

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

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH

Âm ngữ trị liệu



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



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

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH
âm ngữ trị liệu

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2004

Lời giới thiệu

Nhu cầu phục hồi chức năng cho trẻ em có rối loạn về giao tiếp rất lớn.

Đơn vị Âm ngữ trị liệu tại khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai trong những năm qua đã được hình thành phát triển, đáp ứng được một phần nhu cầu đó.

Để đáp ứng nhu cầu toàn diện, TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh và ThS.NN. Đặng Thái Thu Hương qua nhiều năm điều trị, nghiên cứu, giảng dạy về Âm ngữ trị liệu đã biên soạn cuốn “*Hướng dẫn thực hành Âm ngữ trị liệu*”.

Cuốn sách này là tài liệu đầu tiên tại Việt Nam nhằm để đào tạo cán bộ âm ngữ trị liệu cho các cơ sở đào tạo chuyên ngành Phục hồi chức năng cũng như cán bộ giáo dục có thể tham khảo. Cuốn sách cũng có thể cung cấp cho phụ huynh các kỹ năng để làm việc với các cháu có khó khăn về giao tiếp.

Chúng tôi hoan nghênh hai tác giả và xin giới thiệu cùng bạn đọc cuốn sách này.

Chúng tôi cảm ơn Tổ chức Tâm nhìn Thế giới đã tài trợ để cuốn sách này được ấn hành.

Trong quá trình sử dụng, mong bạn đọc đóng góp ý kiến để lần tái bản sau được hoàn thiện hơn.

Hà Nội, ngày 20 tháng 10 năm 2004

PGS. TS. Nguyễn Xuân Nghiên

*Chủ nhiệm Bộ môn Phục hồi chức năng
Trường Đại học Y Hà Nội*

*Chủ nhiệm khoa Phục hồi chức năng
Bệnh viện Bạch Mai*

Chủ tịch Hội Phục hồi chức năng Việt Nam

Lời tác giả

Quyển sách này hướng tới độc giả là cử nhân âm ngữ trị liệu, nhân viên y tế và những người muốn tìm hiểu và quan tâm đến vấn đề bệnh lý về giao tiếp. Mục tiêu của các tác giả là cung cấp những thông tin cơ bản thuộc lĩnh vực các khó khăn về giao tiếp và cách xử lý chúng. Tên các thuật ngữ và nội dung của nó nhằm hướng tới các đối tượng khác nhau nên cuốn sách này có thể chưa đáp ứng được mọi nhu cầu của bạn đọc. Trong điều kiện biên soạn hạn hẹp về thời gian và kinh nghiệm, cuốn sách này không tránh khỏi có những thiếu sót. Chúng tôi mong được sự góp ý của quý vị độc giả.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bạn đồng nghiệp, tổ chức Tâm nhìn thế giới, tổ chức Hỗ trợ phát triển Mỹ, gia đình những người tàn tật... đã giúp chúng tôi một cách hữu hiệu trong quá trình biên soạn và in ấn tập sách này.

Mục lục

PHẦN 1. KHÁI NIỆM VỀ NGÔN NGỮ TRI LIỆU VÀ GIAO TIẾP	9
Chương 1. Các khái niệm về chức năng giao tiếp, phân loại các bệnh lý về giao tiếp	11
<i>TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	
Chương 2. Quá trình phát triển ngôn ngữ bình thường ở trẻ em	24
<i>Ths NN. Đặng Thái Thu Hương</i>	
Chương 3. Các kỹ thuật phát triển giao tiếp của trẻ em	31
<i>Ths NN. Đặng Thái Thu Hương</i>	
PHẦN 2. CHỨC NĂNG NGHE VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỊ NGHE KÉM	77
Chương 4. Bệnh lý cơ quan thính giác	79
<i>TS.BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	
PHẦN 3. CÁC BỆNH LÝ VỀ LỜI NÓI	121
Chương 5. Giải phẫu và sinh lý của hoạt động lời nói	123
<i>TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	
Chương 6. Bệnh lý về cấu âm và âm vị học	142
<i>TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	
Chương 7. Phục hồi chức năng lời nói cho người bị khe hở môi và vòm miệng	155
<i>TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	

Chương 8. Nói khó	182
<i>TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	
Chương 9. Nói lắp	197
<i>TS.BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	
Chương 10. Các bệnh lý của giọng nói	208
<i>Ths NN. Đặng Thái Thu Hương</i>	
PHẦN 4. BỆNH LÝ VỀ NGÔN NGỮ	221
Chương 11. Thất ngôn.	223
<i>TS. BS. Vũ Thị Bích Hạnh</i>	
Chương 12. Giúp trẻ chậm phát triển trí tuệ giao tiếp	244
<i>Ths NN. Đặng Thái Thu Hương</i>	
Chương 13. Tự kỷ	269
<i>Ths NN. Đặng Thái Thu Hương</i>	

PHẦN 1

Khái niệm về ngôn ngữ trị liệu và giao tiếp

Chương 1

Các khái niệm về chức năng giao tiếp

Phân loại các bệnh lý về giao tiếp

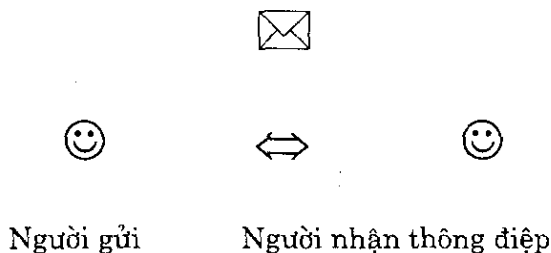
Ngôn ngữ trị liệu là một chuyên ngành trong phục hồi chức năng, nó nghiên cứu và giải quyết các bệnh lý về giao tiếp. Trong khi ở các nước phát triển trên thế giới, chuyên ngành này ra đời và phát triển vài thế kỷ nay. Hiện nó đã chuyên khoa hoá thành nhiều lĩnh vực của bệnh lý ngôn ngữ và lời nói. Còn ở các nước đang phát triển, hoặc các nước trong khu vực, ngôn ngữ trị liệu đã đi được vài ba thập kỷ. Ở Việt Nam ngành này đã hình thành được gần năm, hiện nay số lượng nhân viên còn hạn chế về lượng và chất. Tuy vậy, nó cũng đã tạo nên một luồng hoạt động và tiếng vang trong dư luận về nhu cầu phát triển của mình.

Thuật ngữ ngôn ngữ trị liệu chưa phản ánh được đầy đủ những phạm vi hoạt động của nó. Thực chất nó bao gồm cả việc điều trị bệnh lý về ngôn ngữ và bệnh lý lời nói. Nên chính xác hơn, nó cần được gọi là âm ngữ trị liệu. “Âm” là phát âm, là những vấn đề liên quan đến tạo ra âm thanh lời nói, gồm quá trình thở ra, tạo âm và cấu âm, liên quan đến hoạt động của bộ máy phát âm. “Ngữ” là ngôn ngữ, thực chất là hoạt động của não và sự chi phối của nó đến hành vi ứng xử, giao tiếp, kỹ năng xã hội và các hoạt động tư duy nhận thức. Nên nếu nói đến ngôn ngữ trị liệu theo thói quen là nói đến âm ngữ trị liệu. Đối tượng của âm ngữ trị liệu là những đối tượng có khó khăn về giao tiếp.

1. Một số khái niệm về giao tiếp

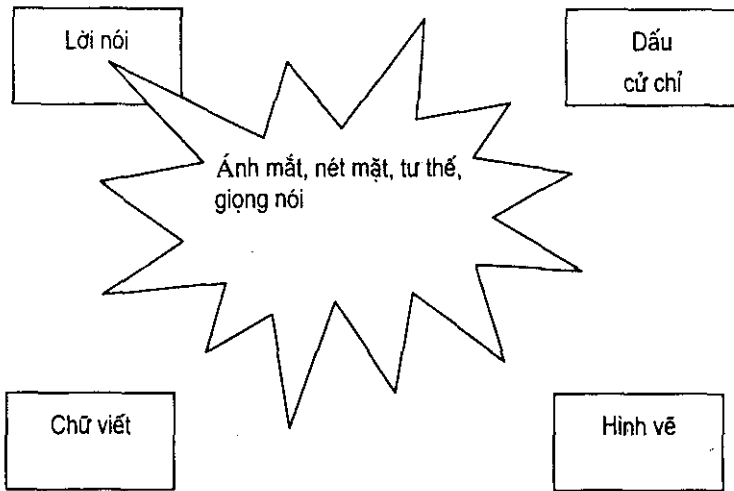
Giao tiếp là quá trình trao đổi thông tin, nhu cầu, tình cảm giữa ít nhất hai đối tượng, nhờ các hình thức khác nhau của ngôn ngữ.

Quá trình này mang tính hai chiều: Vai trò gửi và nhận thông tin được luân chuyển giữa các đối tượng giao tiếp, một người là người gửi thông điệp hay là người khởi xướng, còn người kia đáp ứng hay là người nhận thông điệp. Không thể có giao tiếp tốt nếu không có sự luân phiên vai trò này. Quá trình này có thể được mô tả bằng sơ đồ sau:



Sự luân phiên khởi xướng và đáp ứng được lặp đi lặp lại nhiều lần. Người khởi xướng lần lượt đáp ứng lại, cũng như người đang bị động, đáp ứng với giao tiếp lại trở thành người khởi xướng giao tiếp. Cuộc giao tiếp tốt thường đạt mức cân bằng giữa khởi xướng và đáp ứng của hai người.

Phương tiện để truyền đạt thông điệp chính là ngôn ngữ. *Ngôn ngữ là một hệ thống tín hiệu được mã hoá một cách vô đoán, được một cộng đồng chấp nhận và sử dụng.* Ngôn ngữ là sản phẩm của quá trình tư duy, nhờ vào hoạt động của não. Nhưng hình thức thể hiện của ngôn ngữ ra bên ngoài chính là bằng lời nói. Người ta giao tiếp bằng các hình thức khác nhau của ngôn ngữ: có lời và không lời. Đối với một người bình thường, lời nói là hình thức được sử dụng nhiều và dễ dàng nhất. Nhưng người có khó khăn về giao tiếp lại phải dùng nhiều hình thức giao tiếp khác nhau nhằm đạt được hiệu quả mong muốn, đặc biệt những người không thể dùng lời nói để giao tiếp (người bị câm điếc). Các hình thức giao tiếp có thể biểu diễn tóm tắt ở sơ đồ 1.1. dưới đây:



Sơ đồ 1.1. Các hình thức giao tiếp

2. Các hình thức giao tiếp

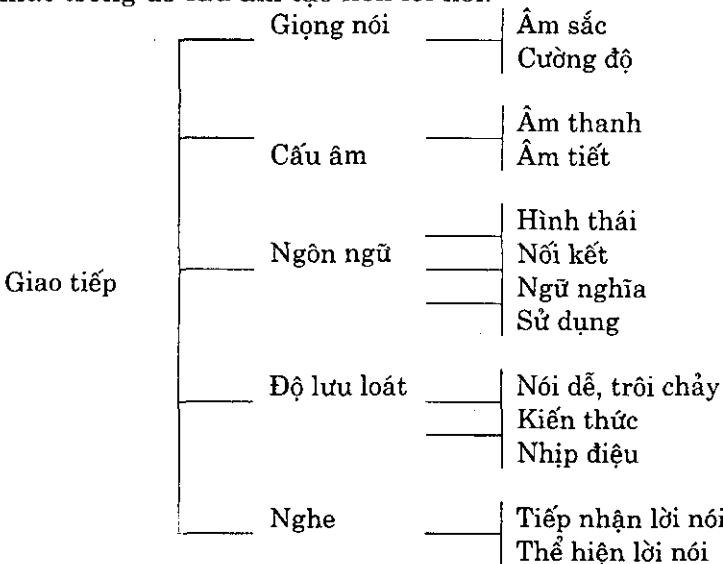
Ngôn ngữ có lời gồm: lời nói và chữ viết. Ngôn ngữ không lời gồm ngôn ngữ cơ thể (giao tiếp bằng nét mặt, ánh mắt, tư thế cơ thể, giọng nói), dấu và hình vẽ. Một người bình thường có xu hướng giao tiếp bằng lời nói. Đó là hình thức chuyển tải thông điệp nhanh chóng, chính xác và hiệu quả. Bất kỳ nội dung thông điệp nào cũng có thể diễn đạt bằng lời nói. Tuy vậy, những đối tượng có khó khăn về giao tiếp thường sử dụng các hình thức ngôn ngữ khác để bù đắp, hỗ trợ giao tiếp bằng lời nói. Các hình thức ngôn ngữ không lời có ưu thế trong chuyển tải các thông điệp mang sắc thái tình cảm. Qua ánh mắt, nét mặt, cử chỉ, giọng nói của người đối thoại, ta có thể đoán được nhiều điều: tâm trạng, sự chân thành, hứng thú giao tiếp.. mặc dù điều đó không được nói ra. Dù rằng thông điệp dưới hình thức không lời ít chính xác hơn và tốc độ chuyển tải cũng chậm hơn. Việc mô tả chi tiết các kỹ năng giao tiếp này sẽ được trình bày trong những chương tiếp theo.

3. Các thành tố của quá trình giao tiếp

Trong giao tiếp cả người gửi và người nhận thông điệp đều sử dụng và thể hiện ngôn ngữ bằng các hình thức khác nhau. Đặc biệt ngôn ngữ được sử dụng chủ yếu bằng hình thức lời nói. Dưới đây là sơ đồ các thành tố của quá trình giao tiếp mà các đối tượng sử dụng trong giao tiếp. Quá trình giao tiếp được thực hiện nhờ những chức năng được phân tích một cách riêng rẽ thành: giọng nói, cấu âm, ngữ điệu, ngôn ngữ, và nghe.

3.1. Cấu tạo của lời nói

Giọng nói là một trong những yếu tố cơ bản của giao tiếp bằng lời nói. Giọng nói con người có khả năng biến hoá đa dạng trong giao tiếp phản ánh các sắc thái tình cảm và đạo đức. Âm sắc và cường độ giọng khác nhau ở mỗi người và mỗi ngữ cảnh, nó mang thêm nhiều nghĩa ngoài nội dung của phát ngôn. Nguồn gốc tạo âm thanh của lời nói là thanh quản với các dây thanh. Sự dao động và đóng mở đều đặn của dây thanh khiến giọng nói êm ái và bình thường. Giọng cùng với các thành tố khác trong đó cấu âm tạo nên lời nói.



Sơ đồ 1.2. Các thành tố của quá trình giao tiếp

Độ lưu loát của lời nói được đặc trưng bởi cả lời nói và ngôn ngữ. Nói lưu loát là nói dễ dàng, mượt mà, thở đều và không gắng sức. Nói lưu loát mà có nghĩa thường phản ánh người có năng lực tư duy cao. Để nói năng lưu loát, cần có các quá trình chức năng như: hơi thở ra đủ, sinh âm, cấu âm và tư duy, hoạt động thần kinh bình thường. Về tổng thể, lời nói là tập hợp của nhiều phát ngôn. Mỗi phát ngôn lại được cấu tạo từ nhiều âm tiết (trong tiếng Việt âm tiết lại có chức năng của từ). Âm tiết lại được cấu tạo từ những đơn vị nhỏ hơn là các âm vị. Có thể nói đơn vị cấu tạo nhỏ nhất của lời nói là các âm vị. Các âm vị chính là các phụ âm và nguyên âm.

3.2. Khái niệm âm vị học tiếng Việt

Như mọi người đều biết, ở tiếng Việt một phát ngôn bao gồm một hoặc nhiều âm tiết. Nó bao gồm các yếu tố chiết đoạn (đó là các yếu tố được quen gọi là nguyên âm, phụ âm) và các yếu tố siêu đoạn (đó là những đặc trưng âm học trải rộng trên toàn âm tiết hoặc nhiều âm tiết).

3.2.1. Các phụ âm Việt

Phụ âm là những âm thanh được tạo ra có sự nghẽn tắc của luồng hơi đi ra trong cơ quan phát âm. Hai yếu tố xác định chân dung phụ âm là vị trí và phương thức cấu âm - âm được tạo ra ở đâu và theo cách nào.

- Phương thức cấu âm :

Là cách thức tạo ra âm thanh. Có 3 cách cơ bản để tạo nên các phương thức cấu âm của phụ âm.

- + Âm tắc: (Stop hay plosive): Sự nghẽn tắc hoàn toàn của luồng hơi đi ra. Sức căng cơ của mô lớn, sức nén của luồng hơi tăng dần đến mức vượt qua ngưỡng ngại, tạo thành âm tắc. Thời gian nghẽn tắc ngắn. Ví dụ : /p, b, t, d/...

- + Âm xát: (fricative hay sibilant). Sự nghẽn tắc không hoàn toàn của luồng hơi trong một khoảng thời gian tương đối dài hơn. Sức căng cơ tương đối và áp lực của dòng khí vừa phải. Ví dụ : /f, v, s, z./
- + Bán âm: Âm mang đặc tính trung gian giữa nguyên âm và phụ âm là mang đặc tính cận kề. Ví dụ trong tiếng Việt như [l], [-w-], [-j].
- Vị trí cấu âm (bộ vị): Là vị trí mà các bộ phận cấu âm vận động và tiếp xúc với nhau tạo thành âm thanh. Các âm được phân loại theo bộ vị gồm :
 - + Âm môi: [m, b, p...]
 - + Âm răng: [t, t', d...]
 - + Âm vòm cứng: [n, c]
 - + Âm lợi-vòm cứng: âm quặt lưỡi (Retroflexive)

Đặc trưng quặt lưỡi là tính theo bộ vị cấu âm. Về mặt âm học chúng là các âm có sức căng cơ mạnh, áp suất đi ra từ phổi lớn. Ví dụ : [ʈ, ʂ, ʐ] quy ước được biểu thị bằng [T, S, Z]

- + Âm vòm mềm: [ŋ, ɰ, x, ɣ...]
- + Âm họng: âm tắc họng [ʔ], âm xát họng [h]

Từ góc độ ngữ âm học có thể mô tả các phụ âm tiếng Việt trong bảng dưới đây:

Bảng 1.1. Các phụ âm tiếng Việt *

Bộ vị Ph.thức		Môi	Môi- răng	Bật hơi	Lợi	Lợi- v.cứng	Vòm cứng	Vòm mềm	Họng
Tắc	Mũi	m			n		ɲ	ŋ	
	Miệng	p b		tʰ	t d	T	c	k	ʔ
Xát			f v		s z	S Z		x γ	h
	Bên				l				
Bán âm					j				

Bảng 1.1 cho một cái nhìn tổng quan về một hệ phụ âm tiếng Việt. Theo bảng này: phụ âm đứng ở vị trí đầu âm tiết là 23**, phụ âm đứng ở các vị trí khác là 10 trong đó ở vị trí âm đệm là 1; ở vị trí cuối âm tiết là 10 (p, t, ch, k, m,n,nh, ng). Như vậy tổng số các phụ âm hiện thực trong tiếng Việt lên đến 25 đơn vị.

Tất cả những phụ âm tắc và xát đi với nhau thành từng cặp: vô thanh - hữu thanh. Tất cả các âm tắc mũi là những âm đơn nhất, được cấu tạo một cách phổ niệm là âm hữu thanh. Khi tạo âm mũi, vòm mềm giãn, tạo khe thông giữa khoang mũi và khoang miệng, tăng cộng hưởng mũi hơn so với các phụ âm khác.

Nếu trong nhiều ngôn ngữ trên thế giới, cạnh các âm tắc và xát là loạt các âm tắc xát (affricatives); còn ở tiếng Việt lại có loạt âm quặt lưỡi (T, Z, S) những âm này chỉ xuất hiện trong tiếng Việt miền Trung, một vùng phương ngữ được coi là bảo thủ trong tiếng Việt. Đặc điểm quặt lưỡi là một đặc điểm rất

* Chỉ trong bảng này, các âm vị được trình bày theo phiên âm quốc tế, còn lại những nơi khác, chúng được mô tả bằng các con chữ tiếng Việt.

** Theo tác giả Đoàn Thiện Thuật thì tiếng Việt không có âm /p/ ở vị trí đầu âm tiết

đáng lưu ý khi đánh giá các lỗi cấu âm và huấn luyện phát âm. Trong thực tế sửa lỗi phát âm theo hướng giáo dục phổ cập và giáo dục hoà nhập, rất cần tôn trọng những tập quán xã hội và thói quen ngôn ngữ của cộng đồng mà ở đó người bệnh hiện sinh sống. Đó cũng là nguyên tắc của *âm vị học động*.

Âm /l/ theo truyền thống được coi là một âm sát bên. Nhưng xét về bản chất âm học đó là một âm có độ vang rất lớn. Nó thường được xếp vào phạm trù các âm cận kề vì tính linh hoạt trong phân bố. Nói khác đi, nó là âm có bản chất giữa nguyên âm và phụ âm.

3.2.2. Nguyên âm tiếng Việt

Nguyên âm là những âm được cấu tạo theo nguyên tắc cộng hưởng, do luồng hơi đi ra không bị nghẽn tắc. Để tạo nguyên âm có 2 yếu tố :

Hình dạng khoang miệng

Dung tích khoang miệng

Bảng 1.2. Các nguyên âm đơn cơ bản

	Trước	Giữa	Sau
Cao	i	ư	u
Vừa	e	ơ	o
Thấp	ê	a	ơ

Hình dạng của khoang miệng phụ thuộc vào độ nâng của lưỡi hoặc độ mở của miệng. Dung tích của miệng và tỷ lệ giữa nó với dung tích hộp thanh quản sẽ xác định nguyên âm đó là nguyên âm nào. Theo bảng, các nguyên âm được sắp xếp theo vị trí, ở đó nó được cấu tạo.

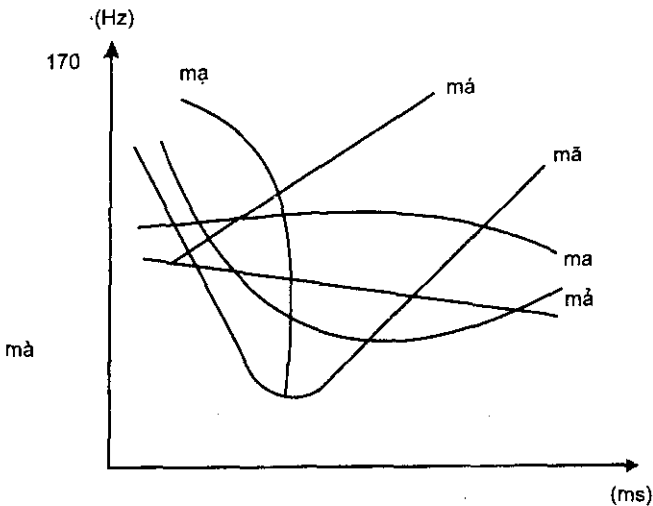
Trên đây là 9 nguyên âm đơn cơ bản Tiêu chí khu biệt các nguyên âm trong tiếng Việt gồm:

1. Độ nâng của lưỡi: cao, vừa, thấp.
2. Vị trí của lưỡi: trước, giữa, sau.

Ngoài ra người ta còn nói đến các nguyên âm đôi (iê, uô, và ươ) và các nguyên âm ngắn nhưng chúng tôi không liệt kê ở đây. Các lỗi phát âm của vẫn thường rơi vào các nguyên âm đôi. Rất hiếm khi gặp lỗi của nguyên âm đơn.

3.2.3. Thanh trong tiếng Việt

Thanh là yếu tố siêu đoạn của âm tiết, thể hiện diễn biến về mặt cao độ của một âm tiết. Cao độ của âm tiết phụ thuộc vào tần số dao động của dây thanh tính bằng chu kỳ dao động trong một giây. Nếu đơn vị thời gian là giây thì tần số giao động là hertz (Hz). Đối với một số ngôn ngữ phương Đông, số lượng thanh dao động từ 3 đến 11 thanh điệu. Tiếng Việt có 6 thanh: ngang, huyền, sắc, nặng, hỏi, ngã. Tuổi và giới ảnh hưởng trực tiếp đến tần số dao động của dây thanh: ở trẻ em cao hơn so với người lớn, phụ nữ cao hơn nam giới một octave. Thanh điệu trong tiếng Việt là đơn vị khu biệt có ý nghĩa quan trọng. Sơ đồ biến thiên của chúng trong lời nói theo thời gian có dạng sau:



Sơ đồ 1.3. Các thanh trong tiếng Việt

Tiêu chí khu biệt thanh điệu tiếng Việt là:

Cao độ: điểm giữa hay cuối của một thanh (cao/ thấp)

Đường nét: bằng/ trắc

Phẩm chất giọng: bình thường/ thờ/ gầy.

Những đặc điểm cấu tạo của thanh điệu cho phép giải thích những lỗi của thanh điệu thường rơi vào thanh hỏi và thanh ngã. Những thanh có đường nét gãy được cấu tạo phức tạp hơn về kỹ năng cử động và thính giác.

Như ta đã nói, sự lưu loát của lời nói được quyết định không chỉ nhờ hoạt động của cơ quan phát âm mà còn là kết quả của hoạt động não. Sản phẩm đó chính là ngôn ngữ. **Ngôn ngữ** là hệ thống tín hiệu được mã hoá một cách vô đoán được sử dụng để giao tiếp. Ngôn ngữ bao gồm các thành tố như: hình thái học, nối kết, ngữ nghĩa và dụng học.

3.3. Các thành phần của ngôn ngữ

3.3.1. Âm vị học là môn học nghiên cứu các đơn vị âm thanh nhỏ nhất của ngôn ngữ, có mang nghĩa, đó là các âm vị. Ví dụ âm vị “t, c, ph”. Các âm vị có nhiệm vụ khu biệt nghĩa. Ví dụ: hai từ “tai” và “ngai” khác nhau chỉ bởi hai âm vị “t” và “ng” nhưng nghĩa của chúng khác nhau.

3.3.2. Hình thái học nghiên cứu cấu trúc của từ, nó mô tả các từ được tạo nên từ các đơn vị nhỏ hơn (hình vị) như thế nào. Hình vị là đơn vị mang nghĩa nhỏ nhất của ngôn ngữ. Hình vị là đơn vị dưới từ, cấu tạo nên từ, là đơn vị hai mặt. Ví dụ trong tiếng Việt hình vị “ma” một mặt chỉ đơn thuần là một hình vị được tạo nên từ 2 âm vị “m” và “a”; mặt khác nó là một từ nghĩa là ma (ma quái). Tiếng Việt là một ngôn ngữ đơn âm tiết, nghĩa là hình vị cũng có chức năng như từ. Phần lớn các hình vị đều mang nghĩa.

3.3.3. *Nối kết* nghĩa là môn học về sự sắp xếp, nối kết và trật tự các từ để hình thành một câu. Nối kết cũng là tập hợp các quy tắc xác định cách thức và trật tự mà các từ kết hợp với nhau để tạo câu. Cả hai môn Hình thái học và Nối kết học đều thuộc về môn Ngữ pháp học. Như vậy, Ngữ pháp học nghiên cứu hai mặt: một mặt là các từ được tạo nên như thế nào, mặt kia là trật tự sắp xếp của các từ để tạo thành câu.

3.3.4. *Ngữ nghĩa* học nghiên cứu ý nghĩa của từ, phát ngôn và của câu mà nó chuyển tải. Có một số quan niệm khác nhau về ngữ nghĩa của từ, phát ngôn và câu. Đúng về phía các nghiên cứu sự thụ đắc ngôn ngữ của trẻ, Gleason 1989, Owens 1992 đã nhấn mạnh ý nghĩa của từ nằm trong các dạng khác nhau của từ. Ví dụ, trẻ nói “dép của con” có nghĩa là trẻ hiểu được khái niệm về sở hữu; “mẹ gặt lúa” cho thấy trẻ học được khái niệm về một nhân vật...

3.3.5. *Dụng học* nghiên cứu khả năng sử dụng ngôn ngữ trong các ngữ cảnh xã hội, xem trẻ học nói gì và nói khi nào, cách trẻ giao tiếp có lần lượt, cách duy trì chủ đề, biết kể chuyện... Những lĩnh vực khác nhau của ngôn ngữ sẽ không được đề cập sâu hơn ở đây. Ở mỗi chương, liên quan đến các bệnh lý khác nhau sẽ có những khái niệm bổ sung thích hợp.

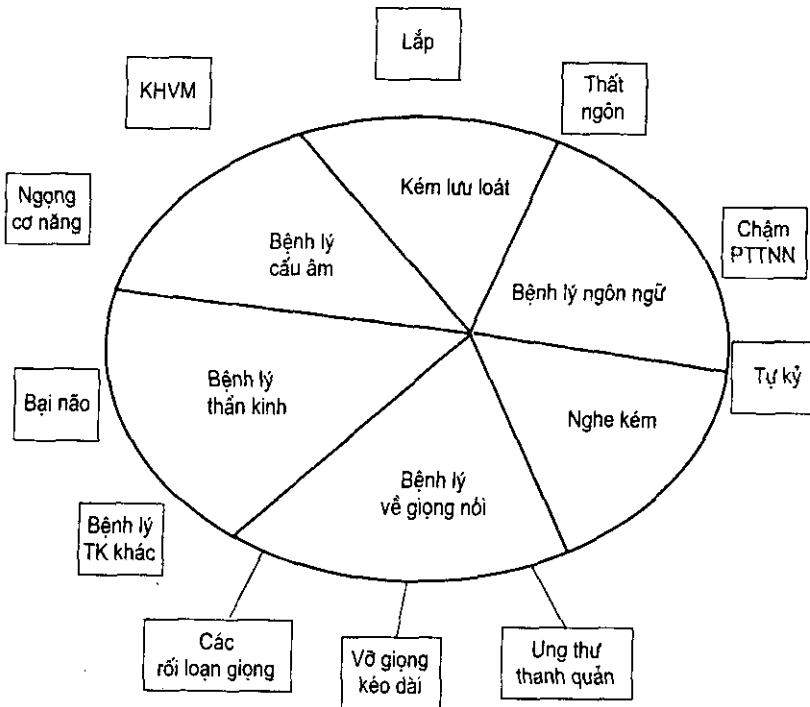
3.4. Khả năng nghe

Một vấn đề còn lại của quá trình giao tiếp là *khả năng nghe*. Nghe là cơ sở quan trọng cho giao tiếp bằng lời nói. Nghe thấy giúp cho đối tượng nhận được các tín hiệu ngôn ngữ bằng lời. *Nghe thấy và hiểu được lời nói* là một quá trình phức tạp, nó khởi đầu cho quá trình giao tiếp bằng lời nói. Những khó khăn trong giao tiếp có thể từ phía người nói, hoặc người nghe hoặc nghe thấy nhưng hiểu kém. Các bệnh lý về giao tiếp có nhiều cách phân loại khác nhau: theo vai trò của đối tượng trong quá trình giao tiếp, theo nguyên nhân hoặc nguồn gốc xuất hiện. Dưới đây lần lượt ta xem xét các cách phân loại ấy.

4. Phân loại bệnh lý về giao tiếp

4.1. Phân loại theo khó khăn từ phía các đối tượng tham gia giao tiếp

Như đã biết, khó khăn từ phía các đối tượng tham gia giao tiếp có thể là khó khăn từ phía người nói: gồm các bệnh lý về giọng nói, về cấu âm, hoặc nói kém lưu loát. Còn khó khăn từ phía người nghe có thể là nghe kém và/ hoặc hiểu kém. Như vậy, các khó khăn về giao tiếp có thể mô tả theo sơ đồ 1.4 dưới đây:



Sơ đồ 1.4. Các lĩnh vực bệnh lý ngôn ngữ và lời nói.

Phân loại các rối loạn chức năng giao tiếp

- Ngôn ngữ của người bị nghe kém
 - Các bệnh lý về ngôn ngữ ở trẻ em:
 - + Chậm phát triển ngôn ngữ do chậm phát triển trí tuệ
 - + Tự kỷ
 - Bệnh lý về ngôn ngữ của người đã có ngôn ngữ
 - Bệnh lý lời nói:
 - + Các bệnh lý của cấu âm: nói ngọng
 - + Mất lưu loát: Nói ngập ngừng, nói lắp
 - + Lời nói của trẻ bị khe hở vòm miệng
 - Bệnh lý của giọng :
 - + Rối loạn sinh âm
 - + Rối loạn cộng hưởng giọng
 - Các rối loạn nuốt và nói do tổn thương thần kinh
 - + Bai não
 - + Các bệnh lý thần kinh khác...
-

4.2. Phân loại theo nguyên nhân

4.2.1. Bẩm sinh: Là những bệnh lý, hoặc khó khăn về giao tiếp xuất hiện ngay từ lúc trẻ mới được sinh ra. Những trường hợp do tổn thương từ bào thai, hoặc trong khi chuyển dạ, hoặc ngay từ lúc trẻ mới ra đời. Ví dụ về những trường hợp như vậy có thể là chậm phát triển trí tuệ dẫn đến chậm phát triển ngôn ngữ, hoặc tự kỷ hoặc bại não...

4.2.2. Mắc phải: Là những khó khăn về giao tiếp xuất hiện trong quá trình phát triển của cá thể. Chẳng hạn, một số bệnh lý của giọng nói, hoặc thất ngôn, hay ngọng...

Chương 2

Quá trình phát triển ngôn ngữ bình thường ở trẻ em

1. Quá trình phát triển ngôn ngữ ở trẻ

Ngay từ khi mới ra đời, trẻ đã dùng tiếng khóc để thể hiện nhu cầu của mình: bị đói, bị đau hay trong tình trạng không thoải mái. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu cho rằng những tiếng "bập bẹ" mới là dấu hiệu đầu tiên thể hiện nhu cầu giao tiếp trước khi trẻ dùng được lời nói. Khi được 4 tháng tuổi, trẻ giành rất nhiều thời gian cho việc tạo ra các âm thanh khác nhau. Giai đoạn này được gọi là giai đoạn "bập bẹ" của trẻ. Các âm "bập bẹ" của trẻ có sự kết hợp cả nguyên âm và phụ âm "bababa", "dadada". Các tiếng "bập bẹ" của trẻ mang rất nhiều các ngữ điệu khác nhau. Nhiều nghiên cứu cho thấy khả năng "bập bẹ" của đứa trẻ được tăng lên do sự tác động của mối quan hệ xã hội (ví dụ: khi mẹ chơi đùa, mỉm cười hay bế đứa trẻ lên thì tiếng "bập bẹ" của trẻ tăng lên).

