

Chương

---

**Vật lý trị liệu  
Phục hồi chức năng**



24

# VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP

## I. ĐẠI CƯƠNG

Vật lý trị liệu (VLTL) hô hấp là phương pháp điều trị hỗ trợ nhằm giải quyết tình trạng tắc nghẽn đường hô hấp do ứ đọng đàm nhót và cải thiện sự thông khí.

Chẩn đoán bệnh hô hấp và chỉ định VLTL thuộc phạm vi của Bác sĩ điều trị.

## II. LƯỢNG GIÁ

Lượng giá VLTL nhằm:

- Lựa chọn kỹ thuật thích hợp.
- Xem xét chống chỉ định.
- Các bệnh lý, tình trạng bệnh nhân cần thận trọng khi tập luyện.

### 1. Hỏi bệnh

- Sốt.
- Sỗ mũi, nghẹt mũi, khò khè, tiếng rít thanh quản.
- Ăn uống có hay bị ói không.
- Ngủ dễ hay khó.
- Thời điểm trong ngày uống thuốc long đờm hay giän phê quản.
- Các bệnh đi kèm: viêm tai, trào ngược dạ dày thực quản.

### 2. Khám lâm sàng

- Tổng trạng, da niêm hồng hay tái, đo SpO<sub>2</sub> nếu cần.
- Dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, nhiệt độ.
- Dấu hiệu khó thở: thở nhanh, cánh mũi pháp phòng, co lõm ngực, hổm ức.
- Kiểm tra sự thông thoáng của đường hô hấp trên.

### 3. Cận lâm sàng: tham khảo kết quả X quang phổi nếu có.

## III. VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP

### 1. Mục tiêu

- Thoát lưu đờm.

- Cải thiện sự thông khí vùng phổi xẹp hoặc kén thông khí.

## 2. Thời điểm điều trị và bệnh lý chỉ định

- Viêm tiểu phế quản sau giai đoạn viêm cấp, khoảng 3 - 5 ngày sau khởi bệnh.
- Viêm phổi trên cơ địa bại não, bệnh lý thần kinh cơ.
- Viêm phổi có hình ảnh xẹp phổi trên X quang.
- Viêm hô hấp trên ở trẻ > 2 tháng có nghẹt mũi và thắt bại với nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý.

## 3. Kỹ thuật

- Kỹ thuật thông mũi họng với dung dịch NaCl 0,9% nếu có tắc nghẽn đường hô hấp trên.
- Kích thích ho tự khạc đàm.
- Kỹ thuật tăng thông lượng khí thở ra nhanh hoặc chậm.
- Kỹ thuật dẫn lưu tự sinh.
- Hút đàm nếu bệnh nhân hỉ mũi hoặc ho không hiệu quả.
- Phun khí dung trước khi tập VLTL hô hấp khoảng 15 - 20 phút, nếu có chỉ định của bác sĩ.
- Đối với trường hợp xẹp phổi do ú đọng đàm nhót, ngoài các kỹ thuật nêu trên, cần áp dụng một số kỹ thuật sau:
  - Điều trị với máy gõ rung IPV (Intrapulmonary Percussion Ventilation) trong trường hợp kỹ thuật bằng tay không hiệu quả và tình trạng xẹp phổi không cải thiện.
  - Tư thế thông đàm: đặt từ 5 - 10 phút trước khi thực hiện các kỹ thuật VLTL hô hấp.
  - Tập thở chủ động để tăng sự thông khí đối với bệnh nhân hiểu và hợp tác.

## IV. THẬN TRỌNG KHI TẬP LUYỆN

- Trẻ dưới 3 tháng tuổi, sinh non, có trào ngược dạ dày - thực quản: cần được bác sĩ đánh giá lại mỗi ngày và ghi y lệnh tập VLTL hô hấp.
- Trẻ sơ sinh, sanh non, có trào ngược dạ dày - thực quản: thao tác được thực hiện nhẹ nhàng tránh gây tăng áp lực ổ bụng.
- Bệnh tim bẩm sinh, viêm tiểu phế quản, hen suyễn, trào ngược dạ dày - thực quản, mềm sụn thanh quản: tránh lạm dụng kích thích ho.
- Trẻ trên 3 tuổi: không bắt buộc thực hiện kích thích ho một cách triệt để.

## V. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sốt > 38°C.
- SpO<sub>2</sub> < 91%.
- Da niêm: tím tái, xanh, trắng bệch.
- Co kéo liên sườn, co lõm hõm ức, cánh mũi pháp phồng.



## CHƯƠNG 24: VẬT LÝ TRỊ LIỆU – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

- Thở rên.
- Chảy máu cam.
- Bệnh nhân đang lên cơn suyễn.
- Tứ chứng Fallot chưa phẫu thuật.
- Bệnh tạo xương bất toàn.

# VẬT LÝ TRỊ LIỆU VẸO CỔ DO TẬT CƠ ỨC ĐÒN CHŨM

## I. ĐỊNH NGHĨA

Vẹo cổ do tật cơ là tình trạng cơ ức đòn chũm (UDC) bị xơ hóa, co rút dẫn đến tư thế đầu nghiêng về bên có khối u cơ và mặt xoay về phía đối diện.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh sử

- Tiền căn sản khoa: sanh ngôi mông, sanh khó, sanh hút, cân nặng lúc sanh, sanh đủ tháng hay thiếu tháng.
- Thời điểm phát hiện khối u trên cơ ức đòn chũm.

### 2. Khám lâm sàng

- Tư thế của đầu khi nằm ngửa hoặc khi ngồi.
- Tầm vận động cột sống cổ: đo tầm độ giới hạn.
- Trạng thái cơ UDC và cơ thang trên: mềm hay co thắt, co rút.
- Khối u trên cơ UDC: mềm hay cứng, xác định kích thước khối u qua kết quả siêu âm.
- Hình thể sọ mặt: bị lép hoặc biến dạng.
- Mắt và chức năng thị giác.
- Cột sống.
- Các bệnh và tật khác.

### 3. Cận lâm sàng: siêu âm cơ UDC khi cần chẩn đoán phân biệt.

### 4. Chẩn đoán xác định: có khối u mật độ chắc, không di động nằm dọc thân cơ UDC.

### 5. Chẩn đoán phân biệt

- Hạch lao hay hạch nhiễm trùng vùng cổ gây đau.
- Bất thường các đốt sống cổ: tật nửa đốt sống bẩm sinh.
- Vẹo cổ do vấn đề thị giác.
- Hình dạng sọ không đều.
- Bất thường về phát triển vận động: trẻ bại não có phản xạ trương lực cổ bất đối xứng, trẻ giảm trương lực cơ hoặc chậm phát triển vận động.
- Vẹo cổ không rõ nguyên nhân.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Mục tiêu

- Lấy lại tầm hoạt động cột sống cổ.
- Tăng sức mạnh của cơ UDC đối bên.
- Ngăn ngừa co rút cơ UDC.
- Ngăn ngừa biến dạng sọ - mặt, cột sống.

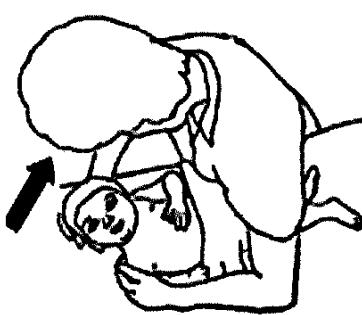
2. Thời điểm điều trị: ngay khi phát hiện khối u trên cơ ức đòn chũm.

#### 3. Kỹ thuật

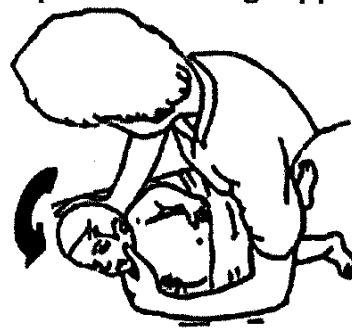
##### 3.1. VLTL bảo tồn

- Kéo giãn cơ UDC bằng tay và bằng tư thế.
- Vận động chủ động cho cơ UDC đối bên.
- Gia tăng sức mạnh nhóm cơ UDC đối bên (áp dụng cho trẻ từ 6 tháng tuổi).
- Kích thích chỉnh thể đầu.
- Mang nẹp cổ mềm nếu cần.
- Chỉ định phẫu thuật: trẻ trên 6 tháng tuổi, điều trị bảo tồn không có kết quả hoặc còn co rút cơ UDC.

