

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NGÔN NGỮ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôn ngữ là hệ thống biểu tượng để tích trữ và trao đổi thông tin.
- Ngôn ngữ diễn đạt liên quan đến khả năng phát ra những biểu tượng qua thị giác (viết, ra dấu) hoặc thính giác (lời nói).
- Ngôn ngữ tiếp nhận liên quan đến khả năng giải mã (VD: biết ý nghĩa) lời nói của người khác bằng kỹ năng thị giác (hiểu điều được đọc hoặc ra dấu) hoặc thính giác (hiểu qua lắng nghe).
- Lời nói liên quan đến khía cạnh cơ học của việc phát âm.
- Rối loạn ngôn ngữ liên quan đến khiếm khuyết trong khả năng giải mã thông tin qua ý nghĩa biểu tượng.
- Rối loạn lời nói liên quan đến khiếm khuyết phát âm.
- Đây là một rối loạn phát triển thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm khoảng 10% trẻ trước tuổi đi học.

2. SỰ PHÁT TRIỂN NGÔN NGỮ BÌNH THƯỜNG

2.1. Tiền ngôn ngữ (chào đời đến 12 tháng tuổi)

- Khi mới chào đời, trẻ khóc để biểu lộ sự khó chịu sinh lý (đói, khát, ướt tã,...) đồng thời bày tỏ cảm giác (giận dữ, không kiên nhẫn, đau đớn, thỏa mãn, thích thú)
- Từ 1 tháng tuổi: bi bô và bé phát âm để đáp lại những kích thích.
- Từ 6-8 tháng tuổi: trẻ nhại lời, nghĩa là lặp lại lời nói của mẹ, bắt đầu bập bẹ bababa.

2.2. Ngôn ngữ tuổi nhỏ

- 12 tháng tuổi: nói được 5-10 từ, bắt đầu từ “ba”, “mẹ”. Trẻ bắt đầu chỉ đồ vật trẻ yêu cầu bằng ngón tay trỏ.
- Từ 14 tháng tuổi, trẻ đạt được sự chú ý liên kết: vừa chỉ đồ vật trẻ quan tâm, vừa nhìn người chăm sóc trẻ.
- Từ 18 tháng tuổi: Nói được cụm 2 từ như “đi ba”, “ngủ bé”. Bé bắt đầu hiểu từ “không” và có thể chống đối.
- 2 tuổi: vốn từ có được khoảng 200 từ với ngôn ngữ hiểu trước ngôn ngữ nói.
- Cha mẹ cần nói chuyện với bé để bé được “tắm trong ngôn ngữ”

2.3. Ngôn ngữ

Trẻ bắt đầu nói thành câu từ 3 tuổi với chủ ngữ “con” hoặc tự xưng tên bé. Ngôn ngữ gia tăng về số lượng (1500 từ) và chất lượng. Nếu có sự tương tác và kích thích với người khác thì trẻ sẽ mau tiến bộ về ngôn ngữ hiểu và nói. Giữa 4 và 5 tuổi, trẻ có thể giao tiếp với người khác bằng ngôn ngữ tương đối chuẩn về văn phạm và từ vựng.

3. RỐI LOẠN NGÔN NGỮ

3.1. Rối loạn phát âm

- Trẻ có thể nói ngọng đến 5 tuổi, đặc biệt ở trẻ bị dị tật sứt môi và hở hàm ếch.
- Trẻ cũng có thể nói ngọng hay nói đót trong bối cảnh chống đối hay thoái lui, khi trẻ mới có em nên muốn nhỏ hơn để được mẹ tiếp tục chăm sóc như một trẻ sơ sinh.

3.2. Chậm nói đơn thuần

- Trẻ chậm nói đơn thuần khi không kèm theo chậm phát triển tâm thần, điếc nặng hoặc bệnh loạn tâm (như tự kỷ). Trẻ nói cụm 2 từ sau 3 tuổi, không biết dùng đúng thứ tự trong câu nói, lỗi văn phạm, không biết dùng chủ ngữ, động từ, ít khi chậm nói đơn thuần kéo dài quá 5 tuổi nếu trẻ được kích thích ngôn ngữ.

Nguyên nhân chậm nói đơn thuần có thể do:

- Não kém phát triển (như trẻ sinh non).
- Thiếu kích thích về số lượng và chất lượng ngôn ngữ vì môi trường xã hội – kinh tế không thuận lợi (xem truyền hình nhiều giờ trong ngày)
- Thiếu quân bình tâm lý tình cảm.
- Chất lượng quan hệ tình cảm không tốt (thiếu tình thương, thiếu tương tác mẹ - con, mẹ nói ít vì trầm cảm,...)

