi giọng là do sự thay đổi cấu trúc của dây thanh. Có rất nhiều biểu hiện rối loạn giọng như: Hút hơi, khàn giọng, khan giọng, các vấn đề về âm vực và âm lượng.

3.1. Giọng khàn

Giọng nghe không dễ chịu, âm thanh gồ ghề. Nó là do hoạt động và sự cố gắng quá mức của cơ. 2 dây thanh khép quá chặt vì vậy mà không khí được giải phóng đột ngột khi tạo ra. Kết quả là giọng bị khàn và không dễ chịu. Giọng khàn thường là giọng yếu và nhỏ.

3.2. Hút hơi

Hai dây thanh vẫn chuyển động sát vào nhau nhưng chúng khép không chặt lắm cho giọng xuất hiện hơi thở đi kèm khi nói. Không khí được giải phóng qua khe hở của dây thanh làm tăng tiếng ồn trong quá trình tạo nên âm thanh nghe như hơi thở. Trong những trường hợp nặng, không khí lọt ra có thể được nghe thấy ngay cả khi không phát âm.

3.3. Khàn giọng

Khàn giọng là sự kết hợp của khàn và hút hơi. Khàn giọng là một đặc hiệu nghiêm trọng về thanh quản. Giọng khàn là kết quả của 2 dây thanh rung không đều. Âm vực của giọng khàn thường thấp và rất khó để xác định.

3.4. Mất tiếng

Mất tiếng là không có tiếng thoát ra khi nói, chỉ có tiếng nói thầm. Mất tiếng là do trong suốt quá trình nói dây thanh không khép. Việc mất tiếng không xảy ra liên tục mà cũng có

lúc người bị mất tiếng nói được tuy giọng có thể khàn hoặc hụt hơi. Việc mất tiếng này thường xảy ra đột ngột với cấu trúc thanh quản vẫn hoàn toàn bình thường. Vì vậy việc mất tiếng thường được miêu tả như một bệnh về tâm lý. Phần lớn các trường hợp có nguyên nhân từ stress, sự lo âu và tổn thương tâm lý. Tuy nhiên, trong một vài trường hợp, mất tiếng là do tổn thương cơ quan phát âm như liệt dây thanh làm 2 dây thanh không khép được khi phát tiếng. Trong trường hợp không có nguyên nhân tổn thương cơ quan phát âm, người ta thường điều trị kết hợp với tâm lý.

4. Nguyên nhân gây nên rối loạn giọng

Có rất nhiều nguyên nhân khác nhau dẫn đến việc rối loạn giọng, bao gồm:

4.1. Dây thanh bị liệt

Hai dây thanh không khép được vào nhau nên không tạo được âm thanh. Trong một số trường hợp, khi có 1 dây thanh bị liệt thì dây thanh còn lại sẽ cố gắng di chuyển về phía dây thanh bị liệt và có thể phát tiếng. Tuy nhiên, trong trường hợp này, giọng thường yếu, hụt hơi và không thể hạ giọng được do áp lực yếu. Còn một số trường hợp khác, dây thanh không bị liệt không thể tiếp xúc với dây bị liệt nên 2 dây thanh không khép được vì vậy mà bị mất tiếng.

Trong trường hợp 1 dây thanh bị liệt, chúng ta có thể giúp họ tập cho dây thanh còn lại hoạt động mạnh hơn để chạm tới dây thanh bị liệt. Đôi khi, người ta tiêm Teflon để tạo ra những chỗ phồng lên ở dây thanh bị liệt để 2 dây thanh có thể dễ dàng tiếp xúc với nhau hơn.

4.2. Ung thư thanh quản

Ung thư thanh quản có thể phát triển ở cả 2 dây thanh. Biểu hiện rất sớm của ung thư thanh quản là khàn giọng. Người

bệnh rất khó khăn khi nuốt và thường bị đau khi nuốt. Sự thay đổi về âm sắc của giọng nếu được phát hiện sớm sẽ giúp cho việc chẩn đoán sớm và điều trị.

Giống như các bệnh ung thư khác, ung thư thanh quản được điều trị bằng việc phẫu thuật, hoá trị liệu và xạ trị liệu. Sau khi phẫu thuật, cơ quan phát âm của người bệnh không bình thường nữa. Cấu trúc thanh quản bị thay đổi.

Những bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư thanh quản phải tiến hành luyện tập để lấy lại giọng mà không có dây thanh. Có 3 cách cơ thể dùng để tạo lại âm thanh: Giọng nhân tạo (dùng máy trợ giúp tạo nên độ rung để phát tiếng), giọng chức năng, dụng cụ đặt vào cổ họng để giúp tạo ra âm thanh.

4.3. Chấn thương thanh quản

Có rất nhiều nguyên nhân gây chấn thương thanh quản: tai nạn, do nuốt các đồ vật... Khi bị chấn thương, bệnh nhân cần được phẫu thuật ngay để tạo lại cơ quan phát âm. Một vài trường hợp có thể phát âm lại bình thường sau phẫu thuật nhưng một vài trường hợp cần phải điều trị để tạo lại giọng.

4.4. Hạt xơ dây thanh

Là những hạt nhỏ phát triển trên dây thanh và lồi lên bề mặt của dây thanh. Khi mới xuất hiện, chúng chỉ là những hạt nhỏ màu hồng. Sau đó, chúng trở nên trắng hoặc nâu hơn và trở thành hạt xơ... Hạt xơ có thể chỉ xuất hiện ở 1 dây thanh nhưng thông thường nó xuất hiện ở cả 2 phía đối diện nhau trên cả 2 dây thanh. Hạt xơ dây thanh thường thấy nhiều ở trẻ nhỏ, xuất hiện ở những trẻ thường la hét hoặc sử dụng giọng nhiều. Chính sự la hét này đã tạo ra sự chà sát giữa 2 dây thanh làm cho hạt xơ ngày càng phát triển hơn.

Hạt xơ dây thanh làm dây thanh thô hơn bởi vậy mà dây thanh rung chậm hơn làm cho âm vực thấp xuống. Hạt xơ dây

thanh cũng làm cho việc khép dây thanh trở nên khó hơn và tạo sự hụt hơi khi phát tiếng. Giọng khàn cũng thường xuyên được nghe thấy ở những người có hạt xơ dây thanh.

4.5. Polyp

Giống như hạt xơ nhưng phình to hơn và mềm hơn. Polyp thường xuất hiện ở trên 1 dây thanh. Sự la hét có thể làm cho polyp phát triển to hơn. Polyp cũng được tìm thấy ở những phần khác của cơ thể như: mũi, đường thở, đường tiêu hoá...

Polyp thường thấy nhiều ở người lớn. Không giống như hạt xơ phát triển trong một thời gian dài, Polyp có thể xuất hiện ngay sau khi la hét. Những người thường xuyên la hét rất dễ bị tổn thương dây thanh do sự phát triển của polyp.

Những ảnh hưởng của polyp đối với phát âm cũng giống như hạt xơ dây thanh. Giọng khàn và hụt hơi thường xuyên xuất hiện. Bên cạnh đó cũng có thể xuất hiện "giọng đôi" bởi vì dây thanh bị polyp không thể rung mạnh được nữa.

Sau khi phẫu thuật cắt bỏ polyp thì việc điều trị ngôn ngữ là cần thiết trong phần lớn các trường hợp. Người điều trị sẽ phải thay đổi thói quen sử dụng giọng của bệnh nhân.

4.6. Dây thanh dày

Do việc sử dụng giọng không đúng cách. Việc nói quá nhiều, ho, khạc... có thể làm cho các dây thanh dày lên. Khi dây thanh trở nên dày hơn thì sự rung của dây thanh sẽ chậm và tử tử. Dây thanh dày sẽ khiến cho giọng hụt hơi với âm vực thấp. Dây thanh dày cũng dễ tạo điều kiện cho hạt xơ và polyp phát triển. Khi xuất hiện, chúng sẽ làm cho giọng khàn hơn.

4.7. Viêm thanh quản

Do bị cảm lạnh hoặc dị ứng. Những trường hợp như vậy không cần phải điều trị rối loạn giọng mà chỉ cần nghỉ ngơi.

Trong một số trường hợp, viêm thanh quản là do sử dụng giọng làm cho thanh quản sưng phồng lên. Giọng thường xuyên bị khàn. Trong những trường hợp như vậy thì sự điều trị là cần thiết để thay đổi cách sử dụng giọng.

4.8. Tâm lý

Thường ít gặp. Những người này bị rối loạn giọng nhưng hoạt động của các cơ quan phát âm hoàn toàn bình thường. Người ta cho rằng có thể họ có những vấn đề về tâm lý. Khi điều trị cần kết hợp với các chuyên gia tâm lý.

4.9. Rối loạn nội tiết

Thiếu năng hoặc quá phát tuyến giáp hoặc sự thay đổi nội tiết gây khó khăn trong việc phát tiếng.

5. Cách đánh giá

Tham khảo "Phiếu đánh giá giọng" ở cuối chương.

Khi đánh giá bệnh nhân, nếu có thể, hãy ghi âm lời nói của bệnh nhân lại để sau một thời gian luyện tập rõ thể so sánh để thấy rõ kết quả.

6. Cách điều trị

Có rất nhiều phương pháp điều trị các bệnh nhân rối loạn giọng. Tùy thuộc vào nguyên nhân gây nên việc rối loạn giọng mà người ta dùng các phương pháp phù hợp.

6.1. Phòng ngừa

Việc phòng ngừa này xuất phát từ nguyên nhân gây nên rối loạn giọng.

- Phòng ngừa chấn thương

Phòng ngừa ung thư thanh quản: không hút thuốc lá.

- Phòng ngừa sử dụng giọng không đúng (la hét, nói quá to, ho, khạc); việc sử dụng giọng không đúng cách dẫn đến rất nhiều tổn thương thanh quản như: hạt xơ dây thanh, polyp, dây thanh dày... Vì vậy, việc thay đổi cách sử dụng giọng là một việc quan trọng trong quá trình điều trị.

Trước khi bước vào quá trình điều trị, người điều trị cần biết được cách sử dụng giọng của bệnh nhân như thế nào. Sau đó, người điều trị sẽ lập mục tiêu để bệnh nhân có thể sử dụng giọng một cách thích hợp. Trong phần lớn các trường hợp, mục tiêu sẽ bao gồm các hoạt động làm giảm mức độ thường xuyên của cách sử dụng giọng không đúng, phương pháp nối lỏng giọng và học cách để tạo nên giọng khoẻ với âm sắc chuẩn xác.

6.2. Can thiệp của y tế

- Cần thiết phải phẫu thuật trong trường hợp có các khối u, sau đó cần quá trình điều trị về: hoá trị liệu, xạ trị liệu hoặc với những rối loạn giọng do nội tiết phải giải phẫu tuyến giáp.
- Giải quyết các vấn đề về dây thanh như: phẫu thuật hạt xơ, polyp và ung thư và các trường hợp liệt dây thanh (tiêm Teflon vào dây thanh).

6.3. Các phương pháp điều trị

- Học các phương pháp làm giảm cách sử dụng giọng sai (phần 4).
- Cần hướng dẫn kết hợp với điều trị về tâm lý cho các rối loạn giọng có nguyên nhân về tâm lý (một số trường hợp mất tiếng).
- Dùng kỹ thuật "đẩy" đối với các trường hợp bị liệt dây thanh do tổn thương thần kinh. Trong trường hợp 1 dây thanh bị liệt, dây thanh còn lại sẽ cố gắng hoạt động để tiến sát vào dây thanh liệt trong sự nỗ lực

khép 2 dây thanh. Sự nỗ lực này có thể sẽ được tăng cường qua bài tập "đẩy" - Cho bệnh nhân ngồi chống 2 tay xuống ghế, yêu cầu bệnh nhân đẩy mạnh 2 tay xuống ghế khi phát âm sẽ giúp làm tăng độ mạnh của dây thanh còn lại.

Việc sử dụng giọng không đúng cách là nguyên nhân chủ yếu gây nên các rối loạn về giọng. Bởi vậy, việc phòng ngừa các nguyên nhân gây nên việc rối loạn cần được chú ý để giảm một cách đáng kể các bệnh về rối loạn giọng.

PHỤ LỤC CHƯƠNG 10

Phòng Ngôn ngữ trị liệu

Khoa Phục hồi chức năng

PHIẾU ĐÁNH GIÁ GIỌNG

Họ và tên bệnh nhân:

Tuổi: Nam/Nữ.....