Trong thời gian từ 4 cho đến 10 tháng tuổi, tiếng "bập bẹ" này được tăng lên rất nhiều. Nó ngày càng hoàn chỉnh và mang nhiều âm sắc khác nhau. Nhiều âm thanh gần giống với lời nói xuất hiện. Giai đoạn này bắt đầu thấy xuất hiện ở trẻ một vài phụ âm như "p", "b", "k".

Khi được gần 1 tuổi, phần lớn những đứa trẻ đã bắt đầu giao tiếp với rất nhiều cách thức khác nhau. Trẻ dùng các cử chỉ, âm thanh, giao tiếp bằng mắt để truyền tải một lượng thông tin nào đó đến bố mẹ. Đứa trẻ có thể chỉ tay vào đồ vật mà nó muốn hoặc đứa trẻ có thể cầm tay của bố mẹ yêu cầu lấy đồ vật cho chúng.

Thông thường trẻ nói được từ đầu tiên khi được 1 tuổi. Tuy nhiên việc xuất hiện từ đầu tiên ở các trẻ là rất khác nhau. Có

một số trẻ từ đầu tiên xuất hiện khá muộn. Từ đầu tiên thường là những từ có liên quan đến các đồ vật và các sự kiện xung quanh trẻ. Những từ này bao gồm tên của các đồ vật, các con vật và các loại thức ăn. Động từ và từ hành động tuy ít hơn nhưng cũng xuất hiện trong số 50 từ đầu tiên của trẻ. Những từ phát âm dễ hơn hoặc tên của những đồ vật, các con vật có sự chuyển động trẻ học nhanh hơn. Ví dụ: trẻ học từ "con chó", "con mèo", cái "ô tô" dễ hơn là cái "ghế", cái "bàn".

Sau 18 tháng, phần lớn các trẻ sẽ bắt đầu nối kết 2 từ đã học được với nhau khi nói. Dấu hiệu ngữ pháp, trật tự từ bắt đầu xuất hiện. Khi nối kết các từ, trật tự từ của trẻ có thể không giống với trật tự của người lớn. Có thể trật tự từ của trẻ không đúng với trật tự thông thường.

Sau khi kết nối được 2 từ với nhau, trẻ sẽ bắt đầu kết nối các từ để tạo nên một cụm từ. Đến khi được 3 tuổi, trẻ sẽ tạo ra một cụm từ có đầy đủ thành phần chủ ngữ và vị ngữ. Sau giai đoạn này, trẻ sẽ rất nhanh chóng để tạo nên được những câu dài hơn với đầy đủ thành phần của chủ ngữ và vị ngữ. Trẻ đã bắt đầu có thể kể được những câu chuyện với các câu dài và phức tạp hơn.

Rất nhiều mẫu câu phức tạp hoặc những mẫu ít sử dụng sẽ có thể không được hoàn thiện trong lứa tuổi từ 6 - 7. Đứa trẻ tiếp tục học một vài mẫu câu mới phức tạp hơn trong những năm đầu tiên ở trường học.

Bên cạnh việc tạo ra được các câu chính xác, trẻ còn phải học cách sử dụng các mẫu câu đó trong các ngữ cảnh xã hội khác nhau.

Ban đầu, những giao tiếp của đứa trẻ có thể là không có chủ ý. Ví dụ, trẻ khóc bởi vì nó bị ướt. Nhưng cũng vẫn tiếng khóc ấy lại mang chủ ý khi nó thể hiện sự mong muốn được chăm sóc. Thông thường, những giao tiếp xã hội là có chủ ý. Những giao tiếp có chủ ý có thể nhìn thấy từ rất sớm trong cuộc đời của trẻ. Cười, các cử chỉ và những ngôn ngữ không lời khác trong những năm đầu đời là những cố gắng giao tiếp có chủ ý.

Từ tháng thứ 8 đến tháng thứ 10, đứa trẻ thể hiện sự rõ ràng của việc giao tiếp có chủ ý. Các âm thanh trẻ tạo ra bắt đầu có mục đích. Trẻ đã bắt đầu biết đến khái niệm trò chuyện. Trẻ biết lắng nghe và tạo ra nhiều các âm thanh hơn khi có người trò chuyện cùng. Với điều này, trẻ bắt đầu biết đến kỹ năng lần lượt, kỹ năng cần thiết để phát triển giao tiếp trong vài năm sau này. Hầu hết các trẻ từ 18 – 24 tháng đều có khả năng lần lượt trong hội thoại.

Việc kéo dài hội thoại không chỉ cần đến kỹ năng lần lượt mà còn cần đến khả năng duy trì chủ đề. Những đứa trẻ không có khả năng duy trì chủ đề có thể sẽ làm thay đổi chủ đề của hội thoại một cách đột ngột hoặc đưa vào những lời bình luận không có liên quan. Phần lớn những trẻ 3 tuổi đều có khả năng duy trì chủ đề của hội thoại ít nhất trong một khoảng thời gian ngắn. Khoảng 4 – 5 tuổi, trẻ có thể duy trì chủ đề cuộc hội thoại trong khoảng thời gian lâu hơn.

Mỗi đứa trẻ thể hiện cách tiếp nhận ngôn ngữ khác nhau. Một vài đứa tiếp nhận ngôn ngữ chậm hơn so với những đứa khác. Một vài đứa trẻ dùng cử chỉ thường xuyên hơn những đứa khác. Một vài đứa trẻ dùng từ đơn với thời gian lâu hơn đứa khác, những đứa trẻ đã bắt đầu ghép các từ thành các câu đơn giản. Một vài đứa trẻ dùng trật tự từ sai nhiều hơn những đứa khác. Một vài đứa trẻ nói rõ ràng hơn, nói nhiều hơn đứa khác. Trên thực tế, những cách dùng ngôn ngữ khác nhau của người lớn cũng được nhìn thấy ở trẻ nhỏ.

2. Các mốc phát triển ngôn ngữ của trẻ

2.1. Từ 0 – 5 tháng

- Trẻ nhìn chăm chú vào người nói chuyện.
- Quay đầu về phía có tiếng động phát ra.
- Phân biệt được các tiếng động khác nhau phát ra từ các vị trí khác nhau.
- Phát ra các âm thanh khác nhau.

- Phát ra các âm thanh khi được hỏi chuyện.
- Mỉm cười khi có người hỏi chuyện hoặc chơi cùng.
- Tự chơi một mình với các âm thanh.

2.2. Từ 6 – 11 tháng

- Biết phối hợp các hoạt động.
- Theo dõi đồ vật chuyển động theo các hướng khác nhau.
- Dừng các hoạt động lại khi nghe thấy từ "không".
- Hiểu một vài từ.
- Nối kết các âm thanh để tạo nên vần.
- Bắt chước gần đúng các âm của người khác.
- Dùng cử chỉ, điệu bộ, nét mặt để giao tiếp
- Tạo ra được một vài âm giống với các phụ âm.

2.3. Từ 1 – 1,5 tuổi

- Thực hiện được các mệnh lệnh đơn giản: "Ném bóng cho mẹ..."
- Phân biệt được các đồ vật thường dùng.
- Nhận ra được các bức tranh về các đồ vật ở xung quanh.
- Nói một vài từ.
- Biết khởi xướng các trò chơi.
- Tạo ra một chuỗi âm không có nghĩa với các ngữ điệu khác nhau.
- Có khả năng bắt chước được từ đơn.

2.4. Từ 1,5 – 2 tuổi

- Thực hiện mệnh lệnh mà không cần phải ra hiệu: "Đưa thìa cho mẹ".
- Nhận được nhiều tranh hơn.
- Chỉ được các bộ phận trên cơ thể.
- Hiểu được một vài động từ: ăn, uống, ngủ...
- Có thể nói được nhiều từ đơn.
- Trả lời được câu hỏi: "Đây là cái gì?".
- Kết hợp được 2 - 3 từ để tạo thành câu.
- Bắt đầu dùng được đại từ: "cháu", "con".

2.5. Từ 2 – 2,5 tuổi

- Hiểu khái niệm vị trí trong không gian: phía trước, bên cạnh, bên ngoài.
- Hiểu thêm một vài đại từ nữa.
- Hiểu khái niệm số lượng.
- Hiểu các hành động trong tranh: đang tắm, đang chơi...
- Sử dụng các câu hỏi đơn giản.
- Kết nối 3 - 4 từ.
- Nói được tên của các đồ vật trong tranh.

2.6. Từ 2,5 – 3 tuổi

- Hiểu tác dụng của đồ vật: lược để chải đầu, bút để viết.
- Hiểu các từ mô tả: to/nhỏ, ướt/khô..
- Hiểu khái niệm quan hệ bộ phận/tổng thể: cái bánh xe của ô tô.
- Hiểu nhiều đại từ khác nhau: cậu bé, cô bé, cô gái....

- Trả lời được các câu hỏi: cái gì?, ở đâu?, có/không.
- Nói được các động từ: đang ăn, đang ngủ, đang chơi..
- Nói được các câu đơn giản.
- Dùng được từ sở hữu: của con.

2.7. Từ 3 - 3,5 tuổi

- Hiểu các từ mô tả: nặng/nhẹ, giống nhau/khác nhau.
- Hiểu được sự phân loại nhóm các đồ vật.
- Hiểu được khái niệm phủ định: "Bạn nào không ăn".
- Phân biệt được một vài màu sắc cơ bản: xanh, đỏ, vàng, trắng, tím...
- Nói được về cách sử dụng các đồ vật: lược để chải đầu.
- Trả lời được câu hỏi logic: "Làm gì khi khát?".
- Dùng các đại từ khác nhau chính xác.
- Nói về việc giải quyết các việc: tìm vật bị mất.

2.8. Từ 3,5 - 4 tuổi

- Hiểu sự so sánh: nặng hơn, to hơn...
- Hiểu mối liên hệ: "Nếu áo bị bẩn thì phải giặt".
- Phân biệt được nhiều tranh hơn.
- Phân biệt được các bộ phận khó hơn trên cơ thể: đầu gối, khuỷu tay, ngón cái...
- Nhắc lại được câu dài.
- Trả lời được câu hỏi "Khi nào?".

2.9. Từ 4 - 4,5 tuổi

- Hiểu thêm các khái niệm không gian: đằng sau, đằng trước, bên dưới.

- So sánh động vật: "Con nào có mũi dài nhất?".
- Hiểu các mệnh lệnh phức tạp hơn.
- Phân biệt thêm được các bức tranh về vật ít dùng hơn.
- Sử dụng được từ chỉ vị trí: trên/dưới, bên cạnh, trong/ngoài.
- Mô tả được các hành động theo logic.
- Kể tên được nhiều động vật khác nhau.

2.10. Từ 4,5 – 5 tuổi

- Hiểu được các khái niệm mô tả.
- Hiểu được các khái niệm về thời gian.
- Hiểu các khái niệm về số lượng.
- Nhắc lại được câu dài.
- Sử dụng được các khái niệm: động vật, thức ăn....
- Trả lời được câu hỏi "Tại sao" bắt đầu bằng "Bởi vì....".

2.11. Từ 5 – 6 tuổi

- Hiểu câu dài với đầy đủ thành phần ngữ pháp.
- Hiểu khái niệm số lượng phức tạp hơn.
- Hiểu thời gian theo chuỗi: việc gì xảy ra trước ? việc gì xảy ra sau?
- Nói được câu dài với đầy đủ các thành phần ngữ pháp.
- Bắt đầu nêu định nghĩa được một vài từ đơn giản.
- Dùng các từ thể hiện số lượng phức tạp.

Quá trình tiếp nhận ngôn ngữ của trẻ là một quá trình tự nhiên. Trong thời gian từ khi mới sinh đến 6 tuổi trẻ đã tiếp nhận được đầy đủ các cấu trúc và chức năng cơ bản của hệ thống giao tiếp vốn rất phức tạp và trừu tượng. Quá trình này sẽ ngày càng được hoàn thiện hơn cùng với quá trình phát triển của trẻ.

Chương 3

Các kỹ thuật phát triển giao tiếp của trẻ em

1. Các hình thức ngôn ngữ được sử dụng trong giao tiếp

1.1. Lời nói

Phương tiện giao tiếp chủ yếu của con người là lời nói. Dùng lời nói có thể truyền tải được một lượng thông tin rất lớn. Bởi vậy, ngay từ khi còn rất nhỏ, con người đã cố gắng bắt chước các âm thanh ở xung quanh để tạo nên lời nói của riêng mình. Với những người không có khả năng dùng lời nói, họ sẽ tìm một phương tiện giao tiếp phù hợp. Tuy nhiên, các hình thức giao tiếp khác thường bị hạn chế hơn trong việc truyền tải thông tin.

1.2. Viết

Trên thực tế, chúng ta có rất nhiều các hình thức khác nhau để thể hiện cảm giác, sự hiểu biết và sự mong muốn của mình. Viết là một cách để có thể trao đổi một lượng thông tin khá lớn. Chúng ta có thể trao đổi thông tin qua những mẫu tin nhắn, thư từ...

1.3. Cử chỉ

Ngoài dùng lời nói và chữ viết, chúng ta còn có thể sử dụng cử chỉ để giao tiếp. Mọi người vẫn thường nghĩ rằng ngôn ngữ cử chỉ chỉ giành riêng cho những người không nói được. Nhưng nếu để ý chúng ta sẽ thấy trong cuộc sống hàng ngày chúng ta vẫn dùng cử chỉ kết hợp với lời nói để giao tiếp. Các cử chỉ được dùng trong giao tiếp sẽ làm tăng thêm nghĩa biểu cảm cho câu nói mà chúng ta sử dụng. Đối với những người không nói được thì ngôn ngữ cử chỉ là vô cùng quan trọng để họ có thể giao tiếp với nhau.

1.4. Tranh ảnh

Có một hình thức giao tiếp khá đặc biệt khác (thường được dùng cho đối tượng có khó khăn về giao tiếp) đó là tranh ảnh. Những người có khó khăn về giao tiếp sẽ dùng các tranh ảnh này để thể hiện tình cảm, trạng thái hoặc đưa ra yêu cầu của mình. Các bức tranh sẽ là chiếc cầu nối giữa họ và người khác. Việc tiếp nhận các khái niệm cũng dễ dàng hơn đối với họ thông qua tranh ảnh.

Để làm tăng thêm thông tin nội dung giao tiếp, khi sử dụng, người ta thường dùng kết hợp 4 hình thức giao tiếp trên với: thái độ nói, tốc độ nói, ánh mắt nhìn, nét mặt, ngữ điệu giọng nói.... Các hình thức giao tiếp này sẽ thể hiện rất rõ thái độ giao tiếp của người sử dụng để thông qua đó, người giao tiếp với họ sẽ biết được có nên duy trì tiếp tục cuộc giao tiếp đó không



Trong cuộc sống hàng ngày, các hình thức giao tiếp trên luôn luôn được sử dụng kết hợp với nhau để tạo nên một cuộc giao tiếp có hiệu quả cao. Giao tiếp dùng lời nói và chữ viết được gọi là giao tiếp có lời. Giao tiếp dùng cử chỉ và tranh ảnh được gọi là giao tiếp không lời. Tùy mỗi đối tượng, chúng ta sẽ sử dụng những hình thức giao tiếp thích hợp. Đối với những người có khó khăn về giao tiếp, họ luôn gặp khó khăn trong việc dùng lời nói. Vì vậy, họ phải tìm những hình thức giao tiếp khác để

thể hiện. Các hình thức giao tiếp thích hợp sẽ giúp họ chuyển và nhận thông tin được dễ dàng hơn.

2. Các kiểu giao tiếp của người lớn

Các kiểu giao tiếp của chúng ta có ảnh hưởng rất nhiều đến đối tượng giao tiếp, đặc biệt là trẻ nhỏ. Qua cách giao tiếp của người lớn, trẻ sẽ có cơ hội để học hỏi, để khám phá thêm về bản thân mình.

Có 6 kiểu giao tiếp mà chúng ta thường gặp:

2.1. Khi là người giúp đỡ

Với vai trò này, chúng ta không để cho đứa trẻ có cơ hội tự thể hiện mình. Chúng ta luôn nói hoặc làm hết tất cả những việc trước khi đứa trẻ đưa ra yêu cầu. Chúng ta muốn mọi thứ được giải quyết một cách nhanh chóng và dễ dàng. Với cách giao tiếp này, đứa trẻ trở nên thụ động và không có khả năng tự đưa ra yêu cầu.



2.2. Khi là người vội vàng

Chúng ta luôn muốn cố gắng làm được nhiều việc. Vì vậy chúng ta sẽ không có thì giờ để giao tiếp với trẻ. Đứa trẻ sẽ mất cơ hội trao đổi thông tin và cơ hội được học hỏi thêm.



2.3. Khi là người dạy dỗ

Chúng ta muốn kiểm soát tất cả đứa trẻ với các hoạt động của nó. Chúng ta giành phần lớn thời gian để đưa ra các câu hỏi, lời đề nghị, chỉ dẫn cho đứa trẻ. Điều này khiến cho đứa trẻ gặp khó khăn trong việc khởi xướng và chơi các trò chơi khám phá.



2.4. Khi là người tĩnh lặng

Chúng ta mệt mỏi và cảm thấy mình cần nghỉ ngơi. Chúng ta ngồi với đứa trẻ nhưng không chơi với chúng, thậm chí khi chúng khởi xướng các trò chơi. Trẻ sẽ cảm thấy buồn chán và chúng ta sẽ bỏ qua cơ hội tốt nhất để cùng chia sẻ với trẻ.



2.5. Khi là người ham vui

Chúng ta ham vui với các trò đùa vui vẻ và nói rất nhiều. Các trò chơi này cuốn chúng ta đi mà quên mất vai trò người hướng dẫn của mình. Trẻ ít có cơ hội được chia sẻ các trò chơi cũng như cơ hội giao tiếp.



2.6. Khi là người hoà đồng

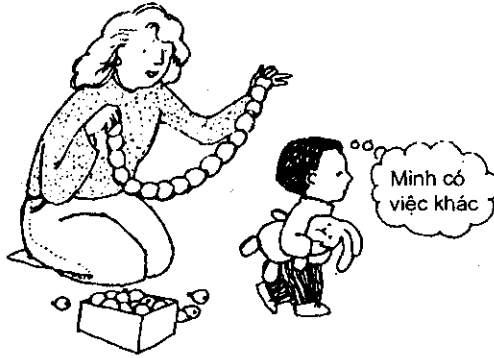
Trong trường hợp này, chúng ta chú ý đến các nhu cầu và sự quan tâm của trẻ đối với mỗi sự việc. Chúng ta khuyến khích trẻ hoạt động, giao tiếp với chúng ta. Chúng ta giành thời gian của mình để tìm hiểu trẻ và chia sẻ các kinh nghiệm với trẻ. Trẻ sẽ cảm thấy được quan tâm và cảm thấy mình quan trọng. Khi hoà đồng, chúng ta sẽ tìm thấy được những mặt mạnh của trẻ để có thể giúp trẻ phát triển tốt hơn. Và khi chúng ta giao tiếp với vai trò là người hoà đồng, trẻ sẽ cảm thấy hài lòng về chính mình và sẵn sàng học hỏi.



Trên đây là 6 kiểu giao tiếp của người lớn mà chúng ta thường gặp. Nếu kiểu giao tiếp của người lớn không phù hợp với trẻ thì không bao giờ chúng ta có thể duy trì các cuộc giao tiếp với trẻ. Trên thực tế, kiểu giao tiếp của chúng ta thường bị ảnh hưởng bởi kiểu giao tiếp của trẻ. Khi đứa trẻ không đáp ứng và ít giao tiếp, chúng ta thường liên tục đưa ra các yêu cầu, các câu hỏi, các trò chơi hoặc thậm chí sự giúp đỡ để có thể duy trì cuộc giao tiếp. Tuy nhiên, điều này có thể làm hạn chế sự giao tiếp của trẻ.



Nhìn chuỗi hạt
này! Đẹp không
Đeo lên cổ đi



Kiểu giao tiếp có thể tạo cơ hội cho trẻ giao tiếp, khuyến khích trẻ giao tiếp và giúp đưa trẻ tăng thêm kiến thức, kỹ năng là kiểu giao tiếp hoà đồng. Để đóng vai trò là người giao tiếp hoà đồng, chúng ta cần sử dụng thành thạo kỹ năng giao tiếp 3T.

3. Kỹ năng giao tiếp 3T

3.1. Kỹ năng T1: Theo ý thích của trẻ

Với kỹ năng này, bạn sẽ để trẻ chủ động dẫn dắt cuộc chơi và vì vậy bạn sẽ:

- Tạo điều kiện cho trẻ có cơ hội khám phá và học hỏi.
- Biết được nhiều hơn về trẻ.
- Giúp trẻ có thêm sự tự tin vào bản thân.

3.1.1. Quan sát

Chúng ta chú ý xem đứa trẻ quan tâm đến điều gì và cảm xúc của chúng. Đối với trẻ bình thường thì việc quan sát để tìm ra nhu cầu là khá dễ dàng bởi vì đứa trẻ sẽ thể hiện nhu cầu theo cách thông thường như: xin đồ chơi, chỉ đồ vật, bình luận hoặc hỏi các câu hỏi... Nhưng những trẻ có khó khăn về giao tiếp thì khó thể hiện nhu cầu theo cách như vậy, đôi khi sự khởi đầu của trẻ chỉ là cái nhìn, nụ cười... Vì vậy, chúng ta phải giành thời gian quan sát chúng thì mới biết được nhu cầu cũng như khả năng của chúng.

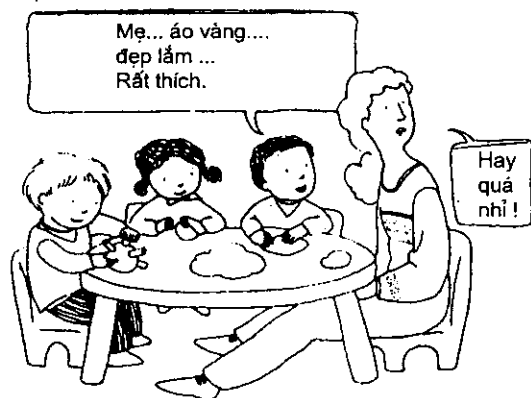
3.1.2. Chờ đợi

Chúng ta sẽ chờ đợi để xem đứa trẻ sẽ làm gì? Khi chờ đợi, chúng ta sẽ cho đứa trẻ các cơ hội để khởi đầu. Sự khởi đầu này sẽ giúp đứa trẻ hào hứng với chính cuộc chơi mà nó chọn. Chờ đợi không có nghĩa là luôn khuyến khích trẻ khởi đầu. Chờ đợi có nghĩa là giành cho trẻ một khoảng thời gian đủ để có thể đáp ứng lại các câu hỏi và yêu cầu của chúng ta.



3.1.3. Lắng nghe

Chúng ta chú ý những gì trẻ đang nói để có thể trả lời chính xác. Khi chúng ta lắng nghe trẻ với một thái độ quan tâm, trẻ sẽ cảm thấy những gì trẻ nói là quan trọng và điều đó khuyến khích trẻ duy trì cuộc giao tiếp. Đối với trẻ có khó khăn về giao tiếp, đôi lúc những lời nói và hành động của trẻ dường như là không có nghĩa nhưng thực tế chúng đều mang một ý nghĩa nào đó. Vì vậy nếu chúng ta vẫn tiếp tục lắng nghe, trẻ sẽ có cảm giác chúng ta hiểu chúng nhiều hơn và chúng sẽ thể hiện nhiều hơn.





Nếu chúng ta không thật sự chú ý lắng nghe trẻ nói thì chúng ta sẽ không duy trì được cuộc giao tiếp với trẻ.

Chúng ta sẽ tạo ra một cuộc giao tiếp lỗi cuốn nếu bạn thật sự chú ý những gì mà đứa trẻ nói.

Đứa trẻ luôn mong muốn được chia sẻ với mọi người. Nếu bạn thường xuyên quan sát, lắng nghe và chờ đợi tạo cơ hội cho trẻ, bạn sẽ giúp trẻ phát triển các kỹ năng giao tiếp của trẻ.

3.2. Kỹ năng T2: Thích ứng với trẻ

Với kỹ năng này, chúng ta sẽ chia sẻ được những cảm xúc thú vị với trẻ:

- Trẻ sẽ biết chúng ta quan tâm đến nó.
- Trẻ sẽ để ý hơn đến những việc chúng ta làm và những lời chúng ta nói.
- Trẻ sẽ gần gũi với chúng ta hơn.
- Cùng có nhiều niềm vui chung để chia sẻ.

3.2.1. Mặt đối mặt với trẻ

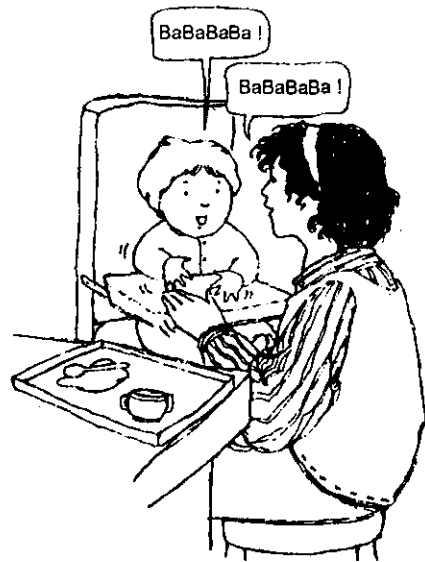
Ở tư thế này, chúng ta phải sắp xếp vị trí thích hợp để trẻ có thể nhìn thẳng vào mặt chúng ta. Đứa trẻ ngồi trên một chiếc ghế nhỏ, còn chúng ta có thể nằm, có thể ngồi đối diện với đứa trẻ sao cho trẻ có thể quan sát được các biểu hiện trên nét mặt của chúng ta một cách dễ dàng nhất. Trẻ sẽ có cảm giác được gần gũi với chúng ta hơn. Tư thế này sẽ giúp trẻ dễ dàng bắt chước mọi cử động trên mặt chúng ta khi trẻ muốn.



3.2.2. Bắt chước

Chúng ta có thể bắt chước các hoạt động, các âm thanh, cách thể hiện nét mặt hoặc các từ của đứa trẻ. Trẻ sẽ cảm thấy thú vị và chú ý hơn đối với chúng ta khi chúng ta bắt chước lại trẻ. Đôi khi trẻ sẽ bắt chước lại chúng ta khi chúng ta bắt chước các hành động của nó.

Đối với những trẻ thờ ơ với cuộc chơi thì kỹ năng này tỏ ra có hiệu quả để kéo trẻ tham gia các trò chơi mà chúng ta khởi xướng.



3.2.3. Giảng giải

Với kỹ năng này, chúng ta sẽ cung cấp thêm cho trẻ các khái niệm, các từ ngữ mà trẻ chưa có khả năng thể hiện. Ví dụ nếu thấy trẻ nhìn vào con gấu bông, chúng ta có thể nói: "À, con muốn gấu bông hả?". Cách này sẽ giúp đứa trẻ cảm thấy mọi âm thanh, mọi cái nhìn và mọi chuyển động của cơ thể trẻ đều mang một ý nghĩa giao tiếp nào đó để người khác có thể hiểu được mình. Đứa trẻ sẽ lắng nghe các từ mà chúng ta sử dụng trong câu và học cách sử dụng nó.



Thay vì nói luôn những gì trẻ muốn, bạn hãy cung cấp thêm từ cho đứa trẻ bằng cách dịch những âm thanh của trẻ thành những từ có nghĩa.

3.2.4. Nhận xét

Khi chúng ta đưa ra lời nhận xét, đứa trẻ biết được rằng chúng ta đã nhận được thông tin mà nó đưa ra và chúng ta quan tâm đến thông tin đó. Lời nhận xét của chúng ta sẽ khuyến khích đứa trẻ duy trì tiếp tục cuộc giao tiếp. Chúng ta có thể dùng những lời nhận xét hài hước để gây sự chú ý của đứa trẻ.



Hãy đáp ứng với trẻ để trẻ thấy rằng chúng ta quan tâm tới điều mà trẻ quan tâm.

3.2.5. Lăn lượt

Trong cuộc chơi, chúng ta sẽ phải đáp ứng đứa trẻ và ngược lại và đứa trẻ cũng sẽ đáp ứng lại chúng ta. Đó là lượt của giao tiếp. Chính nhờ điều này mà hai người có thể trao và nhận được thông tin. Lượt giao tiếp có thể chỉ là cái nhìn, âm thanh, cử chỉ, một từ, một câu thậm chí là cả một câu chuyện hay bao gồm tất cả những thứ đó.



3.2.6. Hỏi các câu hỏi

Trong cuộc chơi, nếu chúng ta đưa ra các câu hỏi hợp lý, chúng ta sẽ giúp trẻ duy trì cuộc giao tiếp. Nhưng nếu câu hỏi của chúng ta quá khó hoặc chúng ta dùng như một cuộc kiểm tra đối với trẻ thì chúng sẽ nhanh chóng kết thúc cuộc giao tiếp với chúng ta. Đối với những trẻ chưa nói được, chúng ta có thể dùng các ngữ điệu trong câu hỏi để gây sự chú ý. Đối với những trẻ đã nói được, chúng ta có thể dùng kỹ năng này làm tăng sự lân lượt của chúng ta và trẻ để duy trì cuộc giao tiếp được lâu hơn. Chúng ta nên dùng các câu hỏi về các vấn đề mà trẻ quan tâm và câu hỏi đơn giản để trẻ có thể đáp ứng một cách dễ dàng tránh làm cho trẻ có cảm giác chán cuộc giao tiếp. Ngữ điệu rất quan trọng để làm cho câu hỏi của chúng ta trở nên hấp dẫn hơn.



3.2.7. Nói ở mức độ của trẻ

Khi chúng ta dùng ngôn ngữ đơn giản với ngữ điệu vui vẻ, chúng ta sẽ gây được sự chú ý của trẻ và trẻ sẽ hiểu dễ hơn những gì chúng ta nói. Cách nói đơn giản nhấn mạnh vào những từ trọng tâm cũng sẽ giúp trẻ bắt được âm thanh tốt hơn.



Trẻ không hiểu những gì mà người lớn nói



Trẻ có thể hiểu được tốt hơn những gì mà người lớn nói.

3.3. Kỹ năng T3: Thêm từ và thêm những kinh nghiệm mới.

Khi chúng ta bổ sung những kinh nghiệm và những từ mới, chúng ta sẽ:

- Giúp trẻ hiểu về thế giới của trẻ.
- Cung cấp thêm từ mới cho trẻ để trẻ sử dụng nó khi cần.

3.3.1. Dùng hành động

Khi chúng ta dùng hành động kết hợp lời nói, chúng ta sẽ:

- Làm cho điều mình muốn nói được rõ ràng hơn.
- Thu hút được sự chú ý của con mình.
- Cung cấp cho trẻ các cách để bày tỏ một điều gì, ngay cả khi trẻ chưa nói được.



3.3.2. Cung cấp cho trẻ từ bằng cách gọi tên các đồ vật

Chúng ta sẽ giúp cho trẻ hiểu và học hỏi thêm được khi chúng ta cung cấp cho trẻ các từ về:

- Những gì mà trẻ thích thú.
- Những điều mà chúng ta và trẻ đang làm.
- Những gì vừa xảy ra hoặc sắp xảy ra.



Đưa ra tên gọi của các đồ vật khi chúng ta đang làm hoặc nhìn thấy

3.3.3. Bắt chước và thêm vào một từ hay hành động

- Chúng ta sẽ bồi đắp thêm cho trẻ những điều mà trẻ đã biết.



Bắt chước những gì trẻ làm hay nói rồi thêm vào một từ hay hành động mới

- Chúng ta dạy thêm cho trẻ những điều mới mà trẻ có thể hiểu được.
- Chúng ta cung cấp cho trẻ một từ mới mà trẻ sẽ sử dụng khi cần thiết.

3.3.4. Nhấn mạnh những từ quan trọng

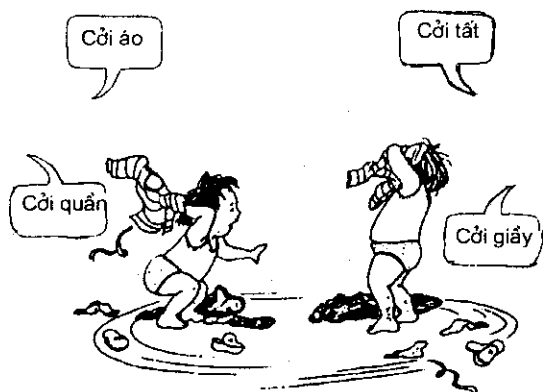
- Trẻ sẽ nghe và nhớ được những từ đó dễ dàng hơn.
- Chúng ta sẽ giúp trẻ học từ mới một cách hứng thú hơn.



Nhấn mạnh vào từ quan trọng

3.3.5. Chúng ta sẽ phải nói đi nói lại các từ rất nhiều lần để:

- Giúp trẻ hiểu và nhớ được những từ mới.
- Trẻ sẽ sử dụng những từ đó khi cần thiết.

