

ra, khi tiêu thụ bánh kẹo hoặc các thực phẩm có chỉ số đường huyết cao, lượng đường trong máu tăng nhanh, kích thích tuyến tụy tiết insulin làm tăng sinh tuyến bã nhờn và kích thích quá trình sừng hóa của nang lông, từ đó góp phần hình thành nhân mụn [3].

Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, thói quen sử dụng chất béo, tiền sử gia đình, sử dụng mỹ phẩm không rõ nguồn gốc, thức khuya, thói quen tự ý nặn mụn và mức độ nặng của bệnh trứng cá thể thông thường. Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn nên chưa đủ tính đại diện. Ngoài ra thời gian nghiên cứu chưa đủ dài cũng ảnh hưởng tới việc nghiên cứu về mối liên quan với mức độ nặng của trứng cá. Bên cạnh đó, việc thu thập thông tin chủ yếu dựa trên khai báo của người tham gia nghiên cứu cũng tiềm ẩn nguy cơ sai lệch thông tin làm giảm tính chính xác và độ tin cậy của dữ liệu. Kết quả này cho thấy cần có thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn, thời gian dài hơn và cần có thêm các dữ liệu thu thập mang tính chính xác để kết quả được ý nghĩa và chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh trứng cá thể thông thường xuất hiện chủ yếu ở giới tính nữ (75%), trong độ tuổi từ 18 - 24 tuổi (94.4%), với nghề nghiệp chủ yếu là học sinh - sinh viên (97.2%). Thời gian mắc bệnh thường < 6 tháng (44.4%), triệu chứng cơ

năng thường gặp là đỏ da (80.6%). Tổn thương chủ yếu là mụn đầu đen (94.4%), vị trí tổn thương thường gặp là ở mặt (100%).

Có mối liên quan giữa giới tính, thói quen sử dụng bánh kẹo ≥ 7 lần/tuần và mức độ nặng của bệnh. Ngoài ra, chưa thấy mối liên quan nào giữa các yếu tố nguy cơ khác (thói quen thức khuya, tần suất sử dụng chất béo, thói quen tự ý nặn mụn, sử dụng mỹ phẩm không rõ nguồn gốc,...) với mức độ nặng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Bích Na và cộng sự** (2021). Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng bệnh trứng cá thông thường tại Bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 4, 30-33.
2. **Nguyễn Thị Ngọc** (2013). Hiệu quả điều trị bệnh trứng cá thông thường bằng thuốc bôi Klenzit - C, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Đinh Thị Lê Thành** (2016). Ảnh hưởng của chế độ ăn uống và thói quen sinh hoạt đến bệnh trứng cá thể thông thường, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Szepietowska M. Females May Have Less Severe Acne, but They Suffer More: A Prospective Cross-Sectional Study on Psychosocial Consequences in 104 Consecutive Polish Acne Patients.** J Clin Med. 2023 Dec 19;13(1):4.
5. **Zhu T.** Gender-Related Characterization of Acne in Chinese: A Multiple-Center Cross-Sectional Survey on 13085 Cases. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2024 Dec 20;17:3013-3021.

KHẢO SÁT TÍNH DỄ HIỂU LỜI NÓI CỦA TRẺ CÓ RỐI LOẠN ÂM LỜI NÓI Ở MIỀN BẮC VIỆT NAM

Nguyễn Thị Hằng¹, Phạm Thị Bền², Sharynne McLeod³, Phạm Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu khảo sát mức độ dễ hiểu lời nói của trẻ từ 4 đến 5 tuổi có rối loạn âm lời nói (RLALN) tại một số tỉnh miền Bắc Việt Nam, sử dụng thang đo tính dễ hiểu theo ngữ cảnh tiếng Việt (ICS-VN). **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 51 trẻ. Dữ liệu thu thập từ người chăm sóc qua bảng hỏi và đánh giá trực tiếp trẻ bằng ICS-VN, sàng lọc

thính lực, đánh giá chức năng vùng miệng (OMA), và bài đánh giá lời nói tiếng Việt (VSA). **Kết quả và kết luận:** Điểm trung bình ICS-VN của nhóm trẻ là $M = 3.6$ ($SD = 0.6$). Đối tượng giao tiếp quen thuộc đánh giá trẻ dễ hiểu hơn so với người ít quen. Điểm ICS-VN có mối tương quan âm với độ tuổi trẻ nói từ đầu tiên có nghĩa ($r = -0.49$, $p < 0.001$).