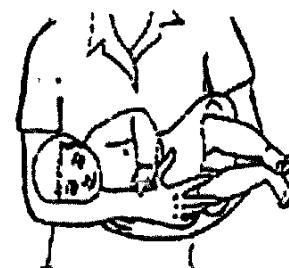
##### Bài tập kéo giãn minh họa cho trường hợp u cơ UDC bên PHẢI



Tập nghiêng đầu qua TRÁI



Tập xoay mặt qua PHẢI



Kéo giãn bằng tư thế

##### 3.2. VLTL sau phẫu thuật

- Kéo giãn cơ UDC.
- Kéo tạ cột sống cổ với trọng lượng bằng 1/12 trọng lượng cơ thể, áp dụng cho trẻ lớn và có sự hợp tác.
- Vận động đề kháng cho cơ UDC đối bên.
- Thâu nhện cảm giác bản thể về tư thế thẳng của đầu trong không gian.
- Tư thế thẳng đầu trong sinh hoạt hàng ngày.
- Bài tập chỉnh thể đầu.
- Mang nẹp cổ mềm hoặc cứng.

## IV. THẬN TRỌNG KHI ĐIỀU TRỊ

- Không được massage trên khối u cơ UDC vì làm khôi u sưng thêm.
- Tránh kéo giãn cột sống cổ thái quá có nguy cơ gây liệt đám rối thần kinh cánh tay.
- Đối với những khối u quá to, nên tập luyện từ từ để tránh trẻ bị ho, sặc, tím tái.

## V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Chương trình điều trị tại nhà:
  - Kéo giãn cơ ức đòn chũm bằng tay mẹ và bằng tư thế.
  - Tư thế ngăn ngừa có rút cơ ức đòn chũm và biến dạng sọ mặt.
- Tái khám:
  - 3 tháng đầu: tập 2 lần mỗi tuần tại bệnh viện.
  - Sau đó: tái khám 1 lần mỗi tháng.
- Tiêu chuẩn ngưng điều trị: đầu ở vị thế thẳng, tầm vận động cột sống cổ chủ động không bị giới hạn, không còn khối u cơ UDC.



# VẬT LÝ TRỊ LIỆU BÓ BỘT VÀ MANG GIÀY NẸP TRONG ĐIỀU TRỊ CHÂN KHOÈO BẨM SINH THEO PHƯƠNG PHÁP PONSETI

## I. ĐỊNH NGHĨA

Chân khoèo bẩm sinh là tật bẩm sinh của bàn chân bị nhón gót - vẹo trong, bao gồm 4 biến dạng: gấp lòng, vẹo trong, áp và biến dạng vòm bàn chân.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Tiền sử gia đình bị chân khoèo, dị tật về bàn chân hoặc các dị tật bẩm sinh khác.
- Đã được xử trí trước đó, thời gian bao lâu.

### 2. Khám lâm sàng

Lượng giá và tiên lượng chân khoèo dựa vào thang điểm Pirani.

- Đo tầm vận động khớp cổ chân - bàn chân.
- Lượng giá bàn chân giữa:
  - Bờ ngoài bàn chân cong.
  - Nếp gấp bờ trong.
  - Độ bao phủ chỏm xương sên.
- Lượng giá bàn chân sau:
  - Nếp gấp sau gót.
  - Gập lòng cứng.
  - Gót không sờ thấy.

### 3. Chẩn đoán xác định: đủ 3 tiêu chí sau:

- Biến dạng cổ chân - bàn chân: gấp lòng + áp + vẹo trong + vòm bàn chân.
- Co rút gân gót.
- Giới hạn tầm vận động khớp cổ chân và bàn chân.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Cứng đa khớp bẩm sinh (AMC: Arthrogryposis Multiplex Congenita).
- Thoát vị tủy - màng tủy do tật nửa đốt sống (Spina Bifida).
- Bàn chân đụng gót - vẹo ngoài (Talipes calcaneo - valgus).
- Bàn chân bị khoèo thứ phát sau các bệnh lý tổn thương TKTW: bại não, di chứng viêm não - màng não.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Mục tiêu

- Chỉnh sửa các biến dạng của bàn chân khoèo.
- Kiểm tra sự tuân thủ mang giày nẹp giữ bàn chân dang.
- Phát hiện sớm và xử trí tái phát trong 5 năm đầu đời của trẻ.

#### 2. Thời điểm điều trị: ngay sau sinh

#### 3. Kỹ thuật

##### 3.1. Bó bột nắn chỉnh

- Bó bột đùi - bàn chân, gối gấp  $90^{\circ}$  -  $110^{\circ}$ , bàn chân ở tư thế dang và quay ngửa.
- Thay bột mỗi tuần. Mỗi lần thay bột, bàn chân sẽ được nắn sửa nhiều hơn để đạt tầm vận động bình thường của dang bàn chân và gấp lưng cổ chân.
- Đánh giá sau quá trình bó bột:
  - 1) Gập lưng cổ chân  $20^{\circ}$  và dang bàn chân đạt  $60^{\circ}$ : mang giày nẹp giữ bàn chân dang.
  - 2) Gập lưng cổ chân từ  $10^{\circ}$  -  $20^{\circ}$  và dang bàn chân đạt  $60^{\circ}$ : tiếp tục bó bột để đạt gập lưng cổ chân đầy đủ  $20^{\circ}$ .
  - 3) Gập lưng cổ chân từ  $5^{\circ}$  -  $10^{\circ}$  và dang bàn chân đạt  $60^{\circ}$ : chuyển bác sĩ Chỉnh hình phẫu thuật gân gót trong bao gân
  - 4) Gập lưng cổ chân dưới  $5^{\circ}$ : tiếp tục bó bột.
  - 5) Không thay đổi sau 6 - 10 lần bó bột: hội chẩn với bác sĩ Chỉnh hình phẫu thuật gân gót trong bao gân.
- Vận động thụ động các khớp ngay sau khi tháo bột để ngừa biến chứng do bất động.
- Kéo nắn, chỉnh sửa biến dạng của bàn chân khoèo trước khi bó bột.

##### 3.2. Mang giày nẹp

- Tiêu chuẩn mang giày nẹp: gập lưng cổ chân  $20^{\circ}$  và dang bàn chân  $60^{\circ}$ .
- Điều chỉnh góc dang bàn chân trong giày nẹp:
  - Chân khoèo hai bên, giày nẹp giữ hai bàn chân ở tư thế dang  $70^{\circ}$ .
  - Chân khoèo một bên, giày nẹp giữ bàn chân khoèo ở tư thế dang  $70^{\circ}$  và bàn chân bình thường ở tư thế dang  $45^{\circ}$ .
- Thời lượng mang giày nẹp:
  - Nẹp mang suốt ngày đêm liên tục trong 3 tháng đầu tiên sau khi lần bột bối cuối cùng được tháo ra.
  - Từ tháng thứ 4 mang giày nẹp: mang 12 giờ vào ban đêm và từ 4 - 6 giờ vào ban ngày, tổng cộng khoảng 16 - 18 giờ/ngày.
  - Giai đoạn sau, tùy thuộc vào tình trạng hiện tại của trẻ, chuyên viên VLTL sẽ quyết định thời lượng mang giày nẹp:
    - + Chỉ cần mang giày nẹp vào ban đêm.
    - + Hoặc phải mang khi ngủ đêm và cả buổi ngủ trưa trong ngày.
  - Tiếp tục mang giày nẹp cho đến 5 tuổi.



- Tập VLTL trong thời gian mang giày nẹp:
  - Kéo giãn gân gót.
  - Vận động chủ động gia tăng sức mạnh nhóm cơ chày trước và cơ mác.
  - Huấn luyện dáng đi.

## IV. THẬN TRỌNG KHI BÓ BỘT

- Quay sấp bàn chân sẽ làm tăng biến dạng vòm và dẫn đến biến dạng bàn chân hình hạt đậu.
- Điều chỉnh nhón gót trước khi sửa vẹo trong và quay ngửa sẽ gây ra biến dạng bàn chân hình võng.
- Xoay ngoài bàn chân để điều chỉnh áp trong khi xương gót vẫn còn vẹo trong sẽ gây ra biến dạng mắt cá ngoài trượt ra sau.
- Bó bột quá ngắn không sát khớp háng sẽ không giữ được xương gót dang.

## V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM ĐỂ QUẢN LÝ TÁI PHÁT

### 1. Theo dõi tái phát

- Phát hiện các dấu hiệu tái phát: giảm cử động dang bàn chân, giảm gấp lưng cổ chân, bàn chân trước bị áp và quay ngửa, gót vẹo trong khi đứng đi.
- Chỉ cần xuất hiện một trong những dấu hiệu tái phát, bó bột lại ngay và bắt đầu điều trị theo tiến trình như trên.