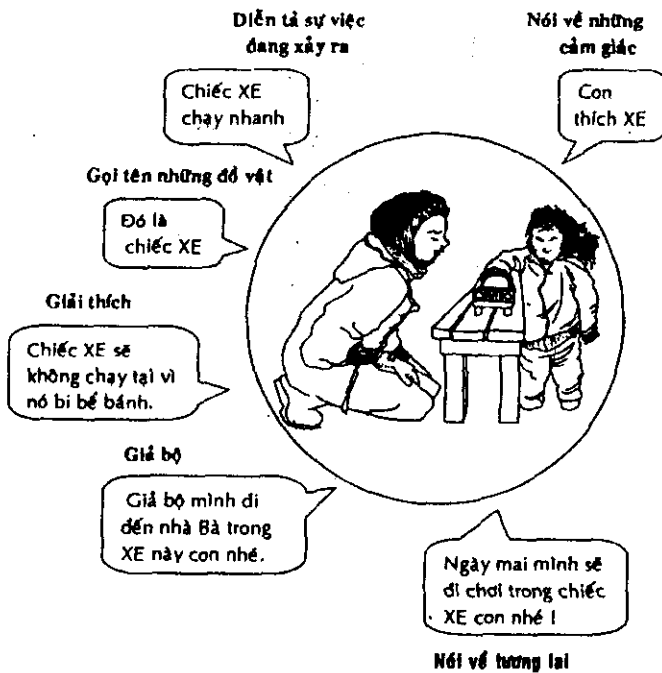


*Tìm nhiều cách khác nhau để có thể dùng
cùng một từ ngữ hoặc hành động giống nhau*

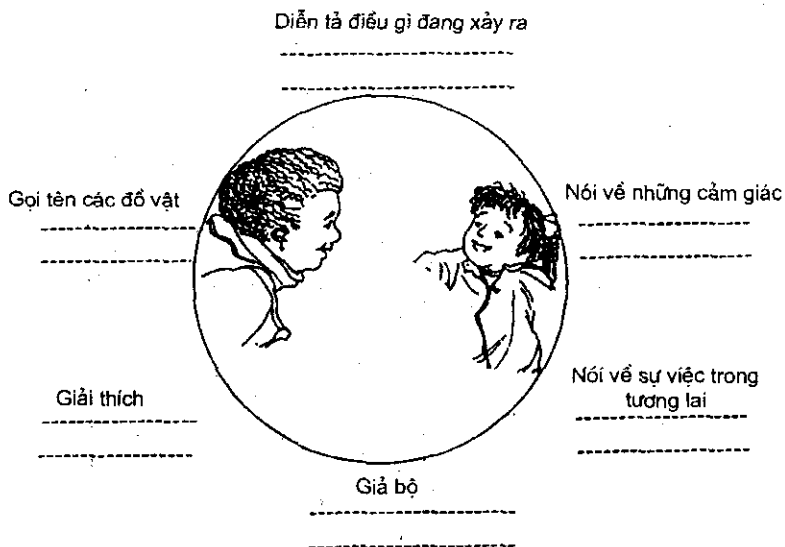
3.3.6. Thêm vào những ý tưởng mới

Khi thêm vào những ý tưởng mới, chúng ta sẽ:

- Bồi đắp cho trẻ những từ ngữ và hành động mà trẻ đã biết.
- Giúp trẻ hiểu rõ được thế giới quanh trẻ.
- Mang đến cho trẻ một cách mới để suy nghĩ và nói chuyện.



Trong vòng tròn dưới đây vẽ một bức tranh có một vài thứ mà trẻ thích làm. Chúng ta hãy quan sát và sau đó hãy viết những gì mà chúng ta cho là có thể giúp trẻ học hỏi thêm. (Hãy lưu ý những gì mà trẻ có thể hiểu được).



Trẻ thường giao tiếp với những cách riêng của nó và chúng ta cũng vậy, do đó cần giành thời gian để tìm hiểu xem phương pháp nào là phù hợp với cả hai người. Cố gắng thử những cách khác nhau và trẻ sẽ cho chúng ta biết khi nào chúng ta đi đúng đường.

3.4. Đọc sách cùng trẻ theo kỹ năng 3T

Chúng ta sẽ xem xét cách đọc truyện cùng với trẻ ở dưới đây để thấy rõ sự kết hợp của kỹ năng 3T trong một cuộc chơi.

Trẻ thường học hỏi được từ sách rất nhiều và bằng những cách khác nhau tùy thuộc từng giai đoạn của trẻ.

Khi còn rất nhỏ, trẻ thường nhìn sách như là nhìn một món ăn. Nó thường nhấm nháp quyển sách đó. Vì vậy, trong thời kỳ này, sách làm bằng vải hoặc giấy dày là tốt nhất.



Khi lớn hơn một chút, trẻ thường thích những quyển sách có nhiều màu sắc, có thể sờ mó, có thể ngửi hoặc làm được một vài thứ.

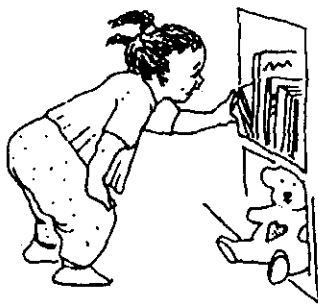


Con vịt

Khi đã nói được một vài từ, trẻ sẽ rất thích thú được gọi tên những đồ vật ở trong quyển sách.



Và khi đã lớn hẳn, trẻ sẽ biết chọn những quyển sách nào mà nó thích nhất và mang đến để cùng đọc.



Đọc sách với trẻ theo kỹ năng 3T nghĩa là:

- Cho phép trẻ chủ động với quyền sách bằng cách:

- *Quan sát* xem trẻ làm gì với quyển sách.



- *Đợi chờ* trẻ có thể nhìn thật lâu vào một trang sách nào đó. Và nếu trẻ có thể hiểu được câu chuyện, chúng ta hãy chờ đợi để trẻ có thể kể ra một đoạn.



- *Lắng nghe* cẩn thận những âm thanh và từ ngữ mà trẻ phát ra.

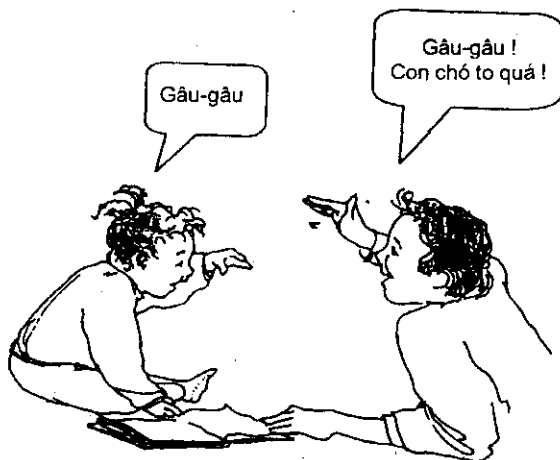


- Thích nghi để cùng nhau chia sẻ những phút giây thú vị bên quyển sách:

– Lần lượt với trẻ:



- Bắt chước và giảng giải những âm thanh và hành động của con bạn:



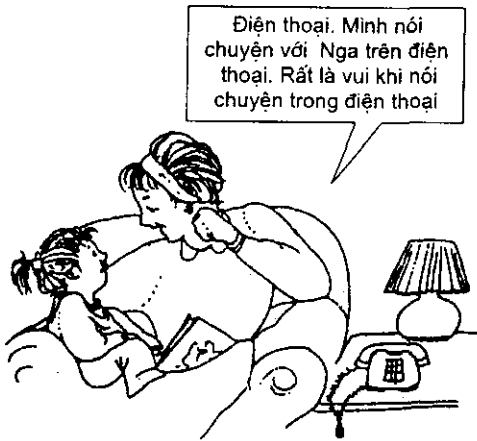
- Thêm vào những kinh nghiệm và từ ngữ mới khi cùng đọc sách với trẻ.
 - Bắt chước và thêm vào một từ ngữ hay hành động



- Cung cấp tên gọi cho hành động:



- Nói lại nhiều lần từ quan trọng



- Thêm vào một ý mới



Kết hợp kỹ năng 3T sẽ giúp bạn và trẻ cùng có những phút giây êm đềm, ấm cúng bên quyển sách.

4. Sử dụng tranh ảnh và cử chỉ để phát triển vốn từ

Việc sử dụng cử chỉ và tranh ảnh để tăng cường khả năng giao tiếp đối với những người có khó khăn về giao tiếp là rất cần thiết trong cả quá trình tác động.

Trẻ nghe kém thường tiếp nhận được một lượng thông tin rất hạn chế bằng cách nghe nhưng họ có thể dễ dàng tiếp nhận thông qua việc nhìn và đọc. Bởi vậy, với đối tượng này, việc sử dụng cử chỉ và tranh ảnh là phương pháp chủ yếu để tăng cường khả năng ngôn ngữ cho họ.

Đối với những người bị mất ngôn ngữ sau chấn thương hoặc sau tai biến mạch máu não bị thiếu hụt các kỹ năng hiểu lời nói, nói, đọc, viết và kỹ năng tính toán thì việc dùng cử chỉ hoặc tranh ảnh tạm thời hoặc vĩnh viễn có thể giúp họ giao tiếp dễ dàng hơn. Đối với một số người, kiểu giao tiếp này có thể chỉ sử dụng trong tháng đầu tiên khi mới bị bệnh. Tuy nhiên, việc dùng cử chỉ và tranh ảnh trong giai đoạn này có thể sẽ giúp cho bệnh tiến triển được nhanh hơn.

Trẻ bị chậm phát triển trí tuệ (CPTTT) không có khả năng tiếp thu đầy đủ ngôn ngữ để giao tiếp do khả năng tập trung, khả năng nhớ kém. Dùng cử chỉ và tranh ảnh để giao tiếp với trẻ không những giúp cho trẻ có khả năng tiếp thu được lời nói dễ dàng hơn mà còn tạo điều kiện cho trẻ nhớ lâu hơn.

Để việc học sử dụng cử chỉ và tranh ảnh có hiệu quả, chúng ta cần dạy trẻ theo các bước sau:

- *Bước 1:* Giới thiệu về cử chỉ và tranh ảnh chúng ta sẽ dạy trẻ. Cần thiết phải nói chậm, rõ có kết hợp với các cử chỉ rõ ràng.
- *Bước 2:* Chúng ta làm mẫu, sau đó yêu cầu trẻ bắt chước lại, càng nhiều lần càng tốt.
- *Bước 3:* Trẻ phải tự sử dụng tranh ảnh và cử chỉ để thể hiện được các nhu cầu của mình.



Khi dạy cử chỉ và tranh ảnh, chúng ta cần chú ý đến:




















- Nhu cầu của trẻ, ưu tiên những nhu cầu cần thiết trong cuộc sống hàng ngày như: thức ăn, uống, vệ sinh, nóng, lạnh..., các cảm giác: nóng, lạnh...
- Đáp ứng ngay khi trẻ sử dụng tranh ảnh hoặc cử chỉ để đưa ra yêu cầu.
- Thường xuyên phải sử dụng tranh ảnh và cử chỉ trong sinh hoạt hàng ngày.
- Luôn đánh giá lại để tăng thêm số lượng cử chỉ và tranh ảnh cần dạy.
- Phải có sự trợ giúp của thành viên gia đình, nhà trường và bạn bè..., những người thường xuyên giao tiếp với trẻ.



Đối với việc sử dụng tranh, để thuận lợi hơn, người ta sắp xếp các tranh thành một bảng tranh. Để tạo nên một bảng tranh giao tiếp như vậy, chúng ta cần lưu ý:

- Bảng tranh phải thật đơn giản với một số tranh thể hiện nhu cầu thiết yếu của người sử dụng.
- Thường xuyên sử dụng bảng tranh này.
- Thường xuyên tăng thêm các tranh mới trong bảng tranh.
- Khi số lượng tranh tăng lên nhiều thì có thể tạo nên các bảng tranh với các chủ đề khác nhau: đồ ăn uống, các hành động, phương tiện đi lại, nơi chốn, con vật...
- Sau khi bảng tranh đã được sử dụng thành thạo, để sử dụng bảng tranh hiệu quả hơn, người ta thay thế các tranh bằng các biểu tượng.

- Có thể dán các biểu tượng lên các đồ vật quanh phòng để trẻ có thể nhận biết được dễ dàng hơn.

 Đồng ý	 Đi	 Vệ sinh		 Bơi	 Không
 Chào		 Cốc	 Nước	 Xe ô tô	 Buồn
 Nữa		 Bữa ăn		 Nhà	 Vui
 Cảm ơn	 Bạn	 Bánh		 Giường	 Tạm biệt

Các kỹ năng cần thiết khi dạy cử chỉ và tranh ảnh:

- Mặt đối mặt: kỹ năng này sẽ tạo cho trẻ có điều kiện quan sát được dễ dàng hơn các cử chỉ để có thể bắt chước được chính xác các cử chỉ đó.
- Lặp lại: trước tiên chúng ta sẽ làm mẫu cho trẻ, sau đó trẻ sẽ bắt chước lại. Lặp càng nhiều càng tốt, trẻ càng có cơ hội để thực hành nhiều lần.
- Chờ đợi: khi trẻ đã có khả năng làm được một mình, chúng ta phải dành cơ hội cho trẻ tự đưa ra các yêu cầu của mình.

5. Tăng cường khả năng phát triển ngôn ngữ của trẻ em

Để tăng cường khả năng phát triển ngôn ngữ của trẻ, chúng ta cần chú ý phát triển các kỹ năng sau:

5.1. Nhìn

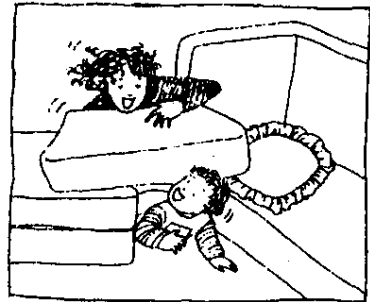
Khi còn rất nhỏ, trẻ đã bắt đầu sử dụng ánh mắt để khám phá thế giới xung quanh. Giao tiếp bằng mắt rất quan trọng để trẻ có thể phát triển các kỹ năng tương tác xã hội sau này. Giao tiếp bằng mắt lâu hơn sẽ giúp trẻ học được cách thể hiện thông qua nét mặt và cử chỉ.

Bởi vậy, ngay từ thời kỳ rất sớm này, khi chơi với trẻ, cần thiết chúng ta phải đặt đồ chơi gần mặt trẻ và khuyến khích cái nhìn của trẻ vào đồ chơi. Nếu đưa trẻ quay đi, chúng ta hãy gọi sự chú ý của trẻ trước khi bắt đầu cuộc chơi. Hãy khuyến khích đưa trẻ nhìn vào người chơi cùng chứ không phải là bắt buộc nó phải làm việc đó.



5.2. Tập trung

Khi đã bắt đầu nhìn lâu hơn, trẻ sẽ có khả năng tập trung vào một việc nào đó. Sự tập trung này là rất cần thiết để trẻ bắt đầu hiểu ngôn ngữ. Chỉ khi tập trung, trẻ mới chú ý lắng nghe, chú ý các hành động để sau này chúng sẽ bắt chước lại. Vậy, điều quan trọng là chúng ta phải tìm mọi cách để kéo dài sự tập trung của trẻ đối với mỗi hành động bằng các hoạt động hấp dẫn mà trẻ quan tâm.



5.3. Bắt chước

Sau giai đoạn này, trẻ sẽ bắt đầu bắt chước lại các hành động và âm thanh. Bắt chước là một trong những kỹ năng quan trọng để học luật trao đổi giữa 2 người, luật cần thiết cho việc giao tiếp sau này.



Kỹ năng này sẽ giúp tăng khả năng quan sát của trẻ. Hãy khuyến khích trẻ bắt chước mọi âm thanh và hành động trong khả năng của trẻ chứ không nên bắt buộc trẻ làm việc đó.

5.4. Bắt chước và lần lượt

Rất nhiều trẻ gặp khó khăn trong việc học cách chờ đợi và lần lượt. Những đứa trẻ gặp khó khăn trong giao tiếp thường khó khăn trong việc chấp nhận các luật lệ và sự chia sẻ. Những kỹ năng này nếu được kích thích sớm sẽ giúp trẻ hiểu được luật của giao tiếp cũng như giúp giải quyết vấn đề hành vi của trẻ sau này. Trước khi hiểu được luật lần lượt, trẻ phải hiểu được khái niệm "cho và nhận". Để dạy trẻ hiểu quy luật lần lượt, chúng ta cần lưu ý:

- Đầu tiên, lần lượt được dạy giữa 2 người. Sẽ khó khăn hơn nếu ngay lúc đầu, chúng ta dạy khái niệm này trong một nhóm.
- Hãy cố giữ trẻ ngồi yên một chỗ trong khi chờ đợi đến lượt mình.
- Hãy làm mẫu và giải thích để trẻ có thể hiểu được khái niệm này.

- Nếu trẻ không chú ý, hãy gọi sự chú ý của trẻ trước khi di chuyển đồ chơi về phía trẻ.



5.5. Chơi

Các kỹ năng của trẻ được phát triển đầy đủ thông qua các hoạt động chơi:

- Kỹ năng giao tiếp: chia sẻ và bộc lộ ý nghĩ của mình với mọi người xung quanh.
- Kỹ năng nhận thức: phân biệt kích thước, khối lượng, trọng lượng, không gian...
- Kỹ năng xã hội: học được những luật lệ, hành vi cư xử thích hợp.
- Kỹ năng cảm xúc: thể hiện các trạng thái vui buồn, sung sướng, tự hào, tức giận...
- Kỹ năng sáng tạo: thể hiện được ý nghĩ và ý thích, cách làm riêng của mình.
- Kỹ năng vận động tinh: thể hiện sự khéo léo, nhẹ nhàng khi hoạt động.
- Kỹ năng vận động thô: phát triển kỹ năng vận động toàn thân.



Vui chơi cũng là một cách để trẻ cảm nhận thế giới xung quanh và cũng là cách để trẻ học tự nhiên nhất:

- Là cách để trẻ tìm hiểu mọi người ở xung quanh mình.
- Là phương tiện để học cách sống trong cộng đồng.
- Là phương tiện để phát triển các kỹ năng và rèn luyện các kỹ năng đó.
- Là cơ hội để trẻ khám phá, thử nghiệm và kiểm tra các ý tưởng nảy sinh.
- Là cơ hội để trẻ phát triển sự tập trung, chú ý tốt hơn.
- Là cách thức để duy trì và phát huy tính sáng tạo của trẻ.
- Là phương tiện để trẻ tự thể nghiệm.



Nấu và Chảo



Các bài về trẻ con



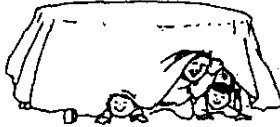
Các trò chơi với trái bóng



Chơi với những súc gỗ



Chơi với những tranh



Chơi trốn tìm



Chơi mặc quần áo

5.6. Lắng nghe

Trẻ có khó khăn về giao tiếp thường cần được giúp đỡ về kỹ năng lắng nghe. Hãy để trẻ nghe các âm thanh khác nhau để chúng có thể nhận biết được nhiều âm thanh. Khi đưa trẻ nhìn kém, hãy dùng âm thanh để kích thích sự hứng thú của trẻ. Cần chú ý đến các âm thanh mà trẻ đáp ứng.

Một đứa trẻ có đáp ứng với âm thanh thì sự nhận biết của chúng về tiếng và giọng sẽ được phát triển. Hãy tạo ra các âm thanh vui nhộn với nhiều ngữ điệu khác nhau khi nói kết hợp với nét mặt để gây sự chú ý của chúng.

Trẻ thường học cách nói thông qua việc nhắc lại. Hãy hát những bài hát đơn giản, làm đi làm lại nhiều lần để giúp trẻ cảm nhận tốt hơn và giọng và nhịp điệu.



5.7. Phát âm

Sau khi đã nghe và phân biệt được các âm thanh khác nhau, đứa trẻ sẽ học được cách phân biệt các nguyên âm trước khi học cách phân biệt các phụ âm vốn khó hơn, đặc biệt là với những trẻ có khó khăn về nghe. Trẻ bắt đầu giai đoạn khám phá cách tạo nên các âm thanh khác nhau. Lúc này, việc quan sát nét mặt, cử chỉ, cử động môi sẽ giúp trẻ phân biệt được sự khác nhau của các âm thanh. Trong giai đoạn này phải khuyến khích trẻ phát âm để luyện tập cử động miệng, điều cần thiết trước khi trẻ bắt đầu nói. Bất cứ khi nào trẻ tạo nên một âm thanh, hãy cố đáp ứng lại âm thanh đó bằng cách nhắc lại hoặc cấp cho trẻ một từ có nghĩa nào đó.

Đứa trẻ sẽ thường xuyên phát âm khi cảm thấy thích thú. Hãy tìm những gì trẻ thích thú nhất để khuyến khích trẻ nói. Hãy viết lại các âm thanh mà trẻ tạo ra để thấy được sự tiến bộ của trẻ. Bất cứ khi nào đứa trẻ tạo ra âm thanh, hãy trao phần thưởng ngay để khuyến khích trẻ phát âm.



Trẻ tích lũy vốn từ thông qua việc bắt chước và nhắc lại. Đứa trẻ cần phải nghe một từ rất nhiều lần trong nhiều ngữ cảnh khác nhau trước khi hiểu được nghĩa đầy đủ của nó và bắt chước nói từ đó. Những từ được dạy đầu tiên là những từ thông dụng nhất. Từ được dùng nên để trong nhiều câu đơn giản ở bất cứ nơi nào. Các trò chơi cũng có thể trợ giúp để hiểu thêm các từ đó. Điều quan trọng là hãy chờ đợi trẻ có đủ thời gian để nói từ đó.



Khi đứa trẻ bắt đầu nói được một số từ, hãy khuyến khích trẻ sử dụng lời nói nhiều hơn bằng cách trả lời các câu hỏi. Hãy chờ đợi trẻ nói mới đáp ứng yêu cầu của trẻ. Có thể dùng lời nói kết hợp với các cử chỉ để giúp trẻ hiểu tốt hơn.

5.8. Kết nối từ

Đôi khi, những đứa trẻ có khó khăn về giao tiếp là do vấn đề trí nhớ ngắn. Vấn đề này sẽ gây cản trở trong sự tiến triển ngôn ngữ. Tăng cường khả năng nhớ giúp cho việc tích lũy vốn từ của trẻ. Khuyến khích trẻ kết nối các từ đúng vị trí. Tăng dần các từ cần kết nối để tạo thành câu. Khi đã tạo được thành câu, yêu cầu trẻ nhắc lại theo đúng vị trí chính xác.

Khi trẻ bắt đầu kể được câu chuyện, hãy khuyến khích trẻ đoán trước những chuyện sẽ xảy ra trong các câu chuyện.

6. Các bước huấn luyện phát âm

Trẻ học nói thông qua việc bắt chước các âm thanh ở xung quanh. Nếu việc bắt chước này không chuẩn, trẻ sẽ bị nói ngọng. Trẻ phát âm sai trong một thời gian dài sẽ tạo thành thói quen khó sửa. Vì vậy nếu trẻ phát âm sai cần thiết phải sửa ngay cho trẻ càng sớm càng tốt.

6.1. Các kỹ năng sử dụng trong huấn luyện phát âm

Người ta thường sử dụng 4 kỹ năng cơ bản sau:

Nghe: Trước khi yêu cầu trẻ làm theo mẫu một âm đúng, chúng ta có thể dạy trẻ cách nghe để phân biệt giữa âm đúng và âm sai. Và chỉ bắt đầu dạy âm khi trẻ đã bắt đầu phân biệt được âm nào đúng, âm nào sai. Phương pháp này giúp trẻ có thể bắt chước lại âm của người hướng dẫn chuẩn xác hơn.

Nhìn: Yêu cầu trẻ quan sát các cử động của các cơ quan phát âm để giúp trẻ tạo vị trí đúng của các âm. Qua việc nhìn trẻ cũng thấy được sự thoát hơi khác nhau của từng âm riêng biệt. Chúng ta có thể dùng gương để trẻ có thể quan sát các vị trí

tham gia của cơ quan phát âm. Phân tích sự đúng/sai trong cách phát âm của trẻ.

Xúc giác: Trẻ sẽ có cảm giác về sự rung hay không của dây thanh đối với các âm khác nhau. Trẻ cũng có thể cảm nhận được luồng hơi nhiều hay ít, mạnh hay nhẹ của các âm khác nhau.

Cảm giác: Trẻ có cảm nhận về các âm mình tạo ra đúng hay sai.

Bước đầu tiên khi dạy, chúng ta sẽ đi từ một phụ âm hay một nguyên âm chứ không nên đi từ tiếng hoặc từ, trẻ khó có thể bắt chước được. Sau khi đã nói tốt âm đó, chúng ta mới ghép vào các tiếng, các từ, cụm từ, các câu và cuối cùng là hội thoại.

Người hướng dẫn sẽ làm mẫu âm cần dạy, giới thiệu cách tạo nên âm đó và hướng dẫn cho trẻ làm. Đặt một cái gương trước mặt, người hướng dẫn sẽ làm mẫu và nói về vị trí tạo nên âm đó (vị trí của lưỡi, hình dáng độ mở của miệng, cử động của vòm miệng...), cách tạo nên âm đó (cách lấy hơi và đẩy hơi) và sự cảm nhận độ rung của dây thanh nếu có.

Sau khi trẻ đã nói tốt các âm độc lập, người hướng dẫn chọn từ 15 - 20 bức tranh có âm đó (ví dụ: nếu chúng ta dạy âm "s", chúng ta sẽ chọn ra những bức tranh có phụ âm đầu "s" như: "sông", "sao", "sách"...) để dạy trẻ phát âm vào các tiếng và từ.

Việc sửa các âm lỗi được coi như là hoàn thành khi trẻ nói đúng được các âm lỗi trong mọi hội thoại, ở mọi hoàn cảnh khác nhau. Tuy nhiên, việc nói tốt các âm trong từ hoặc câu ngắn không đồng nghĩa với việc trẻ sẽ nói tốt trong hội thoại. Để làm tốt được việc này thì ngoài sự cố gắng của trẻ còn cần đến sự tham gia của các thành viên trong gia đình trẻ và những người giao tiếp thường xuyên với trẻ. Sau khi âm được chỉnh xong, cứ 3 tháng 1 lần, cần thiết phải kiểm tra lại sự phát âm của trẻ. Nếu trong 1 năm, trong giao tiếp của trẻ không còn các âm sai xuất hiện thì việc chỉnh âm kết thúc.

6.2. Cách tạo âm đúng

Trẻ nói tiếng Việt thường phát âm sai ở 3 phần: phụ âm đầu, phần vần và thanh điệu. Trẻ thường phát âm sai do: bỏ âm (ví dụ: "hoa" nói thành "ho"), thay thế thành các âm khác (ví dụ: "tai" nói thành "kai").

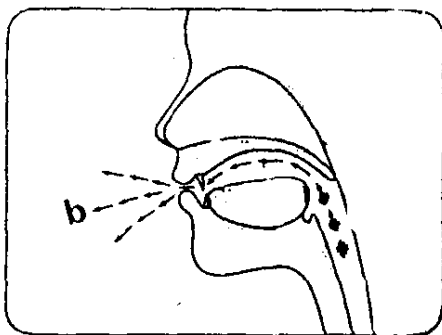
Trẻ tạo âm sai do không làm được một trong ba yếu tố sau:

1. Đặt đúng vị trí của các cơ quan phát âm tham gia tạo nên âm đó.
2. Tạo luồng hơi chính xác.
3. Phối hợp được đặt vị trí đúng và đẩy hơi để phát tiếng.

Dưới đây là một vài ví dụ về các bước để tạo nên 1 phụ âm đúng:

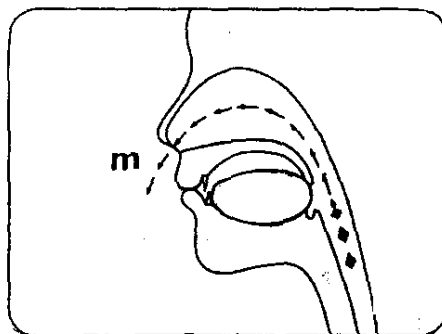
• Phụ âm "b"

- Hai môi chạm vào nhau.
- Không đưa hơi thoát lên mũi, giữ hơi trong khoang trong miệng.
- Mở miệng, bật mạnh hơi phát tiếng.



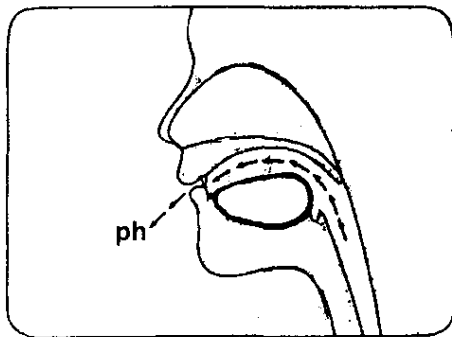
• Phụ âm "m"

- Hai môi chạm nhẹ vào nhau.
- Đưa hơi thoát lên mũi (nếu chạm tay vào mũi thấy có sự rung nhẹ).
- Mở miệng phát tiếng.



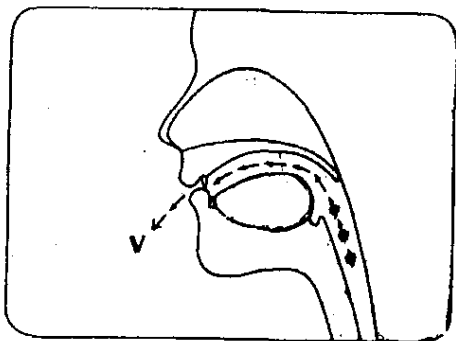
Phụ âm "ph"

- Răng hàm trên cắn nhẹ vào môi dưới.
- Đẩy nhẹ hơi ra ngoài, tạo ra tiếng "phì" kéo dài.
- Há miệng và bật hơi ra (chú ý: âm "phì" kéo dài liền với việc phát tiếng, không được dứt quãng).



• Phụ âm "v"

- Răng hàm trên cắn nhẹ vào môi dưới.
- Đẩy nhẹ hơi ra ngoài (chạm tay vào cổ để thấy có sự rung nhẹ khi đẩy hơi).
- Há miệng và phát tiếng.

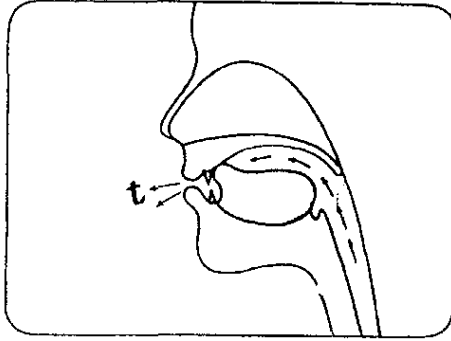


• Phụ âm "th"

- Đầu lưỡi chạm vào răng trên (giống như âm "t").
- Giữ hơi trong khoang miệng.
- Đẩy lưỡi vào răng và thổi nhẹ hơi ra ngoài (có thể đưa tay lên miệng để cảm nhận luồng hơi thoát ra).

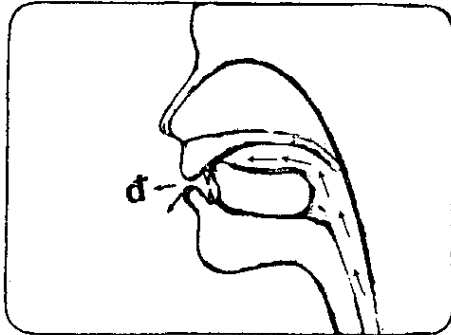
• Phụ âm "t"

- Đầu lưỡi đẩy vào răng.
- Không đưa hơi thoát lên mũi để tạo nên một khoang miệng kín, tập trung hơi ở miệng.
- Đẩy lưỡi vào răng và bật mạnh hơi.



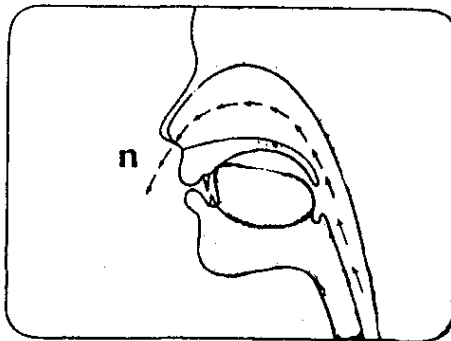
• Phụ âm "đ"

- Đầu lưỡi chạm vào chân răng trên.
- Chạm nhẹ tay vào cổ thấy có sự rung nhẹ.
- Đẩy nhẹ lưỡi vào chân răng, hạ lưỡi xuống và phát tiếng.



• Phụ âm "n"

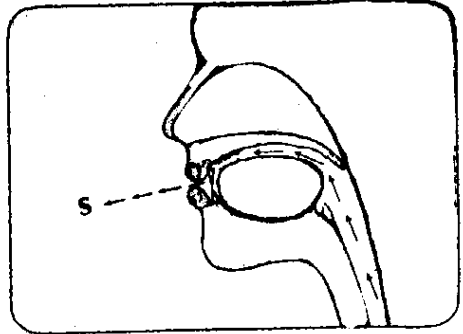
- Đầu lưỡi chạm vào chân răng trên.
- Đưa hơi thoát lên mũi (nếu chạm tay vào mũi thấy có sự rung nhẹ).
- Bật lưỡi và phát tiếng.



• Phụ âm "s"

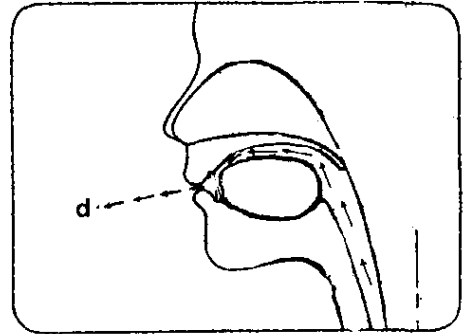
- Cắn nhẹ 2 hàm răng vào nhau.
- Tạo một âm "si" kéo dài.
- Há miệng và phát tiếng.

(chú ý: âm "si" kéo dài liên với việc phát tiếng, không được dứt quãng).



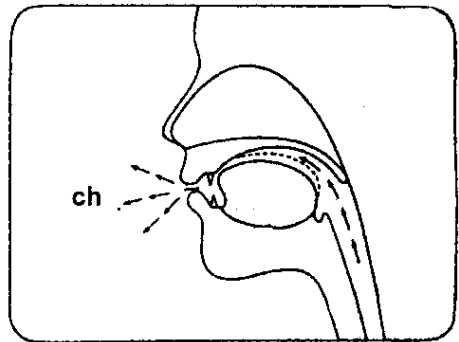
• Phụ âm "d"

- 2 hàm răng cắn nhẹ vào nhau.
- Tạo âm "gi" kéo dài (chạm tay vào cổ thấy có sự rung nhẹ).
- Mở miệng và phát tiếng (chú ý: âm "gi" kéo dài liên với việc phát tiếng, không được dứt quãng).