SUMMARY

SURVEY OF THE SPEECH INTELLIGIBILITY IN CHILDREN WITH SPEECH SOUND DISORDERS IN NORTHERN VIETNAM

Objective: This study investigated the speech intelligibility of children aged 4–5 years with speech sound disorders (SSD) in northern Vietnam, using the Vietnamese Intelligibility in Context Scale (ICS-VN). **Methods:** A total of 51 children were evaluated through caregiver questionnaires and direct assessments, including the ICS-VN, hearing screening,

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Trường Đại học Sư Phạm Hà Nội

³Trường Đại học Charles Sturt, Australia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: hangnt@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

oromotor assessment (OMA), and the Vietnamese Speech Assessment (VSA). **Results & Conclusion:** The mean ICS-VN score was 3.6 (SD = 0.6). Familiar listeners rated the children's speech as more intelligible than unfamiliar listeners. ICS-VN scores were negatively correlated with the age at which the child produced their first meaningful word ($r = -0.49$, $p < 0.001$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính dễ hiểu của lời nói thường được các chuyên viên ngôn ngữ trị liệu sử dụng để xác định một trẻ có rối loạn âm lời nói (RLALN), nhu cầu và khả năng can thiệp thành công. Thang đo tính dễ hiểu theo ngữ cảnh (Intelligibility in Context Scale, ICS) là một công cụ được sử dụng phổ biến hiện nay để đo lường tính dễ hiểu lời nói ở trẻ (với hơn 60 ngôn ngữ trên thế giới) [6]. ICS đã được sử dụng đánh giá cho các trẻ phát triển điển hình nói phương ngữ Bắc và Nam, trẻ RLALN nói phương ngữ Nam. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tính dễ hiểu lời nói ở trẻ có RLALN ở miền Bắc Việt Nam. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát tính dễ hiểu lời nói của trẻ từ 4 – 5 tuổi và một số yếu tố liên quan của trẻ có rối loạn âm lời nói (RLALN) ở một số tỉnh miền Bắc Việt Nam bằng thang đo tính dễ hiểu lời nói tiếng Việt (Intelligibility in Context Scale: Vietnamese, ICS-VN)*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ từ 4 đến 5 tuổi có rối loạn âm lời nói và cha mẹ (hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ)

Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ và cha mẹ là người dân tộc Kinh, nói tiếng Việt là ngôn ngữ tiếng mẹ đẻ. Cha mẹ thường xuyên giao tiếp với trẻ. Trẻ được nhận diện là trẻ rối loạn âm lời nói (nói ngọng) (Tiêu chuẩn: Lời nói của trẻ xuất hiện các quy trình âm vị xảy ra với tần suất dưới 10% hoặc không xuất hiện ở các trẻ cùng lứa tuổi và hoặc có phần trăm phụ âm đúng thấp hơn 1SD dưới mức trung bình so với trẻ phát triển điển hình trong nghiên cứu của Phạm và McLeod [7].

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có các khiếm khuyết về cấu trúc vùng miệng ảnh hưởng đến lời nói hoặc khiếm khuyết, bệnh lý vùng tai ảnh hưởng đến thính lực; Trẻ có các khuyết tật khác như: rối loạn phổ tự kỷ, bại não hay chậm phát triển tinh thần, chậm phát triển ngôn ngữ-rối loạn ngôn ngữ; Đã từng sống ở nước ngoài hay không ở miền Bắc trên một năm hoặc trẻ nói đa ngữ mà ngôn ngữ khác trội hơn tiếng Việt.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Ba tỉnh ở miền Bắc Việt Nam

gồm Hà Nội, Hải Dương và Bắc Ninh

- Thời gian thu thập số liệu: Từ 12/2020 – 4/2021

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: - Chọn mẫu có mục đích và chọn mẫu thuận tiện

- Nghiên cứu đã chọn được 51 trẻ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Phương tiện nghiên cứu: Phiếu nghiên cứu và các thang đo ICS, VSA, phiếu đo thính lực, phiếu đánh giá cấu trúc và vận động vùng miệng

- Các chỉ số nghiên cứu: điểm số trung bình của thang đo ICS, điểm số trung bình của các đối tượng giao tiếp với trẻ, các chỉ số về âm vị đúng...