### 2. Tái khám

- Trong 3 tháng đầu tiên mang giày nẹp, tái khám vào tuần thứ 2, tuần thứ 6 và tuần thứ 12 tính từ ngày bắt đầu mang giày nẹp.
- Tái khám 3 tháng/lần từ tháng thứ 3 trở đi cho đến khi trẻ được 3 tuổi.
- Tái khám 4 tháng/lần cho trẻ từ 3 - 4 tuổi.
- Tái khám 6 tháng/lần cho trẻ từ 4 - 5 tuổi.
- Tái khám 1 năm/lần cho trên 5 tuổi và tiếp tục cho đến khi bộ xương trưởng thành.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẺ BẠI NÃO

## I. ĐỊNH NGHĨA

Bại não là một thuật ngữ chung mô tả “một nhóm các rối loạn vĩnh viễn về phát triển vận động và tư thế, gây ra các giới hạn về hoạt động do những rối loạn không tiến triển xảy ra trong não bào thai hoặc não ở trẻ nhỏ đang phát triển. Các rối loạn vận động của bại não thường kèm theo những rối loạn về cảm giác, nhận cảm, nhận thức, giao tiếp và hành vi, động kinh và các vấn đề cơ xương thú phát”.

Tỷ lệ mới mắc bại não ở các nước phát triển là 1,4 - 2,1 trên 1.000 trẻ sinh ra sống.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Các yếu tố nguy cơ của bại não.
- Quá trình phát triển vận động, ăn uống và giao tiếp.

### 2. Khám lâm sàng

- Trương lực cơ bất thường, rối loạn vận động.
- Các bất thường về phản xạ (phản xạ Moro, phản xạ nắm bàn chân, phản xạ trương lực cổ bất đối xứng và đối xứng, phản xạ chỉnh thế, dấu Babinski).
- Lượng giá các mốc phát triển vận động thô, khả năng chuyển đổi tư thế.
- Lượng giá dáng đi.
- Lượng giá hệ cơ xương: co rút cơ, biến dạng khớp, tầm soát bán trật khớp hông.
- Lượng giá chức năng hai tay, các hoạt động tự chăm sóc.
- Lượng giá khó khăn vùng hầu liên quan đến ăn-nuốt.
- Lượng giá khó khăn giao tiếp, lời nói, ngôn ngữ hiểu và diễn đạt.

### 3. Chẩn đoán xác định

- Trương lực cơ bất thường.
- Tư thế bất thường.
- Tồn tại phản xạ nguyên phát.
- Chậm phát triển các mốc phát triển về vận động, ăn uống và giao tiếp.

#### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Chậm phát triển toàn bộ.
- Bệnh lý thần kinh thoái triển.

### III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

#### 1. Thời điểm điều trị

- Trẻ sơ sinh có các yếu tố nguy cơ.
- Trẻ có bất kỳ biểu hiện bất thường nào trong phần chẩn đoán xác định.

#### 2. Kỹ thuật

##### 2.1. Vật lý trị liệu

- Úc chế các phản xạ bất thường.
- Kiểm soát đầu cổ và thân mình.
- Vận động trị liệu trên banh.
- Tập mạnh cơ.
- Huấn luyện thăng bằng tư thế tĩnh và động.
- Huấn luyện các vận động thô: nâng đầu, lật sấp, trườn, ngồi, bò, quì, đứng và đi.
- Huấn luyện chuyển tư thế: nằm sang ngồi, ngồi sang đứng...
- Huấn luyện dáng đi.
- Huấn luyện di chuyển lên - xuống cầu thang, trên các địa hình khác nhau, bước qua hướng ngại vật...
- Huấn luyện di chuyển với dụng cụ trợ giúp: tập đi với khung tập đi, gậy, nặng...

##### 2.2. Hoạt động trị liệu

- Kỹ thuật tập luyện bắt buộc tay liệt (CIMT: Constraint-Induced Movement Therapy).

Tăng cường sử dụng chức năng của tay bị tổn thương hoặc yếu hơn thông qua thực hành lặp đi lặp lại một thao tác trong khi tay mạnh hoặc tay bình thường bị bó bột hoặc mang nẹp. Trị liệu này chủ yếu được sử dụng với trẻ bị khiếm khuyết vận động một bên, như trẻ bại não co cứng nửa người.

Năm yếu tố quan trọng cần tuân thủ khi thực hiện CIMT là:

- Giữ cho tay lành hoặc tay mạnh hơn không tham gia vào hoạt động bằng cách bó bột hoặc mang nẹp.
- Liều lượng trị liệu cao (ít nhất là 30 giờ hoặc nhiều hơn), trong khoảng thời gian từ 3-6 tuần.
- Thực hành lặp đi lặp lại và thay đổi mức độ khó của bài tập.
- Thực hành trong môi trường tự nhiên của trẻ nếu có thể được (ví dụ như ở nhà/trường). Mặc dù vậy việc trị liệu ở bệnh viện/phòng trị liệu cũng đạt được hiệu quả như trong môi trường tự nhiên.

- Chương trình huấn luyện chuyển tiếp cho việc sử dụng cả hai tay trong sinh hoạt hàng ngày phải được bắt đầu ngay sau khi hoàn tất đợt điều trị CIMT.
- Huấn luyện chức năng hai tay: vận động thô, vận động khéo léo của bàn tay, phối hợp hai tay trong sinh hoạt hàng ngày.
- Huấn luyện chức năng sinh hoạt hàng ngày (có hoặc không có dụng cụ trợ giúp thích nghi) và kỹ năng tự chăm sóc: tự xúc ăn, đi vệ sinh.
- Thay đổi môi trường xung quanh để trẻ dễ dàng thích nghi với tình trạng khuyết tật hiện tại.
- Điều hòa cảm giác bằng phương pháp Tâm lý - Vận động:
  - Tăng khả năng tương tác một cách chủ động của trẻ với môi trường xung quanh.
  - Tác động đến mức độ thức tỉnh, sự chú ý, sự hoạch định vận động, sự tổ chức hành vi trong tiến trình xử lý cảm giác bình thường.

### **2.3. Ngôn ngữ trị liệu**

- Huấn luyện ăn uống đúng.
- Huấn luyện kỹ năng giao tiếp bằng lời hoặc giao tiếp hỗ trợ và thay thế.

### **2.4. Giáo dục trị liệu:** huấn luyện kỹ năng tiền học đường.

### **2.5 Nẹp chỉnh hình**

- Ngăn ngừa hoặc sửa chữa biến dạng, kiểm soát vận động và cải thiện hiệu quả dáng đi.
- Các loại nẹp có thể sử dụng: nẹp cổ tay-bàn tay, nẹp gối-bàn chân, nẹp cổ chân-bàn chân, nẹp bàn chân.