Địa chỉ:

Điện thoại:

Nghề nghiệp:

1. Tiền sử

- Thời gian giọng thay đổi:
- Sự thay đổi của giọng:
 - Giọng khàn
 - Giọng khản
 - Giọng hụt hơi
 - Mất tiếng
- Các vấn đề liên quan:
 - + Thời tiết
 - + Uống thuốc
 - + Hút thuốc
 - + Nói nhiều

- Thói quen nói (quá to, nhỏ, ho...)

Các vấn đề về nuốt

- Các vấn đề về tâm lý
- Các vấn đề khác

2. Kiểm tra thanh quản

- Khó u
- Hạt xơ
- Polyp
- Liệt dây thanh
- Viêm thanh quản
- Tuyến giáp quá phát
- Các vấn đề khác

3. Đánh giá giọng

- Âm vực của giọng theo thói quen:
Cao
Thấp
- Âm lượng theo thói quen
To
Nhỏ
- Âm sắc của giọng
Khàn
Khẩn
Hụt hơi

Hơi thở trong suốt quá trình giao tiếp:

Mạnh

Nhẹ

Nhanh

Chậm

- Độ cộng hưởng mũi:

Hở

Bịt

Kết hợp

Sức bền và âm sắc của âm thanh (a kéo dài)

Khỏe

Yếu

Đắt, quang

Ngày đánh giá:...../...../..... .

Người đánh giá.

Phần 4

Bệnh lý về ngôn ngữ

Chương 11

Thất ngôn

I. PHÂN LOẠI THẤT NGÔN VÀ NỘI DUNG TRẮC NGHIỆM NGÔN NGỮ

Thất ngôn là tình trạng rối loạn ngôn ngữ do tổn thương bán cầu não, điển hình do tai biến mạch máu não. Khái niệm này bao gồm một hoặc nhiều các rối loạn chức năng về hiểu lời nói, biểu chữ viết, thể hiện bằng lời nói và bằng chữ viết. Có thể tất cả các lĩnh vực ngôn ngữ đều bị tổn thương: âm vị học, hình thái học, ngữ nghĩa và dụng học. Thông thường, tổn thương các hình thức và lĩnh vực ngôn ngữ đều có liên quan đến khu vực tổn thương của não. Tùy theo mức độ và hình thái khuyết khuyết của ngôn ngữ mà người ta có thể phân loại thất ngôn ra các thể khác nhau.

1. Phân loại thất ngôn

Thể tổn thương	Vị trí tổn thương	Đặc điểm
Broca	Vùng Broca ở sau dưới thùy trán bên trái	Nói kéo lui ngắt quãng, âm điệu phát ngôn, không có ngữ pháp, rối loạn nhịp điệu. Hiểu lời nói lượng sống bình thường
Wernicke	Vùng Wernicke bên trái phía sau thái dương trên	Nghe hiểu kém, thể hiện bằng lời nói kéo lui ngắt quãng theo nói nhịu. Đọc và viết thường bị khiếm khuyết nặng
Dẫn truyền	Hội trên viền, sâu xói dải hình cung	Không nhắc lại được liên quan đến nghe hiểu và nói kéo lui ngắt quãng. Định danh vòng vo, nhiều lời nói phụ

Tổn thương vùng Broca ở dưới và sau thùy trán gây nên thể thất ngôn đặc trưng về kèm lưu loát, nói khó nhọc và mất ngữ pháp. Nói chậm và câu rất ngắn (khoảng 2-3 từ), chủ yếu là từ chủ chốt. Các từ chức năng như mạo từ, giới từ, và các từ nối thường bị mất. Ngữ điệu thường bằng phẳng, không thay đổi về chỗ nhấn hay tốc độ. Kiểu nói không ngữ pháp này cũng thể hiện khi viết và nhại lại. Bản thân bệnh nhân ý thức được về khiếm khuyết lời nói của họ nên hết sức cố gắng sửa các lỗi đó.

1.2. Thất ngôn Wernicke

Thể thất ngôn này đặc trưng bởi khiếm khuyết về nghe hiểu nhưng nói lưu loát, do tổn thương vùng Wernicke ở thùy thái dương trên. Nhiều khi tổn thương nặng tới mức người bệnh không nhận dạng được các từ đơn. Lời nói của họ khá trơn tru và có ngữ điệu như hình thường. Tuy nhiên lời nói đó chứa nhiều lỗi nhại lời nói (thay một âm của từ) hoặc nhại sáng tạo (tạo ra từ mới). Lời nói này có vẻ "trống rỗng" do mất nhiều từ chủ chốt. Bản thân bệnh nhân không ý thức được về lời nói khó hiểu của họ nên họ không phiền về giao tiếp của mình. Sự nhại lại và viết cũng đầy các lỗi nhại và sáng tạo như khi nói.

1.3. Thất ngôn dẫn truyền

Là dạng thất ngôn khi bị tổn thương đường dẫn truyền nối vùng Broca và Wernicke (dải hình cung) và vùng trên viền. Trong đó, khả năng chuyển thông tin từ một vùng của não sang vùng khác bị khiếm khuyết. Do vậy dù nghe hiểu và nói tự nhiên được nhưng người bệnh không nhại lại từ hoặc ngữ được. Thông tin nghe vào không được chuyển tới vùng nào ở đó tạo ra lời nói.

Người bệnh không nhại lại được nhưng nói lưu loát, hay kèm theo nói nhại kiểu đồng âm (đồng chữ cái) và viết với lỗi tương tự. Người bệnh thường cố gắng sửa các lỗi âm vị của mình nên hay nhắc lại từ.

1.4. Thất ngôn quên từ

Khó khăn chủ yếu của bệnh nhân thất ngôn dạng này là không thể gọi được tên của đồ vật, hình vẽ, hay một khái niệm. Nghe hiểu, nói, nhại lại nói chung tương đối bình thường. Lỗi nói của họ thường bị chẩn danh từ. Bệnh nhân hay nói nhịu và nói vòng vo để cố gắng truyền đạt thông tin có ý nghĩa. Vị trí tổn thương có thể ở phía sau vùng thất dương- đỉnh.

1.5. Thất ngôn liên vỏ giác quan

Khi những cấu trúc nối kết các vùng ngôn ngữ như vùng Wernicke, dải kinh cung, vùng Broca bị ngắt quãng, sẽ dẫn tới dạng thất ngôn liên vỏ. Những cấu trúc này nối quá trình thông tin giác quan với các cử động thành thạo đã được lập trình sẵn. Có hai dạng thất ngôn liên vỏ: liên vỏ giác quan và liên vỏ vận động.

Thất ngôn liên vỏ giác quan xảy ra khi bị tổn thương phía sau bán cầu não, quanh vùng Wernicke. Bệnh nhân thường bị khiếm khuyết nặng về nghe hiểu. Tuy vậy, họ vẫn nói tương đối lưu loát và nhại từ tốt. Do vậy, thường gặp hành vi không hình thường của họ: họ nhận lại câu hỏi được nhưng không hiểu được chúng.

1.6. Thất ngôn liên vỏ vận động

Dạng thất ngôn này thường khiến người bệnh khởi động nói nặng khó khăn, nhưng nghe hiểu và nhại lại tốt. Mặc dù cấu trúc câu hỏi là hoàn chỉnh về ngữ pháp, nhưng người bệnh vẫn trả lời kém lưu loát, thiếu quyết đoán. Thường gặp ở người có tuổi bị tổn thương ở thùy trán.

1.7. Thất ngôn toàn bộ

Khi tổn thương bán cầu não tương đối rộng có thể gặp dạng thất ngôn toàn bộ. Bệnh nhân sẽ bị khiếm khuyết hầu như tất cả các quá trình ngôn ngữ: nghe hiểu kém, nói không lưu loát,

không nhại lại được từ hoặc câu. Thậm chí từ vựng của họ chỉ có vài từ.

Việc phân loại và nhận dạng các thể thất ngôn này được tiến hành dựa vào các trắc nghiệm ngôn ngữ. Ở Mỹ, các nhà ngôn ngữ đang sử dụng trắc nghiệm Boston do Goodglass và Kaplan soạn thảo năm 1983. Trắc nghiệm này gồm các bộ trắc nghiệm nhỏ hơn như: định danh, lặp lại câu, trả lời câu hỏi có không, nhại điều nói, viết, và các cử động nói liên tục với tốc độ tối đa. Các tiêu chí của trắc nghiệm sẽ phản ánh được các chức năng ngôn ngữ khác nhau: định danh, nghe hiểu và lặp lại. Ở khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai đang thử nghiệm áp dụng trắc nghiệm Boston vào đánh giá và chẩn đoán thụt ngôn từ 2000. Bộ trắc nghiệm đang được hoàn chỉnh cho phù hợp với ngôn ngữ và văn hoá Việt Nam.

2. Mục tiêu của bộ trắc nghiệm thất ngôn

2.1. Định giá khả năng định danh

Định danh là quá trình nhận biết và gọi ra tên của một vật, một bức tranh, hoặc một khái niệm. Đó là một quá trình phức tạp mà ta cần nhận dạng và nói ra tên của vật ta đang lưu giữ. Ví dụ khi được hỏi "chị đang đọc gì vậy?"; đầu tiên bạn lục tìm trong kho khái niệm của mình "một thứ có bìa, có nhiều trang, dùng để đọc". Sau đó, bạn xác định về ngữ nghĩa và chọn tên gọi phù hợp nhất đó là "quyển sách". Kế đó bạn liên hệ tới dạng âm vị học của tên đó "s-à-c-h". Cuối cùng, não bạn lập chương trình để điều khiển cơ động nói từ đó ra.

Khả định danh có thể do khiếm khuyết của một trong bất kỳ giai đoạn nào của quá trình này. Chẳng hạn:

- Do gọi sai khái niệm khiến đưa ra một tên gọi sai
- Do lỗi của quá trình âm vị học, hoặc ngữ nghĩa khiến họ nói một từ gần giống về âm vị học hoặc ngữ nghĩa.

Chẳng hạn ở đây họ nói "tách, phách" hoặc "bút, cập..."

Đó là các trường hợp *nói nhại* khác nhau thường gặp. Có thể tạo từ mới gọi là *kiểu sáng tạo từ*. Những từ đó thường không có ý nghĩa gì (sách - phách). Hoặc dùng các khái niệm cùng trường nghĩa gọi là *nói nhại bằng lời* (sách - bút cập). *Nói nhại kiểu đồng âm hoặc đồng chữ cái*, là thay một hoặc nhiều âm có âm thanh tương tự với từ cần nói, chẳng hạn (sách- tách, xách...). Đôi khi, họ có thể mô tả "vật này có bìa, có nhiều trang, để đọc" nhưng không gọi tên vật được, trường hợp này gọi là *định vị công cụ*.

- Khả định danh có thể bị khiếm khuyết ở giai đoạn lập chương trình cử động nói năng, khiến họ nói không rõ ràng, gọi là *nhất thực dụng lời nói*.

2.2. Đánh giá tình lưu loát khi nói năng

Nói lưu loát là khi các âm tiết được tạo ra một cách đều đặn, và lời nói lên bổng xuống trầm phù hợp với ý nghĩa của phát ngôn. Nói kém lưu loát trong thất ngôn là khi lời nói được phát ra một cách ngắt quãng, do dự, dừng rồi lại bắt đầu, không thay đổi âm sắc và ngữ điệu như bình thường. Sự lưu loát là một trong các tiêu chí để phân biệt thất ngôn do tổn thương phía trước hoặc sau của bán cầu não. Thấy thuốc thường lắng nghe kiểu mẫu bất thường về nhịp điệu, tốc độ, sự dễ dàng khi phát âm, và ngữ điệu nói khá gần tiếp để quyết định xem đó là lưu loát hay không.

2.3. Đánh giá khả năng nghe hiểu

Là khả năng hiểu ngôn ngữ nói, gồm các từ, những lời yêu cầu, câu hỏi, hoặc một nhóm các phát ngôn. Nghe hiểu là một quá trình phức tạp gồm phân đoạn các âm thanh nghe thấy thành các âm vị có nghĩa, hiểu được ý nghĩa các từ trong câu và giữ thông điệp trong trí nhớ lâu đủ để hiểu và tạo câu trả lời. Khả năng hiểu ngôn ngữ đồng hành với khả năng phân biệt các từ

và nhờ được chỉ dẫn. Để đánh giá khả năng nghe hiểu, thầy thuốc yêu cầu người bệnh thực hiện một nhiệm vụ mà không cần trả lời.

2.4. Đánh giá khả năng nhai lại (Lập lại)

Nhai từ hoặc phát ngôn cho phép đánh giá sự nguyên vẹn của đường dẫn truyền, nối vùng Wernicke của thùy thái dương và vùng Broca của thùy trán. Tổn thương vùng Broca hoặc vùng Wernicke ảnh hưởng đến khả năng nói tự nhiên và nhai lại. Nhưng tổn thương đường dẫn truyền chính (dây hình cung) giữ lại vùng thùy thái dương nhai từ ngữ kém, còn độ lưu loát và nghe hiểu vẫn bình thường.