- Các bước tiến hành:

+ Tuyển lựa đối tượng tham gia: Thông tin thư ngỏ (thông tin về nghiên cứu) được thông báo rộng rãi thông qua các kênh truyền thông khác nhau. Cha/ mẹ đăng ký với nhóm nghiên cứu

+ Đánh giá gián tiếp thông qua bảng hỏi dành cho cha mẹ và phiếu ICS-VN

+ Đánh giá trực tiếp trẻ thông qua 3 nội dung: Kiểm tra sàng lọc thính lực, Đánh giá cấu trúc và chức năng vùng miệng (OMA), Đánh giá bằng trắc nghiệm lời nói Việt (VSA).

+ Nhận diện trẻ RLALN

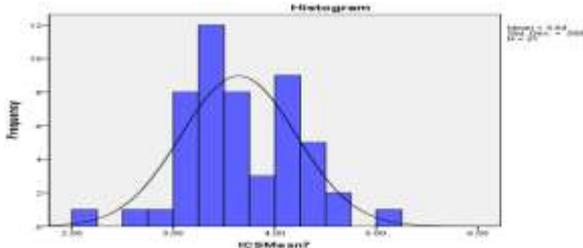
+ Phân tích và xử lý số liệu: phần mềm SPSS20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

		Số lượng	Tỷ lệ	Tổng
Giới	Nam	38	74,5%	51
	Nữ	13	25,5%	
	4;0-4;6	15	29,4%	
	4;7-4;11	5	9,8%	
Nhóm tuổi	5;0-5;6	16	31,4%	51
	5;7-5;11	15	29,4%	
Mức độ lo lắng của phụ huynh về lời nói và tạo âm của trẻ	Có lo lắng	34	66,7%	51
	Lo lắng một chút	17	33,3%	

Nhận xét: Tỷ lệ nam ($n=38$; 74,5%) cao gấp 3 lần so với nữ ($n=13$; 25,5%). Số trẻ ở nhóm tuổi nhóm tuổi (4;7-4;11) là ít nhất (chỉ có 5 trẻ) và ba nhóm tuổi còn lại có số trẻ tương đương nhau. Tỷ lệ phụ huynh có "lo lắng" về "lời nói và phát âm của trẻ" là 66,7% cao hơn gấp hai lần phụ huynh có "lo lắng một chút".



Biểu đồ 3.1. Phân bố điểm số trung bình của thang đo CS-VN

Nhận xét: Điểm số trung bình của ICS-VN thấp nhất là 2,0 cao nhất 5,0. Dữ liệu phân bố các điểm số của thang đo ICS-VN là phân bố chuẩn theo biểu đồ hình chuông (biểu đồ 3.1)

Bảng 3.2. Điểm trung bình ICS-VN giữa các đối tượng giao tiếp

Các đối tượng giao tiếp với trẻ	Dải phân bố điểm	Điểm trung bình	SD
1. Cha mẹ	3-5	4,2	0,7
2. Các thành viên cùng sống trong gia đình	2-5	3,9	0,8
3. Họ hàng của gia đình	2-5	3,4	0,7
4. Bạn bè của con	2-5	3,8	0,7
5. Những người quen khác	2-5	3,3	0,7
6. Giáo viên	2-5	3,9	0,7
7. Những người lạ	1-5	3,1	0,7
Tổng điểm		25,5	4,0
Điểm trung bình		3,6	0,6

Nhận xét: Điểm dễ hiểu lời nói của cha mẹ là cao nhất (M = 4,2), tiếp theo là các thành viên trong gia đình và giáo viên (M=3.9). Thấp điểm nhất xếp cuối cùng là người lạ (M= 3,1).