• Phụ âm "ch"

- Mặt lưỡi chạm lên vòm miệng, đầu lưỡi chạm nhẹ vào răng dưới.
- Giữ hơi trong khoang miệng.
- Bật mạnh mặt lưỡi vào vòm miệng và phát tiếng.

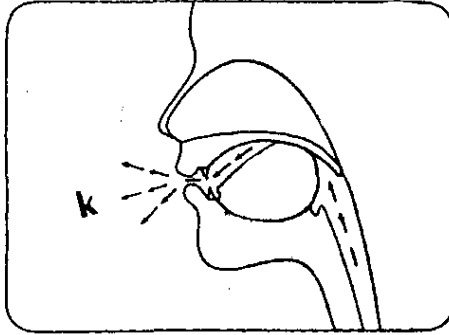


- Phụ âm **"nh"**

- Đầu lưỡi chạm nhẹ vào hàm răng dưới, mặt lưỡi chạm lên vòm trên (giống như âm "ch").
- Đưa hơi thoát lên mũi (nếu chạm tay vào mũi thấy có sự rung nhẹ).
- Mở miệng, hạ lưỡi xuống và phát tiếng.

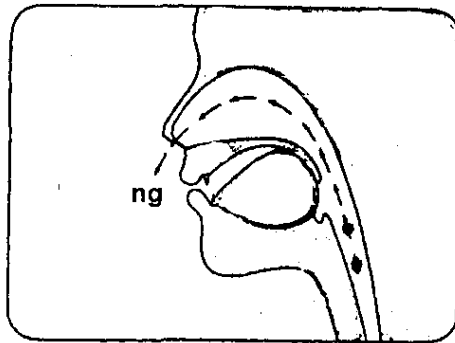
- Phụ âm **"k, c, qu"**:

- Góc lưỡi chạm lên vòm miệng.
- Giữ hơi trong miệng.
- Hạ lưỡi xuống, đẩy mạnh hơi phát tiếng.



- Phụ âm **"ng"**

- Góc lưỡi chạm lên vòm miệng.
- Đưa hơi thoát lên mũi (nếu chạm tay vào mũi thấy có sự rung nhẹ).
- Bật lưỡi và phát tiếng.



- Phụ âm **"kh"**

- Góc lưỡi chạm nhẹ lên vòm miệng (giống như âm "g").
- Tạo âm "khờ..." trong miệng.

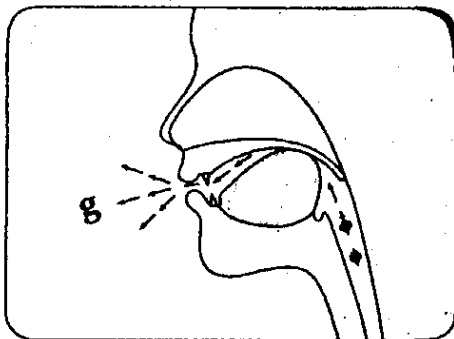
- Bật hơi và phát tiếng (chú ý: âm "khừ" kéo dài liền với việc phát tiếng, không được dứt quãng).

- Phụ âm "g"

- Góc lưỡi chạm nhẹ lên vòm miệng.

- Tạo âm "gừ..." trong miệng (chạm tay vào cổ thấy có sự rung nhẹ).

- Bật hơi và phát tiếng (chú ý: âm "gừ" kéo dài liền với việc phát tiếng, không được dứt quãng).

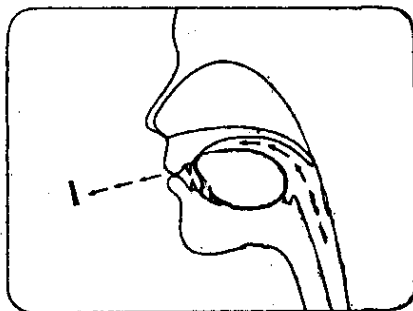


- Phụ âm "h"

- Há miệng.
- Đẩy hơi qua miệng (có thể cảm nhận luồng hơi qua lòng bàn tay).
- Phát tiếng (chú ý: đẩy hơi kéo dài liền với việc phát tiếng, không được dứt quãng).

- Phụ âm "l"

- Đầu lưỡi chạm lên vòm miệng.
- Đẩy hơi qua miệng, không đưa hơi lên mũi.
- Bật lưỡi vào vòm miệng và phát tiếng.



Phần 2

Chức năng nghe và phục hồi chức năng cho người bị nghe kém

Chương 4

Bệnh lý cơ quan thính giác

I. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ CỦA CƠ QUAN THÍNH GIÁC

1. Cấu tạo của cơ quan thính giác

Nghe và nói là hai mặt quan trọng của quá trình giao tiếp bằng lời nói. Nhờ có chức năng nghe bình thường, con người có thể học nói được và học ngôn ngữ một cách bình thường. Nghe còn giúp người ta điều chỉnh lời nói của mình trong khi giao tiếp. Khi thấy mình nói nhỏ hoặc nói không rõ, người ta sẽ nói to và rõ lên. Nhờ nghe thấy giọng nói của mình mà người nói kiểm soát được những gì họ nói. Như vậy, nghe là chức năng quan trọng và chủ yếu để thụ đắc, duy trì, phát triển kỹ năng nói và ngôn ngữ của con người.

Nghe còn đóng vai trò sinh học quan trọng trong cảnh báo mối nguy hiểm từ môi trường xung quanh. Con người học được ý nghĩa của các âm thanh quan trọng trong tự nhiên và môi trường sống để tránh những mối nguy hiểm đe dọa tính mạng họ. Ví dụ: tiếng thú dữ gầm trong rừng, tiếng còi xe, tiếng lửa cháy, tiếng nổ... v.v

Chức năng nghe được thực hiện nhờ tai. Tai gồm: tai ngoài, tai giữa, và tai trong.

1.1. Tai ngoài

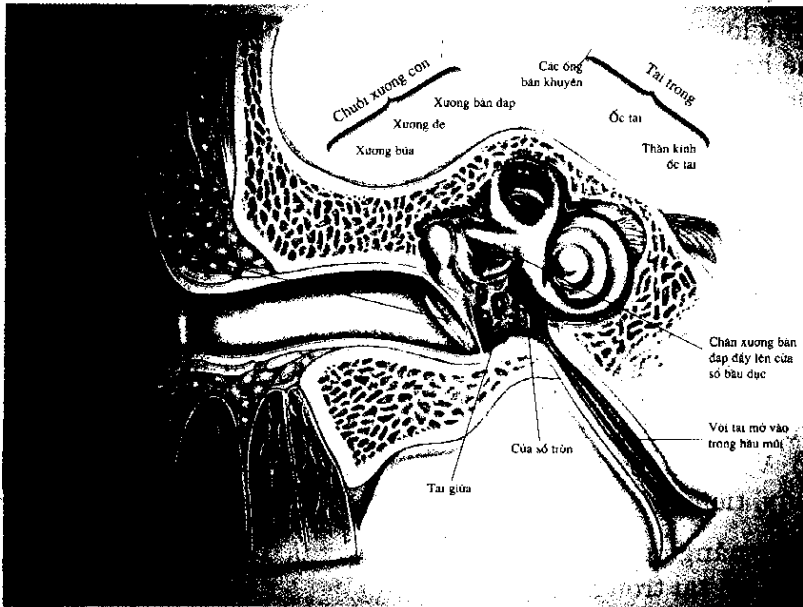
Phần dễ nhìn thấy nhất của tai ngoài là vành tai. Nó có vai trò hạn chế bớt các âm thanh mạnh vào ống tai. Ngoài ra, nó có vai trò thẩm mỹ nhiều hơn: để đeo khuyên tai hoặc đeo kính.

Phần tiếp theo là ống tai. Nó còn được gọi là ống tai ngoài. Đó là ống được tạo từ cơ, giúp cộng hưởng các âm thanh thu được vào ống tai. Trung bình ống tai ngoài dài khoảng 2,5cm và hơi

cong. Đầu trong của nó là màng nhĩ. Phần lớn chiều dài ống tai là sụn nên mềm mại nhưng cũng dễ tổn thương khi dùng các vật lạ để ngoáy tai.

1.2. Tai giữa

Gồm màng nhĩ, chuỗi ba xương con (gọi là tiểu cốt) và vòi nhĩ. Vòi nhĩ nối hòm tai giữa với mũi hầu. Các cấu trúc này nằm trong khoang của xương thái dương ở phần đáy sọ.



Hình 4.1. Sơ đồ cắt ngang tai, gồm tai ngoài, tai giữa, tai trong

Màng nhĩ là cấu trúc bán trong suốt, hình nón tương đối chắc chắn mặc dù đủ mềm mại để rung động. Màng nhĩ nhạy cảm với các âm thanh có tần số khác nhau. Phần lớn màng đáp ứng với các âm thanh có tần số thấp, chỉ có một phần đáp ứng với âm thanh tần số cao đặc biệt. Nhờ rung động của nó, các âm thanh được truyền từ màng nhĩ tới chuỗi tiểu cốt.

Chuỗi tiểu cốt (ba xương con) được treo trong tai giữa nhờ các dây chằng. Xương đầu tiên được gọi là xương búa (vì nó trông giống chiếc búa) và dính với màng nhĩ. Xương tiếp theo là xương đe, vì nó giống đe. Nó nối với xương búa bằng một khớp rất nhỏ, nhờ đó có thể truyền được các rung động vô cùng nhỏ. Xương thứ ba gọi là xương bàn đạp vì nó giống cái bàn đạp. Âm thanh được truyền từ xương búa sang xương đe tới xương bàn đạp vào tới cửa sổ bầu dục ở tai trong.

Có hai cơ rất nhỏ ở tai giữa, hạn chế sự rung động của màng nhĩ và các xương con. Cơ căng màng nhĩ kéo căng màng nhĩ, do vậy hạn chế rung động của màng nhĩ. Cơ thứ hai là cơ bàn đạp, nó giữ chuỗi xương con làm hạn chế rung động. Những phản ứng này mang tính phản xạ gọi là *phản xạ thính học*. Nhờ nó mà tai được bảo vệ khỏi tổn hại bởi những âm thanh hoặc tiếng động quá lớn.

1.3. Tai trong

Tai trong bắt đầu từ cửa sổ bầu dục. Đó là một cửa nhỏ ở trên xương của tai trong, cho phép xương bàn đạp tỳ vào và nhận các rung động âm thanh. Đáy của xương bàn đạp tiếp giáp với cửa sổ bầu dục và mở vào thang tiền đình. Ngay dưới cửa sổ bầu dục, trên thành của tai giữa có cửa sổ tròn, dẫn tới thang nhĩ.

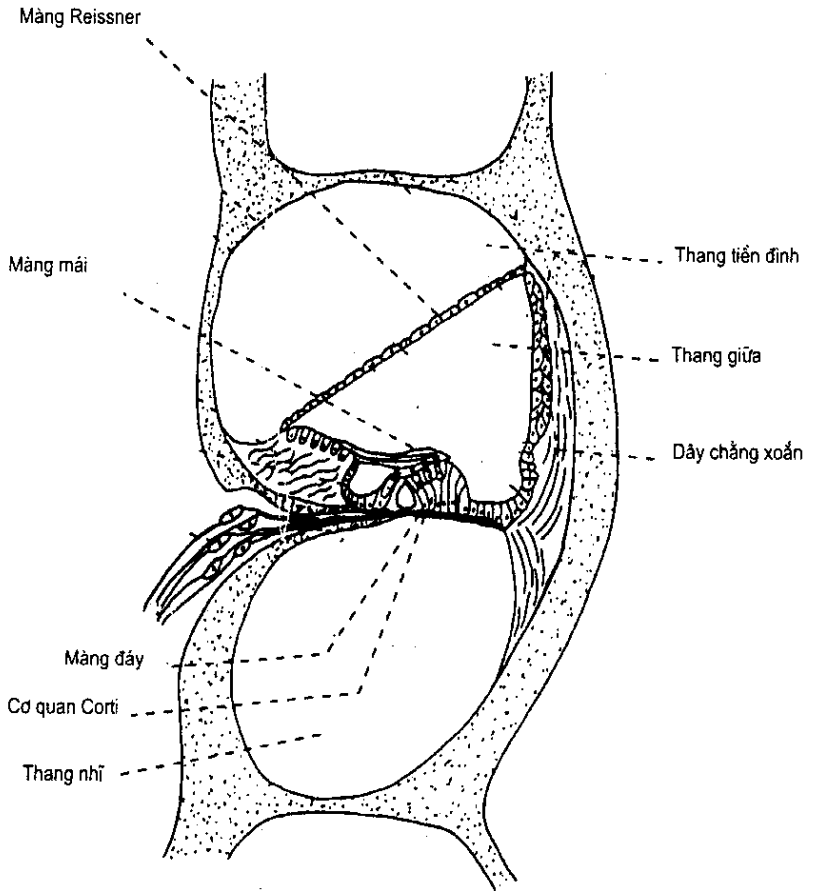
Tai trong là một hệ thống các ống phức tạp, liên kết với nhau, được gọi là mê đạo ở trong xương thái dương. Mê đạo xương chứa đầy một chất lỏng, gọi là ngoại dịch. Phần mê đạo màng nằm và đập dềnh trong mê đạo xương có dạng xoắn theo mê đạo xương, bên trong có chứa chất lỏng gọi là *nội dịch*.

Mê đạo xương và mê đạo màng lại được chia thành 3 vùng khác nhau: ốc tai, tiền đình và các ống bán khuyên. Ốc tai chịu trách nhiệm về chức năng nghe, trong khi tiền đình và các ống bán khuyên là cơ quan về thăng bằng.

Ốc tai có dạng xoắn ốc, bên trong chứa một chất dịch gọi là endolymph. Nếu kéo dài ra, ốc tai dài khoảng 3,8cm. Mê đạo màng chia ốc tai thành 3 ống nhỏ gọi là thang tiền đình, thang nhĩ và giữa chúng là thang giữa. Thang tiền đình và thang nhĩ chứa ngoại dịch trong khi thang giữa chứa nội dịch. Cắt ngang ốc tai thấy thang giữa có dạng tam giác. Lớp tế bào mỏng ở đỉnh gọi là màng Reissner. Màng này ngăn thang giữa với thang tiền đình. Cạnh bên của tam giác gồm các mạch máu nuôi dưỡng ốc tai. Đáy của tam giác gọi là màng đáy. Màng này ngăn thang giữa với thang nhĩ.

Độ dày của màng đáy không giống nhau ở suốt chiều dài của nó trong ốc tai. Gần cửa sổ bầu dục, nó hẹp và mỏng khiến màng đáy chắc chắn. Còn về phía đối diện (đỉnh ốc tai), nó rộng và dày. Màng đáy ở chỗ này tương đối mềm. Độ chắc của màng đáy có vai trò quan trọng quá trình nghe.

Trên màng đáy có các tế bào lông, gồm 4 lớp, chạy dọc từ đáy tới đỉnh của ốc tai. Ba lớp ngoài, gần đám rối mạch máu và một lớp trong. Một lớp chất gelatin phủ trên các tế bào lông lớp ngoài và vươn tới lớp trong gọi là *màng mái*. Tất cả các cấu trúc này được gọi là cơ quan Corti. Các rung động tạo nên lực tác động lên các tế bào lông của cơ quan Corti. Chủ yếu ở đây lực cơ học được biến thành xung động điện, vì các sợi thần kinh chỉ đáp ứng với các xung động điện, mà không đáp ứng với các rung động cơ học. Thần kinh mang các xung động này được gọi là thần kinh thính giác, và gồm hai phần: tiền đình và thính giác. Phần tiền đình chịu trách nhiệm về sự thăng bằng của cơ thể. Còn phần thính giác liên quan đến chức năng nghe. Phần thần kinh thính giác có rất nhiều tận cùng ở ốc tai. Các tận cùng thần kinh này tiếp xúc với tế bào lông nhận các rung động âm thanh, biến đổi thành những xung động thần kinh. Thần kinh thính giác nằm trải trong *ống tai trong*.



Hình 4.2. Thiết đồ cắt ngang của ốc tai

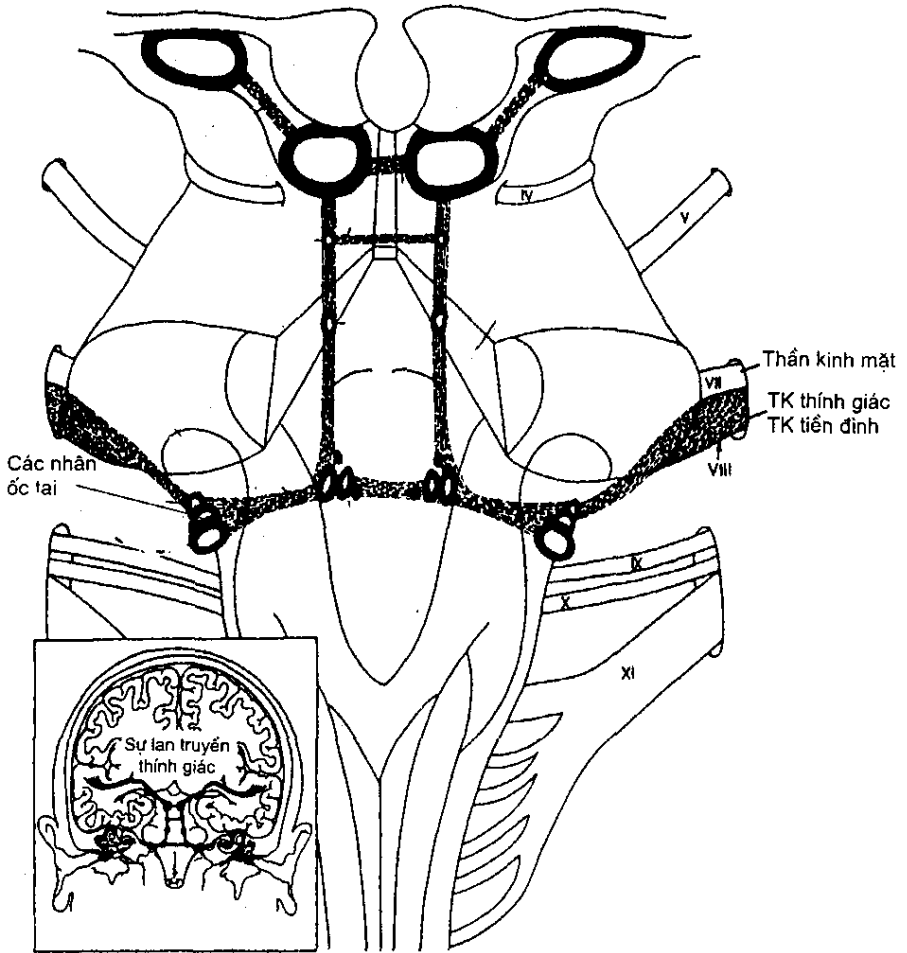
Các tín hiệu thần kinh được dẫn truyền về thân não, ở đó phần lớn các sợi thần kinh bắt chéo sang bên đối diện và phần còn lại tiếp tục đi thẳng. Do vậy, não có thể so sánh được tín hiệu đi từ một trong hai tai. Ngoài ra, hai vùng thái dương của vỏ não được nối với nhau, nhờ vậy, các âm thanh có thể hoà nhập lại lần nữa.

1.4. Hệ thần kinh thính giác

Các âm thanh ở dạng xung động điện hoá học sẽ được truyền vào và được giải mã ở não. Trước đó, các kích thích được truyền từ ốc tai tới thần kinh thính giác, qua thân não trung gian và vỏ não thính giác.

Thần kinh thính giác, còn gọi là dây thần kinh (TK) số 8, gồm gần 30000 tế bào thần kinh (các neuron). Các neuron này chỉ dẫn truyền xung động theo một hướng. Do vậy dây TK số 8 có hai thành phần: hướng tâm và ly tâm. Phần hướng tâm mang các thông tin từ ốc tai tới não, còn phần ly tâm theo chiều ngược lại. Các neuron này có mối liên hệ với nhau thông qua các điện thế hoạt động. Điện thế hoạt động là các xung động điện. Mỗi neuron sẽ tạo ra hàng loạt các điện thế hoạt động đáp ứng lại với kích thích. Mỗi loại neuron có một khoảng đáp ứng riêng với cường độ âm thanh và về trường độ và biên độ các điện thế hoạt động.

Ví dụ: Neuron loại 1 đáp ứng với các âm thanh có cường độ 0-40 dB. Neuron loại 2 đáp ứng với âm thanh cường độ 40-80 dB, còn loại 3 – ứng với cường độ 80-120 dB. Nhờ đặc tính này mà ngưỡng nghe của người trải từ 0-120 dB có thể thực hiện được.



Hình 4.3. Nhìn từ phía trước các đường dẫn truyền dưới vỏ não của hệ thần kinh thính giác

Đường dẫn truyền từ dây TK số 8 tới não đi qua một loạt các nhân (tập hợp các tế bào thần kinh). Đường hướng tâm của dây TK số 8 gồm các nhân sau:

- *Nhân ốc tai*, nằm ở phần dưới của thân não, nhận các xung động từ tế bào lông ở màng đáy.
- *Tập hợp nhân trám trên*: một phần dây đi tới nhân hạnh nhân trên cùng bên, còn phần khác từ nhân ốc tai đi tới nhân này bên não đối diện. Nhờ vậy ta có thể nhận biết được âm thanh tới từ hướng nào.
- *Nhân dải bên*, khá phát triển ở động vật có vú nhưng có vai trò thính giác rất ít ở người.
- *Nhân củ não dưới*: nối dây thính giác của hai bên bán cầu với nhau.
- *Thế gối giữa*: Dây thính giác sau khi kết thúc ở thế gối giữa đi thẳng và kết thúc ở vỏ não, ở thùy thái dương. Từ đó có những sợi nối kết với các vùng khác của não có chức năng quan trọng như: ngôn ngữ, trí nhớ, vận động và các chức năng khác nữa.
- Nhân cuối cùng và là điểm kết thúc của đường thính giác là các tế bào thần kinh nằm ở vỏ não thính giác. Đó là phần ở bề mặt thùy thái dương của hai bán cầu. Từ đó có các đường liên hệ với các vùng khác của não như: ngôn ngữ, trí nhớ, vận động...

Các bệnh của tai trong và của thần kinh thính giác gây nên một loại nghe kém gọi là điếc tiếp nhận. Các tế bào lông của ốc tai có thể bị tổn thương do phơi nhiễm tiếng ồn kéo dài, khi đó tế bào lông không đáp ứng với kích thích âm thanh; hoặc thần kinh thính giác có thể bị tổn thương do khối u, do vậy các kích thích âm thanh không được dẫn truyền về não. cả hai trường hợp này đều được xếp vào nguyên nhân điếc do tiếp nhận: tổn thương ở tế bào lông, hoặc thần kinh thính giác hoặc cả hai nơi.

2. Sinh lý quá trình nghe

Sóng âm đập vào màng nhĩ làm nó dao động gây nên dao động của chuỗi xương con. Khi xương bàn đập đập vào cửa sổ bầu dục, đập vào ngoại dịch ở thang tiền đình. Những cử động này gây đẩy hoặc kéo mê đạo màng, làm chuyển động ngoại dịch ở thang nhĩ. Những cử động của dịch này khiến nhiều cấu trúc kể cả màng đáy cử động.

2.1. Truyền sóng âm

Màng đáy bắt đầu chuyển động từ phía đáy (gần cửa sổ bầu dục) sau đó cử động lên xuống được chuyển từ phía dưới lên đỉnh màng đáy. Kiểu dao động này được gọi là *truyền sóng*. Biên độ của sóng âm tăng lên và đạt cực đại tại một vị trí nào đó của màng đáy và sau đó giảm dần. Vị trí cực đại được xác định nhờ tần số của sóng âm. Những âm có tần số cao sẽ gây kích thích ở phần đáy của màng đáy. Ngược lại những âm có tần số thấp kèm biên độ dao động lớn gây cử động ở phần đỉnh. Sự sắp xếp mối liên quan giữa tần số âm và vị trí dao động của màng đáy gọi là cấu tạo *định khu âm thanh*. Cường độ âm thanh cũng ảnh hưởng đến biên độ sóng âm được truyền. Âm thanh nhỏ có biên độ sóng truyền thấp và ngược lại. Như vậy, tần số âm thanh được xác định bởi vị trí nhận ở màng đáy và cường độ âm thanh được quy định bởi biên độ sóng truyền của ngoại dịch.

2.2. Chuyển dạng âm thanh

Cơ quan Corti nằm lơ lửng trong dịch endolymph. Cơ quan này chứa tế bào lông, có vai trò chính trong quá trình nghe. Các sóng âm ở dạng năng lượng cơ học được chuyển dạng thành năng lượng điện. Quá trình biến đổi từ dạng năng lượng này sang dạng khác gọi là *chuyển dạng*. Việc thực hiện chức năng này chính là nhờ tế bào lông. Chân các tế bào này ở màng đáy, còn các lông nhỏ cắm vào màng mái. Cử động lên xuống của cơ quan Corti khiến các sợi lông này ngả ra trước và sau. Những

cử động này của sợi lông được gọi là cử động “lắc lư”, chính là quá trình chuyển dạng âm.

2.3. Giải phóng chất dẫn truyền thần kinh

Bên trong các tế bào lông chứa đầy các ion mang điện tích âm. Nội dịch, mà các sợi lông của tế bào lông ngập trong đó, lại chứa đầy các ion dương. Những điện tích trái dấu này cách nhau bằng màng tế bào. Các cử động lắc lư của sợi lông làm đóng và mở của số rất nhỏ ở đầu sợi lông. Khi mở, các ion dương đi vào tế bào lông và ion âm bên trong tế bào có kích thước lớn nên không ra khỏi tế bào. Điện thế bên trong tế bào giảm gọi là quá trình khử cực và xảy ra ở đáy tế bào. Các túi nhỏ chứa chất hoá học, gọi là chất dẫn truyền thần kinh, được giải phóng ra ở khoang dịch bao quanh tế bào. Ngay ở đó các chất này kích thích các tế bào thần kinh, nằm ngay cạnh tế bào lông. Như vậy quá trình chuyển dạng đã được thực hiện: tế bào lông chuyển năng lượng cơ học (lắc lư các sợi lông) thành năng lượng điện (giải phóng chất dẫn truyền thần kinh).

II. PHÁT HIỆN NGHE KÉM VÀ ĐÁNH GIÁ SỨC NGHE

Sóng âm được tiếp nhận bởi cơ quan thính giác bằng các đường khác nhau. Thông thường, các loài động vật sống trên mặt đất trong đó có con người, nhận các kích thích âm thanh bằng đường không khí. Đường dẫn truyền sóng âm này đã được mô tả ở phần trước. Sóng âm qua tai ngoài, tai giữa tới tai trong, gây các chuyển động của dịch, kích thích cơ quan Corti, và được truyền tới dây thần kinh thính giác. Đường dẫn truyền này gọi là *dẫn truyền đường khí*. Ngoài ra, sóng âm còn được dẫn truyền vào tai trong nhờ những dao động của xương sọ. Những dao động này được truyền tới mê đạo xương và cũng gây những dao động tương tự của cơ quan Corti như cách truyền âm bằng đường khí. Cách dẫn truyền âm này gọi là *dẫn truyền bằng đường xương*. Những khái niệm này giúp người đọc hiểu rõ hơn ý nghĩa các phương pháp đánh giá sức nghe dưới đây.

1. Các phương pháp đánh giá sức nghe

1.1. Phương pháp đánh giá không chính thức

Các phương pháp đánh giá sức nghe (thính lực – khả năng nghe) được sử dụng và cải tiến trong vòng vài thế kỷ qua. Phương pháp đánh giá sớm nhất, vẫn được sử dụng cho tới ngày nay là tạo các âm thanh và quan sát đáp ứng của người được thử. Các kích thích âm thanh có thể là giọng nói, tiếng vỗ tay, gõ hai vật vào nhau... Một số thầy thuốc sử dụng tiếng nói thầm hoặc nói nhỏ để đánh giá sự nhạy cảm về nghe. Tuy vậy, những phương pháp này chỉ có giá trị phát hiện trong một số trường hợp nhưng không có ý nghĩa gì về mặt định lượng mà chỉ là những trắc nghiệm không chính thức mà thôi.

1.2. Đánh giá sức nghe bằng âm thoa

Âm thoa được một số thầy thuốc Đức sử dụng để đánh giá khả năng nghe từ thế kỷ 19. Âm thoa là một dụng cụ bằng kim loại có thể tạo ra các âm thanh có tần số khác nhau tùy theo kích thước của chúng. Âm thoa có kích thước lớn sẽ dao động chậm hơn và có tần số thấp hơn. Có 3 loại âm thoa: loại tần số thấp- 128 Hz, loại tần số trung bình- 256 Hz và tần số cao- 512 Hz.

Âm thoa có thể sử dụng để đánh giá khả năng nghe qua hai đường dẫn truyền âm. Khi đánh giá sự nguyên vẹn của đường dẫn truyền khí, người ta cầm thân âm thoa và hướng các cạnh đang dao động của nó về phía tai ngoài của người bệnh. Các dao động của sóng âm sẽ được truyền vào ống tai ngoài, theo con đường đã nêu tới tai trong. Còn để đánh giá sự truyền âm bằng đường xương, người ta áp thân âm thoa vào mỏm xương chũm. Người thử có thể áp âm thoa vào đầu mình trong khi thử cho người bệnh để xem họ có nghe thấy trước, bằng hoặc sau khi thầy thuốc còn nghe thấy. Phương pháp này cũng sơ bộ phát hiện được khả năng nghe của người bệnh bằng đường nào rõ hơn, đường xương hoặc đường khí.

1.3. Đo thính lực bằng âm đơn

Đây là phương pháp đo thính lực nhờ máy đo. Máy tạo nên hàng loạt tín hiệu là các âm đơn với một tần số mà không phải là sóng hài. Tần số của các tín hiệu gồm 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000 và 8000Hz. Ngoài ra có thể sử dụng một số tần số khác nữa.

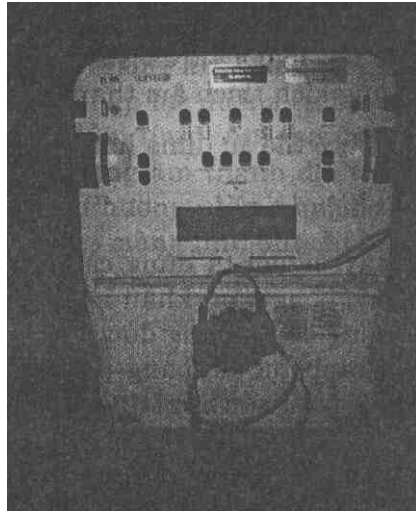
1.3.1. Phương tiện đo: Là các máy đo thính lực (Audiometer) với các tính năng khác nhau. Máy có thể tạo ra các tín hiệu có tần số khác nhau. Bên cạnh đó, còn có chụp tai nghe để đo thính lực bằng đường khí hoặc dao động ký để áp vào xương sọ nếu đo bằng đường xương.

1.3.2. Cách đo

Đo thính lực bằng đường xương hay đường khí đều nhằm xác định ngưỡng nghe của người bệnh ở các tần số khác nhau đối với mỗi bên tai. Nếu đo bằng đường khí, người bệnh phải đeo chụp tai và tín hiệu lần lượt được phát ra từ mỗi bên tai nghe. Nếu đo bằng đường xương, dao động ký được áp chặt vào xương sọ, thường là mỏm chũm mỗi bên. Nhưng dù tín hiệu phát ra ở mỗi bên nhưng dao động của xương đều được truyền cùng lúc đến ốc tai hai bên, nên khó mà xác định được đáp ứng là của ốc tai bên nào.

1.3.3. Khái niệm ngưỡng nghe

Các tín hiệu âm thanh do máy phát ra được xác định bằng tần số và cường độ của âm. Tần số của âm đo bằng Herzt (số chu kỳ trong một giây). Cường độ âm được đo bằng đề-xi-ben (dB). Về mặt lý thuyết, một người với thính lực bình thường có ngưỡng nghe 0 dB ở mọi tần số thử. Nhưng trên thực tế, sức nghe bình thường được xác định trong khoảng -10 đến 15 dB. Mọi ngưỡng nghe lớn hơn 15 dB được coi là nghe kém, dù bằng đường khí hoặc đường xương, hoặc cả hai.



Hình 4.4. Máy đo thính lực và chụp tai nghe

1.3.4. Biểu đồ ngưỡng nghe: Ngưỡng nghe được biểu diễn trên đồ thị, gọi là thính lực đồ. Trục hoành phía trên biểu diễn các tần số của tín hiệu (Hz). Trục tung thể hiện cường độ của kích thích (dB). Độ lớn của các thông số tăng dần từ trên xuống dưới và từ trái qua phải. Đo đường khí tai phải được đánh dấu bằng vòng tròn đỏ, tai trái – vòng tròn xanh. Đo bằng đường xương, tai phải đánh dấu bằng móc đỏ, tai trái đánh dấu bằng móc xanh (Xem phần tiếp theo).

1.4. Đo thính lực bằng lời nói

Đo thính lực bằng âm đơn được sử dụng từ nhiều năm nay, nó giúp phát hiện người khó khăn về nghe, kiểu dạng và mức độ nghe kém. Tuy nhiên trong thực tế giao tiếp, các âm thanh chủ yếu ở dạng các sóng hài (là kết quả của sự hài âm, pha trộn của nhiều sóng âm có tần số và cường độ khác nhau). Đặc biệt lời nói của con người là sóng hài. Do vậy, một người có thể nghe được các âm đơn nhưng lại gặp khó khăn khi nghe hiểu lời nói. Từ thực tế đó, người ta đã sử dụng phương pháp đo thính lực nhưng dùng kích thích âm thanh bằng lời nói.

Đo thính lực bằng lời có thể sử dụng hai hình thức:

1.4.1. Ngưỡng phát hiện lời nói

Trong hình thức này, người ta dùng các từ có *hai âm tiết* để thử. Ví dụ: bánh mì, bóng bàn, khăn mặt... Hai âm tiết được phát ra một cách đồng đều, không được nhấn mạnh vào bất cứ thành phần nào. Thính lực đo bằng phương pháp này tương đương với kết quả đo bằng âm đơn, đường khí ở các tần số 500, 1000, 2.000 Hz. Nếu kết quả đo bằng hai phương pháp trên chênh nhau trên 5 dB thì cần phải kiểm tra lại xem có sai sót ở một trong hai phương pháp không.

