

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ ĐIẾC Ở TRẺ EM

NGUYỄN THỊ THOAN - TRẦN THỊ NGOAN*

Ngày nhận bài: 30/10/2017; ngày sửa chữa: 04/11/2017; ngày duyệt đăng: 16/11/2017.

Abstract: Deafness or hearing loss in children is a phenomenon that reduces or wholly affects a child's ability to sense sounds. The article addresses some issues on deafness in children in terms of situation, classification, causes and consequences and points out role of adults in the early detection of deafness in children.

Keywords: Deaf, children, innate deafness.

1. Đặt vấn đề

Trẻ em để có thể phát triển tốt, toàn diện về mặt nhận thức, nhân cách cần có sự phát triển khỏe mạnh của các giác quan. Tuy nhiên, nhiều trẻ không may mắn gặp những vấn đề về thính lực, điều này gây nên một trở ngại lớn trong quá trình học tập, tiếp nhận các thông tin trong cuộc sống cũng như sinh hoạt thường ngày, ảnh hưởng đến việc phát triển ngôn ngữ, tư duy, giao tiếp và các quan hệ xã hội của trẻ. Bài viết đề cập đến một số vấn đề như: thực trạng, phân loại, nguyên nhân cũng như hậu quả và vai trò của người lớn trong việc phát hiện sớm điếc ở trẻ em.

2. Nội dung

Thính giác là một trong những giác quan quan trọng hàng đầu để trẻ tiếp nhận thông tin và thực hiện việc giao tiếp với thế giới bên ngoài. Trẻ nhỏ sử dụng khả năng nghe để phát triển các kĩ năng ngôn ngữ ngay từ khi mới chào đời, bắt đầu từ những âm thanh đầu tiên của cuộc sống.

2.1. Một số thống kê về thực trạng điếc. Tổ chức Y tế thế giới ước tính có khoảng 5% dân số (tương đương với 360 triệu người) trên toàn thế giới bị nghe kém, trong đó có 32 triệu trẻ em dưới 15 tuổi. Theo F. Brohm, tại Cộng hòa Séc, cứ 1.000 trẻ thì có 20-30 em do bị điếc mà chậm nói hay nói ngọng và 1 em do điếc nặng mà không nói được. Còn theo J.C. Lafon, tại Pháp, số trẻ bị điếc nhẹ và vừa chiếm 3% và số trẻ điếc nặng chiếm khoảng 0,2% tổng số trẻ em. Tại VN, năm 1971, Viện Tai - Mũi - Họng điều tra sơ bộ ở 4 xã đồng bằng sông Hồng và đã phát hiện 30 người điếc nặng trên tổng số 17.971 người, tỉ lệ xấp xỉ 1,6%. Vấn đề này ở trẻ em cần được đặc biệt quan tâm để kịp thời phát hiện và khắc phục, nhằm giảm thiểu những khó khăn cho trẻ trong cuộc sống, học tập và sinh hoạt cộng đồng. Trong thực tế, số trẻ em bị điếc trong cộng đồng ngày càng nhiều.

2.2. Vai nét giải phẫu sinh lí cơ quan phân tích thính giác. Cơ quan phân tích thính giác gồm các bộ phận: vành tai, ống tai, tai giữa, tai trong... Trong đó, vành tai có chức năng thu nhận âm thanh;

ống tai có nhiệm vụ dẫn truyền âm thanh vào màng tai; tai giữa gồm có màng nhĩ, chuỗi xương con và vòi nhĩ thực hiện chức năng dẫn truyền và khuếch đại âm thanh; tai trong tiếp nhận âm thanh.