Bảng 3.6. Tương quan giữa điểm số ICS-VN và tuổi của trẻ khi nói từ đầu tiên có nghĩa

		ICSMean7			
		Số lượng	Tỉ lệ %	M	SD
Tuổi của trẻ khi nói từ đầu tiên có nghĩa	Trước 12 tháng tuổi	11	21,6%	4,0	0,5
	12-18 tháng	20	39,1%	3,8	0,5
	18-24 tháng	11	21,6%	3,3	0,6
	Muộn hơn 24 tháng	8	15,7%	3,3	0,3
	Không nhớ	01	2,0%		
	Tổng	51	100%		
Spearman's rho	Hệ số tương quan	-0,49			
	p	< 0.001			
	n	51			

Nhận xét: Điểm trung bình thang đo ICS lớn nhất là nhóm trẻ nói từ đầu tiên có nghĩa trước 12 tháng tuổi (M=4,0; SD=0,5) chiếm 21,6%. Nhóm trẻ nói từ đầu tiên có nghĩa khi 18-24 tháng có điểm số trung bình ICS thấp nhất

Phần lớn các câu trả lời của phụ huynh nằm trong khoảng điểm từ 2-5. Đối tượng giao tiếp là cha mẹ có phổ điểm cao từ 3-5. Chỉ có đối tượng người lạ có điểm 1.

Bảng 3.3. Tương quan giữa điểm trung bình ICS-VN với tuổi và giới tính của trẻ

	Điểm số trung bình thang đo ICS-VN		Kiểm định	p
	M	SD		
Tuổi (tháng) (M= 60,5; SD=7,5)	3,6	0,6	Pearson	0,65 > 0,05
Trẻ nam (38)	3,7	0,5	t test	0,48 > 0,05
Trẻ nữ (13)	3,6	0,7		

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa điểm số trung bình ICS-VN và tuổi của trẻ (tính theo tháng) (Sig = 0,65 > 0,05) và không có sự khác biệt về điểm số trung bình của thang đo ICS-VN dựa vào giới (với t = 0,53; sig. = 0,48 > 0,05).

Bảng 3.4. Tương quan giữa điểm số ICS và sự lo lắng của phụ huynh

Sự lo lắng của phụ huynh (thang điểm PEDS)	Số lượng	ICSMean7	
		M	SD
Có lo lắng	34	3,3	0,6
Lo lắng một chút	17	3,9	0,6
Spearman's rho	Hệ số tương quan	0,33*	
	p	0,02	
	n	51	

Nhận xét: Có sự khác biệt về điểm trung bình ICS-VN giữa hai nhóm phụ huynh có mức độ lo lắng khác nhau (r = 0,33; p < 0,05).

Bảng 3.7. Tương quan giữa điểm số trung bình ICS-VN và tình trạng bú mẹ, bú bình, mút ngón tay, ngậm núm vú giả

	ICSMean7			df	Sig.
	Số lượng	M	SD		

Tình trạng bú mẹ	Không	5	3,9	0,8	50	0,61
	Có (dưới 9 tháng)	17	3,6	0,4		
	Có (hơn 9 tháng)	29	3,6	0,6		
Tình trạng bú bình, ngậm núm vú giả, mút ngón tay >9 tháng	Không	27	3,7	0,5	50	0,50
	Bú bình >9 tháng	20	3,6	0,7		
	Mút ngón tay >9 tháng	4	3,3	0,1		
	Ngậm núm vú giả	0				

Nhận xét: Tình trạng trẻ bú mẹ, trẻ bú bình hay dùng núm vú giả, mút ngón tay không liên quan đến tính dễ hiểu lời nói của trẻ ($p>0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ trẻ nam/nữ là 38/13 tức số trẻ nam gấp gần 3 lần số trẻ nữ. Tỷ lệ này tương đồng với tỷ lệ trẻ RLALN trong nghiên cứu của Hoàng Văn Quyên và cs ở phương ngữ Nam và đồng thời phù hợp với tỷ lệ thường gặp ở trẻ RLALN trên thế giới [1]. Trong 51 trẻ tham gia nghiên cứu, 2/3 trẻ có phụ huynh lo lắng về lời nói. Đây là giai đoạn tiền học đường rất quan trọng của trẻ. Trẻ từ 4 đến 5 tuổi cũng là giai đoạn tiền học đường rất quan trọng của trẻ nên phụ huynh cũng quan tâm nhiều hơn.