II. LƯỢNG GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ THẤT NGÔN

Việc lượng giá chức năng ngôn ngữ cho bệnh nhân có tổn thương não: sau chấn thương sọ não, sau tai biến mạch máu não... thường được tiến hành một cách chính thức khi tình trạng tri giác của họ tương đối ổn định. Trước đó, thầy thuốc hoặc chuyên gia ngôn ngữ có thể sơ bộ tìm hiểu vấn đề này qua giao tiếp thông thường.

Bên cạnh việc đánh giá ngôn ngữ, thầy thuốc còn cần đánh giá các chức năng liên quan đến chức năng thuộc thần kinh vận động và hoạt động tư duy, nhận thức, cảm xúc của người bệnh. Bởi vì những chức năng này có liên quan chặt chẽ đến hiệu quả của hoạt động ngôn ngữ. Chẳng hạn một người bị liệt nửa người, có thể kém theo chứng mất thực dụng, chứng quên không gian hoặc quên nửa người bên liệt. Hoặc các rối loạn về trí nhớ, sự tập trung ... sẽ ảnh hưởng nhiều đến khả năng ngôn ngữ của họ.

Nội dung cụ thể của bộ trắc nghiệm ngôn ngữ Bạch Mai (2000) được nêu ở phụ lục chương. Tuy nhiên các thành phần chính của nó bao gồm:

1. Cấu trúc của bộ trắc nghiệm thất ngôn

1.1. Phần hội thoại tự do

1.2. Trắc nghiệm nghe hiểu

- Hiểu lời nói hiểu từ đơn
Hiểu mệnh lệnh

1.3. Trắc nghiệm về nói

- Cử động miệng
- Nói tự động
- Trả lời câu hỏi

1.4. Kiểm tra khả năng nhại lại

1.5. Kiểm tra đọc

1.6. Đánh giá khả năng viết

- Viết về bản thân
Viết chính tả

2. Chẩn đoán thất ngôn

- Thử thách ngôn: chẩn đoán các thể đã nêu ở trên nhằm tìm hiểu phạm vi và mức độ tổn thương não, đồng thời xác định vị trí vùng liên quan.
- Các rối loạn chức năng ngôn ngữ kèm theo: chức năng nghe hiểu, nói hoặc nhại lại, đọc hoặc viết...

3. Điều trị thất ngôn

Mục tiêu điều trị cho những bệnh nhân này là tạo cho họ một phương pháp giao tiếp khả thi. Các biện pháp can thiệp phải dựa trên mức độ và khả năng giao tiếp hiện tại của họ. Chẳng hạn đối với một người bị thất ngôn toàn bộ, các hoạt động can

thiệp phải giúp họ tạo nên được từ đơn kết hợp với dùng cử chỉ và dấu. Như vậy, mục tiêu chính của ngôn ngữ trị liệu là phát huy tối đa khả năng ngôn ngữ đồng thời sử dụng các phương pháp giao tiếp hỗ trợ.

Hình thức huấn luyện có thể là làm việc với cá nhân hoặc với một nhóm bệnh nhân.

3.1. Nội dung huấn luyện:

3.1.1. Lồng ghép việc dạy ngôn ngữ vào các hoạt động hàng ngày. Bắt đầu từ các nhu cầu cơ bản của người bệnh (yêu cầu đồ ăn, uống, hoặc vệ sinh...) với vợ hoặc chồng họ. Giúp họ giao tiếp trong phạm vi các hoạt động hàng ngày.

3.1.2. Nội dung huấn luyện cần nhằm vào những chức năng ngôn ngữ bị tổn thương: Chẳng hạn tăng cường chức năng nghe hiểu hay nói, hoặc viết hoặc đọc... Thay đổi các hoạt động và hình thức dạy nhưng đều nhằm vào chức năng ngôn ngữ nhất định.

3.1.3. Cần huấn luyện theo các bước từ dễ đến khó và tùy vào dạng thất ngôn. Chẳng hạn, một bệnh nhân bị thể quên từ, nên dạy các từ đơn trước, bắt đầu từ những khái niệm cụ thể: bát, nước, thìa... sau đó mới dạy từ ghép, câu ngắn, câu, hội thoại với các khái niệm phức tạp hơn.

3.1.4. Sử dụng kỹ năng mím, nhắc giúp họ tìm ra thông tin cần thiết mà không trả lời thay họ. Chẳng hạn, khi chỉ vào bức tranh một người ngồi trên ghế và hỏi: "anh này đang làm gì?", người bệnh trả lời "đang ưm, ưh đang..." . Thấy thuốc có thể mím hoặc nhắc như để miệng ở vị trí tạo âm "ng..." (nhắc âm vị), hoặc nói "đổi lập với đứng là..." (nhắc về ngữ nghĩa), hoặc nói mím cả câu "anh này đang ... ng..." Cũng có thể dùng dấu hoặc cử chỉ để nhắc.

3.1.5. Phối hợp với các phương pháp giao tiếp hỗ trợ khác: Có thể dùng tranh, hình vẽ để dạy từ hoặc ghép câu. Khi dùng

tranh đặc biệt ở giai đoạn đầu, nên kết hợp với sử dụng dấu để giúp họ dễ hiểu nhất là những người bị nghe hiểu kém.

Hình thức giao tiếp này có thể tổ chức cho một nhóm bệnh nhân dưới dạng một hoạt động chung như ghép tranh, xếp hình, vẽ, hoặc nấu ăn.... Lớn sẽ có nhiều cơ hội hơn để trao đổi thông tin và thay đổi chủ đề, hình thức giao tiếp...

3.2. Sự tham gia của gia đình vào chương trình

Gia đình có vai trò đặc biệt quan trọng trong phục hồi chức năng ngôn ngữ. Thứ nhất, thông qua giao tiếp người bệnh được hỗ trợ về mặt tâm lý, cảm giác không bị bỏ rơi. Thứ hai, gia đình có vai trò tích cực trong việc duy trì và củng cố các bài tập đang được tiến hành. Ngoài ra, trong ngữ cảnh các hoạt động tự chăm sóc và sinh hoạt, những nội dung huấn luyện được rèn luyện hàng ngày.

PHỤ LỤC CHƯƠNG 11

Phòng NNTL- Khoa PHCN- Bệnh viện Bạch mai

Ngày:

PHIẾT KHÁM THẤT NGÔN

Bệnh nhân:

Tuổi:Giới: Nam/ Nữ.....

Địa chỉ:

Điện thoại:.....

Nghề nghiệp.....Trình độ

Ngoại ngữ: Bệnh sử

Liệt nửa người: Phải Trái

Đã hồi phục Không hồi phục

Mất nửa thị trường: Phải Trái

Đã hồi phục Không hồi phục

Thuận tay Phải Trái

CT sọ não:

CHẨN ĐOÁN:

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

Hội thoại và thể hiện bằng lời nói: (ghi âm hoặc ghi tốc ký)

Đáp lại lời chào hỏi: "chào ông, sức khỏe thế nào?"

Trả lời bằng "có/không":

"Đây là lần đầu tiên tôi khám cho ông phải không?"

Trả lời "không biết" khi được hỏi: "ông có biết khi nào ông được chữa khỏi không?"

Tên họ của ông?

Địa chỉ của ông?

Hội thoại mở: Hãy kể vì sao ông phải nằm viện? Về gia đình ông? Về công việc của ông trước khi bị bệnh?

Hãy kể về bức tranh "trong bếp"

A. NGHE THIỂU

1. Nhận biết từ:

Số điểm: /72

Đồ vật	Nhận dạng		Thể loại 1/2 đ	Ra hiệu 1/2 đ	Không biết 0 đ	Hành động	Nhận dạng		Thể loại 1/2 đ	Kh. Biết 0 đ
	<5"	>5"					<5"	>5"		
	2 đ	1 đ					2 đ	1 đ		
Ghế						Uống				
Chia nhỏ						Hút thuốc là				
Lòng						Chạy				
Vòng						Ngủ				
Xương rồng						Ngé				
Găng tay						Nhổ gậy				

Chữ cái

L					Xanh lơ				
H					Nâu				
R					Đỏ				
T					Hồng				
S					Xám				
G					Tím				

Khối

T-ôn					7				
Xoắn					42				
Vuông					700				
T' giác					1836				
Chóp					15				
Sao					7000				

2. Nhận biết các bộ phận cơ thể: Số điểm: 120

	Đúng		Sai		Đúng		Sai		Đúng, Sai
	<5"	>5"			<5"	>5"			
	1 đ	1/2 đ			1 đ	1/2 đ			
Tai				Cổ tay				Tai phải	
Mũi				Ngón cái				Vai trái	
Va				Đùi				Số trái	
Mắt cá chân				Cằm				Mắt cá chân F	
Lông ria				Khủy tay				Cổ tay phải	
Đầu gối				Mỏ				Ngón cái trái	
Ngực				Lông mày				Khủy phải	
Cá				Má				Má trái	
Ngón giữa				Ngónỏ				Đ. đúng	2 điểm
								Đ-T đúng	1 điểm

3. Yêu cầu: (có thể nhắc lại 1 lần, không ngắt quãng câu hỏi)

Nắm tay thành nắm đấm

Chỉ lên trần phải, sau đó chỉ xuống sàn

(Đặt bút chì, đồng hồ đeo tay, và quần bài theo thứ tự đó, trên bàn trước mặt BN)

Đặt bút chì lên quần bài, sau đó đặt lại như cũ.

Đặt đồng hồ sang phía bên kia của bút chì, và lật úp quần bài.

Vỗ mỗi vai hai lần bằng hai ngón tay, trong khi nhắm mắt.

Số điểm: 0 1 3 5 7 9 11 13 15

B. THỂ HIỆN BẢNG LỜI

1. Cử động miệng:

Cử động	Số lần / 5"			Số lần / 5"	
	2 điểm	1 điểm		2 điểm	1 điểm
Mím môi, ríi thê	6	4-7	Mama, mama ..	6	4-7
Hà - ngậm miệng	10	8-9	Tách, b' tách	10	8-9
Quay 2 môi lại, thở ra	8	4-7	Đa tư, đa tư..	8	4-7
Lưỡi gạc 2 bên mép	8	4-7	Trênh lhang, ..	8	4-7
Thê lưỡi ra- thút lại	8	4-7	Đổng không mớng quanh ..	6	4-7
Lưỡi chạm răng	7	3-6	Cái có cái vạc..	6	3-6
Trên- dưới			Bắt bả kàu kim..	6	
Số điểm	/12		Số điểm	/12	

2. Nói chuỗi tự động

Số điểm: /4 điểm

1 đ	2 đ
Đốt là 21: 8 liên tiếp	
Tôi có	
2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	
Chữ cái: 7 liên tiếp	
Tôi có	
A b c d d e g h i k l m n c u q r s t u v x y	

3. Nhại lại từ phát ngôn: (mỗi từ/ mỗi câu 1 điểm)

Số điểm: ... /18

Từ phát ngôn	Bình thường	Âm vị	Trùng nghĩa	Đồng âm	Khác
Yên Chào					
Hoa Bảng					
Tím I					
Phố phường 1776					
Đẹp đẽ					
Khăn quàng					
Tôi đi làm về					
Lọ hoa trong phòng khách					
Chúng tôi nghe cô ấy hát					
Năm nay được mùa					
Cánh đồng lúa tươi					
Thành phố sắp vào xuân					
Tên sắp vào gà					
Ô tô qua phá					

4. Đọc từ đơn:

Số điểm: /30

B.ít	Thay thế	Biến dạng	Không	43°-30'	3-10°-25'	10-30°-15'	Kh. liê-t	Kiểu mới	Thay âm vị	Trưởng nghĩa	Khác
			Ghế sofa								
			Vòng lén								
			Vòng								
			Tam gác								
			Năm mươi								
			Màu tím								
			Bảy lăm hai mươi								
			Nhà giặt								
			Màu nâu								
			Hút thuốc								

5. Định danh bằng cách trả lời

Số điểm: /30

B.ít	Thay thế	Biến dạng	Không	Câu hỏi	43°-30'	3-10°-25'	10-30°-15'	Kh. liê-t	Kiểu mới	Thay âm vị	Trưởng nghĩa	Kh.ác
				Ta xem giờ bằng gì?								
				Cạo râu bằng gì?								
				Ông làm gì với xe phòng?								
				Ông cắt giấy bằng gì?								
				Lá cây có màu gì?								
				Chăm bếp bằng gì?								
				Một lá có bao nhiêu?								
				Then máu gì?								
				Là quần áo bằng gì?								
				Ông mua thuốc ở đâu								

