

định tính hiệu quả và khả thi của phương pháp, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ hoặc có nhu cầu phục hồi sớm; tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn để đánh giá kết quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Waterman BR, Owens BD, Davey S, Zacchilli MA, Belmont PJJ.** The Epidemiology of Ankle Sprains in the United States. *JBJS.* 2010 Oct 6;92(13):2279.
- Sakkab R, Flynn Z, McAlister JE.** Rates of subtalar joint osteoarthritis after modified Chrisman-snook. *J Foot Ankle Surg.* 2025 Nov 1;64(6):764-6.
- Feng SM, Maffulli N, Ma C, Oliva F.** All-inside arthroscopic modified Broström-Gould procedure for chronic lateral ankle instability with and without anterior talofibular ligament remnant repair produced similar functional results. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA.* 2021 Aug;29(8):2453-61.
- Vega J, Golanó P, Pellegrino A, Rabat E, Peña F.** All-inside arthroscopic lateral collateral ligament repair for ankle instability with a knotless suture anchor technique. *Foot Ankle Int.* 2013 Dec;34(12):1701-9.
- Corte-Real NM, Moreira RM.** Arthroscopic repair of chronic lateral ankle instability. *Foot Ankle Int.* 2009 Mar;30(3):213-7.
- Brown AJ, Shimozone Y, Hurley ET, Kennedy JG.** Arthroscopic Repair of Lateral Ankle Ligament for Chronic Lateral Ankle Instability: A Systematic Review. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc.* 2018 Aug;34(8):2497-503.
- Li Y, Su T, Hu Y, Jiao C, Guo Q, Jiang Y, et al.** Return to Sport After Anatomic Lateral Ankle Stabilization Surgery for Chronic Ankle Instability: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Sports Med.* 2024 Feb;52(2):555-66.
- Bouveau V, Housset V, Chasset F, Bauer T, Hardy A.** Return to sports: Rate and time after arthroscopic surgery for chronic lateral ankle instability. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR.* 2022 Nov;108(7):103398.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THÍNH LỰC Ở TRẺ RỐI LOẠN NGÔN NGỮ ĐẾN KHÁM TẠI ĐƠN VỊ NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Nguyễn Duy Quốc Khánh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và đặc điểm thính lực ở nhóm trẻ có rối loạn về ngôn ngữ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca, thu thập số liệu 32 trẻ rối loạn ngôn ngữ đến khám tại đơn vị âm ngữ trị liệu, PKĐK Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Trẻ nghi ngờ nghe kém có tuổi trung bình $36,03 \pm 12,56$ tháng, chủ yếu 2-<4 tuổi (62,5%), nam chiếm ưu thế (nam/nữ = 4,33/1), 75% đến khám vì chậm nói; 21,88% sinh non và 25% mẹ mắc bệnh khi mang thai. Đa số trẻ có chức năng tai giữa và ốc tai bình thường (71,88% phản xạ cơ bàn đạp hai tai; 75% OAE đạt hai tai), 100% có sóng V ở 20 dB với ngưỡng nghe trung bình hai tai 20 dB, không ghi nhận nghe kém hai tai. **Kết luận:** Phần lớn trẻ nghi ngờ nghe kém đến khám vì chậm nói nhưng có thính lực bình thường; nghe kém không phải là nguyên nhân chính trong nhóm trẻ rối loạn ngôn ngữ được khảo sát.

Từ khóa: rối loạn ngôn ngữ; chậm nói; nghi ngờ nghe kém; thính lực; điện thính giác thân não (ABR); âm ốc tai (OAE); trẻ em.