1.4.2. Ngưỡng nhận biết từ

Trong hình thức này, người ta sử dụng các từ *đơn âm tiết*. Khoảng 50 âm tiết, đại diện cho các âm vị của ngôn ngữ. Ngưỡng nhận biết từ được đánh giá bằng phần trăm số từ được nhận biết chứ không bằng đề-xi-ben. Thường có mối liên quan giữa mức độ nghe kém tiếp nhận và ngưỡng nhận biết từ. Chẳng hạn, người bị nghe kém nhẹ (có mức điếc tiếp nhận từ 15- 30 dB) có thể nhận biết được 80-90% từ thử. Mức nghe kém vừa (30-60 dB) có thể nhận biết 60-80%, và mức nghe kém nặng (65-85 dB) có ngưỡng nhận biết từ 40-60%. Người bị điếc sâu có thể phát hiện lời nói rất khó khăn hoặc chỉ số này rất thấp.

2. Các phương pháp khách quan đánh giá sức nghe

2.1. Đo nhĩ lượng

Do sự di động của màng nhĩ và hệ thống tai giữa gọi là đo nhĩ lượng. Sự di động của hệ thống tai giữa được đo nhờ sự thay đổi áp lực dương tính hay âm tính đè lên bề mặt của màng nhĩ. Sự thay đổi áp lực của không khí được tạo ra nhờ một cái nút đặt ở ống tai ngoài. Khi áp lực của không khí tăng lên hoặc giảm đi so với áp lực của không khí bên ngoài, màng nhĩ bị đẩy nhẹ vào phía tai giữa (khi áp lực dương tính), và bị kéo về phía ống tai ngoài (khi áp lực âm tính). Âm thanh trực nghiệm được đưa vào ống tai, năng lượng âm thanh dội trở lại máy khi áp lực không khí thay đổi. Phương pháp này cho phép phát hiện các tình trạng như: thủng màng nhĩ, đứt chuỗi xương con, dịch trong tai giữa, và cứng các xương con.

2.2. Đo phản xạ thính giác

Ngoài phương pháp đo nhĩ lượng, có thể đo phản xạ thính giác, đó là sự co các cơ của tai giữa khi có âm thanh quá mạnh (khoảng 85dB đối với người nghe bình thường). Ngưỡng của phản xạ thính giác có thể ở mức bình thường, mức cảm giác cao (trên 100dB), hoặc cảm giác thấp (dưới 65dB), hoặc phản xạ này hoàn toàn không có.

2.3. Điện kích thích thân não

Khi nghe thấy một âm thanh, trong nhiều vị trí của đường thính giác xuất hiện sự thay đổi của hoạt động điện. Những đáp ứng này rất nhỏ so với hoạt động điện của não, nhưng nhờ máy tính điện tử, có thể phát hiện được. Thông thường khoảng 300 milligiây sau khi có kích thích âm thanh, tín hiệu sẽ tới trung tâm cao nhất của não. Đáp ứng càng xuất hiện sớm, có nghĩa là trung tâm nhận kích thích ở càng thấp. Hầu hết các kết quả thu được cho thấy thời gian này khoảng 10milligiây. Đáp ứng sớm này gọi là đáp ứng thính giác của thân não.

Đáp ứng thính giác của thân não được dùng để thử điếc ở trẻ sơ sinh, để xác định vị trí tổn thương của đường thính giác, hoặc đo thính lực cho người không phối hợp được như trẻ nhỏ, người già, hoặc người bị chậm phát triển trí tuệ.

2.4. Đo âm tự phát của tai

Gần đây người ta phát hiện được rằng tai trong có khả năng phát ra âm thanh rất yếu (1978). Chúng được gọi là âm tự phát của tai, thường thấy ở khoảng 50% số người có sức nghe bình thường. Thường gặp ở nữ nhiều hơn nam và ở tai phải nhiều hơn tai trái. Người ta cho rằng có thể tạo ra một loại “tiếng vọng” khi có một tín hiệu tới tai, sau đó điều chỉnh để nó trở lại từ màng nhĩ. Âm được tạo ra một cách cơ học ở các tế bào lông lớp ngoài của ốc tai. Những âm này được gọi là các sóng âm kích thích thính giác. Phương pháp đo sóng âm tự phát của tai cùng với đo nhĩ lượng và điện kích thích thân não là những test có giá trị trong chẩn đoán lâm sàng thính học.

III. MỘT SỐ KIỂU GIẢM SỨC NGHE

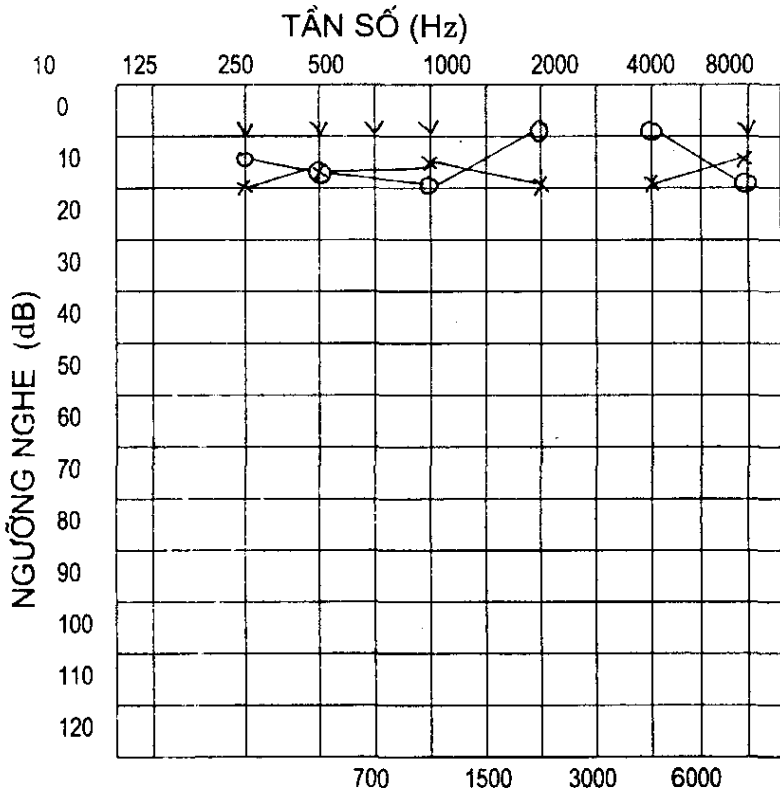
Sức nghe được phân loại ra: bình thường, hoặc nghe kém. Nghe kém (điếc) có 3 loại: dẫn truyền, thần kinh giác quan, và hỗn hợp.

1. Sức nghe bình thường

Người có sức nghe bình thường là có ngưỡng nghe dưới 15 dB ở mọi tần số. (Xem hình 4.5)

2. Điếc dẫn truyền

Người bị điếc dẫn truyền là người có khiếm khuyết về nghe khi đo bằng đường khí nhưng kết quả đo sức nghe bằng đường xương lại bình thường. Đó là do tín hiệu qua đường khí ở cả hai tai ngoài và tai giữa bị cản trở nên giảm đi. Nhưng nếu thử sức nghe bằng đường xương, âm thanh không qua hệ thống dẫn truyền nên vẫn được tiếp nhận một cách bình thường ở hệ thần kinh.



Hình 4.5. Sơ đồ thính lực đồ của người bình thường

2.1. Nguyên nhân điếc dẫn truyền

2.1.1. Nguyên nhân do tai ngoài

Khi ống tai ngoài bị bịt lại ví lý do nào đó như: dị vật (hạt đỗ, tẩu...) hoặc nút tai, hoặc cũng có thể bị viêm nhiễm gây sưng tấy ở ống tai ngoài. Ngoài ra có một số nguyên nhân khác gây bịt ống tai ngoài như: u, sẹo bỏng hoặc dị tật bẩm sinh gây bịt một phần hay hoàn toàn ống tai.

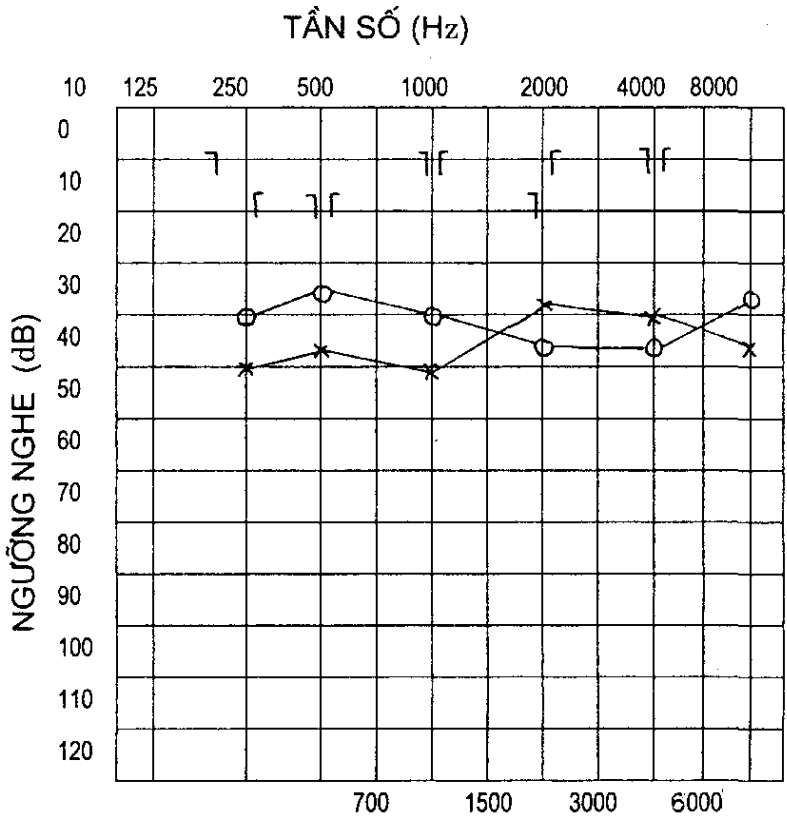
Bị mất hoàn toàn hoặc một phần vành tai ngoài thường ít gây ảnh hưởng đến sức nghe. Nhất là khi đo thính lực bằng đường khí, người ta hay dùng chụp tai nghe vào hai tai.

2.1.2. Nguyên nhân do tai giữa

Nguyên nhân hàng đầu ở tai giữa gây nghe kém là viêm tai giữa. Hầu hết mọi người đều có thể bị viêm tai giữa một hay hai bên, khi nào đó từ lúc còn nhỏ. Trong viêm tai giữa có một số lý do khiến nghe kém đi: dịch viêm ú lại trong tai giữa ngăn cản dẫn truyền âm thanh. Viêm tai còn làm dày và tổn thương màng nhĩ và các xương con. Đây trước hết là vấn đề nội khoa, và cần điều trị càng sớm càng tốt ngay khi vừa mới phát hiện.

Viêm tai giữa còn phải kể đến trường hợp không do nhiễm trùng, khi áp lực ở tai giữa âm tính do bán tắc vòi nhĩ làm tiết thanh dịch. Trong trường hợp này cần tiến hành một tiểu phẫu đặt ống thông nhĩ, để làm cân bằng áp lực tai ngoài và tai giữa. Phẫu thuật có tên là rạch màng nhĩ: một lỗ nhỏ được trích ở màng nhĩ và ống thông nhĩ được đặt lại tới một năm. Khi ấy ống thông sẽ tự rơi ra.

Các nguyên nhân khác ở tai giữa có thể gây nghe kém là: các dị tật bẩm sinh, khối u, chấn thương hoặc xơ hoá tai (thường ở nữ giới trung niên). Ngày nay người ta được biết rằng bất kỳ một nguyên nhân nào gây điếc dẫn truyền dù nhẹ đều ảnh hưởng tới sự phát triển bình thường của ngôn ngữ. Do vậy trẻ em được phát hiện nghe kém cần được đeo máy trợ thính càng sớm càng tốt.

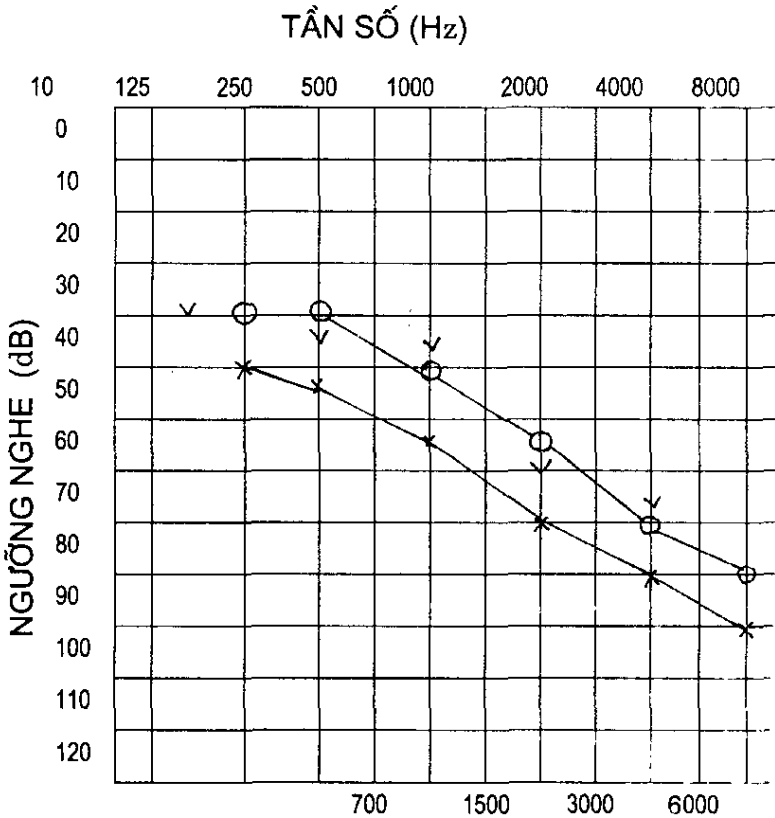


Hình 4.6. Thính lực đồ của người bị điếc dẫn truyền cả hai tai

3. Điếc thần kinh giác quan (điếc tiếp nhận)

Như đã biết, tai trong ngoài chức năng thăng bằng có chức năng chính là nghe. Tổn thương ốc tai sẽ dẫn đến điếc thần kinh giác quan. Thuật ngữ này thể hiện điếc có thể là “giác quan” nếu tổn thương ở ốc tai hoặc do “thần kinh” nếu tổn thương cấu trúc thần kinh của ốc tai hoặc của dây thần kinh thính giác. Trên biểu đồ sức nghe không có khe khí-xương khoảng cách giữa hai ngưỡng nghe đo bằng đường khí và

đường xương). Chỉ số nhận biết từ luôn thấp hơn so với những bệnh nhân bị điếc dẫn truyền.



Hình 4.7. Biểu đồ ngưỡng nghe của người bị điếc tiếp nhận (thần kinh giác quan) cả hai tai

Biểu đồ 4.7 mô tả một trường hợp điếc vừa phải, mức độ điếc càng tăng ở các tần số cao. Tuy nhiên có thể gặp các loại biểu đồ ngưỡng nghe khác nhau. Thường gặp đường ngưỡng nghe dẹt, hoặc điếc ở tần số thấp.

3.1. Nguyên nhân của điếc thần kinh giác quan

Tổn thương của ốc tai hoặc thần kinh thính giác có thể do các nguyên nhân xảy ra trước trong hoặc sau khi sinh.

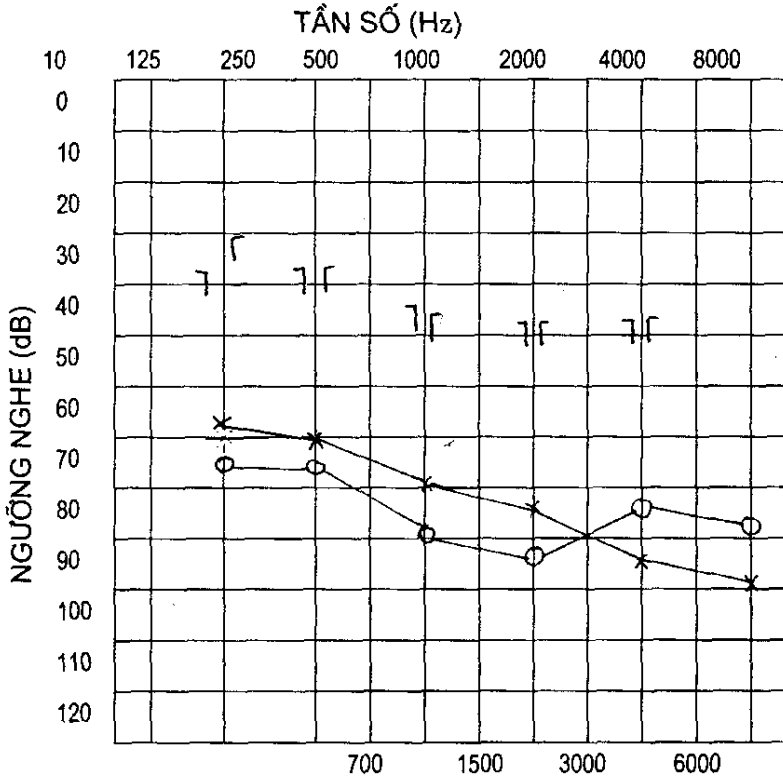
3.1.1. Điếc do tổn thương ốc tai

- *Nguyên nhân trước khi sinh:* Có thể do các bệnh di truyền; điếc có thể đơn độc hoặc đi kèm với một hội chứng nào đó. Thường là do thiếu ôxy não, chấn thương, sốt do virus, nhiễm độc rượu của bào thai, hoặc bất đồng nhóm máu mẹ con (nhóm Rh).
- *Nguyên nhân trong khi sinh:* Thường xảy ra trong những cuộc chuyển dạ bất thường, có biến chứng như nghẹt dây rốn, hoặc chấn thương, gây thiếu ôxy. Trong những trường hợp đó, tổn không không chỉ xảy ra với các cấu trúc thính giác mà cả não, gây bại não hoặc chậm phát triển trí tuệ.
- *Nguyên nhân sau khi sinh:* Thường do viêm tai giữa kéo dài, trước tiên gây điếc dẫn truyền, sau đó điếc hỗn hợp và sau cùng là điếc tiếp nhận đơn thuần. Các nguyên nhân sau khi sinh có thể là nhiễm trùng do virus hoặc vi khuẩn như viêm màng não, các bệnh lây truyền qua đường sinh dục, sốt cao hoặc phơi nhiễm với tiếng ồn hoặc lão hoá...

3.1.2. Điếc do tổn thương thần kinh thính giác

Trường hợp tổn thương thần kinh thính giác thường gây điếc một bên tai. Nguyên nhân hay gặp nhất là u thần kinh (khối u của nhánh tiền đình của dây thính giác). Người bệnh thường thấy ve kêu trong tai, sau đó nghe kém và điếc. Điếc có thể tiến triển chậm hoặc nhanh, mức độ vừa hoặc hoàn toàn. Giải pháp phẫu thuật hoặc kìm hãm khối u tùy thuộc vào tình trạng sức khoẻ, tuổi và các triệu chứng của bệnh. Ngoài ra còn gặp các nguyên nhân khác như: viêm dây thần kinh thính giác, là nguyên nhân thường gặp nhất.

4. Điếc hỗn hợp: Là trường hợp phối hợp giữa điếc dẫn truyền và điếc tiếp nhận.



Hình 4.8. Biểu đồ sức nghe trường hợp điếc hỗn hợp

Ở hình 4.8 cho thấy có một khoảng cách giữa ngưỡng nghe bằng đường khí và đường xương. Sự khác biệt về ngưỡng nghe này diễn ra đều đặn ở mỗi tần số.

IV. MÁY TRỢ THÍNH, ĐIỆN CỤC ỐC TAI VÀ HUẤN LUYỆN NGHE

Để tăng cường khả năng giao tiếp cho người bị nghe kém, có nhiều chuyên gia có thể giúp họ trong lĩnh vực này. Chuyên gia thính học chỉ định và chọn loại máy trợ thính phù hợp, cũng như hướng dẫn cho người bệnh cách sử dụng máy. Chuyên gia ngôn ngữ trị liệu luyện cho họ cách nghe và nhận biết âm thanh, lời nói; cách phát triển ngôn ngữ và nói một cách rõ ràng, dễ hiểu. Giáo viên dạy trẻ điếc cần thay đổi cho phù hợp phương pháp dạy học truyền thống. Chuyên gia tâm lý hỗ trợ cho họ những trở ngại về tâm lý của người bị điếc. Như vậy, có thể nói, sự hỗ trợ đối với người nghe kém phải mang tính toàn diện và xuất phát từ một nhóm phục hồi.

Các kỹ thuật hỗ trợ giao tiếp cho người bị nghe kém có thể chia thành hai mức độ: giao tiếp cho người nghe kém, và cho người bị điếc hoàn toàn. Dù rằng khả năng nghe của các đối tượng này là khác nhau nhưng về nguyên tắc, bao giờ họ cũng cần được giúp tăng cường khả năng nghe.

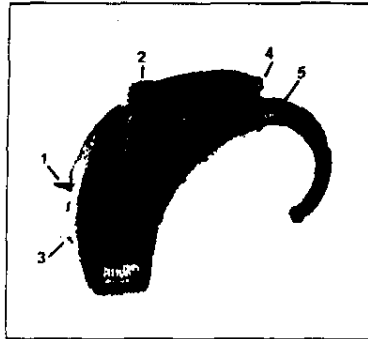
Các thiết bị giúp tăng cường khả năng nghe chủ yếu có tính năng khuếch đại âm thanh giúp người bệnh nghe tốt hơn. Những dụng cụ trợ giúp khả năng nghe này có hai loại: dụng cụ thô sơ và các máy trợ thính. Các dụng cụ thô sơ được dùng dưới nhiều dạng khác nhau như: dùng bàn tay để bưng tai, giúp nghe rõ hơn. Còn có các dụng cụ khác như: sừng hoặc ống nghe để hướng âm thanh từ vùng rộng vào vùng hẹp để nghe dễ hơn. Hiệu quả của chúng tùy thuộc vào kích thước và hình dạng ra sao. Để cải thiện thính lực, ống nghe được luồn vào các đồ dùng hàng ngày của người bệnh như: gậy chống, ghế ngồi... Các thiết bị nghe điện tử là một bước tiến lớn trong lĩnh vực công nghệ, giúp cải thiện khả năng nghe cho người điếc.

1. Các máy trợ thính và cách sử dụng

1.1. Cấu tạo và tính năng của một máy trợ thính

Máy trợ thính về mặt cấu tạo gồm 4 phần chính: micro, bộ phận khuếch đại âm, bộ phận nhận âm và pin. (Hình vẽ dưới đây).

- 1- Núm bật tắt
- 2- Núm điều chỉnh cường độ âm
- 3- Cửa sổ nguồn
- 4- Micro
- 5- Bộ phận nhận âm



Hình 4.9. Cấu tạo của máy trợ thính

Micro có tác dụng biến đổi các tín hiệu âm thanh thành tín hiệu điện: áp lực âm thanh càng lớn thì biên độ điện thế càng lớn. Tuy nhiên máy trợ thính sẽ không phóng đại mọi tần số như nhau. Sự khuếch đại tần số nào và với một mức độ bao nhiêu là tùy thuộc vào kiểu máy và mức độ điếc của người bệnh.

Các tín hiệu điện sau khi được khuếch đại được truyền tới bộ phận nhận âm. Tại đó, các tín hiệu điện lại được chuyển lại dạng tín hiệu âm thanh. Nhưng các âm thanh này giờ đây đã mạnh hơn, to hơn rất nhiều so với âm thanh ban đầu. Hoạt động của 3 bộ phận này cần có năng lượng, nhờ vào pin được lắp trong máy. Hiện nay có 5 loại pin chính cho máy trợ thính. Mỗi pin có một cực dương và một cực âm và kích thước phù hợp cho mỗi máy trợ thính. Do vậy, khi pin được lắp đúng thì máy mới hoạt động được.

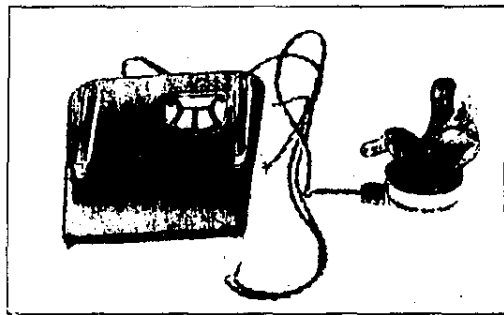
Cách sử dụng máy trợ thính tương đối đơn giản. Trên máy có nút bật- tắt, có thể xoay nút để tắt hoặc bật máy. Có một cửa sổ nhỏ để mở lấy pin ra hoặc thay pin. Ngoài ra , một số máy còn có nút điều chỉnh cường độ âm. Khi cần có thể tăng hoặc giảm cường độ âm thanh. Nhiều máy thế hệ gần đây được đặt sẵn chương trình về cường độ âm thanh, nên không có nút này.

Có một loại máy trợ thính khác được gọi là máy có bộ phận điện thoại T. Khi người sử dụng xoay nút sang vị trí chữ T, micro sẽ tắt, và bộ phận điện thoại trong máy sẽ phát ra năng lượng điện từ. Bộ phận này sẽ chuyển năng lượng này thành các tín hiệu điện, chuyển tới bộ phận khuếch đại. Nhờ thiết kế này có thể hạn chế được một số nhược điểm của máy trợ thính. Thứ nhất: giảm được tiếng rít của máy trợ thính khi đặt nó gần máy bộ đàm hoặc máy điện thoại. Thứ hai: các âm thanh nhiễu trong phòng không bị phóng đại cùng với các âm thanh lời nói.

1.2. Phân loại các máy trợ thính

1.2.1. Máy trợ thính đeo trên người

Đây là loại máy có lâu đời nhất, gồm: một hộp bằng kim loại nhỏ, có chứa micro, bộ khuếch đại, pin và thiết bị kiểm soát. Một dây điện được nối với tai, qua một nút nhận.



Hình 4.10. Máy trợ thính đeo trên người

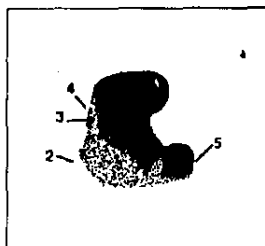
Nút nhận lại nối với nút tai để dẫn âm thanh vào tai ngoài. Nút tai làm bằng nhựa mềm hoặc bằng chất liệu tổng hợp, được tạo khớp với một phần của ống tai ngoài. Lỗ nhỏ ở đầu nút tai cho phép âm thanh được truyền trong ống tai ngoài vào tới màng nhĩ.

Ưu điểm chính của máy nghe đeo trên người là nó cho phép tâm kiểm soát rộng hơn. Nó có lợi cho những đối tượng bị giảm sự khéo léo ví dụ những người có tuổi. Nhược điểm chính của loại máy này là “nghe” bằng ngực chứ không phải bằng tai. Micro thu nhận các âm thanh nhiễu ngoài ý muốn như tiếng cọ của quần áo ...

1.2.2. Máy trợ thính sau tai

Như tên gọi của loại máy này đã mô tả, máy được đeo vào sau vành tai ngoài. Micro nằm ở đỉnh của máy, hướng về phía tai người đeo. Máy là một ống bằng chất dẻo cứng, có hình cong cong, chứa micro, bộ phận khuếch đại, bộ phận nhận âm thanh và nguồn. Âm thanh từ máy được truyền theo một ống nhựa mềm được đưa vào ống tai ngoài nhờ nút tai. Ngoài ra, máy còn có dạng kính đeo mắt.

1.2.3. Máy trợ thính trong tai



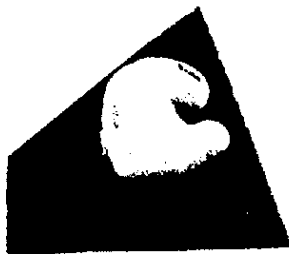
Hình 4.11. Máy trợ thính trong tai

Máy trợ thính nhỏ hơn nữa là loại máy được đặt theo khuôn tai của người sử dụng. Toàn bộ các thành phần của máy đều được chứa trong một vỏ nhựa nằm trong vành tai và một phần ống tai. Micro, nguồn và nút điều chỉnh cường độ hướng ra phía ngoài, còn bộ phận nhận nằm trong phần ống tai của máy. Đặc điểm của loại máy này là micro nằm sát đầu hơn, là vị trí âm thanh tới ở người

bình thường. Ngoài ra, cả máy trợ thính và núm tai đều được chứa trong một đơn vị.

1.2.4. Máy trong ống tai

Máy trong ống tai có kích thước rất nhỏ, nó được đặt gọn ở phần ngoài của ống tai. Ưu điểm về thẩm mỹ của loại máy này phải trả giá bởi một số đặc tính khác, chẳng hạn: do kích thước máy nhỏ, bộ phận điện thoại T sẽ không đặt được vào trong máy.

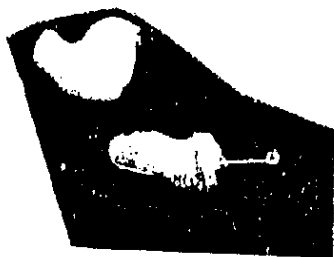


Hình 4.12. Máy trong ống tai

Ngoài ra, pin cần được thiết kế với kích thước nhỏ nên thời hạn sử dụng ngắn.

1.2.5. Máy đút lọt trong ống tai

Đây là một tiến bộ kỹ thuật mới. Loại máy trợ thính này có thể nằm sâu trong ống tai. Người ta lấy máy ra bằng cách lôi sợi dây nylon dính vào máy ra. Do kích thước nhỏ nên không có bộ phận điều chỉnh cường độ âm. Có một số điều kiện để lắp loại máy



Hình 4.13. Máy đút lọt trong ống tai

này: kích thước ống tai phải đủ rộng để chế tạo máy, hai là mức độ khuyết đại bị hạn chế. Nên thông thường những người bị điếc nhẹ hoặc vừa mới bị nên dùng loại này.

1.2.6. Máy trợ thính dẫn truyền bằng đường xương

Loại máy này thường dành riêng cho một số đối tượng: người không có ống tai ngoài, hoặc người mang ống dẫn lưu thường xuyên ở ống tai do nhiễm trùng. Máy này thường được chỉ định cho người bị điếc dẫn truyền, do vậy sự khuyếch đại âm thanh nghe được không có tác dụng. Về mặt cấu tạo, loại máy này gồm micro, bộ phận khuyếch đại, nguồn và bộ phận nhận cảm âm đường xương. Bộ phận này được đặt sau vành tai, tý lên mỏm chũm. Loại máy này ít dùng vì ngày nay điếc do nhiễm trùng ít gặp, hơn nữa các loại máy kể trên có khả năng khuyếch âm cực mạnh, lại nhỏ gọn nên thuận tiện hơn cho sử dụng.

1.3. Lắp máy trợ thính

1.3.1. Làm nút tai

Để lắp máy trợ thính, việc đầu tiên cần làm là lấy khuôn tai người bệnh. Người ta đặt một chút bông vào ống tai người bệnh để vật liệu khuôn không tiếp xúc với màng nhĩ. Sau đó, bơm vật liệu dẻo, mềm vào ống tai. Đợi vài phút cho vật liệu đó khô, cứng lại thì rút ra. Nếu người bệnh đeo máy sau tai, khuôn tai đó được đưa tới labo để làm nút tai. Nếu họ dùng máy trong ống tai hoặc đục lọt trong ống tai, khuôn này dùng để chế tạo máy theo kích thước có sẵn.

1.3.2. Mục đích đeo máy trợ thính đối với người điếc

Mục tiêu thứ nhất là giúp tăng cường sức nghe cho người bị điếc đạt được sự *gia tăng về thính lực*. Giá trị này đo bằng hiệu của cường độ âm vào micro và âm ra khỏi nút tai. Đơn vị đo là đề-xi ben. Ví dụ âm vào có cường độ 65 dB, âm ra là 85 dB, như vậy, sự gia tăng thính lực là 20 dB.

Đeo máy trợ thính không giống như đeo kính thuốc. Kính thuốc có thể hoàn trả người bệnh toàn bộ thị lực bị giảm (tới 20/20). Nhưng theo các chuyên gia thính học, nếu sự gia tăng về thính lực gần bằng sức nghe bị mất sẽ khiến người đeo máy

không chịu nổi. Do vậy người ta chỉ nhằm mục tiêu: sự gia tăng thính lực này ở khoảng giữa 1/3 và 2/3 độ điếc. Và ở mỗi tần số, sự gia tăng này là tùy thuộc vào dạng điếc. Đồ thị về gia tăng thính lực ứng với các tần số gọi là *tần số đáp ứng* của máy trợ thính.

Mục tiêu thứ hai là cường độ âm thanh của máy trợ thính không gây hại hoặc khó chịu thêm cho người sử dụng. Âm thanh có cường độ lớn có thể gây hại cho tai, nên máy trợ thính không nên tăng cường độ tới mức này. Người ta cần *đo âm ra cực đại* của máy không phụ thuộc vào âm vào máy, không gây khó chịu cho người đeo.

1.3.3. Bảo dưỡng máy: Hàng ngày, người đeo máy cần kiểm tra lại nguồn xem pin còn đủ mạnh không. Có thiết bị để đo, thuận tiện cho người sử dụng. Ngoài ra, cần làm sạch ráy tai bám ở bên ngoài của máy. Máy được giữ khô ráo, không được để ẩm hoặc nhúng vào nước. Nếu có trục trặc của máy nghe, cần đưa cho chuyên gia thính học để sửa lại.

2. Điện cực ốc tai

Đối với những người bị điếc nặng hoặc điếc sâu, khả năng can thiệp của các máy trợ thính thông thường rất hạn chế. Như đã nêu ở các bài trước, tai có khả năng chuyển dạng áp lực sóng âm thành rung động cơ học tại màng nhĩ. Lực ép cơ học này được truyền vào cửa sổ bầu dục, gây nên các dao động của màng đáy. Các cử động của màng đáy tạo nên các điện thế hoạt động kích thích dây thần kinh thính giác. Sự kích thích điện trực tiếp vào dây thần kinh thính giác gây nên điện thế hoạt động và được tiếp nhận ở não. Những người bị điếc tiếp nhận (điếc thần kinh giác quan) bị tổn thương ở ốc tai, nên không tạo ra được các điện thế hoạt động. Nếu dây thần kinh thính giác bị kích thích trực tiếp không qua ốc tai, người đó có thể nghe được nhờ những kích thích này.