6. Định danh hình vẽ:

Số điểm: / 105

Stt	Hay vẽ	Biểu dạng	Không	Các hình vẽ	$<3^{\circ}-3d$	$3-10^{\circ}-2d$	$>10^{\circ}-d$	Kh biệt O	Kiểu mới	Tay âm vẽ	Tường nghĩa	Khác
				Ghê								
				Chia khóa								
				Lông								
				Vòng								
				Xương rồng								
				Găng tay								
				L								
				H								
				P								
				T								
				S								
				G								
				Vuông								
				Tứ giác								
				Chạy								
				Ống								
				Hạt thuốc lá								
				Ngủ								
				Ngồi								
				Nhỏ giọt								
				Xanh lá								
				Vàng								
				Đỏ								
				Hồng								

	Xâm			
	Tin			
	7			
	42			
	700			
	936			
	5			
	7000			
	Ta			
	Khuỷu tay			
	Va			

C. HIỂU NGŢN NGỮ VIẾT:

Số điểm: / 10

1. Phân biệt ký hiệu và từ: (So cặp chữ cái/ từ)

Trên

Chô

G. _____

B_____

13 _____

Si _____

Датум _____

T_____

Хүнд

K

2. Kết hợp ngữ âm học: (chọn từ khi nghe nói)

Số điểm: / 8

Tàu chuy^ê_____ Cùn con_____

Cầu_____ Mưa phún_____

Sách_____ Trống rỗng_____

Với _____ Bức lột _____

3. Hiểu đánh vần: (chọn vần khi được nghe)

Số điểm: / 8

M-U-A_____

K-H-Ô N-G_____

H-O_____

K-H-U-Ỡ-U_____

C-Ô G-A-I_____

NĂ-M M-U-Ô-I_____

C-O-L-H _____

C-O-N C-H-Ô _____

Sơ cấp tranh- chữ:

Số điểm: / 10

Ghế lựa_____

Màu tím_____

Vòng tròn_____

Bảy trăm hai mươi_____

Cái võng_____

Nhò giọt_____

Tam giác_____

Màu nâu_____

Năm mươi_____

Hút thuốc_____

4. Viết :

+ Viết tự do về bản thân

+ Viết chính là

Bài để bệnh nhân đọc và viết chính tả:

CƯỜNG BẠO ĐẠI VƯƠNG ĐÁNH THẦN SÉT

...Quả nhiên, đêm hôm ấy, mưa to giông lớn. Thần Sét từ trên trời nhảy xuống. Vừa đặt chân lên nóc lều, vô tình dẫm phải thứ nước nhớt ấy, Thần Sét trượt chân ngã đành nạch xuống đất.

Cường bạo nhảy xổ ra, cầm gậy vục lấy vục để. Thần lồm cồm bỏ dậy, bay vút lên trời, bỏ quên cả búa. Cường bạo nhặt lấy húa lăm vũ khí hộ thân. Từ đó, người ta tôn ông làm Cường bạo đại vương.

Chương 12

Giúp trẻ chậm phát triển trí tuệ giao tiếp

1. Định nghĩa

Khái niệm "Chậm phát triển trí tuệ" (CPTTT) dùng để chỉ những người có trí tuệ dưới mức trung bình, đồng thời thiếu hụt hai hoặc nhiều hơn những kỹ năng "thích ứng" như: giao tiếp, tự chăm sóc, học vấn (đọc, viết, tính toán cơ bản), khả năng tự kiểm soát, kỹ năng xã hội, các sinh hoạt hàng ngày, sử dụng các phương tiện công cộng, sức khoẻ, sự an toàn, kiểm soát thời gian rảnh và việc làm.

2. Nguyên nhân của CPTTT

- Do di truyền và các yếu tố gen (Hội chứng Down, Hội chứng Nielsen sắc thể X...).
- Rối loạn chuyển hoá.
- Các yếu tố trước khi sinh: mẹ bị sốt, nhiễm rubella, ngộ độc chì, thủy ngân, rối loạn chức năng tuyến giáp trạng, bức xạ XQ, thiếu dinh dưỡng, thiếu tháng, sinh thấp cân...
- Các yếu tố xảy ra trong lúc sinh: thiếu oxy và chấn thương trong khi sinh, tư thế xấu của thai nhi, bị chèn ép ở đường sinh, mẹ bị ngừng tuần hoàn - hô hấp...

Các yếu tố sau khi sinh: sốt cao gây tổn thương não, vàng da do nhiễm trùng, viêm não, chấn thương vùng đầu, suy dinh dưỡng, thiếu i-ốt, ngộ độc chì, phơi nhiễm các chất độc hoá học, các vấn đề về nội tiết và chuyển hoá...

- Các bất thường của sự phát triển xương sọ, sọ bé, não úng thủy...
- Thiếu kích thích của môi trường sống.
- Nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân.

3. Các dạng CPTTT

Người ta thường dựa vào chỉ số thông minh (IQ) để phân loại trẻ CPTTT:

3.1. Loại nhẹ

Chỉ số thông minh từ 50 - 70. Trẻ thuộc loại này chiếm 75%, có thể giáo dục được, có khả năng tự chăm sóc và hoà nhập xã hội, có thể làm những công việc đơn giản. Ít cần sự trợ giúp.

3.2. Loại trung bình

Chỉ số thông minh từ 35 - 49. Trẻ thuộc loại này có thể huấn luyện được. Nếu được tác động từ bé, khi trưởng thành, trẻ có thể tự chăm sóc, có thể làm công việc đơn giản nếu được hướng dẫn. Cần sự trợ giúp ở một số thời điểm nào đó.

3.3. Loại nặng

Chỉ số thông minh từ 20 - 34. Trẻ thuộc loại này cần theo dõi thường xuyên và cần trợ giúp hàng ngày.

3.4. Loại rất nặng

Chỉ số thông minh dưới 20. Trẻ thuộc loại này cần chăm sóc đặc biệt và trợ giúp thường xuyên ở mọi nơi, mọi lúc, có thể bị thêm một số bệnh khác: nghe kém, động kinh...

Trẻ CPTTT dù ở mức độ nào cũng đều cần phải phục hồi chức năng để cải thiện các kỹ năng mà trẻ bị thiếu hụt.

- Hội chứng Down:

Hội chứng Down là một dạng CPTTT thường gặp do rối loạn nhiễm sắc thể.

Trẻ bị Hội chứng Down rất dễ nhận thấy qua các dấu hiệu điển hình.

- Có chiều dài và cân nặng thấp khi sinh.
- Chậm phát triển hơn so với trẻ cùng tuổi: chậm lẫy, chậm bò, chậm ngồi, chậm biết đi.

Mắt xếch, xa nhau, có nếp gấp da phủ trong mí mắt.

- Mặt hơi phẳng.
- Phía sau gáy phẳng và tóc tạo thành một đường chập rõ ngắn giữa gáy và cổ, phần da ở phía gáy bị chùng.

Khe miệng nhỏ hơn so với trẻ bình thường, lưỡi to hơn và thường thè ra ngoài. Thói quen này có thể sửa được.

- Tay to với các ngón ngắn, nhỏ. Lòng bàn tay có thể chỉ có 1 đường cắt ngang.
- Chấn cổ vật nứt sâu giữa 2 ngón, kéo dài đến tận nếp gấp dưới lòng bàn chân.



4. Chẩn đoán trẻ CPTTT

Để chẩn đoán trẻ có bị CPTTT không, người ta dựa vào các tiêu chí đánh giá như sau:

1. IQ:

2. Các kỹ năng thích ứng:

	Có		Không		Có		Không
Giao tiếp	☐	☐		Tự kiểm soát	☐	☐	
Tự chăm sóc	☐	☐		Sự an toàn	☐	☐	
Sinh hoạt hàng ngày	☐	☐		Học vấn	☐	☐	
Kỹ năng xã hội	☐	☐		Thời gian rỗi	☐	☐	
Cộng đồng	☐	☐		Việc làm	☐	☐	

3. Tuổi bắt đầu:

Được chẩn đoán CPTTT nếu:

- IQ < 70
- Không có từ 2 kỹ năng thích ứng trở lên.
- Tuổi dưới 18.

5. Rối loạn ngôn ngữ ở trẻ CPTTT

Khả năng ngôn ngữ của trẻ CPTTT kém hơn cả về số lượng lẫn chất lượng so với trẻ bình thường cùng lứa tuổi:

- Nói đơn giản hơn.
- Bắt đầu nói từ đầu tiên chậm hơn so với trẻ cùng tuổi.
- Số lượng từ hạn chế, nói ngọng
- Khó học cấu trúc ngữ pháp, sử dụng ngữ pháp không chính xác.
Không sáng tạo khi sử dụng câu
- Hạn chế sử dụng câu dài.

Những trẻ CPTTT nhẹ có thể tạo nên được các câu hoàn chỉnh trong giao tiếp. Những trẻ bị nặng có thể dùng kết hợp lời nói với cử chỉ, điệu bộ. Với những đứa trẻ này, việc nói đúng ngữ

pháp là rất khó khăn. Chúng chỉ dùng được những mẫu câu quen thuộc, đơn giản, không sáng tạo.

Trẻ CPTTT thường gặp khó khăn trong việc sử dụng ngôn ngữ để giao tiếp:

Khó khăn trong việc tăng vốn từ một cách tự nhiên trong môi trường giao tiếp.

- Khó khăn trong việc khởi xướng giao tiếp.
- Trả lời các câu hỏi bằng các câu ngắn, cộc lốc. Câu trả lời không thích hợp về thời gian, nơi chốn và với người khác.

Chậm trong việc duy trì một chủ đề trong cuộc giao tiếp với việc tăng thêm lượng thông tin mới.

Phân tích thông tin chậm

Có giới hạn trong việc tổng hợp lại các kỹ năng ngôn ngữ đã học được

- Không có kỹ năng kể chuyện.

6. Một số vấn đề khác

- Khả năng bắt chước các hoạt động kém đặc biệt là các hoạt động cần sự khéo léo, tinh tế. Điều này có ảnh hưởng tới việc học các kỹ năng sinh hoạt hàng ngày.
- Phản ứng chậm chạp với những gì xảy ra ở xung quanh.
- Gặp khó khăn khi muốn thể hiện nhu cầu hoặc cảm xúc của mình.

Khó khăn để hiểu các khái niệm về thời gian, nơi chốn, số lượng và nguyên nhân.

- Rất nhanh quên những gì đã được học nên khả năng nói của trẻ kém và gặp khó khăn trong việc học

Có vấn đề về tri giác. Trẻ không có khả năng bắt chước chính xác các hình dạng, không có khả năng tô màu

chính xác vào hình. Điều này gây khó khăn cho trẻ trong việc học chữ sau này.

Khả năng tập trung của trẻ là rất kém. Trẻ khó có thể ngồi lâu để học một điều gì. Vì vậy mà việc học của trẻ kém hơn các bạn khác.

- Không có khả năng kiểm soát được các hành động của mình.

7. Phục hồi chức năng trẻ CPITTT

Khi trẻ được chẩn đoán là CPITTT thì việc can thiệp sớm là rất quan trọng. Để phục hồi chức năng có hiệu quả, chúng ta phải thiết lập kế hoạch cho từng trẻ với các mục tiêu phù hợp. Việc thiết lập kế hoạch này dựa trên các bảng đánh giá các kỹ năng của trẻ (xem Phụ lục chương). Dựa vào phiếu đánh giá, chúng ta sẽ biết được những gì trẻ đã làm được và những gì trẻ chưa làm được để tác động. Nếu hoạt động chúng ta đưa ra là thấp so với khả năng của trẻ thì lãng phí thời gian. Nếu hoạt động chúng ta đưa ra quá cao so với khả năng của trẻ, trẻ sẽ chán và không hợp tác. Trên cơ sở phiếu đánh giá, chúng ta sẽ lựa chọn những phần nào trẻ còn yếu hoặc chưa làm được để hướng dẫn trẻ làm các kỹ năng đó.

7.1. Nguyên tắc làm việc với trẻ CPITTT

7.1.1. Quan tâm, gần gũi, chia sẻ:

- Khi gần gũi, chúng ta sẽ dễ dàng thấy được những điểm mạnh của trẻ để từ đó giúp trẻ khắc phục những khó khăn.
- Quan tâm tới trẻ, trẻ sẽ hợp tác tốt hơn trong mọi hoạt động.
- Trẻ sẽ chia sẻ những nhu cầu, cảm xúc, những khó khăn của bản thân.