ABSTRACT

CLINICAL AND AUDIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH LANGUAGE DISORDERS ATTENDING THE SPEECH AND LANGUAGE THERAPY UNIT AT PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE

Background: To investigate the clinical characteristics and hearing profiles of children with language disorders. **Methods:** A case-series study was conducted on 32 children with language disorders who attended the Speech and Language Therapy Unit, Pham Ngoc Thach University of Medicine General Clinic, from January 2024 to December 2024. **Results:** The mean age of children with suspected hearing loss was 36.03 ± 12.56 months, predominantly between 2 and <4 years (62.5%), with a male predominance (male/female ratio = 4.33:1). Speech delay was the main reason for consultation (75%). Preterm birth accounted for 21.88%, and 25% of mothers had illnesses during pregnancy. Most children demonstrated normal middle ear and cochlear function (bilateral acoustic reflex present in 71.88%; bilateral OAE pass in 75%). Wave V was present at 20 dB in 100% of cases, with a mean ABR threshold of 20

* Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Quốc Khánh

Email: thekingofkings2994@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2026

Ngày duyệt bài: 30.3.2026

dB in both ears. No cases of bilateral hearing loss were identified. **Conclusion:** Most children with suspected hearing loss presented with speech delay but had normal hearing. Hearing impairment was not the primary cause in this cohort of children with language disorders.

Keywords: language disorder; speech delay; suspected hearing loss; hearing; auditory brainstem response (ABR); otoacoustic emissions (OAE); children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), giảm thính lực được xác định khi ngưỡng nghe ≥ 20 dB ở cả hai tai¹. Năm 2021, thế giới ghi nhận khoảng 34 triệu trẻ em bị điếc hoặc nghe kém, trong đó 60% trường hợp có thể phòng ngừa¹. Giảm thính lực không chỉ ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận âm thanh mà còn tác động sâu sắc đến sự phát triển ngôn ngữ, giao tiếp và hòa nhập xã hội của trẻ. Thính giác đóng vai trò nền tảng trong quá trình tiếp thu và phát triển ngôn ngữ ở giai đoạn đầu đời.

Rối loạn ngôn ngữ, lời nói và giọng nói ở trẻ em không phải là tình trạng hiếm gặp, với tỷ lệ dao động từ 3-20% ở nhóm tuổi học đường trên thế giới². Nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời, các rối loạn này có thể để lại hậu quả lâu dài về nhận thức, học tập và chức năng xã hội. Do đó, việc đánh giá thính lực ở trẻ rối loạn ngôn ngữ có ý nghĩa quan trọng nhằm xác định hoặc loại trừ vai trò của nghe kém trong căn nguyên bệnh lý.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm lâm sàng và thính lực ở nhóm trẻ rối loạn ngôn ngữ còn hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và thính lực ở trẻ rối loạn ngôn ngữ đến khám tại Đơn vị Ngôn ngữ trị liệu Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch" với mục tiêu: 1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, 2. Khảo sát đặc điểm thính lực ở trẻ có rối loạn ngôn ngữ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em có rối loạn ngôn ngữ đến khám tại Đơn vị Ngôn ngữ trị liệu Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ em < 6 tuổi
- Trẻ rối loạn ngôn ngữ như trẻ chậm nói, trẻ nói ngọng, nói đớ, trẻ khó diễn đạt ý muốn hoặc không hiểu những gì ba mẹ, người thân nói.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người nhà bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện (32 BN)

Thông tin khảo sát:

- Đặc điểm BN: Tuổi, giới tính, địa chỉ
- Đặc điểm lâm sàng: Lý do đến khám, dị tật và bệnh kèm theo, đặc điểm tai ngoài, tai giữa, tiền sử thai kỳ, tiền sử gia đình, tuổi thai, cân nặng sau sinh
- Đặc điểm thính lực: kết quả thính lực đồ, nhĩ lưỡng đồ, phản xạ cơ bàn đạp, âm ốc tai, điện thính giác thân não.
- Phân độ nghe kém theo WHO¹:

Mức độ nghe kém	Ngưỡng nghe (dB)
Nghe bình thường	≤ 25 dB
Nhẹ	26 - 40 dB
Trung bình	41 - 60 dB
Nặng	61 - 80 dB
Rất nặng hoặc điếc	≥ 81 dB

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 27.0, dùng phép kiểm Fisher's Exact Test để kiểm định sự khác biệt.