2.3. Phân loại điếc ở trẻ em. Có rất nhiều cách phân loại điếc ở trẻ em khác nhau, như: dựa vào mức độ điếc/kém nghe, dựa vào nguyên nhân gây điếc. Ở đây, chúng tôi đề cập đến các mức độ kém nghe ở trẻ: - *Mức độ 1: điếc nhẹ* (nghe ngãng): giảm 20-40db, trẻ có thể phát âm không chuẩn, nhất là đối với một số phụ âm; - *Mức độ 2: điếc vừa*: giảm 40-60db, trẻ chậm nói và sai giọng, nhầm lẫn nhiều nguyên âm và phụ âm, trẻ cần được đeo máy; - *Mức độ 3: điếc nặng*: giảm 60-80db, trẻ chỉ nghe được tiếng nói to, phải đeo máy và cần phải luyện giọng chuẩn nếu không thì tiếng nói của trẻ sẽ vô tổ chức. Trong đó, điếc nặng và sâu chiếm khoảng 3-6% trẻ em.

2.4. Nguyên nhân gây điếc:

2.4.1. Nguyên nhân gây điếc thông thường:

- *Điếc do bệnh của tai:* Điếc do vấn đề của tai ngoài (do nút ráy tai và dị vật trong tai làm bít ống tai). Điếc do bệnh lí tai ngoài hoặc tai giữa, như: viêm tai giữa cấp tính, viêm tai giữa ứ dịch, xơ nhĩ và viêm tai dính, thường gây tổn hại thính lực tối đa là 60dB. Điếc tai trong do sự tiếp xúc với âm thanh có tần số quá cao trong thời gian dài gây ra thương tổn lan rộng ra các vòng xoắn ốc khác, cuối cùng có thể toàn bộ ốc tai bị thương tổn.

- *Điếc do chấn thương sọ não do va đập,* như: Vỡ xương đá (vỡ hòm nhĩ và mê nhĩ thương tổn cả tai giữa và tai trong gây ra điếc nặng; vỡ hòm nhĩ ngoài mê nhĩ thương tổn chỉ khu trú tai giữa gây ra điếc kiểu dẫn truyền); chấn thương sọ não không có vỡ xương đá có thể gây điếc dẫn truyền do trật khớp búa đe hoặc mảnh xương trần hòm nhĩ bị biến dạng là lệch chuỗi xương con. Ngoài ra, chấn động não cũng gây ra giảm sút thính lực ở trung ương.

* Trưởng Cao đẳng Sư phạm Trung ương

- **Điếc do nhiễm độc:** Dây thần kinh số VIII và cơ quan corti rất nhạy cảm với các loại nhiễm độc khác nhau: CO, thạch tín, thuốc lá... Các loại thuốc như salicylate, đặc biệt là quinine, các kháng sinh nhóm aminozit như streptomycine, kanamycine, gentamycine... Điếc này có thể xảy ra ở cả thể bị nhiễm độc, liều lượng cao, sử dụng thời gian kéo dài. Thường là điếc cả hai tai, điếc tiếp nhận đơn thuần, các tần số cao bị trước rồi đến tần số trầm, có hồi thính.

- **Điếc do nhiễm khuẩn hoặc nhiễm virút:** Rất hay gặp, xảy ra trong hoặc sau khi bị các bệnh nhiễm khuẩn, như: thương hàn, các loại sốt phát ban, cúm, zona, giang mai, viêm màng não tuỷ... Các loại bệnh này gây tổn thương dây thần kinh thính giác và các sợi tận cùng thần kinh ở ốc tai, tức là viêm dây thần kinh số VIII cùng với viêm màng não và viêm mê nhĩ. Thường là điếc tiếp nhận kiểu ốc tai hoặc là rên thần kinh.

- **Điếc do tổn thương trung ương:** Gồm 2 loại: *Thương tổn ở thân não* (hành tuỷ, cầu não, não giữa), như: xuất huyết, tắc mạch, u, nhiễm khuẩn và xơ cứng rải rác... Thương tổn nhỏ ở vùng này cũng có thể ảnh hưởng đến nhiều vùng của đường thính giác; *Thương tổn ở vỏ não*, như: viêm não, viêm màng não, chấn thương, xuất huyết, tắc mạch, u, bệnh tâm thần, tuổi già, thiếu máu và bệnh thận. Điếc do tổn thương trung ương biểu hiện ở chỗ nghe mà không hiểu ý nghĩa của từ hoặc của câu nói. Vì vậy, đo sức nghe đơn âm thì khá tốt nhưng đo sức nghe tiếng nói (thính lực lời) thì giảm nhiều. Dùng các nghiệm pháp đo sức nghe tiếng nói đặc biệt (lọc cao, lọc thấp, nhanh, chậm, chuyển đổi giảm hoán cộng gộp) dùng âm vị... cho thấy sức nghe - hiểu giảm nhiều.