7.1.2. Phần thưởng:

- Luôn đồng viên, khen thưởng khi trẻ làm được một việc nào đó
- Việc khen thưởng sẽ khuyến khích trẻ tiếp tục làm việc đó.

Việc khen thưởng cần thực hiện ngay sau khi trẻ làm đúng yêu cầu để trẻ có thể hiểu được mối liên hệ giữa việc làm tốt và phần thưởng.



7.1.3. Nhắc:

- Hướng dẫn các hoạt động mới cụ thể bằng lời nói kết hợp với cử chỉ.
- Nếu cần thiết, trong giai đoạn đầu có thể trợ giúp trẻ, cùng làm với trẻ các hoạt động,
- Giảm dần sự trợ giúp để trẻ có thể tự làm các hoạt động.



7.1.4. Uốn nắn:

- Đầu tiên, chúng ta bắt đầu khen thưởng cho bất cứ sự cố gắng đáp ứng nào của trẻ.
- Sau đó, khen thưởng các kỹ năng mà trẻ làm đúng hơn.
- Yêu cầu trẻ mỗi lần làm tốt hơn trước.



Nhấc áo lên



Khuyến khích trẻ rút được 1 tay ra khỏi áo



Khuyến khích trẻ rút được tay kia ra khỏi áo



Phân thưởng khi trẻ cởi được cả áo

7.1.5. Chuỗi:

- Có những hoạt động phức tạp mà ngay một lúc trẻ không thể làm được. Đối với những hoạt động này, chúng ta phải để trẻ học từng phần cụ thể theo đúng trật tự của hoạt động.
- Trước hết, phải lập danh sách các bước cần dạy trẻ.
- Với mỗi bước trẻ thực hiện được cần khen thưởng trẻ
- Sau đó lập thành chuỗi để tiến hành dạy trẻ

Ví dụ: Hoạt động mặc áo:

- Bước 1: Cầm áo lên.
- Bước 2: Chui đầu qua cổ áo.
- Bước 3: Cho 1 tay vào áo.
- Bước 4: Cho tay còn lại vào.
- Bước 5: Kéo áo xuống.



Cầm áo lên



Chui đầu của cổ áo



Cho một tay chui qua
một tay áo



Cho tay còn lại qua tay
áo bên kia



Kéo áo xuống

Để bắt đầu, chúng ta sẽ nhắc từ bước 1 đến bước 4, trẻ sẽ làm bước 5. Nếu trẻ làm được, trẻ sẽ được thưởng. Sau khi làm được 5 bước dễ dàng, yêu cầu trẻ làm bước 3 và bước 4 sau khi

chúng ta giúp trẻ làm bước 1 và bước 2. Cuối cùng là bước 2 và bước 1.

Sau khi làm được thành thạo các bước, trẻ sẽ bắt đầu tự mặc áo từ bước đầu tiên cho đến bước cuối cùng.

Người hướng dẫn có thể sẽ phải cầm tay trẻ để trợ giúp các bước cho đến tận khi trẻ tự làm được.

7.1.6. Sự khái quát hoá:

Trẻ CPTTT gặp khó khăn trong việc áp dụng những gì đã học được sang một môi trường khác. Vì vậy khi dạy trẻ các hoạt động, chúng ta cần chú ý:

- Dạy trẻ trong đúng ngữ cảnh sử dụng (dạy sử dụng tiền khi đi chợ mua bán).
- Dạy các hoạt động sinh hoạt đúng thời điểm (dạy ăn khi đến giờ ăn, ngủ khi đi ngủ...)
- Để dạy các khái niệm như: kích cỡ, màu sắc... phải dùng rất nhiều vật khác nhau để dạy cùng một khái niệm.
- .. Khuyến khích trẻ sử dụng các từ để khởi xướng hơn là chỉ có đáp ứng (chỉ trả lời các câu hỏi).

7.2. Khuyến khích trẻ giao tiếp

- Trẻ phải biết đưa ra yêu cầu (nói, chỉ tay hoặc giơ tay xin...) khi muốn một vật gì hay muốn làm gì. Trẻ bình thường có thể dùng các cử chỉ để yêu cầu một cách dễ dàng nhưng trẻ CPTTT hiểu điều này không dễ. Bởi vậy, chúng ta phải giành một khoảng thời gian chờ đợi đủ để trẻ có thể hiểu và thực hiện được việc này (sử dụng kỹ năng T1, Phần I, Chương 3).
- .. Thông thường, trẻ nào cũng biết phản đối theo những cách khác nhau. Hãy quan sát trẻ để thấy được cách thể hiện sự từ chối của trẻ.



Dạy trẻ biết chào hỏi khi đến và khi về. Đây là hoạt động diễn ra hàng ngày vì vậy trẻ có thể học được một cách dễ dàng.

- Chúng ta nên nói chuyện về bất cứ điều gì mà trẻ quan tâm (sử dụng kỹ năng T2, T3, Phần 1, Chương 3).



Khi trẻ đã phát triển hơn, chúng ta có thể sử dụng các câu hỏi để trẻ có thể trả lời.

- Hỏi các câu hỏi nhiều lần để trẻ có thể làm quen, sau đó trẻ sẽ học cách hỏi các câu hỏi



7.3. Khuyến khích trẻ phát triển ngôn ngữ

- Nếu chúng ta thể hiện sự thích thú khi trẻ phát ra các âm thanh khác nhau, trẻ sẽ cố gắng để làm điều đó nhiều lần hơn. Không nên ngăn cản khi trẻ phát ra các âm vô nghĩa. Với trẻ, các âm đó đều mang một ý nghĩa giao tiếp nào đó. Ở trẻ 1;7-2;0, giai đoạn phát ra các âm thanh vô nghĩa dài hơn so với trẻ bình thường. Với mỗi một âm thanh vô nghĩa của trẻ, chúng ta nên cố gắng dạy cho trẻ 1 từ có nghĩa



- Khi dạy một từ, chúng ta phải chú ý dạy từ đó trong nhiều ngữ cảnh khác nhau để trẻ có thể hiểu được nghĩa khái quát của từ đó.
- Việc dạy các khái niệm (màu sắc, kích cỡ, cảm xúc, cảm giác, vị trí...) có thể được kết hợp với cảm nhận bằng các giác quan: nhìn, sờ, ngửi, nếm...
- Từ một học nền được dùng hàng ngày trong nhiều những ngữ cảnh khác nhau với các câu ngắn, đơn giản để trẻ có thể nghe lại nhiều lần.



- Thường xuyên nói về mọi việc đang xảy ra, dùng các câu ngắn, rõ ràng (sử dụng kỹ năng T2, T3. Phần 1. Chương II).
- Trẻ rất dễ bị mất tự tin khi không làm đúng được yêu cầu đưa ra. vì vậy chúng ta sẽ phải thường xuyên động viên, khuyến khích trẻ.
- Khi dạy trẻ, cần chú ý các kỹ năng trước khi nói đặc biệt là kỹ năng bắt chước, tập trung lắng nghe (Mục 3. chương 3. Phần 1).
- Trẻ CP/TTT gặp khó khăn trong việc ghép các từ để tạo thành câu. Trẻ sẽ bắt chước lại một câu hoàn chỉnh khi

được nghe rất nhiều lần. Hãy thường xuyên nói với trẻ chậm, rõ ràng, các ngắn (Mục 5, chương 3, Phần 1).



7.4. Kết hợp ngôn ngữ cử chỉ trong giao tiếp



- Trẻ CPTTT không có khả năng nói hoặc chưa nói được sẽ sử dụng ngôn ngữ cử chỉ và tranh ảnh để giao tiếp.

- Việc sử dụng kết hợp ngôn ngữ cử chỉ và tranh ảnh với lời nói sẽ giúp trẻ hiểu được tốt hơn.
- Kỹ năng sử dụng cử chỉ và tranh ảnh (Mục 4, chương 3, phần 1).

7.5. Kỹ năng trước khi đi học

7.5.1. Phát triển kỹ năng trước khi học viết

Nhận dạng, xếp loại, sao chép hình: phân loại, sắp xếp các hình giống nhau, vẽ lại các hình đơn giản như: hình vuông, hình tam giác, hình tròn....

- Điều hợp tay và mắt: vẽ theo đường vạch sẵn, vẽ các đường song song, chơi bắt bóng, đẩy xe đi đúng đường...

Hoàn chỉnh mẫu còn lại; vẽ tiếp những phần còn thiếu của các hình...

7.5.2. Phát triển kỹ năng trước khi học tính toán:

Đếm đếm (trả lời được câu hỏi "Bao nhiêu?").

Đối chiếu: tìm tranh giống với tranh mẫu.

- Phân loại: xếp riêng từng loại một tăng dần số lượng các đồ vật cần phân loại.
- Sơ phân nhóm: xe cộ, đồ dùng học tập, thức ăn...

Sắp xếp theo kích cỡ từ to đến nhỏ, ít đến nhiều....

7.6. Kỹ năng tự chăm sóc

- Nếu trẻ có khả năng tự chăm sóc, trẻ sẽ hoà nhập tốt hơn.
- Trẻ CPTTT học các hoạt động lâu hơn các trẻ bình thường. Trẻ CPTTT cần sự giúp đỡ nhiều hơn và thời gian huấn luyện dài hơn.

- Để có thể dạy được các hoạt động tự nhận thức, chúng ta cần chú ý:
 - 1. Chọn các hoạt động dạy cần thiết hàng ngày đối với trẻ: ăn uống, đi ngủ, thay quần áo, tắm giặt, đánh răng rửa mặt, đi vệ sinh...
 - 2. Giảng giải và làm mẫu về các hoạt động mà chúng ta sẽ dạy trẻ.
 - + Cùng thực hiện với trẻ các hoạt động.
 - + Nói về hoạt động khi nhìn thấy người khác làm.
- Dạy trẻ làm các việc đó đúng vào thời điểm trong ngày như: học ăn lúc đang ăn, học ngủ khi đi ngủ, thay quần áo khi tắm...
- Trẻ có thể làm các việc đó dễ dàng hơn khi trẻ thấy người khác cũng làm như vậy.
- Chỉ dạy trẻ một hoạt động, sau khi trẻ đã làm tốt hoạt động đó mới chuyển sang một hoạt động mới.
- Vì sự tiếp thu của trẻ là rất chậm, nên phải kiên trì khi dạy trẻ
- Sau khi trẻ đã làm tốt hoạt động nào đó, cần thiết phải duy trì để hoạt động đó ngày càng tốt hơn
- Để việc dạy các kỹ năng sinh hoạt hàng ngày nhanh chóng và có hiệu quả, việc áp dụng nguyên tắc để dạy trẻ CPTTT là rất cần thiết.

1.7. Vấn đề hành vi của trẻ CPTTT

Trẻ CPTTT thường có cách cư xử không giống như những trẻ bình thường khác. Với hành vi không bình thường, trẻ mong muốn gây sự chú ý của người khác tới chúng. Hãy quan sát để biết được nhu cầu của trẻ khi thể hiện các hành vi đó.

Một số hành vi không bình thường mà trẻ thường thể hiện: tự đánh mình hoặc đánh người khác, ném các đồ vật, đập đầu.

không hiểu được khái niệm bẩn/sạch, không hiểu được các mối nguy hiểm, ăn vạ...

Để thay đổi các hành vi của trẻ, chúng ta phải biết được: Khi nào thì các hành vi đó xảy ra? Hành vi đó xảy ra ở đâu? Hành vi đó xảy ra với ai? Trả lời được các câu hỏi này, chúng ta sẽ tìm ra được phương pháp đúng để giải quyết hành vi đó.

Hành vi của trẻ sẽ lặp lại nếu trẻ được thoả mãn mục đích của mình. Trẻ sẽ ngưng các hành vi lại nếu trẻ không được đáp ứng.

Bởi vậy, với các hành vi không bình thường của trẻ, chúng ta nên:

- Loại bỏ những hành vi không mong muốn cho đến khi những hành vi như vậy mất đi, trừ trường hợp những hành vi gây thương tích cho trẻ. Nếu những hành vi vừa mới xuất hiện đã được đáp ứng, sẽ rất khó khăn để thay đổi hành vi của trẻ.
- Khen thưởng khi trẻ làm được việc tốt.
- Không nên đánh hoặc phạt trẻ vì sẽ không thay đổi được các hành vi. Việc đánh hoặc phạt trẻ sẽ làm trẻ cảm thấy nó được chú ý hơn. Sau đó, trẻ sẽ làm lại các hành vi không bình thường này để được chú ý nhiều hơn.