Đạo đức trong nghiên cứu: NC đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch số 926/TĐHYKPNT-HĐĐĐ, ngày 23 tháng 11 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 32 trẻ có rối loạn ngôn ngữ đạt tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Số trẻ (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	0 - < 1 tuổi	0	0
	1 - < 2 tuổi	6	18,75
	2 - < 3 tuổi	10	31,25
	3 - < 4 tuổi	10	31,25
	4 - < 5 tuổi	5	15,63
	5 - < 6 tuổi	1	3,12
Giới tính	Nam	26	81,25
	Nữ	6	18,75
Nơi cư trú	Thành phố	26	81,25
	Tỉnh	6	18,75
Tổng cộng		32	100

Tuổi trung bình của trẻ là $36,03 \pm 12,56$ tháng (nhỏ nhất 20 tháng, lớn nhất 70 tháng), trong đó nhóm 2 - <3 tuổi và 3 - <4 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (31,25% mỗi nhóm). Trẻ nam chiếm ưu thế (nam/nữ = 4,33/1). Phần lớn trẻ

sinh sống tại thành phố (81,25%), chủ yếu ở khu vực ven và ngoại thành.

3.2 Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng chung (n = 32)

Đặc điểm	Số trẻ (n)	Tỉ lệ (%)
Lý do đến khám		
Chậm nói	24	75,00
Nghi ngờ nghe kém/không nghe	4	12,50
Nói ngọng, nói đớ	3	9,38
Khác	1	3,12
Dị tật/bệnh kèm theo	0	0
Bất thường tai ngoài/tai giữa	0	0
Tiền sử gia đình nghe kém	1	3,12

Chậm nói là lý do chính khiến trẻ đến khám (75%). Không ghi nhận dị tật bẩm sinh, bệnh kèm theo hay bất thường tai ngoài và tai giữa. Tiền sử gia đình nghe kém ghi nhận ở 3,12% trường hợp.

Bảng 3. Yếu tố liên quan trong thai kỳ và khi sinh

Yếu tố	Số trẻ (n)	Tỉ lệ (%)
Mẹ mắc bệnh khi mang thai	8	25,00
- Cúm	4	12,50
- Rubella	2	6,25
- Thalassemia beta	1	3,12
- Đái tháo đường thai kỳ	1	3,12
Sinh non (<37 tuần)	7	21,88
Sinh nhẹ cân (<2500g)	1	3,12
Ngạt, không khóc ngay sau sinh	1	3,12
Nuôi dưỡng tại khoa sơ sinh	4	12,50
Thở oxy sau sinh	0	0

Tỷ lệ mẹ mắc bệnh trong thai kỳ là 25%, trong đó cúm và Rubella chiếm đa số. Sinh non chiếm 21,88%, tuy nhiên sinh nhẹ cân và ngạt sau sinh chiếm tỷ lệ thấp (3,12%). Không ghi nhận trường hợp phải thở oxy sau sinh.

Bảng 4. Tiền sử bệnh sau sinh

Tiền sử bệnh	Số trẻ (n)	Tỉ lệ (%)
Mắc bệnh sau sinh	4	12,50
- Sởi	2	6,25
- Nhiễm trùng tiêu hóa	1	3,12
- Tay chân miệng (3 lần)	1	3,12

Tỷ lệ trẻ mắc bệnh sau sinh là 12,50%, chủ yếu là bệnh truyền nhiễm thông thường. Không ghi nhận biến chứng nặng liên quan đến thính lực.