### **2.6. Tiêm Botulinum Toxin A (BTX-A) vào điểm vận động điều trị co cứng cơ**

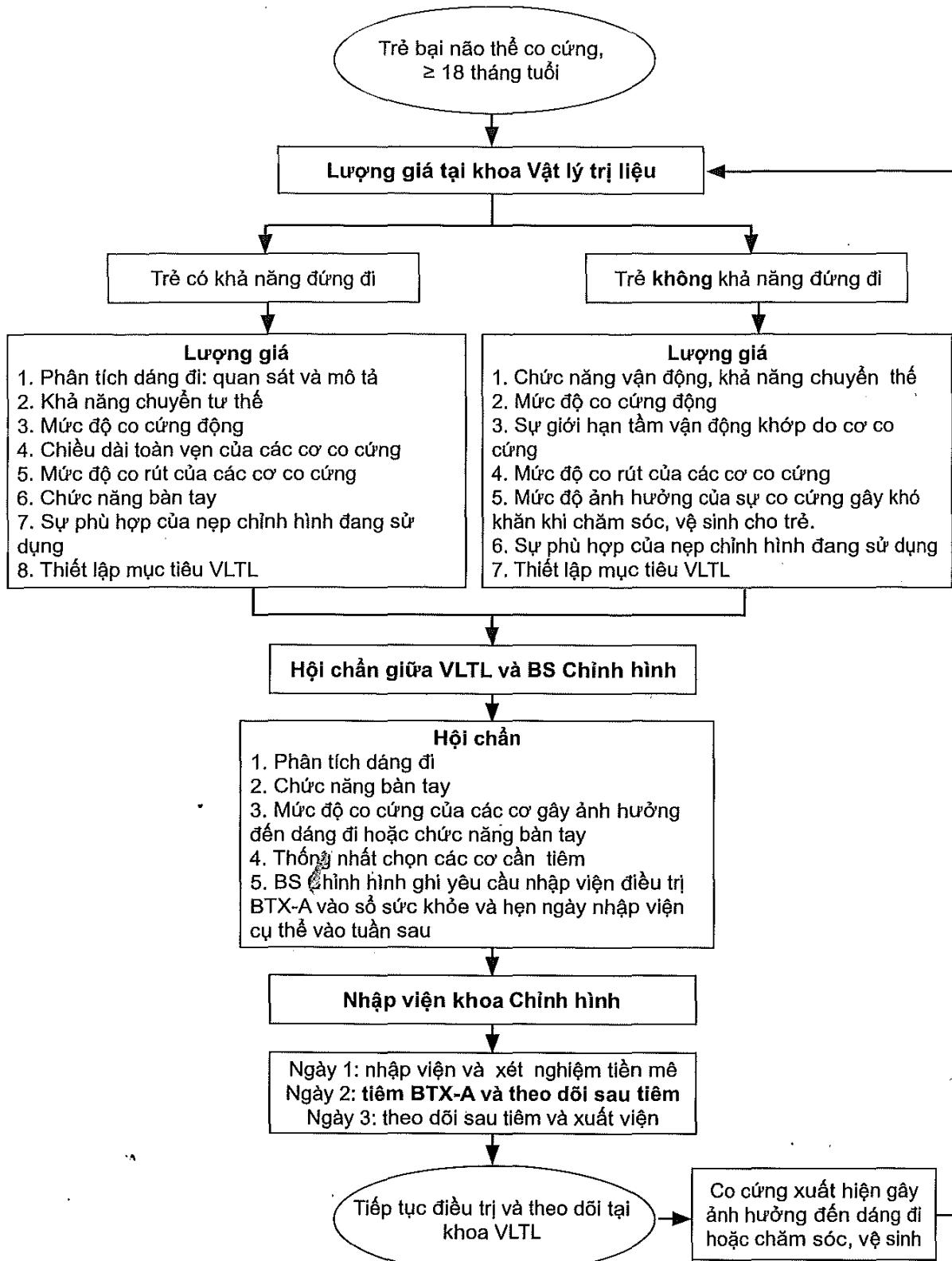
- BTX-A sử dụng điều trị co cứng cơ, có tác dụng tại chỗ.
- Thuốc được tiêm vào điểm vận động của cơ co cứng do Bác sĩ Chỉnh hình, Bác sĩ Nội Thần kinh hoặc Bác sĩ Phục hồi chức năng thực hiện (đính kèm Quy trình khám và tiêm Botulinum Toxin A điều trị co cứng cơ cho trẻ bại não thể co cứng).
- Sau tiêm 2 tuần, bó bột kéo dãn cơ vừa tiêm nếu bị co rút.

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Lượng giá kỹ năng vận động, di chuyển, khả năng tự chăm sóc mỗi 6 tháng/lần.
- Tầm soát khớp háng.
- Theo dõi cho đến khi trẻ hội nhập trường học.



**Quy trình KHÁM VÀ TIÊM BOTULINUM TOXIN A  
ĐIỀU TRỊ CO CỨNG CƠ CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG  
(Điều trị phối hợp liên chuyên khoa Vật lý trị liệu và Chỉnh hình)**



# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DI CHỨNG BỎNG Ở TRẺ EM

## I. ĐỊNH NGHĨA

Phỏng là sự tổn hại da do các tác nhân như nhiệt, hóa chất, điện hay bức xạ.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Nguyên nhân gây phỏng, thời điểm bị phỏng.
- Điều trị trước đó.

### 2. Khám lâm sàng

- Vị trí phỏng, diện tích phỏng, độ phỏng (xem giấy xuất viện).
- Hồi thời gian lành sẹo.
- Tầm vận động khớp liên quan đến vùng phỏng: chủ động và thụ động.
- Co rút và biến dạng.
- Tình trạng sẹo phỏng, da ghép:
  - Đánh giá màu sắc, mức độ lồi, tính di động, sẹo có bị khô không.
  - Vấn đề tăng cảm giác đau và ngứa ở vùng phỏng lành hoặc da ghép.
- Chức năng di chuyển, sinh hoạt, chức năng bàn tay.

## III. ĐIỀU TRỊ

### 1. Mục tiêu

- Ngăn ngừa sẹo phì đại.
- Ngăn ngừa co rút, biến dạng.
- Phục hồi các chức năng sinh hoạt hàng ngày.

### 2. Thời điểm điều trị: tiếp tục điều trị ngay sau khi xuất viện.

### 3. Kỹ thuật

#### 3.1. Vật lý trị liệu

- Massage sẹo với kỹ thuật cọ sâu.
- Kéo giãn sẹo phỏng.
- Vận động đề kháng cho những nhóm cơ đối vận với sẹo co rút.

- Nẹp bột hoặc nẹp chỉnh hình giữ tư thế chức năng.
- Huấn luyện chức năng di chuyển.

### **3.2. Hoạt động trị liệu**

- Băng thun ép liên tục hoặc mặc quần áo áp suất, mang mặt nạ áp suất ở vùng mặt.
- Thoa kem dưỡng ẩm lên vùng sẹo để tránh khô sẹo.
- Bình thường vẫn đề tăng cảm giác đau: thâu nhận các cảm giác sờ chạm, cảm giác xúc giác với cường độ tiếp xúc bình thường.
- Huấn luyện chức năng hai tay: vận động thô, vận động khéo léo của bàn tay, phối hợp hai tay, phối hợp tay - miệng, các chức năng sinh hoạt hàng ngày (có hoặc không có dụng cụ trợ giúp thích nghi).

## **IV. THẬN TRỌNG KHI ĐIỀU TRỊ**

---

- Tránh kéo giãn quá mức và đột ngột vì có thể làm rách sẹo.
- Sự đè ép của nẹp có thể gây cản trở tuần hoàn hoặc đè cắn, nên kiểm tra nẹp thường xuyên và thay đổi nẹp theo tình trạng bệnh nhân.

## **V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

---

- Lượng giá tình trạng sẹo, co rút biến dạng, chức năng di chuyển, sinh hoạt mỗi lần tái khám.
- Tái khám và theo dõi cho đến 2 năm sau kể từ khi vết phỏng lành.

# VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRONG LOẠN SẢN KHỚP HÁNG PHÁT TRIỂN

## I. ĐỊNH NGHĨA

Loạn sản khớp háng phát triển là cụm từ mô tả phổ biến thường về giải phẫu của khớp háng có thể là bẩm sinh hoặc thuộc về sự phát triển của khớp háng trong suốt thời gian thơ ấu.

Loạn sản khớp háng phát triển bao gồm các khiếm khuyết khớp háng từ nhẹ như hốm chén nông đến khiếm khuyết nặng như chỏm xương đùi trật một phần hoặc hoàn toàn lên trên và ra sau so với ổ cối xương chậu, xuất hiện ngay sau khi sanh hoặc một thời gian ngắn sau sanh.

## II. CHẨN ĐOÁN

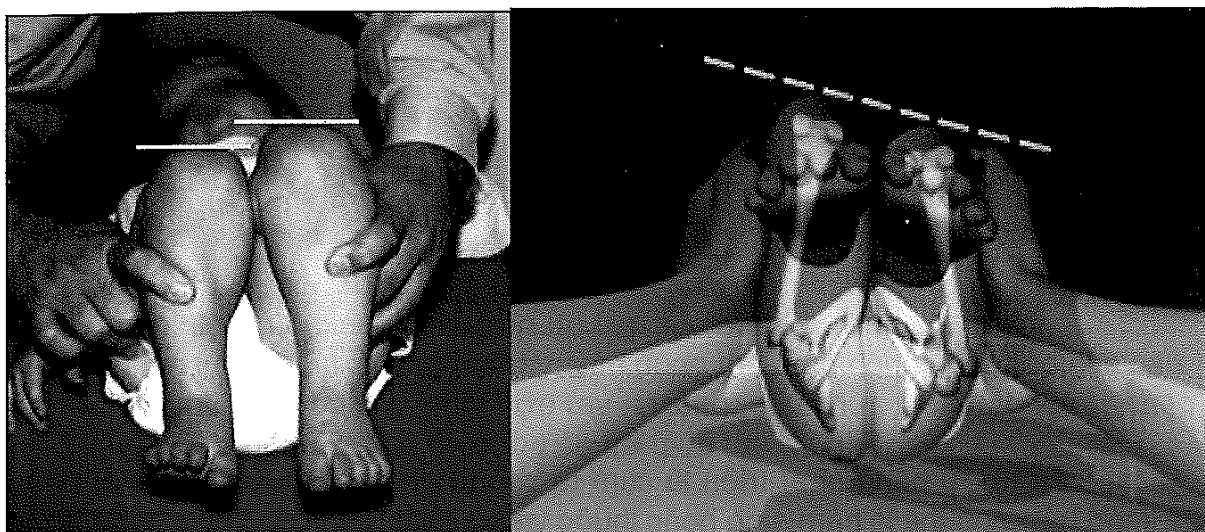
### 1. Hỏi bệnh: khai thác các yếu tố nguy cơ

- Tiền căn gia đình: mẹ bị loạn sản khớp háng, cao huyết áp, thiếu ối.
- Tiền căn sản khoa: sanh ngôi mông, sanh mổ do bất thường ngôi thai, con gái, nặng ký > 4.000g, con sơ và sanh đôi.
- Các dấu hiệu cần tầm soát ở trẻ sơ sinh: tư thế khớp háng luôn khép và duỗi, tình trạng giảm trương lực cơ, lồng léo các khớp.
- Các dị tật khác đi kèm như vẹo cổ, chân khoèo, bàn chân áp, bàn chân vẹo ngoài, tật ưỡn hoặc trật khớp gối.