Sau nhiều thập kỷ nghiên cứu và thử nghiệm, năm 1972 lần đầu tiên điện cực ốc tai được cấy cho người. Đầu tiên, chỉ có

người lớn bị điếc sâu mới được cấy. Nhưng sau nhiều năm thử nghiệm, ngày nay nhiều đối tượng đã được sử dụng thành tựu này như: trẻ em, thiếu niên và người lớn. Tuy vậy có những quy định cho việc chọn đối tượng cấy điện cực, được nêu dưới đây.

2.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng cấy điện cực ốc tai:

Trẻ em

- Điếc thần kinh giác quan, sâu hai bên
- Sử dụng máy trợ thính không có kết quả
- Không có chống chỉ định về mặt sức khỏe
- Có nguyện vọng và dự báo khả thi cao từ phía trẻ và gia đình.
- Có môi trường huấn luyện giúp phát triển kỹ năng nghe
- Ít nhất 18 tháng tuổi.

Người lớn

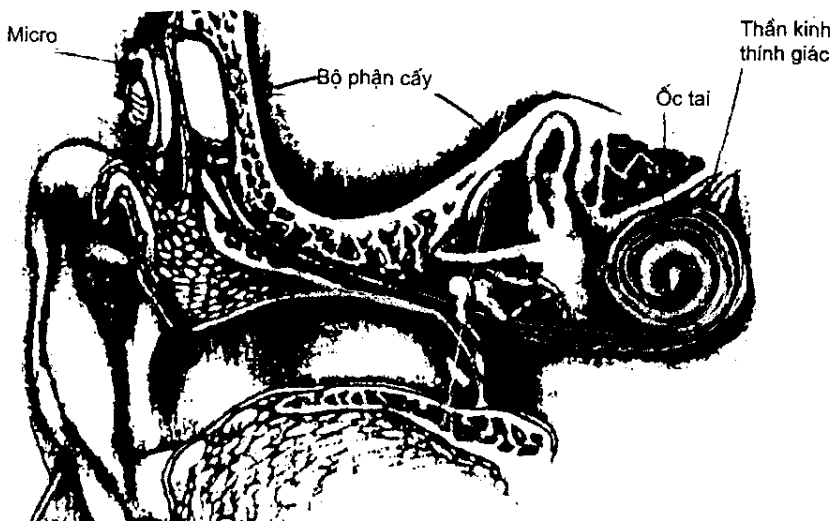
- Điếc thần kinh giác quan, sâu và bị hai bên nếu bị sau khi đã có ngôn ngữ.
- Sử dụng máy trợ thính không có kết quả
- Không có chống chỉ định về mặt sức khỏe
- Ít nhất là 18 tuổi.

2.2. Cấu tạo của điện cực ốc tai

Thiết bị cấy gồm micro (một phần của máy trợ thính sau tai), bộ phận tạo tín hiệu, bộ phận truyền, bộ phận nhận, và một bộ điện cực. Các tín hiệu âm thanh được micro thu nhận và truyền cho bộ phận tạo tín hiệu. Các điện tử của điện cực ốc tai hạn chế tần số phân giải có thể truyền tới ốc tai. Hiện nay, điện cực ốc tai có thể tạo ra tối đa 22 giải tần so với hệ thống thính giác bình thường có thể phát hiện được 10.000 tần số

khác nhau. Bộ phận tạo tín hiệu sẽ phân tích các tín hiệu tới và xác định phải kích thích ốc tai như thế nào.

Các tín hiệu tới được mã hoá và sau đó được truyền tới bộ phận truyền ở ngoài, đeo sau tai. Bộ phận này được giữ tại chỗ nhờ lực hút nam châm giữa nó và bộ phận nhận, được phẫu thuật cấy đặt dưới da. Tín hiệu được truyền qua da tới bộ phận nhận bằng tần số sóng radio. Bộ phận nhận bên trong lại truyền các tín hiệu điện tới một điện cực nằm trong thang nhĩ của ốc tai. Điện cực này chuyển dòng điện qua các phần khác nhau của ốc tai và gây nên điện thế hoạt động của dây thần kinh thính giác và được não tiếp nhận.



Hình 4.14. Vị trí của điện cực ốc tai

Sau cấy điện cực ốc tai, những đối tượng này cần phải được huấn luyện nghe và nói để có ngôn ngữ và lời nói, nhất là những trẻ chưa nghe được bao giờ. Không phải tất cả những người được cấy điện cực ốc tai đều nói được tốt như bình thường.

2.3. Khó khăn của môi trường nghe

Mục đích khi đeo máy trợ thính cho người bệnh là làm cho âm thanh lời nói trở nên dễ nghe hơn. Tuy vậy, khi tiếng động nền hoặc âm dội nhiều, các đối tượng này sẽ nghe và hiểu lời nói kém hơn. Âm dội là âm thanh bị phản hồi lại từ mặt phẳng cứng. Như vậy, bức tường phẳng, lát đá hay sơn đều tạo âm dội rất nhiều. Nhưng nếu trong phòng có nhiều đồ gỗ bọc mềm, rèm, trải thảm... âm dội sẽ giảm đi. Để môi trường thuận tiện hơn cho trẻ điếc, người ta dùng chỉ số *thời gian dội âm* để đánh giá. Thời gian dội âm là khoảng thời gian để một âm thanh lớn giảm tới 60 dB sau khi âm đó bị tắt đi. Hầu hết các lớp học có thời gian dội âm từ 0,4 đến 1,2 giây. Nhưng với trẻ điếc, thời gian này tốt nhất là dưới 0,4 giây.

Một chỉ số khác về môi trường nghe là *tỷ lệ tín hiệu - tiếng ồn*. Đó là hiệu số giữa cường độ của tín hiệu và cường độ tiếng ồn. Giá trị này càng lớn, tín hiệu càng rõ và càng dễ nghe. Giá trị này nhỏ hoặc âm thì tín hiệu nhỏ và tiếng ồn lớn, nghe khó khăn. Trong lớp học tỷ lệ này dao động trong khoảng +5 đến -7 dB. Đối với trẻ điếc, tỷ lệ này tốt nhất bằng 15 dB.

Một trong những biện pháp tăng khả năng phân biệt lời nói là sử dụng *máy trợ giúp nghe*. Nguyên tắc là người nói đeo một micro, được nối với một bộ phận phát tần số hiệu chỉnh. Bộ phận này phát ra các tín hiệu có tần số hiệu chỉnh tới bộ phận nhận (trẻ điếc đeo). Bộ phận này lại chuyển tín hiệu đã hiệu chỉnh thành tín hiệu âm thanh nhờ máy trợ thính hoặc chụp tai nghe. Như vậy cả âm thanh và tỷ lệ tín hiệu - tiếng ồn đều tăng.

2.4. Huấn luyện nghe sau cấy điện cực ốc tai

Chức năng nghe gồm: nghe và hiểu được ý nghĩa của tín hiệu. Do vậy quá trình học nghe gồm có 3 mức độ: phát hiện, phân biệt và nhận biết các tín hiệu âm thanh.

2.4.1. Phát hiện âm thanh: Đối với mức độ này, người ta tạo nên các âm thanh nhỏ nhất để trẻ có thể nghe thấy. Khi nghe

thấy âm thanh, cơ quan thính giác mới bắt đầu hoạt động. Như vậy bước đầu tiên trong huấn luyện nghe là phát hiện bất kỳ âm thanh nhỏ nhất nào, có thể đeo hoặc không đeo máy trợ thính.

2.4.2. Phân biệt âm thanh: Ở mức này, trẻ cần phân biệt xem hai hoặc nhiều âm thanh nghe thấy giống hay khác nhau. Trẻ có khiếm khuyết về nghe có thể mã hoá các âm thanh khác nhau thành giống nhau. Trong trường hợp này, trẻ chưa sẵn sàng để được luyện nghe ở mức cao hơn. Để huấn luyện phân biệt âm thanh, người ta có thể sử dụng hình thức nhắc khác nhau, bằng tranh (thị giác) hoặc chạm tay (xúc giác)... để hỗ trợ khả năng nghe.

2.4.3. Nhận biết âm thanh: Là khả năng hiểu được ý nghĩa của âm thanh. Khi ấy, thông qua các cách thể hiện âm thanh khác nhau, ta mô tả được từ loại, ngữ điệu câu, được cơ quan thính giác tiếp nhận. Ví dụ: nếu chưa phân biệt được các âm thanh, khi nghe hai từ “bà” và “nhà” trẻ có thể không hiểu. Hoặc khi nghe hai loại câu, câu hỏi hoặc trần thuật, trẻ cần phân biệt được sự khác nhau về ngữ điệu trong đó. Để khắc phục khó khăn này cho trẻ trong quá trình luyện nghe, có thể sử dụng hình thức nhắc. Giả dụ như cho trẻ thấy cử động của miệng khi nói hai từ khác nhau “bà” và “nhà”. Một cách nhắc khác là dùng tình huống giao tiếp để giúp trẻ hiểu. Lúc ấy, nên giới thiệu chủ đề giao tiếp trước để trẻ có ý niệm trước và đón nhận các thông điệp một cách chủ động.

3. Các kỹ thuật trợ giúp giao tiếp và học tập cho trẻ nghe kém

Nếu trẻ nghe kém ở mức độ nhẹ và vừa, và được phát hiện sớm ở độ tuổi trước 2 tuổi thì máy trợ thính có tác dụng rất tốt. Với sự chú ý hơn của những người xung quanh khi giao tiếp với trẻ, trẻ có thể nghe tương đối bình thường và theo học ở những lớp bình thường. Trẻ cần được xếp ngồi đầu lớp, gần giáo viên để có thể nghe rõ hơn. Dù vậy, trẻ vẫn có chút nào đó chậm chạp hơn các trẻ nghe bình thường.

Các kỹ thuật hỗ trợ giao tiếp bằng các kỹ năng không lời như: Nhìn mặt người đối thoại, đọc môi, dùng cử chỉ, điệu bộ, giảm tốc độ nói, nói to và rõ hơn.. thường giúp trẻ hiểu lời nói tốt hơn. Đặc biệt khi người đối thoại nói nhanh, môi trường ồn ào, hoặc khi trẻ phải tiếp xúc với một đối tượng mới. Đôi khi, cả trẻ và các thành viên gia đình và giáo viên, cần học và sử dụng dấu và bộ chữ cái ngón tay để giao tiếp.

V. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ ĐIẾC NẶNG VÀ ĐIẾC SÂU

1. Hậu quả về phát triển ngôn ngữ và lời nói ở trẻ điếc tiền ngôn ngữ

Tiền ngôn ngữ là giai đoạn trước khi học ngôn ngữ nói, theo thông lệ là giai đoạn trước khi trẻ được 3 tuổi. Đây là giai đoạn có ý nghĩa quyết định của quá trình thụ đắc ngôn ngữ. Điếc tiền ngôn ngữ là điếc xảy ra trước sinh nhật lần thứ ba của trẻ. Theo thống kê, thì tỷ lệ điếc này chiếm khoảng 2-3/ 1000 trẻ. Từ lúc sơ sinh, những trẻ này thường không có những biểu hiện gì khác thường, trừ một số đáp ứng không phù hợp với âm thanh hoặc giọng nói. Nếu cha mẹ trẻ là người có thính lực bình thường, có thể không chú ý và không nghi ngờ gì về khả năng nghe của trẻ. Tới khi trẻ được 12-18 tháng, trẻ có thể hiểu được lời nói, hoặc bập bẹ một số từ. Nếu không thấy những biểu hiện này, cha mẹ trẻ có thể nghi ngờ nhưng họ thường có thái độ chờ đợi thêm, vì cho rằng trẻ có thể chậm nói. Vì vậy, trẻ nghe kém thường được phát hiện và chẩn đoán ở độ tuổi 2-3 tuổi.

Do vậy, những trẻ này đều có rất ít cơ hội nhận kích thích lời nói và ngôn ngữ. Mặc dù cha mẹ và những người xung quanh vẫn nói chuyện với trẻ nhưng trẻ không nghe thấy. Như vậy trẻ bị bỏ không được can thiệp, bị chậm mất cơ hội phát triển về ngôn ngữ, giao tiếp và nhận thức.

1.1. Về mặt xã hội

Do sự giao tiếp, chia sẻ khó khăn giữa cha mẹ và trẻ điếc nên sự hướng dẫn, giáo dục của cha mẹ đối với trẻ bị hạn chế. Ngoài ra phần lớn cha mẹ có cảm giác căng thẳng, có tội với trẻ, hoặc mặc cảm. Bản thân trẻ cũng bị hạn chế trong các mối quan hệ xã hội. Do sự giao tiếp bằng lời khó khăn, trẻ có xu hướng phải tự chơi một mình hoặc khó chia sẻ, giao lưu với trẻ khác.

1.2. Phát triển về học vấn

Hầu hết trẻ điếc nặng bị chậm đi học. Một mặt do khó khăn về giao tiếp của trẻ với giáo viên và các bạn. Mặt khác, cơ sở trường lớp cũng không thuận tiện hoặc phù hợp với trẻ. Giáo viên ở các trường lớp bình thường thiếu kỹ năng dạy trẻ điếc. Trong các trường phổ thông không có chuyên gia ngôn ngữ hỗ trợ cho trẻ ngoài giờ học. Do vậy trẻ đi học muộn hơn, tiếp thu kém hơn trẻ khác. Ngoài ra, hệ thống trường học dành cho trẻ điếc ở bậc cao hơn (phổ thông cơ sở hoặc trung học) với giáo viên được đào tạo và các thiết bị hỗ trợ cần thiết không đầy đủ đã hạn chế việc học hành của các đối tượng này.

2. Sự khác nhau về phát triển giao tiếp của trẻ điếc có cha mẹ bình thường và cha mẹ điếc

Trẻ có cha hoặc mẹ điếc thường quan tâm nhiều đến việc đứa con của họ sinh ra có nghe được bình thường như những trẻ khác. Do mối quan tâm từ sớm này, trẻ nghe kém được phát hiện sớm hơn và các can thiệp cũng được bắt đầu sớm. Bên cạnh đó, việc chấp nhận tình trạng khiếm khuyết của đứa trẻ cũng dễ dàng hơn. Trẻ điếc có cha mẹ điếc cũng thuận lợi hơn trong quá trình chọn lựa, và học các kỹ năng giao tiếp.

Trong gia đình có cha hoặc mẹ điếc sẽ tạo ra một môi trường giao tiếp đặc biệt từ trước, ở đó các thành viên gia đình đã sử dụng các hình thức giao tiếp khác hỗ trợ cho giao tiếp bằng

hình thức nghe nói. Chẳng hạn, giao tiếp bằng ánh mắt, nét mặt, cử động đầu và thân thể hoặc đọc môi hay dùng dấu chữ cái ngón tay. Sự bù đắp này đặc biệt quan trọng đối với trẻ trong giai đoạn tiền ngôn ngữ.

Tuy nhiên, bên cạnh những thuận lợi đó, trẻ cũng ít cơ hội được nhận các kích thích âm thanh lời nói hơn. Việc học nói bập bẹ, học phát ra các âm thanh sẽ bị hạn chế. Ngoài ra, cũng có thể việc luyện nghe của trẻ cũng gặp khó khăn, nếu cả hai bố mẹ đều bị điếc câm.

3. Phát triển ngôn ngữ và lời nói cho trẻ điếc

3.1. Các kỹ thuật giao tiếp hỗ trợ trẻ điếc

Trong huấn luyện giao tiếp cho trẻ, trước hết cần cân nhắc khả năng nghe và học nói của trẻ, sau đó mới tính đến các hình thức giao tiếp hỗ trợ khác. Hầu hết mọi trường hợp, người ta có xu hướng phát huy tối ưu khả năng nghe còn lại của trẻ.

3.1.1. Phát huy khả năng nghe: Mục tiêu can thiệp về ngôn ngữ cho trẻ trước hết là làm cho trẻ “nhập cuộc” về mặt ngôn ngữ, và theo sau đó là phát triển kỹ năng nhận thức của chúng. Khiếm khuyết chính của trẻ là khả năng nghe giảm, do vậy cần thiết phải phát huy tối đa năng lực còn lại này. Với sự trợ giúp của máy trợ thính các loại hoặc điện cực ốc tai, nhiều trẻ điếc có thể khắc phục được những trở ngại về thính giác này. Các phương pháp nghe -nói:

- Phương pháp chú trọng vào luyện nghe:

Phát huy năng lực thính giác còn lại chính là nội dung của phương pháp nói này. Người ta nhấn mạnh đến việc luyện nghe là chủ yếu và gần như là biện pháp duy nhất. Những người ủng hộ phương pháp này cho rằng nếu dùng dấu hoặc các kỹ năng giao tiếp khác sẽ làm người điếc trông khác biệt so với những người bình thường. Đồng thời, nó hạn chế khả năng nghe và nói của trẻ điếc vì dùng dấu để giao tiếp là hình thức dễ dàng hơn. Cha mẹ trẻ là người bình thường hay có xu hướng

thích phương pháp huấn luyện nghe nói này. Tuy vậy, phương pháp này chỉ phù hợp với những trẻ điếc mà sức nghe còn lại tương đối khá.

- Phương pháp đọc theo nói

Một số chuyên gia có xu hướng ủng hộ kiểu giao tiếp đọc theo nói, nghĩa là trong khi nghe trẻ cần theo dõi những cử động của nét mặt và miệng của người đối thoại (trước kia gọi là đọc môi hoặc hình miệng).

- Nói cùng với dấu:

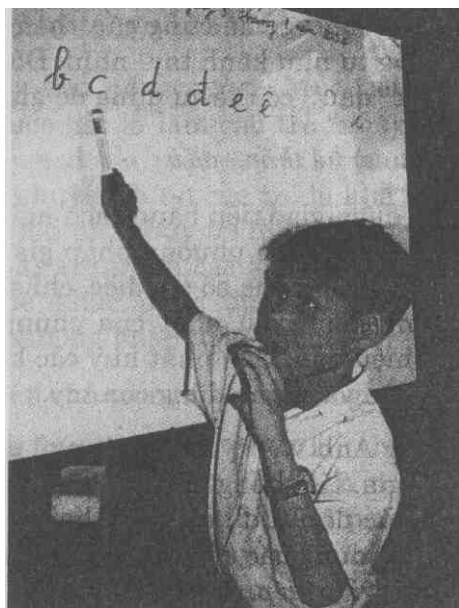
Một biện pháp cải thiện phương pháp luyện nghe là *nói cùng với dấu* (Cornett 1967). Nói cùng với dấu sử dụng một hệ thống các cử động của bàn tay gần sát mặt. Những cử động này nhằm phân biệt những nét khu biệt của âm vị, mà có thể khó nhận ra bằng cách đọc môi người đối thoại. (Ví dụ: màn và bàn). *Nói cùng với dấu* thường xuyên được sử dụng kết hợp với *đọc theo nói* giúp trẻ phát triển các mẫu nói của hoạt động ngôn ngữ. Bằng cách này có thể cung cấp thêm thông tin qua kênh nghe- nói tương tự như kênh tay- nhìn. Đó không phải hệ thống “cử chỉ” hoặc “dấu” có thể sử dụng để giao tiếp độc lập.

3.1.2. Ngôn ngữ dấu và hệ thống dấu

Bên cạnh các quan điểm giao tiếp bằng cách nghe nói, có nhiều chuyên gia cố gắng phát triển phương pháp giao tiếp bằng tay cho trẻ điếc. Họ cho rằng với đa số trẻ điếc, chỉ sử dụng phương pháp giao tiếp bằng kênh yếu nhất của chúng (nghe nói) là không đủ và chưa hiệu quả. Cần phát huy các khả năng sẵn có khác của trẻ như nhìn và các cử động của tay.

Ở các nước nói tiếng Anh và Mỹ, có ngôn ngữ dấu được chuẩn hoá ở quy mô quốc gia. Hệ thống dấu của một ngôn ngữ tồn tại hai loại hoặc hai mức độ. Ví dụ ở Mỹ có hai hệ thống dấu, *hệ thống dấu của Mỹ* là dùng các *cử chỉ, điệu bộ của bàn tay, nét mặt, dấu, cơ thể để giao tiếp*. Đây là ngôn ngữ tự nhiên của người điếc và những người xung quanh dùng để giao tiếp với nhau. Người nói bằng dấu tạo các phát ngôn có ngữ pháp (có

danh từ, động từ ...). Một hệ thống dấu khác (*Dấu chính xác tiếng Anh*) là sử dụng các cử động của ngón tay để mô tả từng từ đang được nói tới. Tốc độ và ngữ điệu nói được duy trì một cách bình thường nói. Hai hệ thống dấu này có ngữ pháp khác nhau vì vậy trẻ điếc ở Mỹ cần học cả hai hệ thống dấu như sử dụng song ngữ ngay từ lúc còn nhỏ. Tương tự như vậy, hiện nay ở Việt Nam, Khoa Tật học Trường Đại học Sư phạm Hà Nội I, Viện Khoa học Giáo dục và một số trung tâm chăm sóc, dạy trẻ điếc đã biên soạn bộ giáo trình dạy dấu tương đối chuẩn mực và đã được thống nhất sử dụng từ những năm 90. Hệ thống dấu tiếng Việt gồm hai loại: dấu mô tả các từ gồm danh từ, động từ ... để giao tiếp thông thường và hệ thống dấu chữ cái ngón tay dành cho trẻ đến trường. Dấu chữ cái ngón tay tiếng Việt được biên soạn dựa trên cơ sở hệ thống dấu chữ cái tiếng Anh có cải biên cho phù hợp với ngữ âm và thanh điệu tiếng Việt. Có cả tài liệu và bộ băng dấu kèm theo. (xem thêm phụ lục).



3.1.3. Giao tiếp tổng hợp

Một trong hai phương pháp tiếp cận đầu tiên có dùng các cử động của tay để giao tiếp là phương pháp giao tiếp tổng hợp. Phương pháp này phát triển mạnh từ những năm 1970. Quan điểm này dựa trên thực tế là hầu hết trẻ điếc nặng và điếc sâu khó có thể giao tiếp được ở mức độ cơ bản và tiếp thu được mức học vấn cần thiết.

Nguyên tắc chính của giao tiếp tổng hợp là động viên cha mẹ, giáo viên và trẻ sử dụng bất kỳ hình thức giao tiếp nào để giao tiếp được tốt nhất. Đó có thể là luyện nghe, dùng dấu và quan trọng nhất là học cách nói cùng với dấu. Nhờ cách giao tiếp đa kênh như vậy trẻ có cơ hội nhận được các kích thích tới trung tâm ngôn ngữ, lời nói. Nghe và nói chiếm phần quan trọng trong cách giao tiếp tổng hợp. Ngoài ra, dùng dấu cũng không thay thế được nghe nói một khi nghe nói được dùng hỗ trợ thường xuyên cho giao tiếp. Người ta tính được rằng có tới 90% trẻ điếc nặng và sâu ở Mỹ sử dụng phương pháp giao tiếp tổng hợp này.

3.2. Nguyên tắc dạy ngôn ngữ cho trẻ điếc

3.2.1. Từ dưới lên

Nguyên tắc dựa vào sự phát triển của cá thể, còn gọi là nguyên tắc phát triển tự nhiên. Trong đó quá trình phát triển của trẻ được kích thích nhờ đầu vào và sự trao đổi qua lại phong phú mà không có cấu trúc giai đoạn tương đối cứng nhắc như phương pháp trên xuống

3.2.2. Từ trên xuống

Nguyên tắc này đặc trưng bởi phương pháp chia mệnh lệnh, các chuỗi có cấu trúc phức tạp ra thành những phần nhỏ hơn và sắp xếp chúng theo một hệ thống ngày càng hoàn thiện hơn.

3.3. Nội dung huấn luyện

3.3.1. Huấn luyện nói

Phương pháp từ dưới lên được sử dụng phổ biến nhất, được Ling xây dựng từ năm 1976. Quá trình học các kỹ năng nói được dạy theo một chuỗi các giai đoạn từ lúc tạo âm thanh, tạo các cụm phụ âm, tới các âm tiết vô nghĩa, và có nghĩa. Phương pháp này tới nay vẫn tỏ ra có hiệu quả nhất so với các phương pháp khác.

Ví dụ hoạt động dạy phát âm (nói):

- Dạy trẻ điếc tạo các âm vị
- Tạo các âm tiết có âm vị đó
- Thực hành tích cực các âm tiết đó trong từ láy
- Tạo các âm tiết khác có chứa các âm vị đó

Một cách dạy nói khác cho trẻ theo kiểu từ trên xuống là phương pháp của Calvet và Silverman (1983). Dạy nói sớm cho trẻ là tạo cho trẻ một môi trường giao tiếp qua lại phong phú để kích thích hệ thống nhận thức của bản thân trẻ. Trong đó, dạy nói thông qua hội thoại có nghĩa phải gắn liền với nhu cầu của trẻ, không phải qua các âm tiết rời rạc, vô nghĩa.

Ví dụ hoạt động dạy:

Giáo viên giao tiếp với trẻ theo sự quan tâm và nhu cầu của chúng (xem tranh, nói chuyện, chơi...), trong đó trẻ nhận các tín hiệu cả bằng nghe và bằng nhìn. Các âm tiết hoặc các từ được nhặt ra từ các từ hoặc câu mà trẻ đang (hoặc định) sử dụng được dùng để tác động và dạy trẻ.

3.3.2. *Dạy ngôn ngữ*

Từ quan điểm từ dưới lên, phương pháp phát triển ngôn ngữ “chọn từ vào chỗ trống” của Fitzgerald Key được xây dựng từ năm 1929. Trẻ sẽ chọn các từ phù hợp về cấu trúc và ngữ pháp để xếp vào chỗ phù hợp theo thứ tự từ trái sang phải để tạo các câu đúng.

Ngày nay nhiều giáo viên cho rằng phương pháp từ trên xuống có hiệu quả hơn, tự nhiên hơn. Nó khuyến khích sự phát triển ngôn ngữ của trẻ trong những năm thụ đắc ngôn ngữ quan trọng đầu tiên. Phương pháp dạy từ dưới lên được dùng bổ sung thêm trong quá trình học ngôn ngữ của trẻ.

Ví dụ hoạt động dạy:

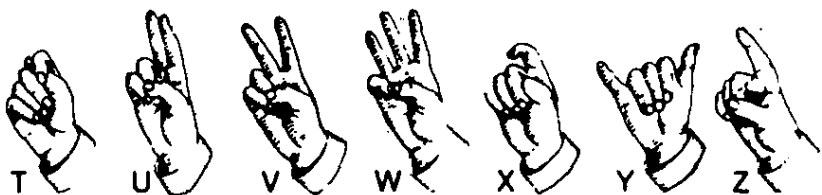
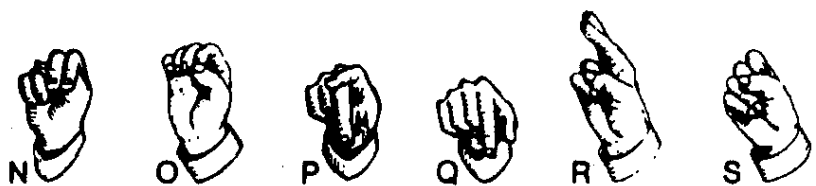
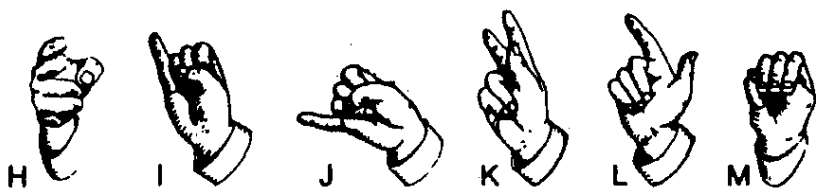
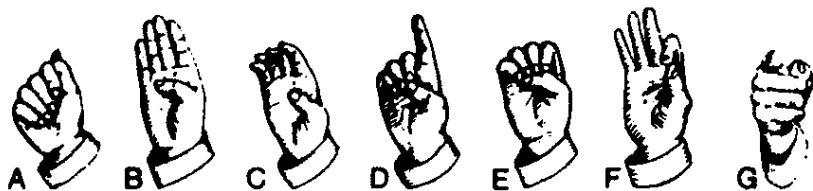
Giáo viên bắt đầu xây dựng vốn từ cho trẻ từ những từ gọi tên (danh từ) vật quen thuộc, từ hành động, từ nhân xưng.. ở mức câu là từ đơn

- Ghép từ đơn thành câu đơn giản: 2-3 từ
- Mở rộng vốn từ cho trẻ (thêm từ mô tả, từ chỉ địa điểm, chỉ cách thức hành động và các từ nối kết...)
- Tạo câu phức tạp hơn trên 3 từ

Điếc nặng và điếc sâu ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển trí tuệ, ngôn ngữ và học vấn của trẻ. Việc đánh giá và chọn lựa một phương pháp giao tiếp phù hợp là rất cần thiết. Việc phục hồi chức năng cho trẻ điếc cần dựa trên nguyên tắc phát triển kỹ năng giao tiếp tự nhiên của trẻ bình thường. Tùy theo trường hợp mà giáo viên và chuyên gia ngôn ngữ và cha mẹ cần dạy cho trẻ cách giao tiếp nghe nói, dùng tay hoặc giao tiếp tổng hợp.

Phụ lục chương 4

Bảng dấu chữ cái ngón tay. Ngoài ra còn có quyển sách mô tả các dấu và băng video giúp trẻ câm điếc học dấu.



Phần 3

Các bệnh lý về lời nói

Chương 5

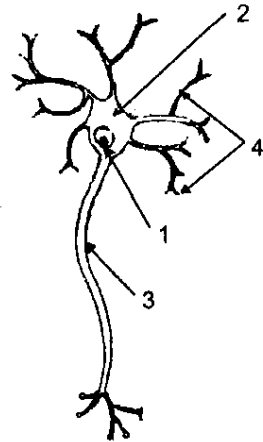
Giải phẫu và sinh lý của hoạt động lời nói

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, tuỷ 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.

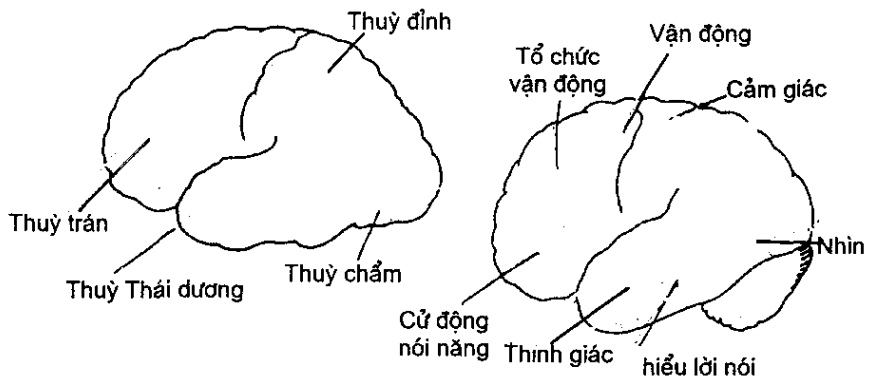
1. Hệ thần kinh trung ương

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

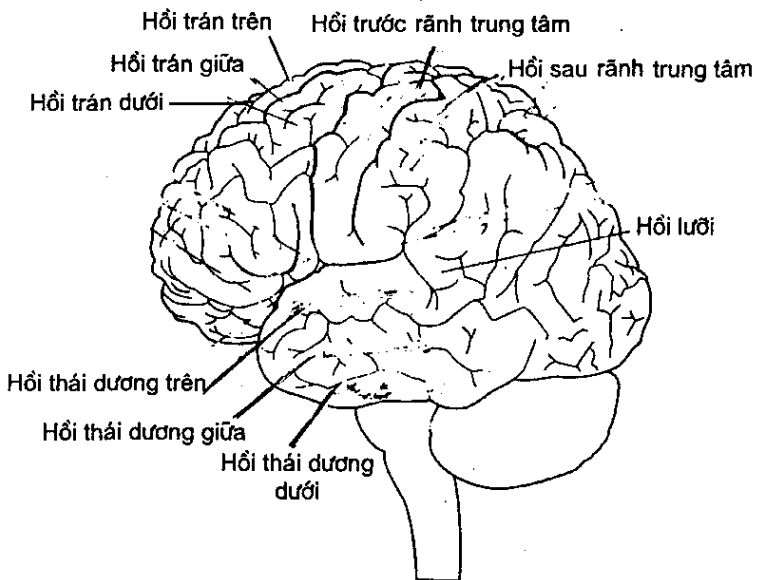
1.1. Vỏ não

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 gờ 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 hới chính của não

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

Bề mặt của bán cầu não được bao phủ bằng chất xám, là thân của tế bào thần kinh. Dưới vỏ não là chất trắng, được thành từ các sợi trục với bao myelin. Sâu ở đáy não có những đám thân tế bào thần kinh, tạo thành các nhân xám đáy não và đồi thị. Nhân xám đáy não có chức năng quan trọng trong kiểm soát vận động. Tổn 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.

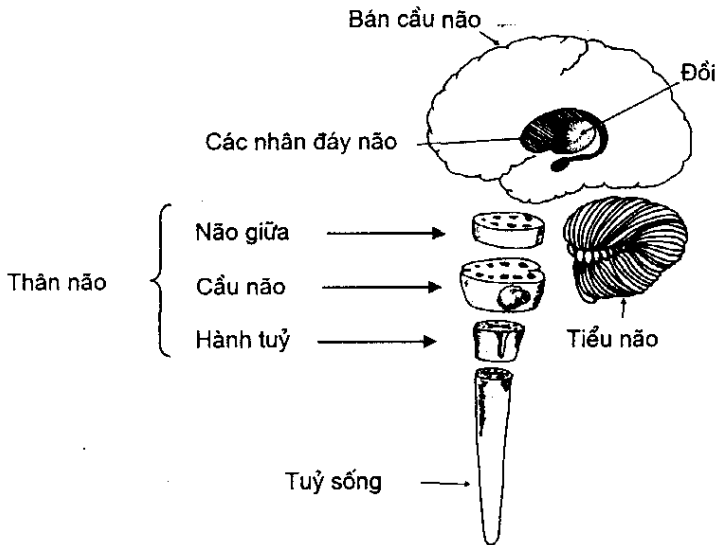
1.2. Thân não

Gồm các cấu trúc: não giữa, cầu não và hành tuỷ. Thân não là các đường dẫn truyền cảm giác xúc giác, nhiệt độ, đau, ép, và các cảm giác về 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- nhận 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.