3.3 Đặc điểm thính lực

Bảng 5. Các phương pháp đo thính lực được thực hiện (n = 32)

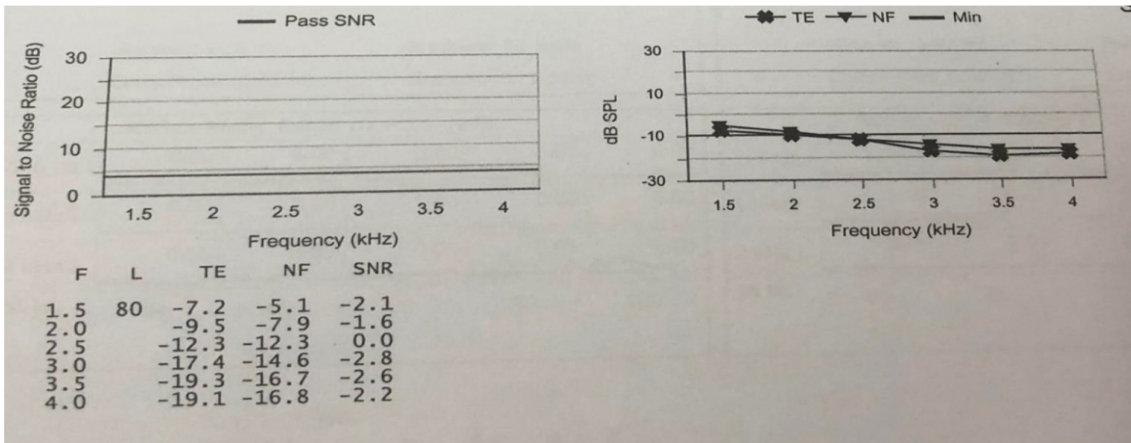
Phương pháp đo thính lực	Số trẻ (n)	Tỉ lệ (%)
Thính lực đồ đơn âm	0	0
Âm ốc tai (OAE)	32	100
Nhĩ lượng đồ	32	100
Phản xạ cơ bàn đạp	32	100
Điện thính giác thân não (ABR)	12	37,50
Điện thính giác trạng thái ổn định (ASSR)	0	0

Tất cả trẻ đều được thực hiện OAE, nhĩ lượng đồ và phản xạ cơ bàn đạp. Đo ABR được chỉ định ở 37,5% trường hợp nghi ngờ nghe kém hoặc không hợp tác. Không thực hiện thính lực đồ đơn âm và ASSR trong nhóm nghiên cứu.

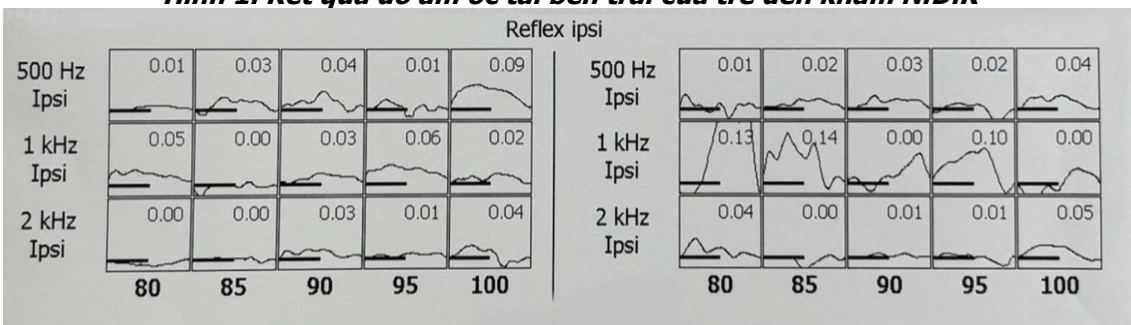
Bảng 6. Kết quả các phép đo thính lực

Kết quả	Số trẻ (n)	Tỉ lệ (%)
Âm ốc tai (OAE)		
Đạt cả hai tai	24	75,00
Không đạt hai tai	3	9,37
Không đạt tai trái	4	12,50
Không đạt tai phải	1	3,12
Phản xạ cơ bàn đạp		
Có cả hai tai	23	71,88
Không có hai tai	3	9,37
Không có tai trái	1	3,12
Không có tai phải	5	15,62
Nhĩ lượng đồ		
Dạng A (tai phải)	23	71,88
Bất thường (khác dạng A)	9	28,12
ABR (12 trẻ đo)		
Sóng V xuất hiện ở 20 dB (hai tai)	12	100
Phân độ nghe kém theo WHO: Bình thường (20 dB)	12	100