Điểm số trung bình của thang đo ICS-VN. Trẻ RLALN trong nghiên cứu có độ tuổi từ (4;0-5;11) có kết quả điểm số trung bình của thang đo ICS-VN là ($M = 3,6$; $SD = 0,6$) (điểm tối đa là 5,0). Như vậy, tính dễ hiểu lời nói ở trẻ RLALN (trẻ nói tiếng Việt, phương ngữ bắc) thấp hơn so với trẻ phát triển điển hình trong nghiên cứu của Phạm và cs ($M = 4,43$; $SD = 0,62$) [8]. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với kết quả của các ngôn ngữ khác trên thế giới [5], [6].

Điểm số trung bình ICS-VN trong nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với một số nghiên cứu quốc tế. Trong nghiên cứu tổng quan năm 2020, tác giả đã chỉ ra 33 trẻ RLALN từ 3-6 tuổi của Hồng Kông có điểm số ICS $M=4,14$, $SD=0,65$; Doornik và cs (2018) nghiên cứu trên 67 trẻ trong đó có 19 trẻ RLALN tại Hà Lan có điểm trung bình ICS là $M=4,01$, $SD=0,56$ [5]. Sự khác biệt này có thể do các trẻ có nhóm tuổi và số lượng trẻ trong mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Điểm trung bình ICS-VN giữa các đối tượng giao tiếp khác nhau. Điểm số trung bình của thang đo ICS-VN giữa các đối tượng giao tiếp khác nhau trên trẻ RLALN của nghiên cứu này (phương ngữ Bắc) và nghiên cứu Hoàng Văn Quyên và cs (2019) [1] (phương ngữ Nam) đều thấp hơn trẻ điển hình nói phương ngữ tương ứng trong nghiên cứu của Phạm và cs (2017) [8] và Le X. T. T và cs [3]. Như vậy trẻ có RLALN có kết quả điểm số ICS-VN thấp hơn trẻ phát triển điển hình.

Thứ tự điểm trung bình ICS-VN của trẻ RLALN trong nghiên cứu này tương đồng với kết quả của trẻ phát triển điển hình ở Việt Nam [8] và các nghiên cứu khác là bố mẹ có điểm số cao nhất, thấp nhất là người lạ. Riêng với nhóm trẻ RLALN nói phương ngữ Nam, kết quả thang đo ICS-VN lại cho thấy giáo viên là hiểu trẻ nhất với ($M=4,14$; $SD=0,98$); trong khi đó bố mẹ và bạn bè của trẻ cùng xếp thứ hai với ($M=3,65$; $SD=0,94$). Có thể giải thích điều này là do các trẻ trong nghiên cứu này đều đang được can thiệp tại bệnh viện nên phụ huynh cho rằng giáo viên – người dạy trẻ chính là người hiểu trẻ nhất. Tất cả các điểm số trung bình của ICS-VN trong nghiên cứu hiện tại đều cao hơn so với nhóm trẻ nói phương ngữ Nam cũng cho thấy có thể yếu tố môi trường ảnh hưởng đến tính dễ hiểu lời nói của nhóm trẻ nói phương ngữ Nam. Thành phố Hồ Chí Minh là trung tâm văn hóa kinh tế lớn nhất Việt Nam, dân cư sinh sống đến từ các vùng miền trong cả nước nên tại đây có sự đa dạng và phong phú về các phương ngữ (Bắc, Trung, Nam) và tính chất vùng miền như khu vực Đông nam, Sài Gòn, khu vực Tây nam và sự giao thoa văn hóa như tiếng Thái, tiếng Khơ Me còn phương ngữ Bắc thì ít hơn [2].