7.6. Trường học

- 75% số trẻ CPTTT có thể giáo dục được. Khi đến trường, trẻ sẽ:
 - Phát triển trí tuệ, hiểu biết thế giới xung quanh.
 - Học đọc, học viết, tính toán phục vụ cho cuộc sống sau này.
 - Kỹ năng sinh hoạt động lập.
 - Cách cư xử và làm việc theo nhóm.
 - Biết tuân thủ luật lệ, phép tắc của xã hội.

Cần sẵn bị cho trẻ có khả năng tìm được việc làm nuôi sống bản thân.

- Phát triển tiềm năng sẵn có của trẻ.
- Khi trẻ đến trường cần chú ý:
 - Quãng đường mà trẻ đến trường.
 - Những khó khăn mà trẻ gặp phải trong thời gian trẻ ở trường: giao tiếp, học, vệ sinh....
 - Gia đình trẻ và giáo viên dạy trẻ phải thường xuyên trao đổi thông tin. Cần có sự trợ giúp của gia đình trong việc dạy thêm cho trẻ ở nhà.
 - Khuyến khích sự trợ giúp của các bạn trong lớp.

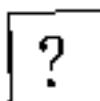
PHỤ LỤC CHƯƠNG 12

1. BIỂU MẪU ĐÁNH GIÁ TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ

Thông tin

Phần A

TÚ CHA MẸ CỦA TRẺ CÓ KHÓ KHĂN VỀ GIAO TIẾP



Họ tên:

Nam/Nữ:

Ngày sinh (Tuổi):

Địa chỉ:

Ngày vào viện:

Chẩn đoán:

1. Lý do khiến cha mẹ mang trẻ đến khám:

Những vấn đề chính là gì?

2. Thông tin về y tế:

- Quá trình mang thai của mẹ:
- Lúc trẻ sinh ra:

3. Sự phát triển của trẻ: (tuổi và các chi tiết về những khó khăn)

a. Vận động:

- Lẫy:
- Ngồi:
- Bò:
- Đứng:
- Đi:

b. Ăn uống

c. Giác quan -- thị giác, thính giác, khứu giác...

d. Nghe

- e. Tự chăm sóc (đi vệ sinh, mặc quần áo)
- f. Kỹ năng sống /Làm việc nhà
- g. Trí tuệ
- h. Hành vi
- i. Phát âm + những vấn đề khác

4. Tính cách và các hoạt động của trẻ

- Trẻ thích (ai, cái gì, khi nào và ở đâu)
- Trẻ không thích (ai, cái gì, khi nào và ở đâu)
- Trẻ thường làm gì nhiều nhất trong ngày

Phần B



5. Thông tin về môi trường quanh trẻ

Thông tin này sử dụng để lập kế hoạch và nhận biết các ngăn trở tới sự phát triển của trẻ

6. Bố mẹ, ông bà và những người thân của trẻ

- Ai là người có thời gian để giúp đỡ trẻ và khi nào
- Các quy tắc hàng ngày là gì

7. Môi trường gia đình

Mô tả môi trường, chỗ ngủ, đồ chơi, các quy tắc.

8. Cộng đồng

- Thông tin về trường học, quan điểm, khó khăn, giáo dục
- Nếu trẻ đi học, thêm thông tin về môi trường vật lý, cách giao tiếp của giáo viên, các quy tắc hàng ngày. Chuyển sang phần làm việc trong các trường học.
- Bạn bè, hàng xóm.
- Tiếp xúc với các gia đình khác

Kiến thức về các dịch vụ khác, chính sách, các tổ chức tình nguyện.

9. Những hy vọng của gia đình đối với trẻ.

Những lo lắng của gia đình về tương lai của trẻ.

II. BẢNG ĐÁNH GIÁ CÁC KỸ NĂNG GIAO TIẾP SỚM

2 Trẻ làm được

0 Trẻ không bao giờ làm

1 Trẻ thỉnh thoảng làm được

7 Không rõ, cần được đánh giá thêm

	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4	Giai đoạn 5
Tập trung	Trẻ quay lại để đáp ứng âm thanh. Nhìn vào những vật có màu sắc. Nhìn mẹ.	Trẻ sẽ nhìn vào đồ vật trong một thời gian ngắn. Nhìn biết được âm thanh. Đề phản ứng.	Trẻ sẽ chú ý sự tập trung về âm thanh, ví dụ trẻ muốn cùng nhìn vào một đồ vật với người lớn. Trẻ nhìn + lắng nghe người khác nói chuyện.	Trẻ nhìn lâu hơn và đôi một dấu hiệu. Trẻ hiểu tình trạng nhận quả.	Tập trung vào sự chỉ dẫn của người lớn. Làm việc trong nhóm. Tập trung vào mọi nhiệm vụ và có thể lắng nghe được những hướng dẫn.
Bắt chước và lặp lại	Cười và chuyển động khi nói chuyện. Cười và phản ứng bằng động. Biểu lộ tình cảm. Đáp ứng. Chưa hề đối trẻ phản hồi.	Làm lại lượt trong các hoạt động và người bắt đầu là trẻ. Nhắc lại những âm thanh của người khác. Chuyển động và yêu cầu nếu khi bắt đúng trẻ chơi.	Làm lại lượt sử dụng đồ vật. Lặp lại hành động của người lớn. Trước khi trẻ cần được người lớn gọi mời về trò chơi. Bắt chước từ. Lần lượt trong hội thoại, sử dụng những từ đơn giản.	Bắt chước những từ trẻ nghe thấy. Khởi đầu hội thoại để người lớn đáp ứng.	Chơi các trò chơi có luật. Chơi lần lượt trong nhóm. Lần lượt trong hội thoại. Thêm thông tin từ mới.
Chơi	Hầu hết là sử dụng tay và mắt + tiếp xúc bằng mắt. Voi đồ vật. Trẻ cử động để đáp ứng. Thích chơi với các trò chơi có tính xã hội, vận động cơ thể.	Cười và nhận đồ vật. Thích đáp lại mình vào tay người khác. Voi, lắc, đập, khập: phá đồ vật. Nhìn khi đồ vật biến mất. Đứng + dùng đưa.	Thích các trò chơi lặp lại, ví dụ chơi với sỏi hoặc các bãi cát. Đẩy, làm rơi, ném đồ vật. Chơi với 2 đồ vật (chờ sỏi vào hộp, đập 2 vật vào nhau). Chơi game đơn giản. Kéo đồ chơi.	Bắt chước người lớn làm việc nhà. Chơi với các trẻ khác. Xếp gạch. Làm nhiều mô hình khác nhau. Vẽ, xuyến vòng... Đá + ném bóng. Bắt chước công việc nhà, cho bú bê đi ngủ.	Chơi các trò chơi có luật. Tham gia chơi nhóm. Làm từ một số hoạt động như xếp hình, ghép hình. Nhảy cơ. Nhắm được quả bóng to. Dùng các cầu trượt từ đồ chơi. Giả vờ mặc quần áo cho búp bê.

Chỉ chỉ và tranh ảnh	Biết khác, thể hiện nét mặt Vui, động mặt để thể hiện sự vui thích. Vấn đáp theo chủ đề	Gợi tay chỉ muốn được biết. Nhìn và trả lời. Chỉ theo vật	Nhiệm vụ của hoạt động + chỉ Yêu cầu đồ vật bằng cách nhìn vào đồ vật, người lớn nói lại nhìn đồ vật. Nhận biết được các bức tranh Vấn đáp liên, cảm ơn, xin và từ chối	Sử dụng cử chỉ để có được những gì mà trẻ muốn. Có thể học dấu hiệu cho các đồ vật và hành động Hiểu tranh vẽ có thể chỉ về những bức tranh được nêu tên	Về tranh Trẻ có thể sử dụng cử chỉ tranh để truyền đạt thông tin của mình Trẻ có thể giao tiếp sử dụng những dấu mà trẻ đã học hoặc tranh ở trên bảng. Đặt một vài dấu hiệu hoặc tranh cùng nhau để có thể làm thành một câu
Kỹ năng xã hội và sử dụng ngôn ngữ	Trẻ đáp ứng với người lớn bằng cách nhìn mặt và quay theo hướng động	Trẻ muốn và thu hút sự chú ý. Các yêu cầu nhắc lại trò chơi xã hội, yêu cầu vật và hành vi. Khám phá môi trường, hoạt động thể vận cảm giác	Trẻ giao tiếp có lý do Khởi đầu giao tiếp. Chào, yêu cầu vật hành động, gọi tên vật. Hỏi các câu hỏi đơn giản như: "Cái gì đây?"	Trẻ nhận 2-3 từ trong hệ thống Đưa ra cho người lớn các thông tin, trả lời câu hỏi về cái trẻ nhìn thấy Lọc cuốn mọi người xung quanh nhưng vẫn thích đối thoại một mình Dùng ngôn ngữ để mô tả và lập kế hoạch việc xảy ra tiếp theo	Trẻ có thể sử dụng giao tiếp cho tất cả các lý do. Hỏi các câu hỏi lại sao để hỏi thêm Bình luận và kể về những điều trẻ không nhìn thấy, những sự kiện trong quá khứ và tương lai Giải quyết được sự hiểu lầm

III. ĐÁNH GIÁ CÁC KỸ NĂNG NGÔN NGỮ

Tên.....

Ngày.....

Hướng dẫn:

☐ Có thể làm được

☐ Trình thoảng có thể làm được

☐ Không thể làm được

Mức độ hiểu ngôn ngữ	Điểm đạt ngôn ngữ
1. Hiểu ngữ cảnh	1. Phát ra những âm thanh ban đầu
2. Hiểu tên người	2. Nói những từ có tính xã hội
3. Theo dõi một người nói chuyên	Gọi bố, mẹ
3. Chỉ được một số bộ phận cơ thể	3. Làm các tiếng động của con vật to
4. Yếu lên của đồ vật khi sử dụng dấu hiệu	4. Nói một số từ ban đầu
5. Hiểu tên đồ vật mà không sử dụng dấu hiệu	5. Làm dấu hoặc nói tên nhiều đồ vật và tranh ảnh
6	6.
a. Hiểu các từ hành động	a. Nói các từ hành động
b. Chỉ ra các đồ vật khi bạn nói về cách sử dụng của chúng	b. Những vật này để làm gì
7. Hiểu câu có hai từ	7. Nói hai từ cùng nhau
a. Đặt hai đồ vật vào với nhau	a. Tên và từ ban đầu
b. Tên và hành động	b. 2 cạnh từ (tên)
	c. Tên và hành động
	d. Hoạt động và danh từ
8. Hiểu những từ mô tả	8.
a. Tròn	a. Nói các từ mô tả

b. Dài ngắn		b. Nói các từ chỉ vị trí	.....
c. Những cái này của ai		c. Nói các đại từ	.....
d. Màu sắc		d. Nói các từ để hỏi	.....
9. Hiểu một câu có 3 từ	.....	9. Nói 3 từ cùng nhau	.....
a. Nhớ lại 3 đồ vật	.....		
b. Nơi để các đồ vật	.....		
c. Số lượng	.....		
d. Các câu hỏi Ai, cái gì, ở đâu,			
10. Hiểu các câu hỏi + từ diễn tả	.....	10.	.....
a. Giữa, bên cạnh, sau, trước	.....	a. Nói các câu dài, thứ 1 kể 1 câu truyền. Sử dụng các từ diễn tả đúng	.....
b. Thì quá khứ và tương lai	.....	b. Số miêu tả, số lượng	.....
c. Các từ khác	.....	c. Số hình thức	.....
		d. Tân ngữ gián tiếp, từ yếu câu	.....
		e. Thì quá khứ	.....
		f. Thì quá khứ và hiện tại tiếp diễn	.....

Chương 13

Tự kỷ

1. Định nghĩa

Tự kỷ là một dạng rối loạn chức năng phức tạp trong quá trình phát triển, xuất hiện trong 3 năm đầu tiên của cuộc đời. Theo thống kê của Mỹ, số trẻ trai bị tự kỷ nhiều gấp 4 lần số gái. Bệnh tự kỷ không phải do phong cách sống, trình độ văn hoá và cách giáo dục của gia đình tạo nên.

2. Những ảnh hưởng của bệnh tự kỷ đối với sự phát triển bình thường của trẻ

Tự kỷ làm rối loạn các kỹ năng xã hội và kỹ năng giao tiếp. Trẻ bị tự kỷ rất khó khăn trong việc giao tiếp bằng lời hoặc không lời, các kỹ năng xã hội và các kỹ năng chơi. Rối loạn này cũng gây khó khăn cho trẻ trong việc giao tiếp với người khác hoặc thiết lập các mối quan hệ bên ngoài.