Phần lớn trẻ có chức năng tai giữa và ốc tai bình thường với 75% OAE đạt hai tai và 71,88% có phản xạ cơ bàn đạp hai bên. Một tỷ lệ nhỏ ghi nhận OAE hoặc phản xạ cơ bàn đạp không đạt một hoặc hai tai. Trong 12 trẻ được đo ABR, 100% có sóng V ở 20 dB tại các tần số khảo sát và được phân loại sức nghe bình thường theo WHO, không ghi nhận trường hợp nghe kém hai tai.



Hình 1. Kết quả đo âm ốc tai bên trái của trẻ đến khám N.Đ.K



Hình 2. Kết quả đo phản xạ cơ bàn đạp ở cả 2 tai của trẻ đến khám L.N.K

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại Đơn vị Âm ngữ trị liệu, Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024 trên 32 trẻ được chẩn đoán rối loạn ngôn ngữ và nghi ngờ nghe kém. Mục tiêu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và đặc điểm thính lực của nhóm trẻ này, qua đó đánh giá vai trò thực sự của nghe kém trong biểu hiện chậm phát triển ngôn ngữ. Trong bối cảnh Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có khoảng 34 triệu trẻ em bị nghe kém trên toàn cầu¹ và nghe kém không được phát hiện sớm có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến phát triển ngôn ngữ, nhận thức và hòa nhập xã hội¹, việc đánh giá khách quan thính lực ở trẻ rối loạn ngôn ngữ là cần thiết. Đồng thời, việc tiếp cận chẩn đoán theo hướng hệ thống, kết hợp giữa khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng chuẩn hóa, giúp hạn chế bỏ sót các trường hợp nghe kém nhẹ hoặc tiềm ẩn, vốn có thể biểu hiện không điển hình ở giai đoạn sớm.

Tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu là 36,03 ± 12,56 tháng, dao động từ 20 đến 70 tháng, trong đó nhóm 2-<4 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này cho thấy phần lớn trẻ chỉ được đưa đi khám khi biểu hiện chậm nói đã rõ rệt. So

với một số nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Xuân Nam³ và Phạm Đình Nguyên⁴, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng thấp hơn, cho thấy nhận thức của phụ huynh về vấn đề phát triển ngôn ngữ ngày càng được cải thiện. Tuy nhiên, so với các quốc gia có chương trình sàng lọc thính lực sơ sinh toàn dân, độ tuổi này vẫn còn tương đối muộn. Các nghiên cứu quốc tế cho thấy trẻ được phát hiện và can thiệp trước 6 tháng tuổi có kết quả phát triển ngôn ngữ tốt hơn rõ rệt so với nhóm phát hiện sau 6 tháng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm nghe kém trong "giai đoạn vàng" phát triển ngôn ngữ. Bên cạnh đó, sự chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ chuyên khoa có thể liên quan đến nhiều yếu tố như điều kiện kinh tế, mức độ sẵn có của dịch vụ thính học và sự khác biệt về nhận thức giữa các gia đình.

Tỷ lệ trẻ nam trong nghiên cứu chiếm 81,25%, với tỷ lệ nam/nữ là 4,33/1. Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu trong nước^{3,4} nhưng phù hợp với xu hướng chung của các rối loạn phát triển ngôn ngữ, trong đó trẻ nam thường chiếm ưu thế. Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố sinh học thần kinh hoặc đặc điểm phát triển ngôn ngữ khác biệt giữa hai giới. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế, chưa thể kết luận

chắc chắn về mối liên quan nhân quả. Ngoài ra, khả năng phụ huynh chú ý và đưa trẻ nam đi khám sớm hơn khi có biểu hiện bất thường cũng là một giả thuyết cần được xem xét trong các nghiên cứu tiếp theo.