2.4.2. Nguyên nhân gây điếc ở trẻ em:

- **Điếc bẩm sinh** là tình trạng nghe kém ở trẻ tồn tại ngay sau khi sinh ra. Nguyên nhân gây điếc bẩm sinh chủ yếu do những bất thường trong quá trình mang thai, một số xảy ra trong quá trình chuyển dạ. Cụ thể: do trẻ bị thiếu oxy trong lúc lọt lòng mẹ, do mẹ bị nhiễm các độc chất trong lúc mang thai như thuốc chữa bệnh, rượu, thuốc lá, ma túy...

- **Di truyền** là nguyên nhân hàng đầu của nghe kém bẩm sinh. Khoảng 50% tất cả các trường hợp nghe kém bẩm sinh là do di truyền. Trong số đó, khoảng 70% nhiễm sắc thể (NST) thường dạng trội và 1-2% di truyền qua NST giới tính X. Nghe kém nằm trong hội chứng chiếm 30% tổng số điếc di truyền.

- **Viêm màng não** là một yếu tố quan trọng gây nghe kém ở trẻ em, cũng là nguyên nhân thường gặp nhất gây nghe kém tiếp nhận mắc phải. Có khoảng 10% trẻ em bị nghe kém ở các mức độ khác nhau sau khi bị viêm màng não. Nghe kém liên quan tới

viêm màng não là một cơ chế phức tạp, trong suốt quá trình viêm đã gây phù não, màng não làm giảm oxy tới các tế bào thần kinh. Từ đó, gây tổn thương không hồi phục của các tế bào thần kinh. Trẻ em bị viêm màng não mũ có nguy cơ bị điếc cao nhất và có thể bị điếc một vài ngày sau khi bị bệnh.

- **Thiếu sản, bất sản tai:** Là nguyên nhân chủ yếu của loại nghe kém này, tần suất khoảng 1/30.000. Nguyên nhân có thể do bệnh lí phôi thai, như: phôi thai bị nhiễm trùng, nhiễm độc, yếu tố gen, di truyền. Biểu hiện của hiện tượng này là các dị dạng một hoặc hai bên của vành tai, ống tai ngoài (hẹp, không có ống tai), hòm nhĩ hẹp hoặc không có, không có chuỗi xương con. Thường phối hợp với các dị dạng vùng mặt trong các hội chứng, như: 1) Bất thường chuỗi xương con của số bầu dục (dị dạng chuỗi xương con: không có xương đe, xương bàn đạp; cố định xương con: cứng khớp búa - đe, cứng khớp bàn đạp - cửa sổ bầu dục). Nguyên nhân thường liên quan đến yếu tố gen trội trong các hội chứng Marfan, Pierre Robin, Duane, Crouson... đi kèm các dị dạng về cấu trúc xương sọ mặt; 2) Một số bất thường của cấu trúc xương bàn đạp - cửa sổ bầu dục biểu hiện nghe kém muộn (trên 10 tuổi); 3) Xốp xơ tai: hay gặp ở nữ (65-70%), liên quan đến gen trội của NST thường. Thường xuất hiện cả hai bên, có thể gây điếc hỗn hợp; 4) Bệnh Vander Hoef (1918), biểu hiện: xương dễ gãy, củng mạc màu xanh, nghe kém dẫn truyền do cứng khớp bàn đạp trong cửa sổ bầu dục, đục thủy tinh thể bẩm sinh, rối loạn sắc tố.