Câu trả lời của bố mẹ cho thang đo ICS-VN cho thấy rằng trẻ em có thể được hiểu ở các mức khác nhau tùy thuộc vào đối tác giao tiếp. Bố mẹ cho rằng con cái của họ nói sẽ dễ hiểu hơn với các đối tác quen thuộc như bố mẹ, các thành viên trong gia đình, giáo viên của trẻ; còn các đối tượng ít tiếp xúc thì khả năng hiểu trẻ hạn chế.

Mối tương quan giữa các yếu tố và điểm số trung bình thang đo tính dễ hiểu theo ngữ cảnh tiếng Việt

Tuổi và giới tính. Nghiên cứu này tập trung vào lứa tuổi từ 4 tuổi tròn đến 5 tuổi 11 tháng nên mặc dù có sự khác nhau về điểm số giữa 4 nhóm tuổi (4;0-4;5), (4;6-4;11), (5;0-5;5) và (5;6-5;11) nhưng không có ý nghĩa về thống kê ($p>0,05$). Nghiên cứu trên 132 trẻ phát triển điển hình nói phương ngữ Nam cũng cho kết quả tương tự [3]. Không tìm thấy kết quả này được đề cập đến trong nghiên cứu trẻ RLALN nói tiếng Việt phương ngữ Nam [1]. Nghiên cứu đầu tiên

của ICS đã chỉ ra tỉ lệ nữ cao hơn nam với $p < 0,05$ nhưng cũng không có mối tương quan giữa tuổi và điểm trung bình thang đo ICS [6]. Có thể cần nghiên cứu trên một cỡ mẫu lớn hơn với sự đa dạng và cân đối các nhóm tuổi để xác nhận lại mối tương quan giữa tuổi và tính dễ hiểu lời nói của trẻ của trẻ RLALN.

Sự lo lắng của phụ huynh. Kết quả nghiên cứu cho thấy phụ huynh càng lo lắng, điểm số trung bình ICS-VN càng thấp tức là tính dễ hiểu lời nói của trẻ càng giảm. Phạm và cs nghiên cứu trên nhóm trẻ nói tiếng Việt phương ngữ Bắc phát triển điển hình cũng chỉ ra sự khác biệt về điểm số trung bình của thang đo ICS-VN, giữa nhóm trẻ có phụ huynh lo lắng ($M = 4,0$; $SD = 0,70$) và nhóm trẻ phụ huynh không lo lắng ($M = 4,6$; $SD = 0,7$) [8] nhưng không có sự khác biệt về điểm số giữa nhóm trẻ có lo lắng một chút ($M = 4,3$; $SD = 0,7$) và nhóm có lo lắng. Sự khác biệt này có thể giải thích thứ nhất là trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy các trẻ có phụ huynh lo lắng. Thứ hai là tuổi của các trẻ trong nghiên cứu này là tuổi tiền học đường – lứa tuổi phụ huynh quan tâm nhất đến việc trẻ chuẩn bị học lớp 1. Một số các nghiên cứu khác trên thế giới cũng chỉ ra sự khác biệt về điểm số ICS giữa nhóm trẻ có phụ huynh lo lắng và phụ huynh không lo lắng. Nghiên cứu của McLeod và cs chỉ ra điểm số của 109 trẻ có lo lắng ($M=3,85$; $SD=0,5$) còn điểm của 11 trẻ không có phụ huynh lo lắng là ($M=4,69$; $SD=0,51$) [6]. Tương tự, nghiên cứu của Bồ Đào Nha cũng cho thấy điểm ICS của nhóm trẻ có lo lắng của cha mẹ ($M = 3,9$; $SD = 0,59$) thấp hơn nhóm trẻ mà cha mẹ không có lo lắng ($M = 4,78$; $SD = 0,36$) [4]. Như vậy, nghiên cứu này của chúng tôi càng củng cố thêm quan điểm khẳng định vai trò quan trọng của phụ huynh trong phát hiện trẻ có RLALN. Những phán đoán của cha mẹ cung cấp một cơ sở hợp lệ và vững chắc để xác định các khó khăn về lời nói và ngôn ngữ của trẻ.