Về lý do nhập viện, chậm nói chiếm 75% và là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ được đưa đến khám. Các biểu hiện nghi ngờ nghe kém như không nghe, nghe kém chiếm 12,5%, trong khi nói ngọng, nói đớ chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này tương đồng với Phạm Đình Nguyên⁴, cho thấy biểu hiện ngôn ngữ là dấu hiệu chính thúc đẩy phụ huynh tìm kiếm sự can thiệp y tế. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng rằng nghe kém thường được xem là nguyên nhân cần loại trừ trong quá trình đánh giá trẻ chậm nói, hơn là triệu chứng được nhận biết rõ ràng ngay từ đầu. Thực hành lâm sàng cho thấy nhiều trường hợp trẻ vẫn đáp ứng với âm thanh môi trường nên dễ tạo cảm giác chủ quan rằng sức nghe bình thường, dẫn đến trì hoãn đánh giá chuyên sâu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ không ghi nhận dị tật bẩm sinh hoặc bệnh lý kèm theo; không phát hiện bất thường tai ngoài và tai giữa khi thăm khám. Tỷ lệ tiền sử gia đình nghe kém là 3,12%, thấp hơn so với một số báo cáo quốc tế. Điều này cho thấy yếu tố di truyền không nổi bật trong nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, theo phân loại của WHO, nghe kém có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau và không phải lúc nào cũng có tiền sử gia đình rõ ràng¹. Vì vậy, việc khai thác kỹ tiền sử và thực hiện đầy đủ các thăm dò chức năng vẫn là bước quan trọng, ngay cả khi không có yếu tố nguy cơ rõ ràng.

Về các yếu tố chu sinh, 21,88% trẻ sinh non (<37 tuần), 3,12% nhẹ cân (<2500g) và 3,12% có tiền sử ngạt sau sinh. Tỷ lệ mẹ mắc bệnh trong thai kỳ là 25%, trong đó cúm và Rubella chiếm đa số. Các bệnh nhiễm siêu vi trong thai kỳ, đặc biệt Rubella, đã được chứng minh là nguyên nhân quan trọng gây nghe kém bẩm sinh¹. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, mặc dù có sự hiện diện của một số yếu tố nguy cơ, đa số trẻ không thuộc nhóm nguy cơ cao điển hình. Điều này cho thấy nghi ngờ nghe kém trong nhóm trẻ rối loạn ngôn ngữ không chỉ giới hạn ở những trường hợp có tiền sử chu sinh bất lợi. Đồng thời, kết quả cũng gợi ý rằng việc chỉ dựa vào yếu tố nguy cơ để chỉ định tầm soát thính lực có thể chưa đủ bao quát.

Về thăm dò thính lực, tất cả trẻ đều được thực hiện âm ốc tai (OAE), nhĩ lượng đồ và phản

xạ cơ bàn đạp; 37,5% trẻ được đo điện thính giác thân não (ABR) do nghi ngờ nghe kém hoặc không hợp tác với phương pháp chủ quan. Kết quả cho thấy 75% trẻ có OAE đạt hai tai; 71,88% có phản xạ cơ bàn đạp hai bên; đa số có nhĩ lượng đồ dạng A, cho thấy chức năng tai giữa bình thường. Một tỷ lệ nhỏ có OAE hoặc phản xạ cơ bàn đạp không đạt một hoặc hai tai, tuy nhiên không chiếm đa số và không đồng nghĩa với nghe kém hai tai. Sự kết hợp nhiều phương pháp thăm dò giúp tăng độ tin cậy trong đánh giá, hạn chế ảnh hưởng của yếu tố hợp tác ở trẻ nhỏ.