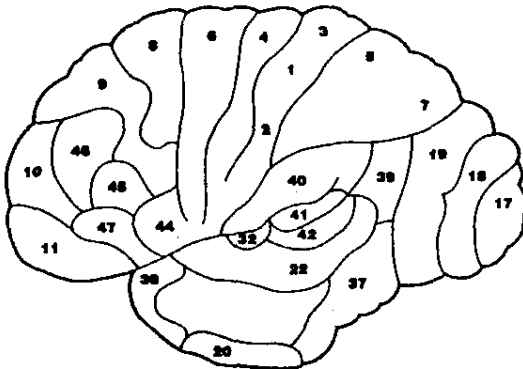
3. Định khu chức năng của vỏ não

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, hiểu 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 hồi 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 Brodmann 1,2,3,). Diện tích 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.

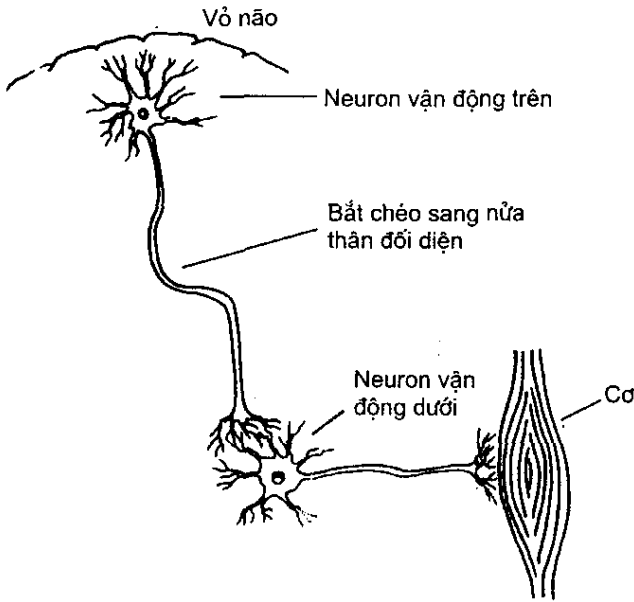
Vùng Wernicke (vùng 42) nằm ở phần sau của hồi thái dương trên, có vai trò quan trọng trong hiểu những âm thanh nghe thấy. Nó liên hệ với hồi trên viền và hồi góc, quan trọng trong giải mã ngôn ngữ. Còn một số vùng khác của thùy thái dương, quan trọng với việc đọc.

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. Bó 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. Bó tháp có hai neuron, neuron thứ nhất nằm ở vỏ não của hồi vận động. Các sợi trục tạo thành bó tháp đi trong não tới các dây sọ não hoặc các dây thần kinh sống. Ở hành tủy, 85% số sợi của bó tháp bắt chéo sang bên đối diện, chi phối vận động của nửa người bên đó. 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. Bó 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. Bó này chuyển các tín hiệu từ vỏ não tới các nhân xám đáy não. Vai

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

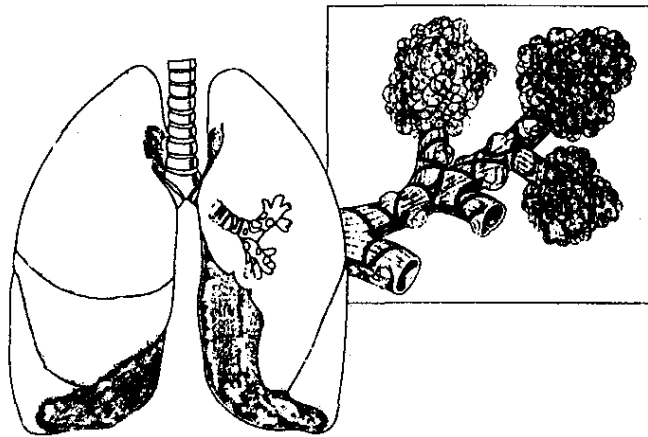
II. GIẢI PHẪU VÀ HOẠT ĐỘNG HÔ HẤP, SINH ÂM, CẤU ÂM, CỘNG HƯỞNG TRONG QUÁ TRÌNH NÓI

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, thân 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 nữa 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).

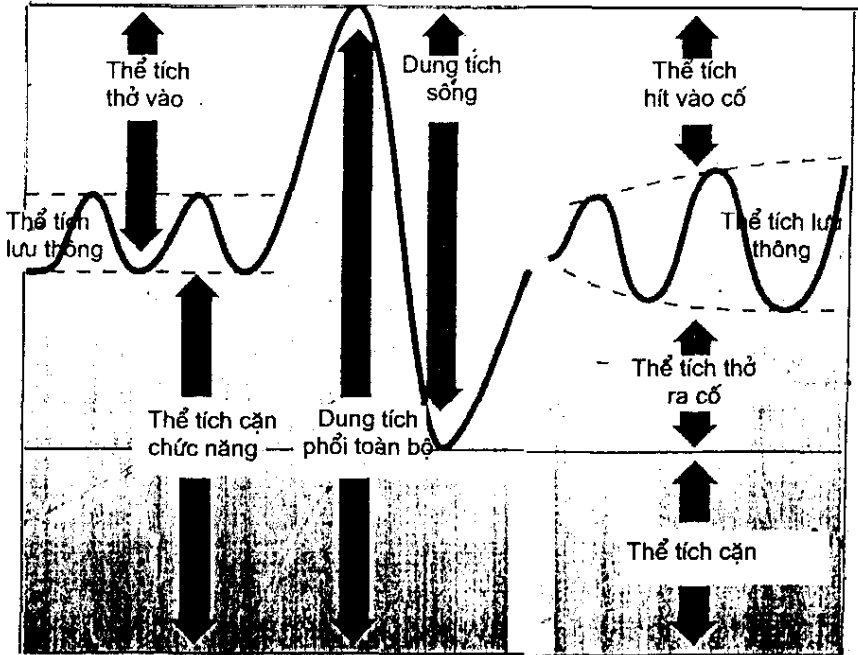
Khi các cơ thành ngực co làm thể tích lồng ngực tăng lên, áp lực khí trong phổi giảm khiến không khí bên ngoài được hít vào phổi (Thì hít vào).

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 cận và dung tích sống. Thể tích cận 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.

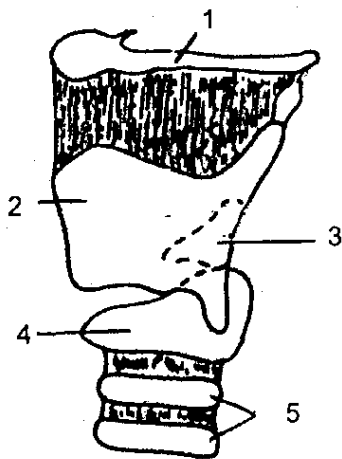
1.4. Ảnh hưởng của hoạt động nói tới hô hấp

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.

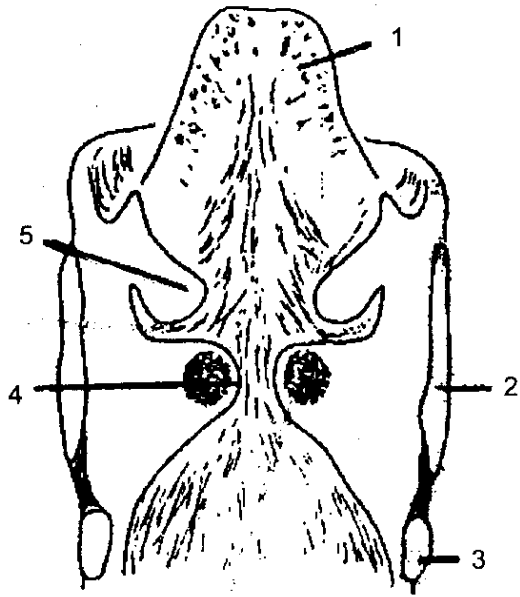
2. Cấu tạo và hoạt động sinh âm

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 nhẫn, 4-Dây thanh, 5- Nếp thanh thất

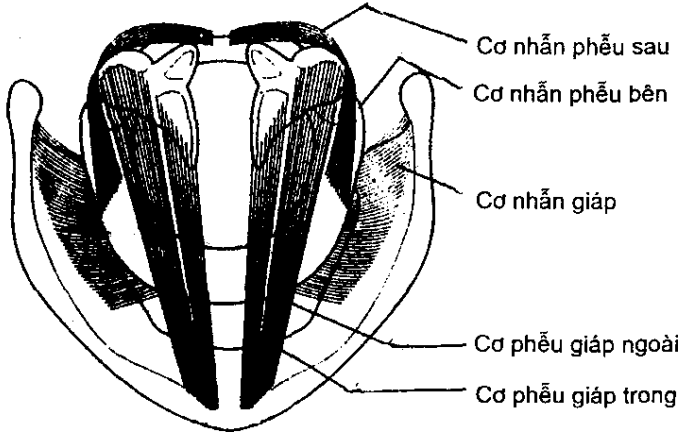
2.1. Cấu tạo thanh quản

2.1.1. Sụn thanh quản:

Các sụn của thanh quản gồm sụn nhẫn, sụn giáp và đôi sụn phễu và vài đôi sụn nhỏ khác. Sụn nhẫn có hình chiếc nhẫn nằm ở trên cùng của khí quản. Ở ngay phía trên và sau sụn nhẫn 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 nhẫn 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 bám tận 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 giáp: làm căng dây thanh
- Cơ nhãn phễu sau: làm mở dây thanh
- Cơ nhãn giáp: kéo dài và căng dây thanh
- Cơ liên phễu, cơ nhãn 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

Khi 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

tiên mở ở đáy dây thanh, sau lan dần ra phía trước tới đỉnh. Sau đó dây thanh lại đóng trở lại nhờ sự đàn hồi của chúng. Sự đóng mở có tính chu kỳ này hoàn toàn tự động tuân theo *hiệu ứng Bernulli*. Đó là hiện tượng áp lực khí giảm sẽ làm tăng lưu 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 càng căng 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 dành tạo các âm thanh ngôn ngữ.

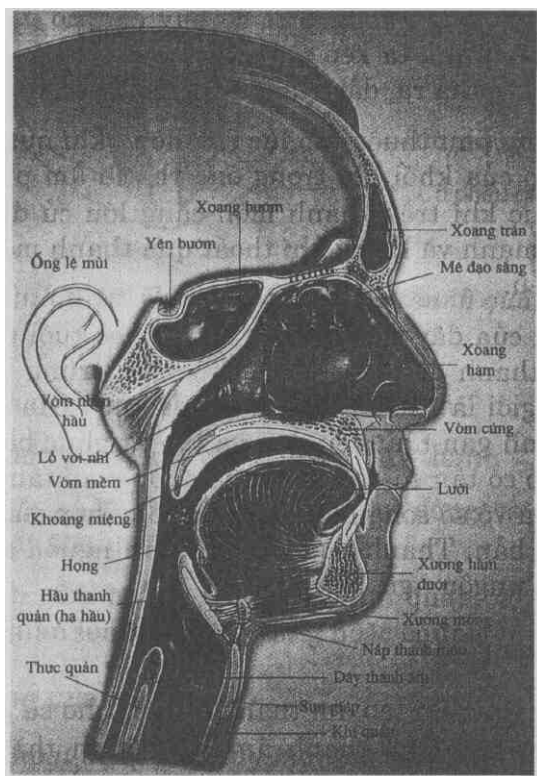
3. Cấu âm

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 răng, 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: /f/ và /v/. Cung răng có hình cung, góp phần tạo các âm /t/ và /d/, /s/ và /z/, /t/ và /n/, khi lưỡi tỳ vào phần này. Lưỡi tỳ vào vòm cứng để tạo các âm khác như /n/ và /c/, /S/ và /Z/, /T/, và /V/.
- Mặt có ý nghĩa quan trọng trong giao tiếp, một mặt nó giúp thể hiện các trạng thái cảm xúc khác nhau như: sung sướng, đau khổ, ngạc nhiên, nghi ngờ... Mặt khác, cơ mặt 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 /i/. Ngoài 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 lời 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 phân 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, thân 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. Tùy theo vị trí tạo âm ở đâu 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 xát, các âm quặt lưỡi, và âm bên. 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. Tới 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 lớn” 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 hê” thay vì nói “quả khê” 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 “táu tíc tái tótô tơ” (cháu thích cái ô tô cơ). Cũng có thể trường hợp người lớn đã có ngôn ngữ và lời nói bình thường, nhưng do chấn thương sọ não 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: nói 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 để 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 tri 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 thở kém, 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. Thăm 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 mốc phát triển của độ tuổi đó.

Trước khi đánh giá phát âm, cần khám xét cơ quan phát âm (gồm hô hấp, 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 khó khăn không. Yêu cầu trẻ nhắm mắt, há miệng, thổi hơi ra miệng, thè lưỡi... 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 kém, 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 dân cư vùng đó sử dụng.
- Các yếu tố chiết 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 dễ dàng ở

tuyển cộng đồng. Bộ từ thử 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 có bộ từ thử, bút
- Bộ tranh kèm theo

1.3.2. Cách thức tiến hành:

Tư thế ngồi đánh giá phát âm

Trẻ ngồi bên cạnh người thử, khi tranh được đưa ra, trẻ phải nói tên tranh 2 hoặc 3 lần. Người thử 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 thử.



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 (2)	Nhắc lại theo mẫu (3)
Bò	.	.
Phích	√	√
Voi	.	.
Tai	.	.
Đu đủ	t/t	.
Dao	t	.
Xúc xắc	h/h	.
Gà	.	.
Khỉ	h	.
.....		

Ví dụ nói theo câu mẫu:

“*tụ tà ti tợ tán tà*”: (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 dài bao nhiêu 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, thanh 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 à”
“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>h</u> oả”	→	“tàu <u>t</u> oả”
“ <u>x</u> e <u>đ</u> ạp”	→	“ <u>h</u> e <u>c</u> ạp”
“ <u>th</u> ìa”	→	“ <u>x</u> ìa”

- *Lấn phụ âm*: Trường hợp lấn phụ âm là khi âm đích được tạo ra không rõ ràng, hoặc là một âm lấn 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”	→	“xỏ”
	“khỉ”	→	“khỉ”

- *Âm bị yếu*: Là khi âm đích vẫn đứng 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 thì 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: “ ớ ớ ớ ấy ai ơ!”

(Cháu có cái máy bay cơ!)

Đối với trẻ này, nguyên âm duy nhất còn rõ là nguyên âm /ə/. Các nguyên âm khác được tạo đều mang nét nào đó của /ə/ 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 “tiếng”, 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 khi?” thành “con khị”

“Cái mũ” thành “cái mú”

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 thính lực 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 xoang, chụp cản 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:

May ≠ bay

ngan ≠ ngang

Cáo ≠ táo

Bàn ≠ bàng

Cày ≠ giày

khó ≠ khổi

Có thể dùng hình thức so cặp tranh – chữ đối với trẻ đã đi học, luân phiên chơi đố 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 6

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

Phụ âm đầu- vẫn			Phụ âm đầu- vẫn			Phụ âm cuối- Thanh điệu		
Từ thử	Lần 1	Lần 2	Từ thử	Lần 1	Lần 2	Từ thử	Lần 1	Lần 2
Bát			Mèo			Bàn		
Phích			Nón			Mỏm		
Voi			Ngựa			Răng		
Tai			Nhà			Kính		
Đu đủ			Chó			Ốc		
Su su			Hoa			Sách		
Dao			Lược			Mắt		
Khí			Rau			Cặp		
Gà			Thìa			Cửa		
Con cua						Mũi		

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

Chương 7

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

I. VAI TRÒ CỦA KHOANG MŨI VÀ VAN VÒM HẦU TRONG NÓI NĂNG. KHE HỖ MÔI VÀ VÒM MIỆNG

1. Vai trò của khoang mũi và van vòm hầu

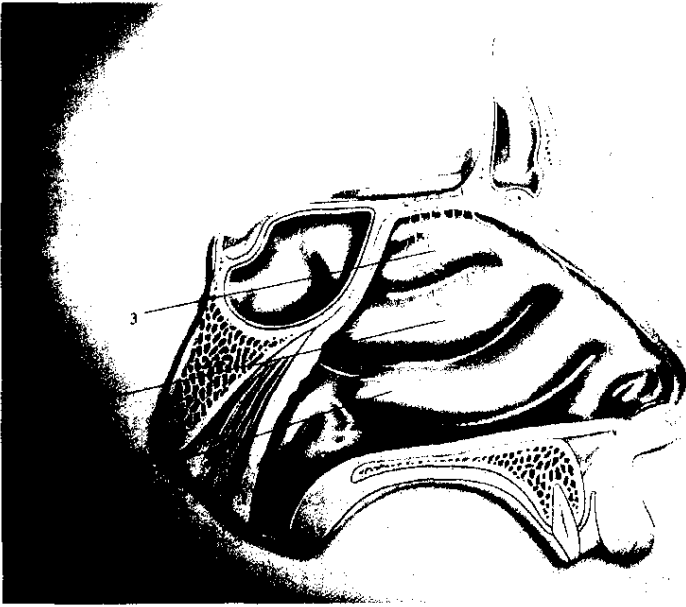
Như chương 5 đã trình bày, hoạt động nói được thực hiện ở ống thanh âm, gồm thanh quản, họng, miệng và các khoang mũi xoang. Ta cũng hình dung được vai trò của các cấu trúc trong khoang miệng, thanh quản trong khi nói. Ở đây ta hãy xem xét kỹ hơn vai trò của khoang mũi xoang và van vòm hầu.

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 mỗi cửa mũi trước có nhiều lông để ngăn bụi và các vật lạ. Sau đó, không khí đi qua vách ngăn và các cuốn mũi. Vách ngăn ở giữa, ngăn khoang mũi thành 2 phần. Mỗi bên vách ngăn có 3 cuốn để làm tăng diện tích tiếp xúc của niêm mạc mũi với không khí. Đó là cuốn dưới, cuốn giữa và cuốn 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, ð/ sẽ kém rõ, thậm chí còn biến thành các âm khác, chẳng hạn /n/ biến thành /d/. Ví dụ: nói “nấp” thành “đấp”. 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

lập 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

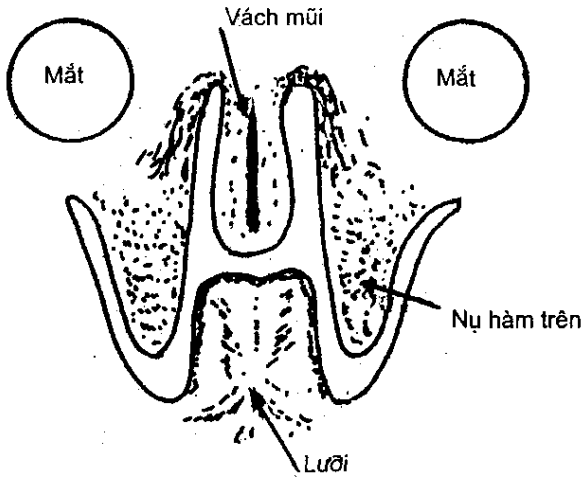
Khoang miệng phía trên được chắn bởi vòm miệng, gồm phần xương gọi là vòm cứng, và phần cơ gọi là vòm mềm. Vòm miệng ngăn cách khoang miệng với khoang mũi, và cả hai khoang này dẫn tới họng ở phía sau. Van vòm hầu là phần của họng, ngay sát cửa mũi sau. Phía trên được giới hạn bởi vòm mềm, ở hai bên 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, khí 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. Cũng 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 môm nguyên thuỷ chồi ra 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 mũi trong và nụ mũi ngoài, cách nhau bởi 1 rãnh gọi là rãnh khúu. Vào ngày thứ 40 - 50 thời kỳ bào thai (thai 10 cm), nụ mũi và nụ hàm trên gặp nhau làm thành môi và hàm (còn gọi là thời kỳ tạo hàm ếch sơ phát). Vào tuần 8 - 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 (buồm 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 ngậm 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



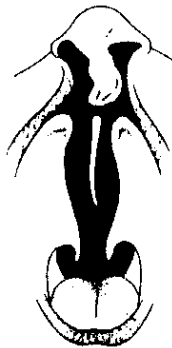
Khe hở vòm cứng



Khe hở vòm miệng toàn bộ



Khe hở môi 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. Chẩn đoán dựa vào hai trong ba dấu hiệu đặc trưng sau:

- Có vết hằn ở vòm cứng. Không nhìn thấy rõ bằng mắt nhưng có thể sờ được bằng ngón tay đi găng
- 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 tình cờ 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 bẩm 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 Meckel, Seckel, Werner, đột biến di truyền với tính lặn, 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 mút. 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, ống 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 58%. 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 điếc 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 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 nhất 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 mở sớm được, thấy thuốc có thể chỉ định các dụng cụ chỉnh hình hàm. Trường hợp thường gặp là vòm mềm quá ngắn hoặc hầu họng quá rộng. Người bị KHM &VM được đeo một máng bites, che bớt 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, máng bites 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 HỞ 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 tập 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 dò ở vòm miệng sau phẫu thuật, khi tạo các âm không phải là âm mũi, hoặc khí 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 - 6 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
- < 1 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. Mặt khác, áp lực ở khoang miệng giảm sẽ khiến các âm tắc miệng và âm sát 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 Sell 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 Cutcheon 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 sát...

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 [b] 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 xát* và dùng *âm tắc họng để thay cho âm tắc đứng đầu âm tiết*. Các dạng lỗi cấu âm của người bị ngọng 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 mũi, 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 thiếu năng vòm hầu. Thông thường cả hai điều kiện này phối hợp với nhau: sự gắng sức của dây thanh để khắc phục sự tăng 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
- Co thắt thanh môn.

Những trường hợp nói khàn, giọng đứt khi khám 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 15giây. Khi có thay đổi về giọng như giọng yếu, giọng gãy, giọng thì thầm, khàn... có thể phát hiện được. Chẳng hạn, các đối tượng này chỉ tạo âm “i” rất ngắn, khoảng 5-7 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 trong 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 co kéo, kèm theo teo nhỏ) hoặc giảm chức năng của vòm mềm.

Thiếu năng vòm hầu có thể bẩm sinh hay mắc phải. Ngoài khe hở vòm miệng, TNVH bẩm sinh còn do hầu 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 chứng 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 thần 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 ngọng, 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 bất thường ở đầu- mặt- cổ:* Có thể có các khối u, máu 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, mí mắt môi chặt 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 thanh dịch do bán 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 bán 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, thầy thuốc 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 thầy 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 thử. 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 dấu da” hoặc “Bé Bi 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 kém vang không, cần cho đối tượng nói câu chứa nhiều âm mũi, chẳng hạn “Minh muốn mặc màn ngủ”. 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 hở. 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 cấu âm, các âm thử 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 có khái niệm chung về mức độ nói năng của trẻ.

4. Đối tượng có thể huấn luyện phát âm

Sau mổ vá 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 cấu 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, nhiều 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 giảm bớt khí thoát mũi và giọng mũi hở
- 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 hở:

- 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 mẩu 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 mẩu 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 khi giảm bớt độ rung của cánh mũi.

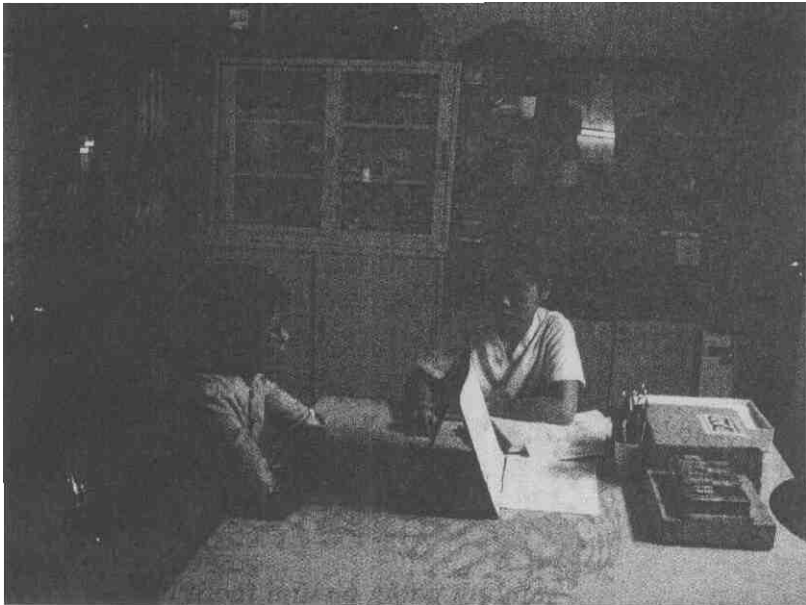


Hình 7.6. Kẹp 2 cánh mũi để giảm khí thoát mũi khi nói

- *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 đi 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 lỗi
- **Các bước sửa âm:** Sửa lỗi cấu 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 đó 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 có âm “ph” với các nguyên âm, có thể luyện cho trẻ nói các từ đơn có chứa âm “ph”, chẳng hạn : “phà, phai, phát, phập, phun...”. Nên bắt đầu với các âm tiết mở, rồi các âm tiết nửa mở như “phai, phảy...” 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 khó. 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 “lát phát, 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 phơ...*”. 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 mới sửa dở dang 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 thân 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 thân kinh trung ương không tiến triển, do các nguyên nhân trước, trong và sau khi sinh, với những hậu quả biến thiên: 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 úng 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

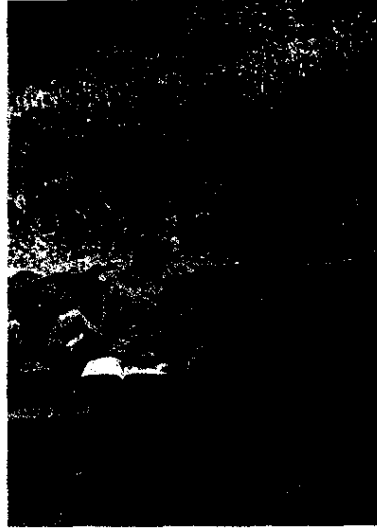
1.2. Các dấu hiệu nhận biết bại não

- Trẻ đẻ ra không khóc ngay
- Bị ngạt tím, ngạt trắng
- Mềm nhẽo, hoặc cứng đờ, khó bế ẵm
- Ăn uống, bú mút kém
- Phát triển chậm hơn so với trẻ cùng độ tuổi
- Khó 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 trường lực cơ

- Thể cơ cứng:
 - Trường lực cơ luôn tăng:
 - + Hai chân duỗi chéo
 - + Tay cơ cứng, gập khuỷu, hoặc duỗi, xoay trong vai
 - + Cổ uốn mạnh hoặc rủ xuống
 - + Bàn chân thường
 - 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 múa vờn
 - Trường lực cơ lúc tăng lúc giảm
 - Kiểm soát đầu cổ kém
 - Vận động không tự chủ toàn thân
 - Liệt tứ chi: lúc cứng đờ, lúc mềm nhẽo
 - Mồm há liên tục, chảy nhiều dãi
 - Có thể điếc ở tần số cao
- Thể thất điều:
 - Trường lực cơ luôn giảm, nhẽo
 - Rối loạn thăng bằng
 - Dáng đi như say rượu



Hình 8.1. Giao tiếp mặt 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 co 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 luồng 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 thở ngắt quãng và khàn giọng khi dây thanh căng 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 thở 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 “d”, âm “ph” hay âm “v”...

2.3. Cấu âm

Người bị bại não thường bị các lỗi trầm trọng về cấu âm (ngọng). Hàm dưới có thể bị hạ xuống, miệng luôn há, khiến môi khó tròn, chia 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 hở 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 kém, 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 nhiều nhất khi tạo các âm sát và âm bên. Các âm tắc 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 quặt 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 khó khăn về vận động trẻ khó tiếp cận và khám phá môi trường xung quanh. Bên 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

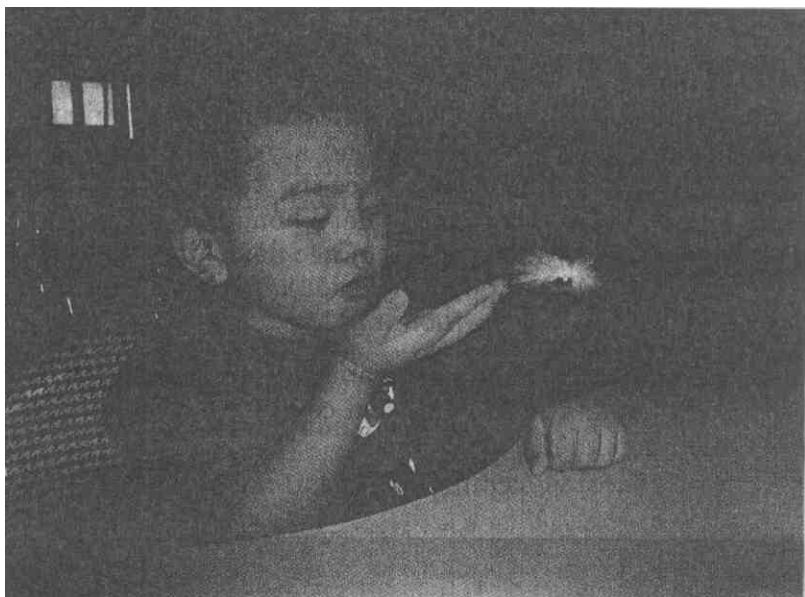
Mục đích thăm khám nhằm xác định xem cơ quan phát âm có nguyên vẹn và hoạt động bình thường không. Đích cuối cùng của việc thăm khám là đánh giá mức độ dễ hiểu của lời nói. Đây là chỉ số đo độ nặng của nói khó, giúp theo dõi tiến triển của bệnh và hiệu quả điều trị.

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 nhỏ 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 thổi 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 bù 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...a” hoặc “mi i i ...i”
- Yêu cầu người bệnh kéo dài phần nguyên âm của một phát ngôn, chẳng hạn “ngày mai nó o o...ọ 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

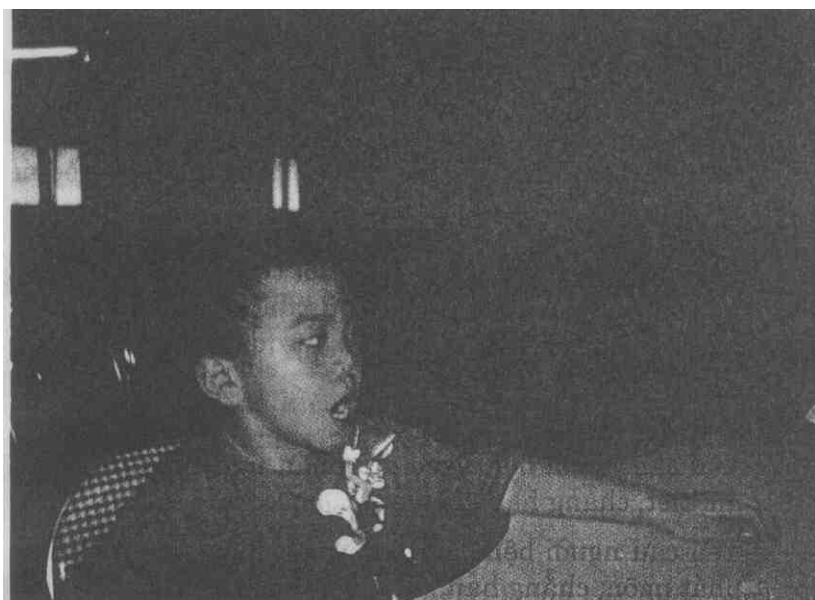
Những thử nghiệm trên giúp đánh giá xem giọng có khàn, có bị chói, hỗn hên hoặc run rẩy hay không.

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...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:
 - + Thè 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 : “b”
- 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. Bộ câu để 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 lạnh vào da trẻ sẽ khiến trẻ thở vào sâu vài 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 dễ dàng 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, mím môi, há miệng-ngậm miệng... Biến những hoạt động này thành trò chơi, hàng ngày thực hiện với trẻ. Có thể bơi 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 mím 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: “ma ma, ta ta, xa xa....”

Thêm các thanh điệu và tạo các âm tiết phức tạp hơn như “bai 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 giao 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.

Tuỳ 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 tên một số trường hợp gây nói khó như:

- Liệt hành tuỷ, nhược cơ: Nói hỏn hển, hít vào thành tiếng, giọng mũi hở.
- 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. Tùy 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 kém 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:

- Lấp 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)
- Nghỉ sai chỗ (quyển [nghỉ] sách của tôi ở đây)
- Nói tránh chỗ lấp (quyển sách của tôi, mà tôi vừa mượn, ở đây)
- Chúng nói nghẽn: Nói nghẽn là một khoảng im lặng vài giây. Khi ấy, người nói kim 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 “con 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 hài 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 *lập bập*. 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. Chúng 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 xoá bỏ, khoả lấp 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 thậm chí, vỗ tay, giậm chân... Tới một khi, các hành vi thứ phát còn đáng thu hút 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 tiết 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 nghiên cứu 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 chi phối 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 tái 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 lại cố 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 chê 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 họ 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 linh 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 lảng tránh
- 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 hoá
- 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 trắc nghiệm được biên soạn sẵn. Các trắc nghiệm này gồm mục 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 4-5 phút. Lấy khoảng 50 phát ngôn, tính số lượng từ của những phát 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 bảng gợi 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. Đây gọi là loại bền vững. Thường có tới 50-70% những từ bị lặp đã bị lặp ở lần đọc trước.

Một người nói lặp khi đọc đi đọc lại một đoạn văn có xu hướng giảm dần nói lặp. 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, thầy thuốc cần kiểm tra khả năng nghe xem có giới hạn bình thường không. Kiểm tra cả cấu tạo và chức năng của vùng 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 lặp và hạn chế kết quả điều trị.