### 2. Khám lâm sàng

#### 2.1. Loạn sản khớp háng một bên

- Trẻ nhỏ:
  - Nếp gấp da ở đùi, mông hoặc khoeo chân cao hơn chân bình thường.
  - Ngắn chỉ thấy rõ ở chân bị trật, dấu Galeazzi (+).



Dấu Galeazzi (+): chân (T)

- Sờ thấy mấu chuyền lớn xương đùi cao hơn chân bình thường.
- Ở tư thế hông gấp 90°: cử động dang hông bên trật bị giới hạn.
- Test Barlow (+): khớp chưa trật nhưng không vững.
- Test Ortolani (+): khớp đã trật nhưng vẫn còn nắn được.
- Trẻ lớn khi đứng đi, có những dấu hiệu sau:
  - Dấu Trendelenburg (+): yếu cơ mông trung gây ra dáng đi khập khiễng.
  - Giới hạn tầm hoạt động dang khớp hông.
  - Vẹo cột sống có thể xảy ra.

## 2.2. Loạn sản khớp háng hai bên

- Trẻ nhỏ
  - Phần đáy chậu rộng hơn bình thường.
  - Mông rộng, phẳng và hơi có hình tam giác.
  - Tăng độ ưỡn vùng thắt lưng. Độ ưỡn này sẽ mất đi khi giữ khớp hông gấp.
- Trẻ lớn khi đứng đi, có những dấu hiệu sau:
  - Dáng đi lạch bạch, núng nính.
  - Trẻ lớn có sự mệt mỏi khi gắng sức và đau do sự co thắt của các cơ vùng hông.
  - Khi đứng tăng thái quá độ ưỡn vùng thắt lưng.

## 2.3. Cận lâm sàng

- **Siêu âm khớp háng:** phân loại theo Graf và Terjesen
  - Áp dụng từ sơ sinh đến 3 hoặc 4 tháng tuổi.
  - Chỉ định khi trẻ sơ sinh có các yếu tố nguy cơ và có dấu hiệu lâm sàng.
  - Thời điểm lý tưởng: ngay khi có chẩn đoán hoặc từ 4 - 6 tuần tuổi đối với khớp háng có nguy cơ.
- **X quang khung chậu thẳng:** chỉ định cho trẻ từ 5 tháng tuổi trở lên.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Mục tiêu

- Giữ chỏm xương đùi vào đúng vị trí hướng tâm trong ổ cối, để chỏm và ổ cối được uốn hình theo thời gian.
- Ngăn ngừa sự thoái hóa khớp háng.

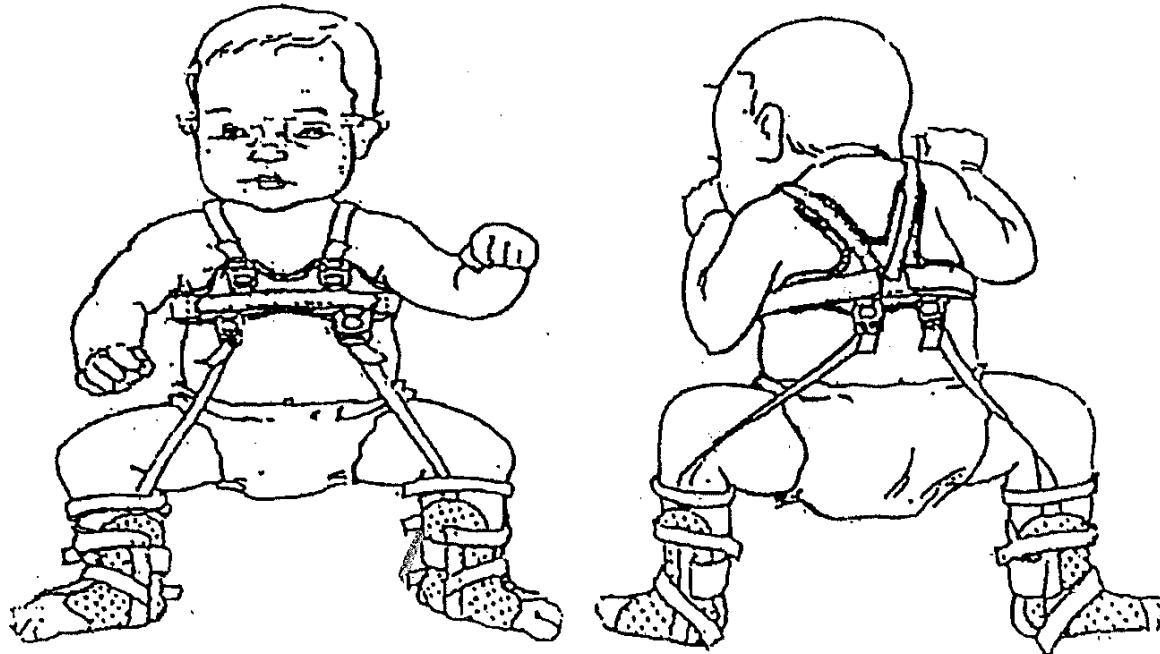
#### 2. Thời điểm điều trị: khi có chẩn đoán loạn sản khớp háng của bác sĩ Chỉnh hình.

#### 3. Kỹ thuật

##### 3.1. VLTL bảo tồn bằng đai Pavlik cho trẻ dưới 6 tháng tuổi

Giai đoạn này VLTL sẽ phối hợp với Bác sĩ Chỉnh hình thực hiện việc điều trị bằng đai Pavlik.

- Mang đai Pavlik giữ khớp hông gập 90°, dang 60° - 70° và xoay trong 20°.



*Mang đai Pavlik*

- Sau khi mang đai, cho siêu âm kiểm tra khớp háng khi đang mang nẹp.
- Hướng dẫn cha mẹ cách mang đai đúng, cách ẵm bồng, chăm sóc trẻ khi mang đai.
- Thời gian mang đai liên tục 24/24.
- Đánh giá sự tiến triển của khớp hông mỗi tháng/lần bằng siêu âm.
- Mang đai Pavlik liên tục cho đến khi khớp háng ổn định.
- Khi khớp háng ổn định:
  - Tiếp tục mang đai 24/24 giờ, thêm 6 - 8 tuần.

- Sau thời gian trên, mang đai không liên tục: bắt đầu bỏ đai 2 giờ mỗi ngày trong tuần. Thời gian bỏ đai tăng gấp đôi sau mỗi tuần và kéo dài trong 4 tuần cho đến khi X quang hoàn toàn bình thường.
- Sau 6 tháng tuổi, nếu điều trị bảo tồn bằng đai Pavlik không hiệu quả, chuyển BS Chỉnh hình để điều trị bó bột Hip Spica.

**3.2. VLTL sau phẫu thuật:** ngay sau phẫu thuật bó bột chậu - bàn chân 3 tháng, VLTL thực hiện sau khi cắt bột.

- Massage cơ co thắt ở hai chi dưới.
- Vận động trợ giúp lấy lại tầm hoạt động bình thường của khớp hông.
- Vận động chủ động và đề kháng cho các cơ mông lớn, cơ mông trung và cơ tứ đầu đùi.
- Tập đứng, đi và huấn luyện dáng đi.

#### **IV. THẬN TRỌNG KHI ĐIỀU TRỊ**

- Không cần tập cử động khớp hông trẻ trong thời gian mang đai Pavlik.
- Khi mang đai Pavlik, không kéo dang quá mức dây sau của đai vì có thể gây chèn ép hoại tử đầu xương đùi do thiếu máu nuôi.
- Ngăn ngừa tình trạng chậm phát triển các kỹ năng vận động trong thời gian mang đai Pavlik bằng cách hướng dẫn cha mẹ các bài tập tại nhà nhằm phát triển chức năng vận động tương ứng với tháng tuổi của trẻ.