- **Do bệnh lí phôi thai - thai, bệnh lí gen:** Các bệnh lí ốc tai gây nghe kém tiếp nhận bẩm sinh hay gặp hơn nhóm bệnh lí sau ốc tai, có 4 dạng: 1) *Dị dạng Michel:* Chiếm 5% dị dạng tai trong, bất sản toàn bộ phần ống tai và phần tiền đình. Nguyên nhân là do ngừng phát triển phôi thai trong và trước ngày 25; 2) *Dị dạng Mondini:* Chiếm 30% dị dạng tai trong, ốc tai chỉ có 1,5 vòng xoắn, có thể phối hợp với sự thông thương dịch não tủy - dịch tai trong làm tăng nguy cơ viêm hòm nhĩ, rò dịch não tủy; 3) *Dị dạng Big - Siebenmann:* Chỉ tổn thương mê đạo màng, mê đạo xương bình thường; 4) *Dị dạng Schube:* Hay gặp ở một bên, mê đạo xương bình thường. Biến đổi cơ quan Corti: tế bào lông chuyển ít hoặc không có nhưng thần kinh ốc tai vẫn bình thường (lí do để đặt điện cực ốc tai).

- **Nguyên nhân do mẹ sử dụng thuốc khi mang thai:** Chiếm 7% số trẻ điếc tiếp nhận. Nguyên nhân do nhiễm độc cơ quan thính giác phôi thai khi sử dụng các loại thuốc trong điều trị một số bệnh như: Aminozide, thuốc điều trị các bệnh lợi tiểu (Etacryniquine, Eurocemide),

chống sốt rét (Chloroquine, Quinine); an thần, chống co giật; chất gây độc tai: rượu.

Ngoài ra, còn có nguyên nhân do trẻ có bất thường hệ thần kinh, suy dinh dưỡng bào thai; do người mẹ bị mắc một chứng bệnh về tai lúc còn nhỏ tuổi...

2.5. Hậu quả của điếc và vai trò của người lớn trong phát hiện điếc sớm ở trẻ em. Điếc và nghễnh ngãng ở trẻ em là vấn đề cần được xã hội quan tâm. Điếc càng nặng và xảy ra càng sớm thì hậu quả càng nghiêm trọng. Điếc trẻ em có nhiều mức độ khác nhau. Các hậu quả sẽ được giảm nhẹ nếu phát hiện bệnh sớm và có các biện pháp phục hồi chức năng sớm. Nếu không được phát hiện, trẻ sẽ bị chậm nói hoặc nói ngọng, tính nết không bình thường ảnh hưởng lớn tới sự hình thành ngôn ngữ và sự phát triển về tư duy của trẻ. Để hiểu biết bệnh điếc ở trẻ em cần hiểu biết sự phát triển thính giác và sự hình thành ngôn ngữ ở trẻ. Nếu phát hiện sớm điếc bẩm sinh, đặc biệt trong 6 tháng đầu đời và can thiệp sớm có thể giúp trẻ phát triển ngôn ngữ và nói chuyện bình thường so với những đứa trẻ khác. Trước đây, việc tầm soát nghe kém chỉ thực hiện trên những trẻ có nguy cơ cao, nhưng hiện nay tại các nước phát triển chương trình này được áp dụng thường quy cho các bé khi vừa chào đời, trước khi xuất viện hoặc 2 tuần sau sinh. Những trẻ có bất thường thính lực trong 2 lần kiểm tra đầu tiên cần được đánh giá tình trạng sức khỏe toàn diện và thính lực trước khi được 3 tháng tuổi.

Khi chẩn đoán nghe kém đã xác định, trẻ cần được can thiệp sớm trước 6 tháng bằng cách đeo máy trợ thính, cấy điện ốc tai hay sử dụng các thiết bị hỗ trợ thích hợp. Chương trình tầm soát trẻ khiếm thính trước đây đã được thực hiện với phương tiện sơ khai tạo tiếng ồn để quan sát phản ứng của trẻ. Gia đình, đặc biệt là mẹ có vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện sớm điếc ở trẻ. Mẹ là người chăm sóc con thường xuyên, trực tiếp và nhạy cảm với sự phát triển của con nhất. Do đó, phần lớn các trường hợp điếc của trẻ được phát hiện bởi mẹ của trẻ. Nếu trẻ em không biết “hóng chuyện”, “ừ à, bập bẹ”, không phản ứng với các âm thanh to (giật mình, quay đầu về phía âm thanh, “chậm nói”...) người mẹ và gia đình cần nhanh chóng đưa trẻ đến các cơ sở y tế nhi để kiểm tra thính lực cho trẻ để có phát hiện và chẩn đoán kịp thời. Việc phát hiện trẻ em bị điếc càng sớm càng tốt để đeo máy trước 2 tuổi. Đeo máy chậm sẽ ảnh hưởng tới khả năng nghe, phát âm tâm lí, tình cảm của trẻ. Điếc nặng không đeo máy sẽ trở thành “câm”, ảnh hưởng tới sự phát triển trí tuệ và nhân cách của trẻ.