Giai đoạn 3-5 tuổi là thời gian quan trọng để giúp trẻ tập nói. Cần cho trẻ tập âm ngữ và tâm vận động để trẻ có khái niệm về không gian – thời gian và về sơ đồ cơ thể.

3.3. Loạn ngôn ngữ nặng

Đây là trường hợp trẻ chậm hiểu và chậm nói kéo dài quá 6 tuổi. Lúc 3 tuổi có khoảng 3-8% trẻ (2/3 trai và 1/3 gái) có rối loạn ngôn ngữ. Từ 6 tuổi trở lên có 1-2% trẻ có rối loạn ngôn ngữ đơn thuần, không kèm theo chậm phát triển tâm thần. Trẻ có thể giao tiếp bình thường qua ánh mắt, cử chỉ, điệu bộ. Tuy nhiên, trẻ có thể có những khó khăn tình cảm kèm theo: dễ cảm xúc, thay đổi tình cảm, giận dữ và loạn dùng động tác.

Các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết là: đo thính lực, MRI để phát hiện những bất thường về não, điện não đồ (hội chứng Landau-Kleffner gồm loạn ngôn ngữ nặng kèm theo động kinh ở trẻ từ 3-5 tuổi).

Trẻ cần được can thiệp sớm về âm ngữ.

3.4. Vụng đọc – vụng viết chính tả

Theo một số tác giả, có khoảng 5-15% trẻ có khó đọc và viết từ 7 tuổi trở lên. Những khó khăn này kèm theo chậm nói, rối loạn tri giác năng phải trái, rối loạn tổ chức không gian – thời gian.

Yếu tố gây bệnh:

- Yếu tố di truyền.

- Sinh ngạt, sinh non, hồi sức sơ sinh đưa đến sự kém phát triển não.
- Rối loạn cảm nhận (thị giác)
- Quân bình tâm lý tình cảm.
- Môi trường xã hội – văn hóa.
- Trí thông minh
- Cách giáo dục.

3.5. Bệnh lý đặc biệt

a. Nói lắp (cà lăm)

- Thường gặp ở 1% trẻ (trai gấp 3-4 lần gái). Nói lắp có thể kèm theo nhãn mặt, tic, cử chỉ đa dạng của mặt, bàn tay, chi dưới, biểu lộ cảm xúc (đỏ mặt, khó chịu, mồ hôi tay) ở trẻ 3-5 tuổi. Ở trẻ vị thành niên, nói lắp có thể xảy ra sau một sang chấn tình cảm. Trẻ cũng có thể nói lắp khi bị căng thẳng thần kinh (trước cha mẹ, thầy cô hoặc người lạ). Trẻ nói lắp thường sống trong môi trường đặc biệt: mẹ lo âu và quá bảo bọc hoặc xa cách và lạnh lùng, mẹ thiếu an toàn và không thoải mái.

- Cần điều trị âm ngữ càng sớm càng tốt giữa 5-7 tuổi. Sau 10 tuổi, việc điều trị sẽ khó khăn hơn và kết quả không khả quan.

b. Câm nín

- Câm nín hoàn toàn sau một cú sốc tình cảm ở trẻ vị thành niên một cách thoáng qua, sau đó có thể nói thì thầm và nói lắp tạm thời.

- Câm nín chọn lọc kéo dài: có thể trong hoặc ngoài gia đình lúc 6-7 tuổi, có thể kéo dài nhiều năm kèm theo: ức chế vận động, chống đối, tiểu đêm,... Ở trường, trẻ có thể câm nín nhưng vẫn tiếp tục viết (chính tả, làm toán) và học được.

- Về tâm bệnh học: câm nín có thể là biểu hiện của hysteric, loạn tâm, bí mật gia đình (con vô thừa nhận, bệnh điên, tử vong,...)

- Điều trị tâm lý cá thể trong những rối nhiễu sang chấn.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Những dấu hiệu cảnh báo các vấn đề ngôn ngữ

- Không bập bẹ, không chỉ bằng ngón trỏ hoặc làm điệu bộ lúc 10-12 tháng tuổi.