#### **V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tái khám 1 tháng/lần trong thời gian điều trị bảo tồn với đai Pavlik. Tái khám hai chuyên khoa Chỉnh hình và Vật lý trị liệu.
- Trẻ được theo dõi cho đến hết tuổi phát triển của xương bằng X quang:
  - Mỗi 6 tháng/lần, trong 3 năm đầu.
  - Mỗi 1 năm/lần, trong 3 năm kế tiếp.
  - Mỗi 3 năm/lần, cho đến tuổi dậy thì.

# VẬT LÝ TRỊ LIỆU LIỆT ĐÁM RỐI THÂN KINH CÁNH TAY Ở TRẺ EM

## I. ĐỊNH NGHĨA

Liệt đám rối thần kinh cánh tay là di chứng do chấn thương sần khoa, xảy ra bởi lực kéo tác động mạnh lên đầu và vai của trẻ trong khi sanh.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hồi bệnh

- Cân nặng lúc sanh.
- Cách sanh: sanh thường, sanh mổ, sanh hút, sanh khó, sanh ngược.
- Tiền cẩn của mẹ: béo phì, tiểu đường, có khung chậu hẹp.

### 2. Khám lâm sàng

- Tư thế của tay bị tổn thương.
- Tìm các dấu hiệu phù nề quanh vùng vai, gãy xương đòn, bán trật khớp vai.
- Lực cơ (trẻ nhỏ đánh giá từ bậc 0 đến 3).
- Mát các phản xạ nắm bàn tay, phản xạ chống đỡ - bảo vệ.
- Lượng giá các chức năng vận động của chi trên: bàn tay chạm tới miệng, bàn tay đưa ra sau lưng, bàn tay đưa ra sau gáy, bàn tay đặt trên đầu.
- Lượng giá các chức năng sinh hoạt hàng ngày ở trẻ lớn: thay quần áo, cầm viết, cầm muỗng xúc ăn...
- Co rút, biến dạng.
- Cảm giác.

### 3. Cận lâm sàng

- X quang: phát hiện gãy xương đòn ở trẻ sơ sinh hoặc bán trật khớp vai ở trẻ lớn.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Liệt do tổn thương não như liệt một tay, liệt bán thân.
- Giả liệt do gãy xương cánh tay, bong sụn tiếp hợp đầu trên xương cánh tay.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Mục tiêu

- Duy trì tầm vận động các khớp của tay bị tổn thương.
- Gia tăng sức mạnh cơ của tay bị tổn thương.
- Ngăn ngừa co rút, biến dạng.
- Huấn luyện sử dụng tay bị tổn thương trong các sinh hoạt hàng ngày.

#### 2. Thời điểm điều trị

- Ngay sau sanh, ngay khi phát hiện tình trạng yếu liệt của tay bị tổn thương.
- Nếu có gãy xương đòn đi kèm, chờ 10 - 15 ngày sau mới bắt đầu tập vận động khớp vai. Trước đó chỉ tập vận động khớp khuỷu và bàn tay.
- Nếu có phù nề quanh khớp vai, chỉ bắt đầu tập vận động khớp vai khi tình trạng phù nề giảm. Trước đó chỉ tập vận động khớp khuỷu và bàn tay.

#### 3. Kỹ thuật

##### 3.1. VLTL bảo tồn

- Tư thế đúng trong vài ngày đầu sau khi sanh nếu có tình trạng phù nề quanh khớp vai. Luôn nâng đỡ cánh tay liệt của trẻ khi ăn bồng.
- Vận động thụ động hết tầm 2 - 3 lần/ngày ngay khi hết tình trạng phù nề vùng vai.
- Vận động trợ giúp, chủ động hoặc đề kháng tùy theo tình trạng hồi phục các nhóm cơ liệt.
- Chịu sức tay liệt và chuyển đổi các mẫu tư thế chức năng vận động.
- Thâu nhận cảm giác nóng và cảm giác bản thể.
- Băng Kinésio các nhóm cơ yếu.
- Hoạt động trị liệu: vận động thô, vận động khéo léo của bàn tay, phối hợp hai tay, phối hợp tay - miệng, các chức năng sinh hoạt hàng ngày (có hoặc không có dụng cụ trợ giúp thích nghi).
- Sau 3 tháng tuổi, nếu không có sự hồi phục cử động của nhóm cơ hai đầu cánh tay nên chuyển hội chẩn với bác sĩ Chỉnh hình về hướng xử trí phẫu thuật sớm nối ghép thần kinh.
- Phẫu thuật chuyển gân được thực hiện khi trẻ trên 3 tuổi.

##### 3.2. VLTL sau phẫu thuật ghép thần kinh hoặc chuyển gân

- Vận động trợ giúp, chủ động hoặc đề kháng tùy theo tình trạng hồi phục các nhóm cơ.
- Chịu sức tay liệt và chuyển tư thế.
- Băng Kinésio các nhóm cơ yếu.
- Hoạt động trị liệu: vận động khéo léo của bàn tay, các chức năng sinh hoạt hàng ngày (có hoặc không có dụng cụ trợ giúp thích nghi).

### 3.3. *Bó bột tay lành để tập tay liệt*

- Đối với trẻ từ 3 tuổi có thể áp dụng phương pháp bó bột tay lành để kích thích tay yếu hoạt động tối đa. Bộ bó có thể duy trì trong 2 tuần.
- Đối với trẻ nhỏ hơn 3 tuổi có thể mang nẹp vải hạn chế hoạt động của tay lành thay cho phương pháp bó bột.

## IV. THẬN TRỌNG KHI ĐIỀU TRỊ

- Các bài tập thụ động nên thực hiện nhẹ nhàng và chậm, tránh làm tổn thương các dây chằng quanh khớp.
- Nếu cánh tay bị liệt hoàn toàn, tuyệt đối không tập luyện các khớp quá giới hạn của tầm vận động bình thường, đặc biệt là động tác dang vai vì dễ đưa đến tình trạng bán trật khớp vai.
- Sau thời gian phẫu thuật, cần tránh những cử động lôi kéo mạnh cánh tay.

## V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi và tái khám tại khoa trong vài tuần đầu và hướng dẫn bài tập tại nhà. Sau đó hẹn tái khám mỗi tháng/lần cho đến khi có sự phục hồi tốt nhất.
- Tái khám bác sĩ Chỉnh hình 1 tháng/lần trong 3 tháng đầu để theo dõi sự tiến triển và chỉ định điều trị tiếp tục là bảo tồn hay phẫu thuật.



# VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO GÃY XƯƠNG CHI TRÊN SAU GIAI ĐOẠN BẤT ĐỘNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học do đó gây ra sự gián đoạn truyền lực qua xương.

Các loại gãy xương chi trên thường gặp ở trẻ em: gãy thân xương cánh tay, gãy trên hai lồi cầu xương cánh tay, gãy hai xương cẳng tay.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Nguyên nhân chấn thương.
- Thời điểm chấn thương.
- Điều trị bảo tồn hay phẫu thuật, loại phẫu thuật.

### 2. Khám lâm sàng sau khi cắt bột

- Vị trí gãy xương, loại gãy, cal xương, thời gian lành xương tính đến nay (xem chẩn đoán của Bác sĩ, X quang, giấy chứng nhận phẫu thuật).
- Vị trí đau, sưng phù.
- Cơ co thắt.
- Sức mạnh cơ.
- Tầm vận động chủ động và thụ động của các khớp.
- Tầm soát các dấu hiệu liệt thần kinh ngoại biên ở chi trên.
- Co rút, biến dạng.
- Chức năng sinh hoạt.

### 3. Cận lâm sàng: X quang.

## III. ĐIỀU TRỊ VLTL SAU KHI CẮT BỘT

### 1. Mục tiêu

- Giảm đau, giảm co thắt cơ.
- Lấy lại tầm vận động các khớp bị giới hạn.
- Gia tăng sức mạnh các cơ yếu.
- Phục hồi các chức năng sinh hoạt hàng ngày.