Ở các cơ sở giáo dục mầm non, đặc biệt trong các lớp nhà trẻ, giáo viên có thể theo dõi những phản ứng của trẻ với tiếng động quen thuộc. Có thể dùng các đồ chơi kiểu lúc lắc, còi, trống, thanh la, chũm chọe, đàn phiến gỗ phát ra các âm thanh trầm bổng khác nhau để thăm dò sức nghe của trẻ. Trẻ bình thường khi nghe các hiệu lệnh của cô giáo sẽ biết phản ứng phù hợp. Ví dụ, khi cô gọi tên điểm danh, khi cô nhắc cả lớp đi vệ sinh trước khi vào giờ ăn... Nếu trẻ nghe kém sẽ không có phản ứng phù hợp, thường sẽ ngơ ngác, sau đó làm theo các bạn một cách thụ động. Do đó, giáo viên mầm non cũng cần hết sức chú ý để cùng với gia đình phát hiện sớm trẻ bị điếc để hỗ trợ trẻ kịp thời.

Việc kết luận trẻ điếc/nghe kém ở mức độ nào phụ thuộc vào kết quả thăm khám y khoa và chẩn đoán của bác sĩ có chuyên môn. Từ đó, bố mẹ cũng như giáo viên mầm non có sự phối hợp trong việc trợ giúp trẻ bị điếc.

3. Kết luận

Trẻ điếc/nghe kém không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ không giao tiếp được, không học được từ những âm thanh xung quanh và trẻ chậm phát triển ngôn ngữ, trí tuệ, sẽ gặp khó khăn trong cuộc sống; trầm trọng hơn, trẻ sẽ trở thành tàn tật vĩnh viễn. Ảnh hưởng của nghe kém phụ thuộc rất lớn vào lứa tuổi mắc bệnh; vì vậy, việc phát hiện và can thiệp kịp thời sẽ mang lại cho trẻ cơ hội lớn trong việc hồi phục khả năng nghe, phát triển các kĩ năng ngôn ngữ, giúp trẻ học tập và hòa nhập cộng đồng và giảm gánh nặng cho bản thân trẻ, gia đình và xã hội. □

Tài liệu tham khảo

- [1] Nguyễn Thị Hoài An (2003). *Đặc điểm dịch tễ viêm tai úch ở trẻ em một số phường ở Hà Nội*. Luận án tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
- [2] Phan Văn Dương (2013). *Viêm tai giữa cấp tính và mạn tính* (giáo trình Tai Mũi Họng). NXB Đại học Huế.
- [3] Phan Văn Dương (2013). *Biến chứng nội sọ do tai* (giáo trình Tai Mũi Họng). NXB Đại học Huế.
- [4] Nguyễn Nam Hà (2008). *Tiếng ồn và nghe kém do tiếng ồn*. NXB Y học TP. Hồ Chí Minh.
- [5] Trần Viết Luân (2008). *Viêm tai giữa tiết dịch*. NXB Y học TP. Hồ Chí Minh.
- [6] Nhan Trường Sơn (2011). *Viêm tai giữa tiết dịch*. NXB Y học TP. Hồ Chí Minh.
- [7] N. Bhattacharyya - N.L. Shaphiro (2010). *Air quality improvement and the prevalence of frequent ear infections in children*. Otolaryngol Head Neck Surg., 142(2), pp. 242-246.