- Không hiểu lệnh đơn giản lúc 18 tháng tuổi
- Không dùng từ nào lúc 18-21 tháng tuổi
- Không kết hợp từ lúc 24 tháng tuổi
- Lời nói khó hiểu đối với phụ huynh lúc 24-36 tháng tuổi.
- Lời nói khó hiểu với người khác lúc 36-48 tháng tuổi
- Trẻ tránh tình huống nói chuyện
- Nói lắp mặc dù không bị căng thẳng.

- Thoái lui ngôn ngữ hoặc kỹ năng xã hội ở bất kỳ tuổi nào.

4.2. Chẩn đoán

a. Đánh giá tâm lý

Việc đánh giá tâm lý nhằm xác định khả năng nhận thức không lời để xác định trẻ có bị chậm phát triển trí tuệ và các hành vi xã hội của trẻ để xác định rối loạn tự kỷ. Ngoài ra cần đánh giá các rối loạn cảm xúc như lo âu, trầm cảm, rối loạn khí sắc, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, khó khăn học tập và tăng động – kém chú ý.

b. Đánh giá âm ngữ

Việc đánh giá âm ngữ bao gồm ngôn ngữ cảm nhận và ngôn ngữ diễn đạt, đánh giá những cấu trúc thể chất như chức năng miệng, hô hấp và chất lượng giọng nói.

c. Đánh giá thính lực

Việc đánh giá thính lực là tìm hiểu khả năng nghe của trẻ.

d. Đánh giá y khoa

- Tìm hiểu lịch sử gia đình về chậm nói hoặc khó khăn học tập, có thể gợi ý yếu tố di truyền của rối loạn ngôn ngữ. Lịch sử thai kỳ có thể cho thấy những yếu tố nguy cơ của những bất thường phát triển bào thai, như đa ối hoặc thai cử động yếu. Rối loạn ngôn ngữ cũng có thể xảy ra ở trẻ có cân nặng lúc sinh thấp, có triệu chứng viêm não sơ sinh hoặc có khó khăn trong việc ăn bằng miệng. Lịch sử phát triển tập trung vào các mốc phát triển ngôn ngữ.

- Khám lâm sàng bao gồm cân nặng, chiều cao, vòng đầu, tìm những bất thường trong cơ thể, sút môi, hở hàm ếch. Sự tăng hoặc giảm trương lực cơ cũng có thể ảnh hưởng đến việc kiểm soát thần kinh cơ của lời nói.

e. Xét nghiệm

Không cần xét nghiệm đối với chậm nói đơn thuần. Khi chậm nói là một phần của rối loạn nhận thức hay thể chất thì nên lượng giá di truyền, MRI não và điện não đồ nếu có chỉ định lâm sàng.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

Chậm nói đơn thuần cần được phân biệt với:

- Chậm phát triển tâm thần: bao gồm kém khả năng nhận thức và hành vi thích ứng. Nếu trẻ có chậm phát triển tâm thần, thì trẻ có số điểm thấp về cả hai lĩnh vực có lời và không lời, trong khi trẻ chậm nói có số điểm không lời trong giới hạn bình thường.

- Rối loạn tự kỷ: trẻ chậm nói quan tâm đến tương tác xã hội trong khi trẻ tự kỷ ít quan tâm xã hội hơn. Trẻ chậm nói có thể có bốn hành vi không lời then chốt mà trẻ tự kỷ không có: chú ý liên kết, chơi giả bộ, trao đổi tình cảm và bắt chước.