**2. Thời điểm điều trị:** sau khi cắt bột theo chỉ định của bác sĩ.

### 3. Kỹ thuật

- Nhiệt trị liệu:
  - Chườm nóng vùng khớp bị đau và cơ co thắt.
  - Chườm lạnh vùng khớp bị đau và còn sưng.
- Kỹ thuật Giữ - Nghỉ hoặc Co - Nghỉ cho nhóm cơ co thắt.
- Kéo giãn cơ co thắt bằng tay, bằng tư thế.
- Vận động chủ động lấy lại tầm vận động của các khớp bị giới hạn.
- Vận động đề kháng các nhóm cơ yếu.
- Hoạt động trị liệu: huấn luyện chức năng của tay bị tổn thương trong sinh hoạt hàng ngày như chải đầu, đánh răng, tự mặc quần áo, tập viết, lau bàn ghế...
- Nẹp bột hàng loạt kéo giãn cơ co thắt.
- Nẹp động hoặc nẹp tĩnh bằng nhựa để hỗ trợ chức năng bàn tay trong trường hợp tổn thương thần kinh ngoại biên chi trên.

## VI. THẬN TRỌNG KHI ĐIỀU TRỊ

- Tập nhẹ nhàng, không kéo giãn quá ngưỡng đau chịu đựng được của bệnh nhân để tránh tình trạng cứng khớp do tập quá mức.
- Các trường hợp liệt thần kinh ngoại biên không hồi phục sau 3 tháng nên chuyển khám bác sĩ Chỉnh hình để đánh giá lại và không hồi phục sau 6 tháng thường có chỉ định chuyển gân.
- Tuân thủ thời gian lành xương vững của chi trên để áp dụng các bài tập vận động đề kháng.

Loại gãy	Gãy chéo		Gãy ngang	
	Liền xương liên kết	Liền vững	Liền xương liên kết	Liền vững
Thời gian lành	3 tuần	6 tuần	6 tuần	12 tuần



# VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO GÃY XƯƠNG CHI DƯỚI SAU GIAI ĐOẠN BẤT ĐỘNG

## I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học do đó gây ra sự gián đoạn truyền lực qua xương.

Các loại gãy xương chi dưới thường gặp ở trẻ em: gãy thân xương đùi, gãy xương chày, xương mác.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Nguyên nhân chấn thương.
- Thời điểm chấn thương.
- Điều trị bảo tồn hay phẫu thuật, loại phẫu thuật.

### 2. Khám lâm sàng

- Vị trí gãy xương, loại gãy, cal xương, thời gian lành xương tính đến nay (tham khảo chẩn đoán của Bác sĩ, X quang, giấy chứng nhận phẫu thuật).
- Vị trí đau, sưng phù.
- Cơ co thắt.
- Sức mạnh cơ.
- Chiều dài hai chân.
- Tầm vận động chủ động và thụ động của các khớp.
- Tầm soát các dấu hiệu liệt thần kinh ngoại biên ở chi dưới.
- Co rút, biến dạng.
- Khả năng dịch chuyển, thay đổi tư thế và di chuyển.

## III. ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ TRỊ LIỆU SAU KHI CẮT BỘT

### 1. Mục tiêu

- Giảm đau, giảm co thắt các cơ.
- Lấy lại tầm vận động các khớp bị giới hạn.
- Gia tăng sức mạnh các cơ yếu.
- Phục hồi các chức năng di chuyển.

### 2. Thời điểm điều trị: sau khi cắt bột theo chỉ định của bác sĩ.

### 3. Kỹ thuật

- Nhiệt trị liệu:
  - Chườm nóng vùng khớp bị đau và cơ co thắt.
  - Chườm lạnh vùng khớp bị đau và còn sưng.
- Kỹ thuật Giữ - Nghỉ hoặc Co - Nghỉ cho nhóm cơ co thắt.
- Kéo giãn cơ co thắt bằng tay, bằng tư thế.
- Vận động chủ động lấy lại tầm vận động của các khớp bị giới hạn.
- Vận động đề kháng với dụng cụ các nhóm cơ yếu.
- Vận động đề kháng cho nhóm cơ thân mình và hai tay chuẩn bị cho đi với nặng hoặc khung đùi.
- Huấn luyện di chuyển chịu sức nặng một phần với nặng hoặc khung đùi.
- Nẹp bột hàng loạt kéo giãn cơ co thắt.
- Nẹp chỉnh hình: nẹp cẳng chân - bàn chân trong trường hợp liệt thần kinh ngoại biên chi dưới.

## IV. THẬN TRỌNG KHI ĐIỀU TRỊ

- Chỉ định chịu sức nặng trên chi dưới phải được bác sĩ ghi y lệnh cụ thể.
- Tham khảo thời gian lành xương tổng quát của chi dưới:

Loại gãy	Gãy chéo		Gãy ngang	
	Liền xương liên kết	Liền vững	Liền xương liên kết	Liền vững
Thời gian lành	6 tuần	12 tuần	12 tuần	24 tuần



# NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU CAN THIỆP ĂN VÀ NUỐT CHO TRẺ CÓ KHÓ KHĂN VỀ ĂN UỐNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Khó khăn về ăn và nuốt xảy ra khi các cấu trúc cơ thể ở miệng - họng bị dị tật hoặc não bộ bị khiếm khuyết về thần kinh hoặc cảm nhận của các giác quan đặc biệt là cảm giác của vùng miệng quá nhạy cảm hoặc giảm cảm nhận hoặc có những vấn đề về hành vi, tâm lý liên quan đến bữa ăn như quá căng thẳng vì hậu quả của việc ép ăn hoặc thở o, xao lảng trong khi ăn. Những nguyên nhân này có thể gây ra những khó khăn cho trẻ như:

- Khó mút bú vú mẹ, khó chủ động lấy thức ăn từ muỗng hoặc khó lấy nước uống từ ly.
- Nhai khó, nuốt khó, ho khi ăn, hít sặc.
- Khó chấp nhận thức ăn mới và hoặc khi kết cấu thức ăn thay đổi.
- Chậm hoặc không lên cân và tâm lý trong bữa ăn trở nên đau khổ, bữa ăn không còn vui vẻ.

Những trẻ có khó khăn nêu trên được gọi là trẻ có khó khăn về ăn và nuốt.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Tiền sử: sanh non, sanh ngạt, nhẹ cân, xuất huyết não, sau sanh có điều trị Hồi Sức Sơ Sinh.
- Có dị tật ở môi, ở vòm miệng, hội chứng Pierre Robin và cách xử trí.
- Quá trình phát triển: có bất thường phát triển về ăn uống, vận động, giao tiếp và lời nói, khó tăng cân.
- Nhu cầu chăm sóc đặc biệt: có nuôi ăn qua sonde, thời gian ăn qua sonde kéo dài, có sử dụng bình bú đặc biệt.
- Chuyển đổi kết cấu thức ăn: trẻ khó chấp nhận thức ăn mới.
- Cách cho ăn: thái độ và sự hiểu biết của người cho trẻ ăn.
- Các bệnh lý khác đi kèm: trào ngược dạ dày thực quản.

### 2. Khám lâm sàng

#### a. Lượng giá súc mạnh các cơ, độ linh hoạt và sự cân xứng của:

- Môi.
- Má.
- Lưỡi.

**b. Răng**

- Răng tốt hay xấu, có sâu răng không.
- Đã có đủ răng chưa.
- Vị trí cấu trúc của hàm: hô, lèm, có bị lệch khớp cắn.
- Khớp cắn thuộc type I, II hoặc III.

**c. Vòm miệng**

- Quan sát lúc nghỉ: có bị chẻ vòm hầu không, vòm cứng hay vòm mềm, một phần hay toàn phần. Cử động của vòm mềm khi nói "a" kéo dài.
- Phản xạ hầu: phản xạ ụa quá nhạy hoặc không có.

**d. Vận động miệng hầu**

- Giai đoạn chuẩn bị ở miệng hoạt động: cách chủ động lấy thức ăn từ muỗng. Có biết uống bằng ly.
- Giai đoạn miệng hoạt động: cách nhai; trêu trào hay nhai tốt. Thức ăn có bị còn lại sau khi nuốt.
- Giai đoạn hầu hoạt động: hoạt động nâng thanh quản, vấn đề sắc, ho và giọng nói đục và ảm sau khi nuốt.

**e. Trương lực cơ:** có bất thường vùng mặt, miệng và toàn thân.

**f. Cảm giác:** tăng hoặc quá nhạy cảm vùng mặt, miệng.

**g. Thính lực**

**h. Kết hợp thông tin từ các chuyên khoa khác**

- Tai - Mũi - Họng.
- Răng - Hàm - Mặt.
- Nội Thần kinh.
- Tiêu hóa.
- Dinh dưỡng.

**i. Khám - tư vấn cho thân nhân của trẻ**

- Lượng giá kỹ năng nhai - nuốt ở trẻ.
- Xây dựng mục tiêu và phương pháp PHCN (Âm ngữ trị liệu).
- Tư vấn tâm lý cho thân nhân trẻ có khó khăn về nhai - nuốt.