2.1. Kỹ năng giao tiếp

Kỹ năng giao tiếp sẽ bị chậm hoặc mất. Sự phát triển ngôn ngữ không rõ ràng, các từ được dùng không có nghĩa (đọc vẹt bằng chữ cái, các con số, hội thoại trên tivi hoặc bằng video nhưng không thể dùng ngôn ngữ với nghĩa chính xác hoặc có thể nhắc lại nhưng không dùng một cách độc lập được). Có thể bắt chước ngay sau khi nghe người khác nói với các âm thanh không tự nhiên (nói như người máy, ngữ điệu, giọng, tốc độ không bình thường, có thể dùng vốn từ theo cách của riêng mình...). Ở mức độ nặng, trẻ có thể nói quá nhiều, hội thoại tục và thể hiện một sự hiểu biết kém cỏi về luật giao tiếp. Trẻ tự kỷ dùng cử chỉ để giao tiếp cũng không giống với các trẻ khác. Trẻ tự kỷ có vấn

để với việc xác định khoảng cách: gần và xa, khả năng tập trung ngắn trong giao tiếp, thể hiện giống như là Trẻ bị điếc hoặc nghe kém bởi vì nó phớt lờ, không đáp ứng lại lời nói

2.2. Kỹ năng xã hội

Trẻ thích chơi một mình, không đáp ứng lại trẻ khác. Không có kỹ năng xã hội như những trẻ khác.

2.3. Chơi

Chơi không tự nhiên, không chơi giống như trẻ cùng tuổi (ví dụ: không chơi tưởng tượng).

2.4. Cảm giác

Có vấn đề về cảm giác. Trẻ tự kỷ có thể xuất hiện tăng hoặc giảm cảm giác về nhìn, nghe, chạm, ngửi, mùi vị. Tuy nhiên, có một số trẻ có vấn đề về nghe hoặc nhìn cũng có sự thể hiện của tự kỷ hoặc biểu hiện hành vi giống như trẻ tự kỷ.

2.5. Hành vi

Trẻ có thể quá hiếu động hoặc thụ động, đôi lúc xuất hiện những cơn giận dữ, không có cảm giác bình thường, không biết sự nguy hiểm, có thể hung hăng. Cần thiết phải thiết lập các luật lệ hàng ngày đối với trẻ tự kỷ bởi vì chúng luôn muốn đạt được mọi thứ bằng bất cứ giá nào.

Một số trẻ tự kỷ còn bị mắc thêm một số bệnh khác như: động kinh, hội chứng Down hoặc chậm phát triển trí tuệ (theo thống kê của Mỹ, có 66 - 75% người bị tự kỷ bị chậm phát triển trí tuệ). Có vấn đề về động kinh.

3. Nguyên nhân

Có rất nhiều nguyên nhân gây tự kỷ được đưa ra như: chuyển hoá, miễn dịch, bệnh học thần kinh, môi trường, quá trình mang thai, quá trình sinh, sự phản ứng lại vacin, các bệnh

niềm trung, thiếu harmon. . Có ý kiến cho rằng nguyên nhân gây bệnh tự kỷ cũng có thể do rối loạn một vài chức năng trong hệ thần kinh Trung ương. Tuy nhiên những ý kiến này vẫn chưa được thống nhất

Tự kỷ không phải là bệnh trí tuệ hoặc tâm thần, không phải do cách nuôi dạy của bố mẹ, không phải do ảnh hưởng tâm lý trong quá trình phát triển của trẻ.

4. Chẩn đoán

Để chẩn đoán trẻ có bị tự kỷ không, người ta dựa vào các tiêu chuẩn đánh giá sau:

4.1. Mối quan hệ xã hội

- Không có hoặc hạn chế sử dụng các hành vi không lời: nhìn vào mắt người đối diện, thể hiện nét mặt, tư thế cơ thể và các cử chỉ kiểm soát quan hệ xã hội
- Không quan tâm phát triển mối quan hệ với người khác.
- Không có sự chia sẻ thích thú đồ vật, thành quả, mối quan tâm với mọi người
- Hạn chế thể hiện tình cảm,

4.2. Chất lượng giao tiếp

- Chậm hoặc không phát triển ngôn ngữ (không cố gắng thay thế bằng các kiểu giao tiếp khác như điệu bộ hoặc nét mặt).
- Nếu trẻ nói được thì khó khăn trong việc khởi xướng hay duy trì hội thoại.
- Ngôn ngữ định hình, trùng lặp hoặc lẫn lộn.
- Chơi không đa dạng các trò chơi (chơi bất chước hoặc chơi tưởng tượng) không phù hợp với sự phát triển.

4.3. Hành vi

- Có mối quan tâm bất thường về cường độ và sự tập trung với một đồ vật nào đó.
- Bị mê hoặc bởi những hoạt động đặc biệt.
- Có những cử chỉ, hành động định hình, trùng lặp (vận tay, hay cử động phức tạp của cơ thể).
- Quan tâm dai dẳng với những chi tiết của đồ vật.

Chẩn đoán trẻ bị tự kỷ khi có tổng số từ 6 tiêu chuẩn trở lên, trong đó có ít nhất 2 tiêu chuẩn từ *Mối quan hệ xã hội* và 1 tiêu chuẩn từ *Chất lượng giao tiếp và Hành vi*. Các tiêu chuẩn này thường xuất hiện trước 3 tuổi.

5. Các dạng thường thấy ở trẻ tự kỷ

5.1. Trẻ tự kỷ có chỉ số thông minh (IQ) cao và có thể dùng lời nói được

Trẻ không có những hành vi tiêu cực nhưng có thể thụ động hoặc có những hành vi bất thường trong bối cảnh xã hội, có thể biết đọc rất sớm (3 - 3 tuổi), kỹ năng nhìn tốt, có xu hướng bị ám ảnh, nhận thức tốt hơn về hành vi khi trưởng thành.

5.2. Trẻ tự kỷ có IQ cao và không dùng lời nói được

Trẻ có sự khác biệt giữa kỹ năng nói và kỹ năng vận động, cử động, thực hiện. Trẻ có thể quá nhạy cảm khi kích thích thính giác, hành vi có thể ở mức độ nhẹ, kỹ năng nhìn tốt (có thể nhìn đồ vật một cách chăm chú), có thể yên lặng hoặc tự cô lập một cách dễ dàng, có thể hướng bình, là những trẻ có thể giao tiếp luận phiên hoặc thích giao tiếp.

5.3. Trẻ tự kỷ có IQ thấp và dùng lời nói được

Trẻ có hành vi kém nhất trong các dạng tự kỷ (tương tự như la hét to, có thể trở nên hung hãn khi lớn hơn), trí nhớ kém,

nói lặp lại (lời nói không có nghĩa đầy đủ), hành vi cự kích thích, tập trung kém.

5.4. Trẻ tự kỷ có IQ thấp và không dùng lời được

Trẻ thường xuyên im lặng, dùng được một ít từ hoặc ít cử chỉ; có sự quan tâm đặc biệt đến máy nước, mẫn cảm với các âm thanh/tiếng động, kỹ năng xã hội không thích hợp, không có mối quan hệ với người khác.

6. Các biểu hiện của trẻ tự kỷ

Không có triệu chứng đặc biệt (có thể nhìn thấy hoặc không nhìn thấy) trước 1 tuổi:

- Quá hiếu động
- Có vấn đề về tập trung (không tập trung chơi tốt như những đứa trẻ cùng tuổi).
- Khó ăn (có thể đặc biệt thích ăn một món nàu đó hơn).
- Ngủ khó.
- Khó khăn để thích ứng.
- Khóc không bình thường.

Trẻ phát triển bình thường trong thời gian từ 12 - 20 tháng tuổi. Sau đó, các kỹ năng đang phát triển hoặc kém đi (có thể dừng lại một cách đột ngột cũng có thể dừng lại từ từ) và triệu chứng của tự kỷ bắt đầu xuất hiện.

6.1. Thiếu sự tương tác xã hội

Trẻ thiếu sự vuốt ve, âu yếm, hạn chế giao tiếp bằng mắt, thờ ơ, không có cảm giác thích hợp. Khi bắt đầu tập đi, trẻ khá độc lập. Ở giai đoạn sớm, ít bắt chước và không có khả năng chơi cộng tác và thân thiện với các trẻ khác. Ít quan tâm đến các trò chơi xã hội và thích chơi một mình hơn. Khi lớn hơn một chút, trẻ cũng có thể thay đổi hoặc trẻ sẽ có mối quan hệ mật thiết với một người nào đó mà nó thích thú. Đứa trẻ thường có các

diễn biến hay xấu hổ, sợ hãi, lo lắng và tâm trạng không ổn định. Ở lứa tuổi thiếu niên nó có thể thay đổi thành cảm giác thờ ơ hoặc chán nản. Khi trưởng thành, vẫn không có khả năng thiết lập các mối quan hệ và giảm khả năng trao đổi cảm xúc, xã hội.

6.2. Giảm sự giao tiếp bằng lời hoặc không lời

Kỹ năng biểu ngôn ngữ, dùng lời nói hoặc cử chỉ luôn thiếu hụt đối với trẻ tự kỷ. Phần ngôn ngữ bị ảnh hưởng nhiều nhất là mất nhận thức về ngôn ngữ có lời. Khả năng tiếp nhận bị ảnh hưởng ít hơn là khả năng thể hiện ngôn ngữ. Trẻ tự kỷ nghiêm trọng về khả năng phát âm, ngữ pháp với rất ít lời nói. Trẻ có thể tạo được một số mẫu câu nhưng chỉ là nhắc lại với giọng điệu không bình thường (ngữ điệu cao, giọng nói như người máy), sao y bản chính, không có khả năng để giao tiếp. Thiếu sự thể hiện nét mặt, các tư thế cơ thể, sự giao tiếp bằng mắt hoặc các cử chỉ. Ở mức độ cao, trẻ cũng không có khả năng để hiểu chuyên dùng, chơi chữ.

Kém trong các trò chơi sáng tạo và tưởng tượng. Trẻ chỉ dùng các đồ vật để cầm, nắm hộp hoặc đặt xuống đất hơn là dùng vào việc chơi.

6.3. Cảm nhận và hành vi

Trẻ thường phản đối mọi sự thay đổi (luôn ngồi một chỗ cố định), chống lại mọi quy định, đặc biệt có sự say mê với đồ vật hoặc bị chối miên với các đồ vật chuyển động (quan tâm tới cái quạt đang quay). Xuất hiện các cử động đặc biệt của cơ thể trong một thời gian dài: búng tay, lắc lư, nhìn qua kẽ tay... Trẻ rất tập trung chú ý vào các hoạt động tự phát, nhưng không có khả năng tập trung chú ý vào các trò chơi với người khác.

6.4. Một số trẻ còn có thêm các biểu hiện khác như:

Tự làm chân thương: đập đầu, cắn tay

- Thể hiện sự chống mình vượt trội trong một số lĩnh vực số học, khả năng nhớ các con số và khả năng tính toán nhanh.

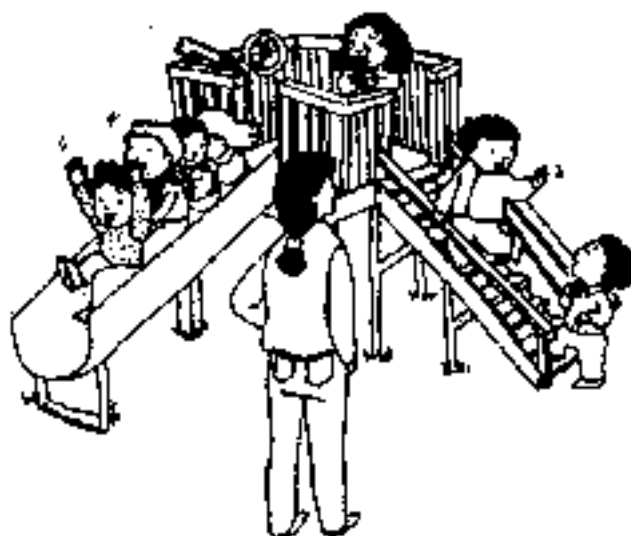
7. Can thiệp đối với trẻ tự kỷ

7.1. Tăng cường khả năng giao tiếp

- Trẻ phải có khả năng chuyển những gì học được trong môi trường học sang môi trường tự nhiên. Dạy trẻ giao tiếp trong rất nhiều những ngữ cảnh khác nhau và trong môi trường thực tế để đứa trẻ không bị giới hạn bởi cảm giác và ngữ cảnh.

Nhấn mạnh vào sự tương tác kỹ năng xã hội:

Tăng cường thiết lập các mối quan hệ với người khác.