Đặc biệt, trong 12 trẻ được đo ABR, 100% ghi nhận sóng V xuất hiện ở cường độ kích thích 20 dB tại các tần số khảo sát ở cả hai tai. Theo phân loại của WHO, ngưỡng nghe từ 20 dB được xem là trong giới hạn bình thường¹. Như vậy, không ghi nhận trường hợp nghe kém hai tai trong nhóm được đo ABR. Kết quả này cho thấy nhiều trường hợp nghi ngờ nghe kém ban đầu thực chất có sức nghe bình thường khi đánh giá khách quan. So với các nghiên cứu trên nhóm trẻ nghe kém thực sự, nơi ngưỡng ABR thường tăng cao hoặc không xuất hiện sóng V ở cường độ thấp^{5,6}, kết quả của chúng tôi có sự khác biệt rõ rệt. Sự khác biệt này phản ánh đặc điểm đối tượng nghiên cứu: trẻ rối loạn ngôn ngữ nghi ngờ nghe kém, không phải nhóm đã được xác định nghe kém thần kinh. Điều này cũng nhấn mạnh giá trị của ABR trong việc khẳng định tình trạng thính lực khi các biểu hiện lâm sàng chưa rõ ràng.

Tổng hợp các kết quả cho thấy, trong nhóm trẻ rối loạn ngôn ngữ đến khám tại đơn vị âm ngữ trị liệu, phần lớn có thính lực trong giới hạn bình thường khi được đánh giá bằng phương pháp khách quan. Điều này gợi ý rằng nghe kém không phải nguyên nhân chính trong nhóm trẻ được khảo sát. Tuy nhiên, việc tầm soát thính lực vẫn giữ vai trò quan trọng nhằm loại trừ nguyên nhân thính giác trước khi định hướng chẩn đoán và can thiệp rối loạn ngôn ngữ nguyên phát. Nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu và thực hiện tại một trung tâm đơn lẻ, do đó cần các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô lớn hơn để khẳng định kết luận này và làm rõ hơn mối liên quan giữa rối loạn ngôn ngữ và thính lực ở trẻ em. Trong tương lai, việc theo dõi dọc sự phát triển ngôn ngữ của nhóm trẻ này sau can thiệp cũng sẽ cung cấp thêm bằng chứng về vai trò thực sự của thính lực trong tiến trình phát triển giao tiếp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 32 trẻ rối loạn ngôn ngữ cho thấy trẻ đến khám chủ yếu ở độ tuổi 2-<4, nam chiếm ưu thế, và chậm nói là lý do nhập viện thường gặp nhất. Một số yếu tố nguy cơ như mẹ mắc bệnh trong thai kỳ và sinh non được ghi nhận nhưng không nổi bật. Đa số trẻ có chức năng tai giữa và ốc tai bình thường; 100% trường hợp đo ABR có ngưỡng nghe 20 dB hai tai. Kết quả cho thấy nghe kém không phải là nguyên nhân chính trong nhóm trẻ rối loạn ngôn ngữ được khảo sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Organization WH.** Deafness and hearing loss. Updated 27 February 2023.
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
3. **Lovcevic I, Burnham D, Kalashnikova M.** Language development in infants with hearing loss: Benefits of infant-directed speech. *Infant behavior & development.* May 2022;67:101699. doi:10.1016/j.infbeh.2022.
4. **Nguyễn Xuân Nam.** Nghiên cứu thăm dò chức năng nghe, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả thính lực của trẻ cấy điện cực ốc tai. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
5. **Phạm Đình Nguyên.** Nghiên cứu nghe kém không mắc phải ở trẻ em Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2018.
6. **Nguyễn Tông Khanh.** Khảo sát đặc điểm thính lực ở trẻ nghe kém tiếp nhận dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch 2022.
7. **Phạm Đoàn Tấn Tài.** Đánh giá tình trạng nghe kém tiếp nhận - thần kinh và các yếu tố liên quan ở trẻ tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Luận văn Chuyên khoa II. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2017