Tuổi của trẻ khi nói từ đầu tiên có nghĩa. Trẻ điển hình thường nói từ đầu tiên có nghĩa khi trẻ 9-12 tháng tuổi và đây là một trong các kỹ năng ngôn ngữ rất quan trọng để trẻ giao tiếp, là mốc tuổi quan trọng trong sự phát triển về ngôn ngữ, giao tiếp của trẻ. Trong nghiên cứu này, trẻ nói từ đầu tiên có nghĩa theo thống kê phân bố không đồng đều với các mốc: muộn hơn 24 tháng, 18-24 tháng, 12-18 tháng, trước 12 tháng tuổi (xem bảng 3.6). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê và cho thấy điểm số trung bình thang đo ICS-VN có tương quan trung bình

với tuổi của trẻ khi nói được từ đầu tiên có ý nghĩa ($r = -0,49$, $p < 0,01$). Như vậy, tuổi của trẻ khi nói từ đầu tiên càng muộn, tính dễ hiểu lời nói của trẻ càng thấp. Mối tương quan này chúng tôi chưa tìm thấy các nghiên cứu trước. Kết quả đã cung cấp thêm minh chứng cho thấy khai thác thông tin về mốc thời gian trẻ nói từ đầu tiên có nghĩa trong tiền sử phát triển, có ý nghĩa quan trọng trong quá trình đánh giá trẻ RLALN.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 51 trẻ RLALN 4-5 tuổi nói phương ngữ Bắc cho thấy: Tỉ lệ nam/ nữ là 38/13, điểm số trung bình của thang đo ICS-VN là $M=3,6$; $SD=0,6$. Điểm dễ hiểu lời nói của cha mẹ là cao nhất ($M = 4,2$). Không có sự khác biệt giữa điểm số trung bình ICS-VN với tuổi và giới của trẻ. Phụ huynh lo lắng nhiều hơn ở những trẻ có điểm số ICS-VN thấp hơn. Trẻ nói từ đầu tiên có nghĩa càng muộn thì điểm số trung bình ICS-VN càng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Quyên, Trà Thanh Tâm, Nguyễn Thị Thu Hương và cs. "Đặc điểm âm lời nói của trẻ bị rối loạn âm lời nói đến khám tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 1-6 năm 2018", Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh, 23 (4), 2019, tr.198-202.
2. Huỳnh Công Tín. Đặc trưng văn hóa Nam bộ qua phương ngữ [Southern cultural characteristics from the dialect], 2013, tr.5-8.
3. Le, X. T. T., McLeod S., & Phạm B. "Consonant accuracy and intelligibility of Southern Vietnamese children", Speech, Language and Hearing, Advance online publication, 2021.
4. Lousada, M., Sa-Couto P., Sutre D., Figueiredo F. et al. "Validity and reliability of the Intelligibility in Context Scale: European Portuguese version", Clinical Linguistics & Phonetics, 33 (12), 2019, pp.1125-1138.
5. McLeod, S. "Intelligibility in Context Scale: crosslinguistic use, validity, and reliability", Speech, Language and Hearing, 23 (1), 2020, pp.9-16.
6. McLeod, S., Harrison L. J., & McCormack J. "The Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure", Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 55 (2), 2012b, pp.648-656.
7. Phạm, B., McLeod S. "Vietnamese-Speaking Children's Acquisition of Consonants, emivowels, Vowels, and Tones in Northern Viet Nam", Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 62 (8), 2019, pp.2645-2670.
8. Phạm, B., McLeod S., & Harrison L. J. "Validation and norming of the Intelligibility in Context Scale in Northern Viet Nam", Clinical Linguistics & Phonetics, 31 (7-9), 2017, pp.665-681.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA SẸO MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Nguyễn Thành Huy¹, Nguyễn Mạnh Trí², Lê Thị Anh Đào¹,
Nông Minh Hoàng³, Nguyễn Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai (CSMLT) tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 140 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị CSMLT tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023. **Kết quả:** Chiến lược điều trị ưu tiên can thiệp tối thiểu, với 88,6% được xử trí ban đầu bằng các phương pháp hút thai. Tỷ lệ bảo tồn tử cung chung đạt 97,9%. Biến chứng mất máu nặng ($\geq 500\text{ml}$) xảy ra ở 9,3% các trường hợp. **Kết luận:** Chiến lược điều trị CSMLT được phân tầng nguy cơ dựa trên các đặc điểm tuổi thai, tình trạng tăng sinh mạch máu và mức độ xâm lấn theo phân loại Shih, nồng độ βhCG cho phép đạt được tỷ lệ bảo tồn tử cung rất cao và tỷ lệ mất máu nặng thấp.