5. ĐIỀU TRỊ

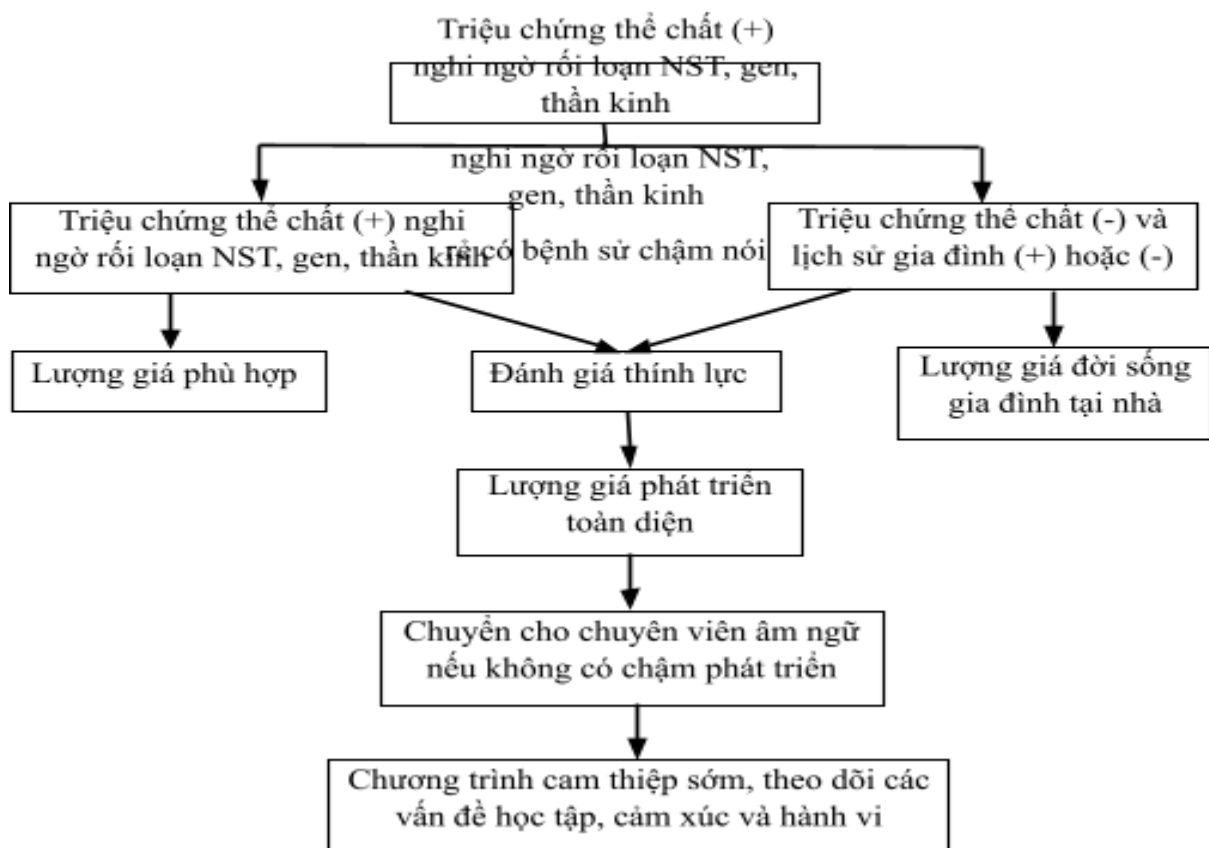
Trẻ cần được can thiệp sớm trước 3 tuổi để lập những kỹ năng giao tiếp sớm như chú ý, luân phiên, lắng nghe, bắt chước, chơi theo lứa tuổi, hiểu lời nói và giao tiếp bằng cử chỉ, điệu bộ.

Trong trường hợp khiếm khuyết ngôn ngữ nặng, có thể dùng cách giao tiếp qua hình ảnh (Picture Exchange Communication System - PECS).

Phụ huynh được hướng dẫn tương tác với trẻ từ lúc mới sinh qua ánh mắt, nụ cười, bắt chước âm thanh của trẻ, tương tác với trẻ qua trò chơi và tránh cho trẻ xem truyền hình trong 2 năm đầu đời. Phụ huynh vừa chăm sóc trẻ vừa nói với trẻ về việc chăm sóc trẻ để trẻ luôn được tiếp cận với ngôn ngữ đầu đời là ngôn ngữ của mẹ.

CÁC BƯỚC LƯỢNG GIÁ VÀ XỬ TRÍ TRẺ CHẬM NÓI

Trẻ có bệnh sử chậm nói



6. TIỀN LƯỢNG

Đa số trẻ cải thiện khả năng giao tiếp với thời gian, tuy nhiên 50-80% trẻ ở tuổi mẫu giáo có chậm nói và thông minh không lời bình thường có thể gặp khó khăn cho đến 20 tuổi. Chậm nói sớm có thể dẫn đến khó khăn trong việc đọc sau này. Khoảng 50% trẻ chậm nói sớm sau này sẽ khó đọc và 55% trẻ khó đọc có tiền sử chậm phát triển ngôn ngữ nói. Đến 5 tuổi, nếu trẻ vẫn còn chậm nói thì có khó khăn học tập sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Nguyễn Thanh Hùng (2020), “Rối loạn ngôn ngữ”. *Phác đồ điều trị Nhi khoa 2020 - 2*, Bệnh viện nhi đồng 1. Nhà xuất bản y học. tr.781-786.