Tăng cường kỹ năng lần lượt, kỹ năng cần thiết để duy trì hội thoại sau này.



- Tăng cường giao tiếp tự phát, hạn chế trẻ nhấc lại như còi máy. Làm quen với các câu hỏi và các câu trả lời.

- Chọn kiểu giao tiếp phù hợp (có lời hoặc dùng ngôn ngữ ký hiệu, hệ thống tranh, máy tính...) trung từng thời điểm với trẻ để trẻ có thể dễ dàng giao tiếp hơn (tham khảo chương 3, phần 4).



- Tạo môi trường giao tiếp thoải mái, phù hợp.
- Khi có thể hãy giảm dần các sự trợ giúp để trẻ có thể tự làm.
- Sử dụng các kỹ năng giao tiếp với trẻ có khó khăn về giao tiếp để phát triển giao tiếp cho trẻ (tham khảo mục 6.1, 6.2, 6.3, phần VI, chương 12).



7.2. Can thiệp hành vi

- Thiết lập một chương trình làm mất hứng hoặc làm giảm các hành vi.
- Cách giải quyết các vấn đề hành vi của trẻ (tham khảo mục 8.5, phần VI, chương 12).
- Giải quyết hành vi nên được làm tại nhà, tại trường và nhiều ngữ cảnh khác nhau.
- Giảm hành vi tự kích thích: trẻ tự kỷ có một số hành động tự kích thích khác thường như: lắc hoặc đập đồ vật, cơ thể xoay tròn, chạy vòng quanh, nhìn chăm chú vào bàn tay.... Các hành động lặp lại rất nhiều lần trong một ngày. Để hạn chế các hành động này, chúng ta có thể:
 - + Gọi sự chú ý của trẻ bằng những trò chơi hành động mạnh, vui vẻ, gây sự chú ý để hướng trẻ tập trung vào các hoạt động khác
 - + Sau đó giảm dần các hành vi tự kích thích hàng ngày
 - + Thay thế các hành vi tự kích thích bằng các hành vi phù hợp.



Giải quyết vấn đề mất tập trung ở trẻ tự kỷ: Hầu hết các trẻ tự kỷ đều không có khả năng tập trung lắng nghe hoặc quan sát. Nếu không tập trung, trẻ không có khả năng để tiếp nhận thông tin. Việc giao tiếp bằng mắt cũng bị hạn chế bởi khả năng tập trung của trẻ. Với các trẻ này, chúng ta phải:

- Tạo ra môi trường học ít đồ đạc, ít người qua lại, ít những thứ có thể gây sự chú ý cho trẻ... để tránh khả năng mất tập trung của trẻ.
- Trẻ sẽ ngồi ghế để học và chơi.
- Tăng dần thời gian ngồi trên ghế của trẻ.
- Cần thiết phải thiết lập một nội quy hàng ngày và thực hiện thường xuyên với trẻ.



Việc này cần phải tiến hành thường xuyên để tạo thành thói quen cho trẻ.

7.3 Điều trị bằng âm nhạc

Trẻ thường khá nhạy cảm với các giai điệu. Bởi vậy, sử dụng âm nhạc sẽ giúp trẻ tập trung hơn, hứng thú với cuộc chơi. Trẻ sẽ học được lời các bài hát bằng cách bắt chước các âm thanh. Để gây sự chú ý nhiều hơn, chúng ta có thể kết hợp âm nhạc cùng các cử chỉ.



7.4. Kết hợp với các trò chơi

Do sự tập trung của trẻ tự kỷ rất hạn chế nên để kéo dài cuộc giao tiếp, chúng ta phải biết kết hợp việc dạy trẻ với các trò chơi để tăng sự hứng thú cho trẻ. Sự hợp tác của trẻ sẽ tăng lên nếu chúng ta biết lồng ghép hợp lý việc dạy vào các trò chơi.



7.5. Kết hợp cảm giác trong điều trị:

Trẻ tự kỷ thường nhạy cảm với cảm giác. Việc kết hợp kích thích cảm giác: sờ, nhìn, nghe, ngửi, nếm vị.... sẽ làm tăng sự đáp ứng của trẻ, củng cố tập trung của trẻ.



7.6. Huấn luyện nhìn

Trẻ tự kỷ bị hạn chế việc giao tiếp bằng mắt vì vậy việc tăng cường giao tiếp bằng mắt là một phần rất quan trọng trong việc điều trị trẻ tự kỷ. Việc tăng cường khả năng nhìn sẽ giúp trẻ tự kỷ có khả năng bắt chước được các âm thanh và các hành động.



Tự kỷ không khỏi hẳn hoàn toàn, nó là bệnh theo suốt đời. Tuy nhiên, khoảng 2/3 người bị tự kỷ có khả năng làm việc và sinh hoạt độc lập được. Sự can thiệp sớm với trẻ tự kỷ sẽ giúp trẻ xây dựng được các kỹ năng cần thiết cho cuộc sống tự lập sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu tiếng Việt

1. Đinh Lê Thu (1994). *Những biến thể và phương thức tạo ra âm đầu trong các tiếng địa phương miền Bắc*.
2. Đoàn Thiện Thuật (1999). *Ngữ âm tiếng Việt*. Nhà Xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
3. Hoàng Căn Cường (1990). *Thử tìm một tiếp cận đồng cho âm vị học tiếng Việt* (tạp chí Ngôn ngữ và đời sống xã hội văn hoá).
4. Lê Văn Lợi (1997). *Các hệ thống ngữ âm nói của ngôn ngữ*. NXB Y học.
5. Lưu Thị Lan (1996). *Những bước phát triển ngôn ngữ trẻ em từ 1 đến 6 tuổi* (Luận án Phó tiến sĩ).
6. Lý Toàn Thắng (1983). *Vấn đề ngôn ngữ và tư duy* (Tạp chí Ngôn ngữ).
7. Ngô Ngọc Lân (2003). *Cấu trúc âm vị học*. NXB Y học.
8. Nguyễn Thiện Giáp, Đoàn Thiện Thuật, Nguyễn Minh Thuweit (2003). *Dẫn luận ngôn ngữ*. NXB Giáo dục (Tái bản lần thứ 5).
9. Phạm Kim, Đoàn Thiện Thuật, Nguyễn Tân Liên. (1973). *Ý nghĩa ứng dụng của một trình tự để dẫn khảo về ngữ âm tiếng Việt trong dẫn trình thành lập* (tạp chí Tài Mới Hồng).
10. Phạm Thị Cúc (1988). *Sự hình thành và phát triển ngôn ngữ ở trẻ em điếc* (Luận án PTS Ngôn ngữ).
11. Vũ Thị Bích Hạnh (1999). *Nghiên cứu: Phát triển chức năng nói cho người bị khiếm thính - vấn đề nghiên cứu phương pháp* (Luận án tiến sĩ y học).

2. Tài liệu nước ngoài

1. Alice Kahn (2000). *Craniofacial Anomalies*. Thomas Learning.
2. Amy W. Kummer. (2011). *Cleft palate and Craniofacial Anomalies*. Thomson Learning, Inc.

3. Anthony Seikel J., Douglas King W., David Drenthright G. (1997). *Anatomy and Physiology*. Singular Publishing Group, Inc.
4. Ayala Mancilasan (1992). *It takes two to talk*. The Hansen Centre Publication.
5. Charlotte Lynch, Julia Cooper (1991). *Early Communication Skill*. Windsor Press.
6. Christine Allen, Harry Thoren. *Chau đoc đăc biêt cho học sinh chăc phát triển tĩnh thăn* (Hăn dĩnh)
7. Dennis C. Tanner (1987). *Handbook for the Speech Language Pathology Assistant*. Academic Communication Associates.
8. Elaine Weisman (1992). *Learning Language and Loving it*. The Hansen Centre.
9. Eugene T. McDonald (1937). *Treating Cerebral Palsy*. PRO – ED.
10. Franklin H. Silverman (1982). *Communication for the Speechless*. Prentice Hall, Inc.
11. Gillian Claxy, Stephanie Stokes, Tara Whitehill, Ann Zubrick. (1998). *Communication Disorders*. Hong Kong University Press.
12. Hegde M.N (1996). *On Language Disorders in Children*. Singular Publishing Group Inc.
13. Hegde M. N (1996). *Treatment Procedures in Communicative Disorders*. PRO – ED (Third Edition)
14. Hegde, M. N (1995). *Introduction to Communicative Disorder*. Pre – ed (Second Edition)
15. Karen J. Gohling – Kushner (2001). *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech and Related Disorder*. Thomson Learning, Inc.
16. Kathy Sylva, Ingrid Lunt (1982). *Child Development A First Course*. Blackwell Publishers.
17. Kenn Apel, Julie J. Masterson (2001). *Beyond Baby Talk*. Prima Pyblishing.

18. Kenneth R. Broch (1997). *Communicative Disorders*. PRO-ED, Inc.
19. Kenneth Wilson D. (1972). *Voice Problems of Children*. Williams & Wilkins (Third Edition)
20. Lynn Kern Koegel, Claire LaZebnik (2002). *Overcoming Autism*. Viking
21. Malcolm Fraser (1978). *Self-Therapy for the Stutterer*. Stuttering Foundation of America. (Eighth Edition)
22. Mary Ellen Nevins, Patricia M. Chute (1996). *Children with Cochlear Implants*. Singular Publishing Group, Inc.
23. Medlin, Vae L. (1975). *Handbook for Speech Therapy*. Word making productions, LTD.
24. Muehzi A. Crazy (1993). *Developmental Motor Speech Disorders*. Singular Publishing Group, Inc.
25. Nancy Helen – Estabrook, Martin L. Albert (1991) *Manual of Aphasia Therapy*. PRO – ED.
26. Rex J. Prater, Roger W. Swelt (1983). *Manual of Voice Therapy*. Little Brown and Company.
27. Robert J. Shprintzen (2000). *An Illustrated Pocket Guide*. Thomson Learning, Inc.
28. Robert T. Wertz, Leonard L. LaPointe, John C. Hasenhek (1984). *Approach of Speech to Adults*. Singular Publishing Group, Inc (Second Edition)
29. Robald B. Gillam, Thomas P. Marquardt, Frederick N. Martin (2000). *Communication Sciences and Disorders*. Thomson Learning Inc
30. Theodore J. Peters, Barry Gular (1991). *Stuttering*. Baltimore: William & Wilkins.
31. Winterton T. (1996). *Gặp tiếp với trẻ em. Tổ chức Hỗ trợ phát triển CRS.* (Bản dịch)

NHA XUẤT BẢN Y HỌC

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH ÂM NGŨ TRIỆU

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập:

ĐS. LÊ THỊ MINH NGUYỆT

Sửa bản vẽ:

LÊ THỊ MINH NGUYỆT

Trình bày bìa:

CHU HÙNG

Chế bản và in:

TRẦN HẢI YẾN - NGUYỄN TH. AN

B1 - 613.3
MS - 97 - 2004
YH - 2004

IN THEO ĐƠN
ĐẶT HÀNG

16 1030 cuốn khổ 15x22cm tại xưởng in Khoa học và Công nghệ

Giấy phép xuất bản số: 379-Đ/TXB-QĐXB ngày 6/2/2004

In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2004

Giới thiệu tác giả



TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh. Sinh 1958.

Tốt nghiệp Đại học Y Odessa - Liên Xô năm 1982.

Bảo vệ Học vị tiến sĩ tại trường Đại học Y Hà Nội 2000.

Lĩnh vực chuyên môn: Phục hồi chức năng.

Chuyên ngành Âm ngữ trị liệu.

Công tác tại Bộ môn Phục hồi chức năng - Đại học Y Hà Nội.

Cũng một tác giả:

Giúp trẻ giao tiếp. Nhà xuất bản Y học - 1998.

Luyện nói cho trẻ bị khe hở vòm miệng. Nhà xuất bản Y học - 1999.

Tham gia biên soạn:

Các kỹ thuật vật lý trị liệu. Nhà xuất bản Y học - 1997.

Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học - 2002.

Bài giảng vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học - 2003.

Các dạng tàn tật thường gặp ở trẻ em, cách phát hiện và huấn luyện. Nhà xuất bản Y học - 2004.



ThS.NN. Đặng Thái Thu Hương. Sinh 1973.

Tốt nghiệp Trường Đại học Tổng hợp Hà Nội năm 1994.

Bảo vệ luận án Thạc sĩ Y học tại trường Đại học Tổng hợp Hà Nội năm 1998.

Lĩnh vực chuyên môn: Phục hồi chức năng.

Chuyên ngành Âm ngữ trị liệu.

Công tác tại Khoa Phục hồi chức năng - Đại học Y Hà Nội.