Từ khóa: Chửa tại sẹo mổ lấy thai, hút thai, phân độ Shih, băng huyết.

SUMMARY

REVIEW OF TREATMENT OUTCOMES FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: To review the treatment outcomes of Cesarean Scar Pregnancy (CSP) at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on the records of patients diagnosed and treated for CSP at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023. **Results:** The treatment strategy prioritized minimally invasive interventions, with 88.6% of cases initially managed by suction curettage methods. The overall uterine preservation rate reached 97.9%. The complication of severe blood loss ($\geq 500\text{ml}$) occurred in 9.3% of cases. **Conclusion:** A risk-stratified management strategy for CSP, based on characteristics such as gestational age, vascularity, depth of invasion according to Shih's classification, and βhCG levels, allows for achieving a very high uterine preservation rate and a low rate of severe blood loss. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy, Suction curettage, Shih's classification, Hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa tại sẹo mổ lấy thai (CSMLT) là tình trạng túi thai làm tổ tại vết mổ cũ, một biến

chứng sản khoa nghiêm trọng có tỷ lệ ngày càng tăng cùng với tỷ lệ sinh mổ. Bệnh lý này có nguy cơ gây vỡ tử cung và băng huyết ồ ạt, đe dọa tính mạng và khả năng sinh sản của người bệnh. Hiện nay, vẫn chưa có phác đồ điều trị thống nhất toàn cầu cho CSMLT. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm "Nhận xét kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023", góp phần tìm ra phương pháp điều trị tối ưu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.2. Đối tượng và địa điểm:

Người bệnh điều trị nội trú được chẩn đoán CSMLT tại khoa Phụ ngoại A5 BVPSHN từ tháng 01/01/2023 – 31/12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh được chẩn đoán CSMLT theo cập nhật của ISUOG vào 2/2022¹, có kích thước phôi đến 10 tuần, được xử trí và có kết quả giải phẫu bệnh lý sau xử trí là tổ chức gai rau tại khối chứa hoặc hình ảnh gai rau xâm lấn thành bó vào cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai khi cắt tử cung.

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp được chẩn đoán là CSMLT nhưng đang sẩy thai hoặc được xử trí bằng bất kỳ một phương pháp nào khác trước khi vào khoa Phụ A5, các trường hợp không đủ thông tin nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy mẫu chủ đích bệnh nhân điều trị tại BVPSHN từ tháng 01/01/2023 – 31/12/2023. Tổng số mẫu lấy được là 140 bệnh nhân.

2.4. Phương pháp thu thập dữ liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án bao gồm: tuổi thai, phân loại Shih, tăng sinh mạch, nồng độ βhCG , các can thiệp và kết quả điều trị.

Phân độ Shih: Mức độ xâm lấn của túi thai được phân thành 4 cấp độ theo phân loại Shih.²

Tăng sinh mạch sẹo mổ lấy thai (SMLT): là cụm từ được nghiên cứu chọn để mô tả sự tăng sinh mạch máu tại vùng SMLT quan sát được bằng siêu âm Doppler.

Các phương pháp điều trị: Hút thai đơn thuần; Hút thai kết hợp chèn bóng sonde Foley; Diệt phôi + MTX + Hút thai có chèn bóng sonde Foley; Phẫu thuật (bảo tồn hoặc cắt tử cung).

Kết quả chính: Thành công (loại bỏ hoàn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Huy

Email: dr.thanhhuy105@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025