Cần xây dựng biểu mẫu đánh giá nói lặp 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 lặp có thể giải quyết được. Có thể do hầu hết những trường hợp này là trẻ em, và chúng mắc chứng nói lặp 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 lặp gồm: những biện pháp thay đổi nói lặp, 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:

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

Giai đoạn	Mục tiêu	Biện pháp ban đầu
Động cơ	Chuẩn bị cho bệnh nhân về cảm xúc và tinh thần cho những bước sau	<ol style="list-style-type: none"> 1. BN dạy thầy thuốc nói lắp 2. Trao đổi với BN những tình cảm bên trong 3. Giải thích nội dung khoá điều trị
Nhận dạng	Giúp BN hiểu chính xác họ mắc lỗi như thế nào và họ cảm thấy gì khi nói lắp	<ol style="list-style-type: none"> 1. BN mô tả chi tiết sự nói lắp của họ 2. BN quan sát phản ứng của người nghe
Làm trợ	Giảm sự sợ hãi, thất vọng, ngưng nghịu của BN về chứng nói lắp của họ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kéo dài thời điểm nói lắp 2. Giả nói lắp trước công chúng
Biến đổi	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 mới làm giảm nói lắp	<ol style="list-style-type: none"> 1. Xoá bỏ nói lắp 2. Ra khỏi tình huống 3. Chuẩn bị cấu âm
Ổn định	Giúp BN tự trở thành thầy thuốc của bản thân họ	<ol style="list-style-type: none"> 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

Van Riper cho rằng thái 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 mốc 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 *xoá bỏ* nói lắp. Khi đã kiểm soát được nói lắp họ được yêu cầu làm thanh thảo đầu óc, tránh nhắc lại, kéo dài hoặc nghẽn. 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, thở thư giãn, 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 nữa 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

cố 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 thế nào vào thời điểm 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 khản và âm thanh không dễ chịu). Một người bị rối loạn giọng khi 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 phân 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 căng thường rung nhanh hơn là buông lỏng. Sự rung của dây thanh với cường độ cao tạo ra các âm vực cao. Dây thanh căng 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 gắn gũi với nhau. Dây thanh thô thông 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 nói 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 khoẻ 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 dáng và kích cỡ của khoang miệng cũng thay đổi theo. Độ cộng hưởng thay đổi theo hình dáng và kích cỡ của khoang cộng hưởng. Việc tạo các âm trong khoang miệng làm thay đổi hình dáng 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 có 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 bịt. Giọng mũi bịt là do quá ít cộng hưởng mũi giành cho các âm mũi. Khi bạn bị

cảm thì 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: hụt hơi, khàn giọng, khản giọng, các vấn đề về âm vực và âm lượng.

3.1. Giọng khàn

Giọng nghe không dễ chịu, âm thanh gồ gề. 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. Hụt hơi

Hai dây thanh vẫn chuyển động sát vào nhau nhưng chúng khép không chặt làm 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. Khản giọng

Khản giọng là sự kết hợp của khàn và hụt hơi. Khản giọng là một dấu hiệu nghiêm trọng về thanh quản. Giọng khản là kết quả của 2 dây thanh rung không đều. Âm vực của giọng khản 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 ho mạnh 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 tạo lại giọng mà không có dây thanh. Có 3 cách có thể dùng để tạo lại âm thanh: Giọng nhân tạo (dùng máy trợ giúp tạo nên độ rung để phát tiếng), giọng thực quản, 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 từ từ. 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 có 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 nói 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, hét, ho...)
- Các vấn đề về nuốt
- Các vấn đề về tâm lý
- Các vấn đề khác

2. Kiểm tra thanh quản

- Khô 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)
 - Khoẻ
 - Yếu
 - Đứt quãng

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, hiểu 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 khiếm 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 kém lưu loát, giảm độ dài phát ngôn, không có ngữ pháp, rối loạn nhịp điệu. Hiểu lời nói tương đối bình thường
Wernicke	Vùng Wernicke bên trái phía sau thái dương trên	Nghe hiểu kém, thể hiện bằng lời nói lưu loát kèm theo nói nhịu. Đọc và viết thường bị khiếm khuyết nặng
Dẫn truyền	Hồi trên viền, sâu tới dải hình cung	Không nhắc lại được liên quan đến nghe hiểu và nói lưu loát. Định danh vòng vo, nhiều lỗi nói nhịu

Quên từ	Đỉnh dưới/ thái dương dưới	Tim từ khó khăn trong khi nói lưu loát và nghe hiểu tương đối bình thường.
Liên vỏ giác quan	Đỉnh/Vùng Wernicke nguyên vẹn	Nghe hiểu bị khiếm khuyết nặng, đọc bị lặp lại quá nhiều. Nói lưu loát nhưng bị nhịu và sáng tạo từ. Định danh bị khiếm khuyết nặng.
Liên vỏ vận động	Thùy trán trên, vùng Broca nguyên vẹn	Nói tự nhiên và viết khó khăn. Nhắc lại và nghe hiểu bình thường
Toàn bộ	Vùng rộng, từ thùy trán tới thái dương	Gọi tên, nhắc lại, nghe hiểu bị khiếm khuyết nặng. Nói kém lưu loát thậm chí chỉ vài biệt ngữ hoặc vài từ.

1.1. Thất ngôn Broca

b
 70 anh đ
 g
 i
 m
 h
 u
 v
 Cây
 Tên Lâm Hoa
 11/10/1950
 h. a. 50

Vương H khác là ngay
 7 15 12 199 1896
 đ ba anh con
 khá anh 0 tên mong 50
 khá khá mức má
 khá

Hình 10.1. Chữ viết của các bệnh nhân bị thất ngôn Broca

Tổn thương vùng Broca ở dưới và sau thùy trán gây nên thể thất ngôn đặc trưng về kém 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 bình thường. Tuy nhiên lời nói đó chứa nhiều lỗi nhệ lời nói (thay một âm của từ) hoặc nhệ 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 nhệ 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 não ở đó tạo ra lời nói.

Người bệnh không nhại lại được nhưng nói lưu loát, hay kèm theo nói nhệ 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. Lời nói của họ thường bị thiếu 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 thái dương- đỉnh.

1.5. Thất ngôn liên vỏ giác quan

Khi những cấu trúc nối kết các vùng ngôn ngữ như vùng Wernicke, dải hình 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 bình thường của họ: họ nhắc 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 năng 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, nhịp điệu 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 thất 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. Đánh 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-á-c-h”. Cuối cùng, não bạn lập chương trình để điều khiển cử động nói từ đó ra.

Khó 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, cặp...”

Đó là các trường hợp *nói nhịu* 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 nhịu bằng lời* (sách- bút cặp). *Nói nhịu 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, sách...). 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 vòng vo*.

- Khó 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 mất thực dụng lời nói.

2.2. Đánh giá tính 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 phát ngôn là khi lời nói được phát ra một cách ngập ngừng, 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 phát ngôn do tổn thương phía trước hoặc sau của bán cầu não. Thầy thuốc thường lắng nghe kiểu mẫu bất thường về nhịp điệu, tốc độ, sự dễ dàng khi phát âm, và ngữ điệu nói khi giao 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 nhớ 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 nhại lại (Lặp lại)

Nhại 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 nhại lại. Nhưng tổn thương đường dẫn truyền chính (dải hình cung) giữa hai vùng thường làm nhại 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 kèm 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

- Thể thất 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 nói 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 mớm, 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, uh đang...”. Thấy thuốc có thể mớm 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 mớm cả câu “anh này đangng...”. 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.... Họ 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:

PHIẾU 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 khoẻ 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 HIỂU

1. Nhận biết từ:

Số điểm: 172

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" 2 đ	>5" 1 đ					<5" 2 đ	>5" 1 đ		
	Ghế									
Chìa khoá						Hút thuốc lá				
Lông						Chạy				
Võng						Ngủ				
Xương rồng						Ngã				
Găng tay						Nhỏ giọt				
Chữ cái										
L						Xanh lơ				
H						Nâu				
R						Đỏ				
T						Hồng				
S						Xám				
G						Tím				
Khối										
Tròn						7				
Xoắn						42				
Vuông						700				
T/ góc						1936				
Chóp						15				
Sao						7000				

2. Nhận biết các bộ phận cơ thể: Số điểm: /20

	Đúng		Sai		Đúng		Sai		Đúng	Sai
	<5"	>5"			<5"	>5"				
	1đ	1/2đ			1đ	1/2đ				
Tai				Cổ tay				Tai phải		
Mũi				Ngón cái				Vai trái		
Vai				Đùi				Gối trái		
Mắt cá chân				Cằm				Mắt cá Chân F		
Lông mi				Khuỷu tay				Cổ tay phải		
Đầu gối				Môi				Ngón cái trái		
Ngực				Lông mày				Khuỷu phải		
Cổ				Má				Má trái		
Ngón giữa				Ngón trỏ				8 đúng 6-7 đúng	2điểm 1điểm	

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

Nắm tay thành nắm đấm

Chỉ lên trần nhà, sau đó chỉ xuống sàn

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

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

Đặt đồng hồ sang phía bên kia của bút chì, và lật úp quân 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 BẰNG LỜI

1. Cử động miệng:

Cử động	Số lần / 5"			Số lần / 5"	
	2 điểm	1 điểm		2 điểm	1 điểm
Mím môi, rồi thả	8	4-7	Mama, mama..	8	4-7
Há - ngậm miệng	10	6-9	Tí-tách, tí tách	10	6-9
Quắp 2 môi lại, thả ra	8	4-7	Ba tư, ba tư...	8	4-7
Lưỡi sang 2 bên mép	8	4-7	Thênh thang...	8	4-7
Thè lưỡi ra- thụt lại	8	4-7	Đồng không mông quạnh..	6	4-7
Lưỡi chạm răng trên- dưới	7	3-6	Cái cò cái vạc..	6	3-6
			Bắt bà xâu kim..	6	
Số điểm	/ 12		Số điểm	/12	

2. Nói chuỗi tự động

Số điểm: /4điểm

1 đ	2 đ
Đếm tới 21: 8 liên tiếp	Tất cả
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	Tất cả
A b c d đ e g h i k l m n o p 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	Trường nghĩa	Đồng âm	Khác
Yên					
Chào					
Hoa					
Bảng					
Tím					
l					
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 tốt tươi					
Thành phố sắp vào xuân					
Tàu sắp vào ga					
Ôtô qua phà					

4. Đọc từ đơn:

Số điểm: / 30

B.th	Thay thế	Biến dạng	Không		<3" - 3đ	3-10"-2đ	10-30"-1đ	Kh biết-O	Kiểu mới	Thay âm vị	Trường nghĩa	Khác
				Ghế tựa								
				Vòng tròn								
				Võng								
				Tam giác								
				Năm mươi								
				Màu tím								
				Bảy trăm hai mươi								
				Nhỏ giọt								
				Màu nâu								
				Hút thuốc								

5. Định danh bằng cách trả lời

Số điểm: /30

B.th	Thay thế	Biến dạng	Không	Câu hỏi	<3" - 3đ	3-10"-2đ	10-30"-1đ	Kh biết-O	Kiểu mới	Thay âm vị	Trường nghĩa	Khác
				Ta xem giờ bằng gì?								
				Cạo râu bằng gì?								
				Ông làm gì với xà phòng?								
				Ông cắt giấy bằng gì?								
				Lá cây có màu gì?								
				Châm bếp bằng gì?								
				Một tá có bao nhiêu?								
				Than màu gì?								
				Là quần áo bằng gì?								
				Ông mua thuốc ở đâu								

6. Định danh hình vẽ:

Số điểm: / 105

B. th	Thay hế	Biến dạng	Không	Các hình vẽ	<3" - 3đ	3-10" -2đ	10-30" -1đ	Kh biết-O	Kiểu mới	Thay âm vị	Trương nghĩa	Khác
				Ghế								
				Chìa khoá								
				Lông								
				Võng								
				Xương rồng								
				Găng tay								
				L								
				H								
				R								
				T								
				S								
				'G								
				Vuông								
				T/ giác								
				Chạy								
				Uống								
				Hút thuốc lá								
				Ngủ								
				Ngã								
				Nhỏ giọt								
				Xanh lơ								
				Nâu								
				Đỏ								
				Hồng								

			Xám								
			Tím								
			7								
			42								
			700								
			1936								
			15								
			7000								
			Tai								
			Khuỷu tay								
			Vai								

C. HIỂU NGÔN NGỮ VIẾT:

Số điểm: / 10

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

Trên _____

Chó _____

G _____

B _____

H _____

Ai _____

Đang _____

T _____

Xanh _____

K _____

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

Số điểm: / 8

Tàu thủy _____ Cún con _____

Cầu _____ Mưa phùn _____

Sách _____ Trống rỗng _____

Với _____ Bóc 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-Ý-U _____

C-Ô G-Á-I _____

NĂ-M M-U-Ơ-I _____

C-O-L-H _____

CO-N C-H-Ó _____

So cặp tranh- chữ:

Số điểm: / 10

Ghế tựa _____

Màu tím _____

Vòng tròn _____

Bảy trăm hai mươi _____

Cái võng _____

Nhỏ giọt _____

Tam giác _____

Màu nâu _____

Năm mươi _____

Hút thuốc _____

4. Viết :

+ Viết tự do về bản thân

+ Viết chính tả

Bài để bệnh nhân đọc và viết chính tả:

CƯỜNG BẠO ĐẠI VƯƠNG ĐÁNH THẦN SÉT

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

Cường bạo nhảy xổ ra, cầm gậy vụt lấy vụt để. Thần lồm cồm bò dậy, bay vút lên trời, bỏ quên cả búa. Cường bạo nhặt lấy búa làm 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 rỗi và việc làm.

2. Nguyên nhân của CPTTT

- Do di truyền và các yếu tố gen (Hội chứng Down, Hội chứng Nhiễm sắc thể X...).
- Rối loạn chuyển hoá.
- Các yếu tố trước khi sinh: mẹ bị sởi, nhiễm rubella, ngộ độc chì, thuỷ 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 iod, ngộ độc chì, phơi nhiễm các chất độc hoá học, các vấn đề về nội tiết và chuyển hoá...

- Các bất thường của sọ: mất 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....

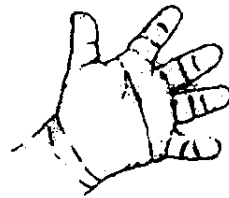
Trẻ CPTTT dù ở mức độ nào cũng đều cần phải phục hồi chức năng để cải thiện các kỹ năng mà trẻ bị thiếu hụt.

• 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 thấp rõ ngăn giữa gáy và cổ, phần da ở phía gáy bị chùng.
- Khoảng 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.
- Chân có vết 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tự kiểm soát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tự chăm sóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sự an toàn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sinh hoạt hàng ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Học vấn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kỹ năng xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thời gian rỗi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cộng đồng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Việc làm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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, cục 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 chậm hơn các bạn khác.
- Không có khả năng kiểm soát được các hành động của mình.

7. Phục hồi chức năng trẻ CPTTT

Khi trẻ được chẩn đoán là CPTTT 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 CPTTT

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.

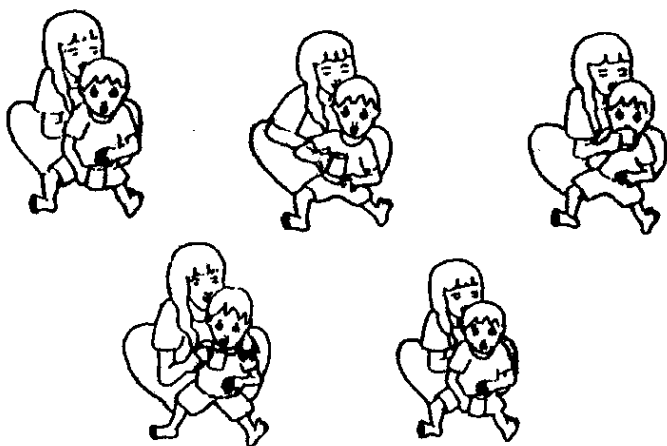
7.1.2. Phần thưởng:

- Luôn động 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.



Nhắc áo lên



Khuyến khích trẻ rút được 1 tay ra khỏi áo



Khuyến khích trẻ rút được tay kia ra khỏi áo



Phản 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.



Cắm áo lên



Chui đầu qua 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 bước 5 được 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 I, Chương 3).

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

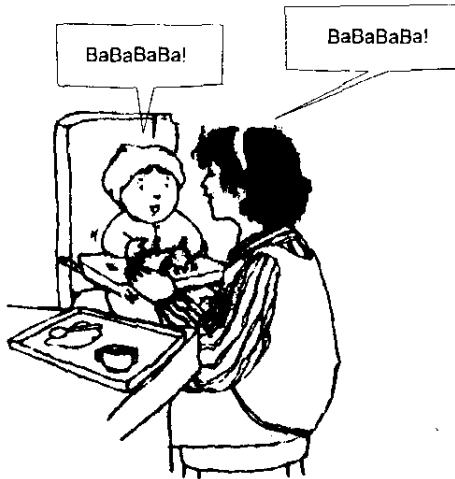
- Hỏi các câu hỏi nhiều lần để trẻ có thể làm quen, sau đó trẻ sẽ học cách hỏi các câu hỏi.





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 CPTTT, 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 mới học nên 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 3).
- 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 5, chương 3, Phần 1).
- Trẻ CPTTT 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, câu 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:

- Dạy 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.
- Sự 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 chăm sóc, chúng ta cần chú ý:
 - + 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...
 - + 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.

7.7. 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 ngừng các hành vi lại nếu trẻ không được đáp ứng.

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

- Lờ đi 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.

7.8. 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.

- Chuẩn 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.

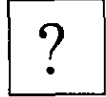
PHỤ LỤC CHƯƠNG 12

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

Thông tin

Phần A

TỪ 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:

- Lấy:
- 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 qui tắc hàng ngày là gì

7. Môi trường gia đình

Mô tả môi trường, chỗ ngồi, đồ chơi, các qui 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

? 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. Nhận biết được âm thanh. Để phân tán	Trẻ sẽ chia sẻ sự tập trung với bạn, 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 đợi một dấu hiệu Trẻ hiểu tính chất nhân quả	Tập trung vào sự chỉ dẫn của người lớn. Làm việc trong nhóm Tập trung vào một nhiệm vụ và có thể lắng nghe được những hướng dẫn
Bắt chước và lán lượt	Cười và chuyển động khi nói chuyện Quay về phía có tiếng động Biểu lộ tình cảm Đáp ứng Cha mẹ đợi trẻ phản hồi	Làm lán lượt trong các hoạt động và người bắt đầu là trẻ. Nhắc lại những âm thanh của người khác. Chuyển động và yêu cầu nữa khi bạn dừng trò chơi	Làm lán lượt sử dụng đồ vật. Lặp lại hành động của người lớn. Trước tiên trẻ cần được người lớn giới thiệu về trò chơi. Bắt chước từ. Lán 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 lán lượt trong nhóm. Lán lượt trong hội thoại. Thêm thông tin/từ mới
Chơi	Hầu hết là sử dụng tay và mắt +tiếp xúc bằng mắt. Với đồ vật Trẻ cử động để đáp ứng. Thích thú với các trò chơi có tính xã hội, vận động cơ thể	Cho và nhận đồ vật. Thích đập tay mình vào tay người khác. Với. Lắc, đập, khám phá đồ vật. Nhìn khi đồ vật biến mất. Đứng + đứng đưa	Thích các trò chơi lặp lại, ví dụ: chơi với sỏi hoặc các bài hát. Đẩy, làm rơi, ném đồ vật. Chơi với 2 đồ vật (cho sỏi vào hộp, đập 2 vật vào nhau. Chơi giả vờ 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, xuyên vòng... Đá + ném bóng. Bắt chước công việc nhà, cho búp bê đi ngủ	Chơi các trò chơi có luật. Tham gia chơi nhóm. Làm tốt một số hoạt động như: xếp hình, ghép hình. Nhảy cò. Nắm được quả bóng to. Dùng các câu truyện từ đồ chơi. Giả vờ mặc quần áo cho búp bê

<p>Cử chỉ và tranh ảnh</p>	<p>Biết khóc, thể hiện nét mặt. Vội, dùng mắt để thể hiện sự vui thích. Vận động theo phần xa</p>	<p>Giơ tay khi muốn được bế. Nhìn vật trẻ muốn. Chỉ theo vật</p>	<p>Nhắc lại các hoạt động + cử chỉ Yêu cầu đồ vật bằng cách nhìn vào đồ vật, người lớn rời lại nhìn đồ vật. Nhận biết được các bức tranh Vẫy tạm biệt, cảm ơn, xin và từ chối</p>	<p>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 và có thể chỉ vào những bức tranh được nêu tên</p>	<p>Vẽ 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</p>
<p>Kỹ năng xã hội và sử dụng ngôn ngữ</p>	<p>Trẻ đáp ứng với người lớn bằng cách nhìn mặt và quay theo tiếng động</p>	<p>Trẻ muốn và thu hút sự chú ý. Cần yêu cầu nhắc lại trò chơi xã hội, yêu cầu vật và thức ăn. Khám phá môi trường, hoạt động thể hiện cảm giác</p>	<p>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 thế?"</p>	<p>Trẻ nhận 2-3 lượt trong hội thoại. Đưa ra cho người lớn các thông tin, trả lời câu hỏi về cái trẻ nhìn thấy. Lời cuốn mọi người cùng chơi nhưng vẫn thích đối thoại một mình. Dùng ngôn ngữ để mô tả và lập kế hoạch việc xảy ra tiếp theo</p>	<p>Trẻ có thể sử dụng giao tiếp cho tất cả các lý do. Hỏi các câu hỏi tại 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.</p>

III. ĐÁNH GIÁ CÁC KỸ NĂNG NGÔN NGỮ

Tên.....

Ngày.....

Hướng dẫn:

- Có thể làm được
 Tỉnh thoảng có thể làm được
 Không thể làm được

Mức độ hiểu ngôn ngữ		Diễn đạt ngôn ngữ	
1. Hiểu ngữ cảnh	.....	1. Phát ra những âm thanh ban đầu	.....
2. Hiểu tên người Theo dõi mọi người nói chuyện	.....	2. Nói những từ có tính xã hội Gọi bố, mẹ	.....
3. Chỉ được một số bộ phận cơ thể	.....	3. Làm các tiếng động của con vật/ô tô	.....
4. Hiểu tên 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. a. Hiểu các từ hoạt động b. Chỉ ra các đồ vật khi bạn nói về cách sử dụng của chúng	..... .....	6. a. Nói các từ hành động b. Những vật này để làm gì	..........
7. Hiểu câu có hai từ a. Đặt hai đồ vật vào với nhau b. Tên và hành động	.....	7. Nói hai từ cùng nhau a. Tên và từ ban đầu b. 2 danh từ (tên) c. Tên và hành động d. Hoạt động và danh từ	....................
8. Hiểu những từ mô từ a. To/nhỏ	.....	8. a. Nói các từ mô từ	.....

<p>b. Dài/ngắn c. Những cái này của ai d. Màu sắc</p>		<p>b. Nói các từ chỉ vị trí c. Nói các đại từ d. Nói các từ để hỏi</p>	<p>.....</p>
<p>9. Hiểu một câu có 3 từ a. Nhớ lại 3 đồ vật b. Nơi để các đồ vật c. Số lượng d. Các câu hỏi Ai, cái gì, ở đâu.</p>	<p>.....</p>	<p>9. Nói 3 từ cùng nhau</p>	<p>.....</p>
<p>10. Hiểu các câu khó + từ diễn tả a. Giữa, bên cạnh, sau, trước b. Thì quá khứ và tương lai c. Các từ khác</p>	<p>.....</p>	<p>10. a. Nói các câu dài, thử kể 1 câu truyện. Sử dụng các từ diễn tả đúng: b. Số nhiều, số lượng c. Sở hữu cách d. Tân ngữ gián tiếp, từ yêu cầu e. Thì quá khứ f. Thì quá khứ và hiện tại tiếp diễn</p>	<p>.....</p>

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 bé 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 bảng 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, hỏi liên 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

đề 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

nhiễm trùng, thiếu hormon... 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. Môi 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 bắt 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 (vặn 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 (2 - 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 bướng bỉnh, là những trẻ có thể giao tiếp luân 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 (thường xuyên 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 tự 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 móc, 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 nào 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 dừng 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

biểu hiện 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 hiểu 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 nghèo nàn 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 chuyện đùa, chơi chữ.

Kém trong các trò chơi sáng tạo và tưởng tượng. Trẻ chỉ dùng các đồ vật để cầm, nắm bóp 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 thôi 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 chấn thương: đập đầu, cắn tay

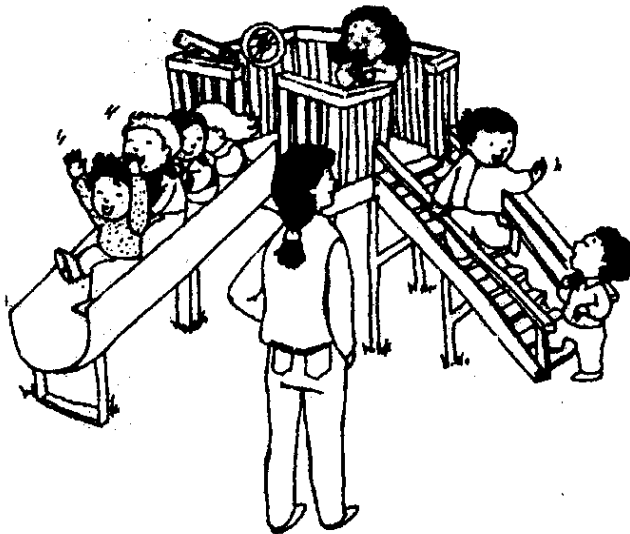
- Thể hiện sự thông minh vượt trội trong một số lĩnh vực: số học, khả năng nhớ các con số và khả năng tính toán nhanh.

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.

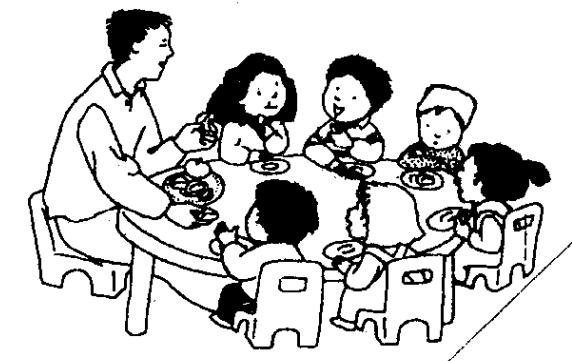


- Tăng cường giao tiếp tự phát, hạn chế trẻ nhắc lại như cái máy. Làm quen với các câu hỏi và các câu trả lời.

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

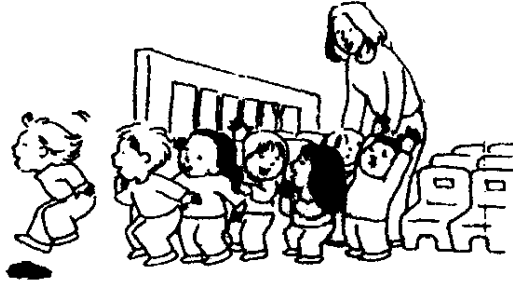


- Tạo môi trường giao tiếp thoải mái, phù hợp.
- Khi có thể hãy giảm dần các sự trợ giúp để trẻ có thể tự làm.
- Sử dụng các kỹ năng giao tiếp với trẻ có khó khăn về giao tiếp để phát triển giao tiếp cho trẻ (tham khảo mục 6.1, 6.2, 6.3, phần VI, chương 12).



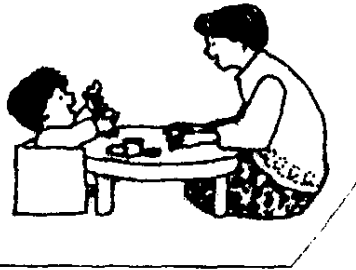
7.2. Can thiệp hành vi

- Thiết lập một chương trình làm mất hẳn hoặc làm giảm các hành vi.
- Cách giải quyết các vấn đề hành vi của trẻ (tham khảo mục 6.5, 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.

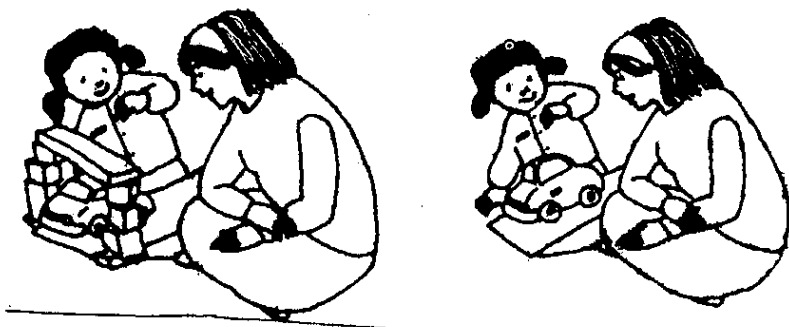
7.3 Điều trị bằng âm nhạc

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.



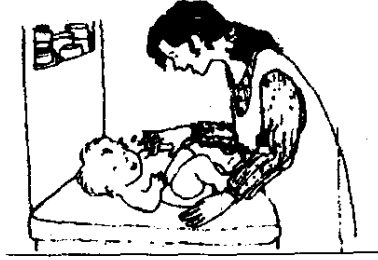
7.4. Kết hợp với các trò chơi

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, mùi vị.... sẽ làm tăng sự đáp ứng của trẻ, tăng độ 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 Thư (1984). *Những biến thể và phương thức tạo phụ 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 Cao Cương (1990). *Thử tìm một tiếp cận động cho âm vị học tiếng Việt* (tạp chí Ngôn ngữ và đời sống xã hội văn hoá).
4. Lê Văn Lợi (1997). *Các bệnh về giọng nói lời nói và 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 Liên (2000). *Giãn yếu tai mũi họng*. NXB Y học.
8. Nguyễn Thiện Giáp, Đoàn Thiện Thuật, Nguyễn Minh Thuyết (2003). *Dẫn luận ngôn ngữ*. NXB Giáo dục (Tái bản lần thứ 8).
9. Phạm Kim, Đoàn Thiện Thuật, Nguyễn Thị Liên. (1973). *Ý nghĩa ứng dụng của một trình tự dễ đến khó về ngữ âm tiếng Việt trong điều trị thanh học*. (tạp chí Tai Mũi Họng)
10. Phạm Thị Cơi (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 Phục hồi chức năng lời nói cho người bị khe hở môi – vòm miệng sau phẫu thuật* (Luận án tiến sĩ y học)

2. Tài liệu nước ngoài

1. Alice Kahn (2000). *Craniofacial Anomalies*. Thomas Learning.
2. Ann W. Kummer. (2001). *Cleft palate and Craniofacial Anomalies*. Thomson Learning, Inc.

3. Anthony Seikel J., Douglas King W., David Drumright G. (1997). *Anatomy and Physiology*. Singular Publishing Group, Inc.
4. Ayala Manolson (1992). *It takes two to talk*. The Hanen Centre Publication.
5. Charlotte Lynch, Julia Cooper (1991). *Early Communication Skill*. Winslow Press.
6. Christine Miles, Harry Toren. *Giáo dục đặc biệt cho học sinh chậm phát triển tinh thần* (Bản dịch)
7. Dennis C. Tanner (1997). *Handbook for the Speech Language Pathology Assistant*. Academic Communication Associates.
8. Elaine Weitzman (1992). *Learning Language and Loving it*. The Hanen Centre.
9. Eugene T. McDonald (1987). *Treating Cerebral Palsy*. PRO – ED.
10. Franklin H. Silverman (1980). *Communication for the Speechless*. Prentice – Hall. Inc.
11. Gillian Clezy, Stephanie Stokes, Tara Whitehill, Ann Zubrick. (1996). *Communication Disorders*. Hong Kong University Press.
12. Hegde M.N (1998). *On Language Disorders in Children*. Singular Publishing Group Inc.
13. Hegde M. N (1998). *Treatment Procedures in Communicative Disorders*. PRO – ED (Third Edition).
14. Hegde, M. N (1995). *Introduction to Communicative Disorder*. Pro – ed (Second Edition)
15. Karen J. Golding – 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 Publishing.

18. Kenneth R. Bzoch (1997). *Communicative Disorders*. PRO-ED, Inc.
19. Kenneth Wilson D. (1972). *Voice Problem of Children*. Williams & Wilkins (Third Edition).
20. Lynn Kern Koegel, Claire LaZebnik (2004). *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, Vee L. (1975). *Handbook for Speech Therapy*. Word making productions, LTD.
24. Micheal A. Crazy (1993). *Developmental Motor Speech Disorders*. Singular Publishing Group, Inc.
25. Nancy Helm – Estabrooks, Martin L. Albert (1991) *Manual of Aphasia Therapy*. PRO – ED.
26. Rex J. Prater, Roger W. Swift (1984). *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. Rosenbek (1984). *Apraxia of Speech in 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 Guitar (1991). *Stuttering*. Baltimore: William & Wilkins.
31. Winterton T. (1996). *Giao tiếp với trẻ em*. Tổ chức Hỗ trợ phát triển CRS. (Bản dịch)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH ÂM NGŨ TRỊ LIỆU

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: DS. LÊ THỊ MINH NGUYỆT
Sửa bản in: LÊ THỊ MINH NGUYỆT
Trình bày bìa: CHU HÙNG
Chế bản vi tính: TRẦN HẢI YẾN – NGUYỄN THỊ AN

MS $\frac{61 - 610.3}{\text{YH} - 2004}$ 97 - 2004

**IN THEO ĐƠN
ĐẶT HÀNG**

In 1030 cuốn khổ 15x22cm tại xưởng in Khoa học và Công nghệ
Giấy phép xuất bản số: 379-97/XB-QLXB 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.

Cùng 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 Ngôn ngữ học tại Trường Đại học Tổng hợp Hà Nội năm 1999.

Lĩnh vực chuyên môn: Ngôn ngữ học ứng dụng.

Chuyên ngành Âm ngữ trị liệu.

Công tác tại Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Bạch Mai.