**3. Chẩn đoán xác định**

Khó khăn về chức năng ăn nuốt, liên quan đến hoạt động của các cơ quan vận động, cảm giác và thần kinh của các giai đoạn ăn và nuốt đó là giai đoạn chuẩn bị ở miệng, giai đoạn hầu - thực quản.

**4. Chẩn đoán phân biệt**

Khó khăn về ăn do bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản.



### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Đối với nguyên nhân thực thể: đảm bảo an toàn trong khi cho ăn và cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho trẻ.
- Đối với khiếm khuyết thần kinh: đảm bảo an toàn trong khi cho ăn, trẻ phải được chuẩn bị tốt các vấn đề liên quan đến vận động cũng như cảm nhận của các giác quan là tư thế ngồi ăn, hỗ trợ nâng hoạt động của khớp hàm, cử động của môi, lưỡi, làm bình thường cảm nhận của các giác quan. Tổ chức "Bữa ăn vui vẻ" để cải thiện tâm lý của trẻ.
- Huấn luyện cha mẹ có kỹ năng cho trẻ ăn uống đúng tại nhà.

#### 2. Điều trị ban đầu

- a. **Điều trị sớm:** có thể can thiệp vào đê ăn ngay khi trẻ còn đang ăn qua sondé.  
 b. **Điều trị đặc hiệu**

- Nguyên nhân thực thể:
  - Chě vòm miệng:
    - + Tư thế chức năng khi ăn: nằm trẻ đầu cao hơi gập, hai tay ra phía trước, phần thân được ổn định.
    - + Hỗ trợ trẻ mút bú bằng bình bú đặc biệt, ăn bằng muỗng.
    - + Cho trẻ ợ hơi thường xuyên.
    - + Đảm bảo đủ lượng sữa trong ngày cho trẻ (150 ml/kg cân nặng/ngày).
    - + Theo dõi cân nặng.
    - + Huấn luyện cha mẹ.
  - Hội chứng Pierre Robin:
    - + Tư thế đúng khi ăn: đặt trẻ nằm nghiêng hoặc nằm sấp với đầu cao.
    - + Hỗ trợ trẻ mút bú bằng bình bú đặc biệt, ăn bằng muỗng.
    - + Cho trẻ ợ hơi thường xuyên.
    - + Đảm bảo đủ lượng sữa trong ngày cho trẻ (150 ml/kg cân nặng/ngày).
    - + Theo dõi cân nặng.
    - + Huấn luyện cha mẹ.
- Nguyên nhân do khiếm khuyết thần kinh:
  - Bại não:
    - + Tư thế đúng khi ăn: đầu hơi gập, hai tay trước mặt, ngồi bàn chân được nâng đỡ.
    - + Hỗ trợ khớp hàm và vận động cho môi, má, lưỡi.
    - + Sử dụng kỹ thuật "Điều khiển hàm" tập với mẫu ăn đúng: muỗng chậm môi trên - chờ đợi để lưỡi lấy thức ăn vào miệng - môi ngậm và hàm đóng để thực hiện hoạt động nhai.

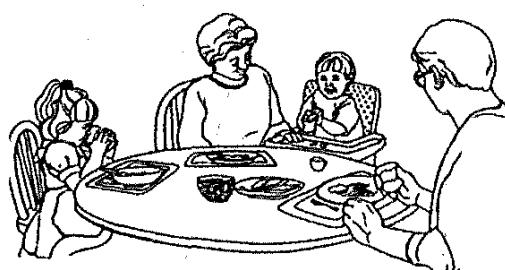


- + Cùng với các dụng cụ trợ giúp: muỗng đặc biệt, ly đặc biệt, ghế ngồi có nâng đỡ.

- + Kết cấu thức ăn phù hợp: sệt, đặc, lợn cợn, cứng.
- + Huấn luyện cha mẹ.

- Các vấn đề về hành vi:

- Rối loạn phổi tự kỷ và khó khăn về ăn uống do hành vi:
  - + Tổ chức "bữa ăn vui vẻ" cảm nhận dễ chịu, thoải mái với bữa ăn.
  - + Bình thường hóa cảm nhận của các giác quan: đặc biệt giác quan sờ chạm: massage từ xa đến mặt và trong miệng.
  - + Ăn những thức ăn trẻ thích, làm quen từ từ các thức ăn mới.
  - + Huấn luyện cha mẹ.



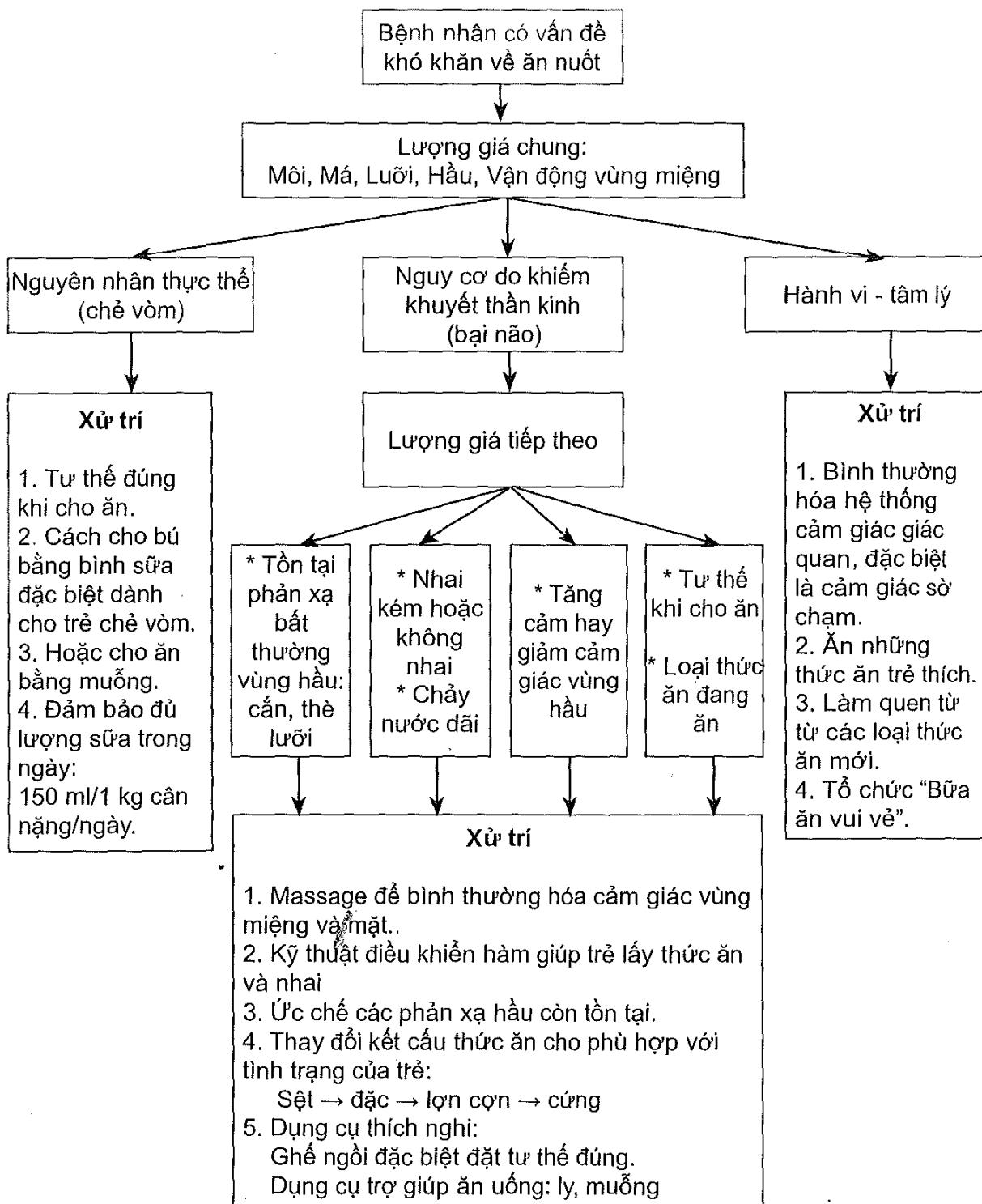
### 3. Điều trị tiếp theo

- Chè vòm và Hội chứng Pierre Robin: bệnh nhân được theo dõi định kỳ tại khoa Răng Hàm Mặt để có chỉ định phẫu thuật sửa chữa và sau đó lại tiếp tục điều trị Ngôn ngữ trị liệu.
- Bại não: theo dõi và phối hợp điều trị với chuyên khoa Nội Thần kinh, Ngôn ngữ trị liệu.
- Rối loạn phổi tự kỷ và khó khăn về ăn uống do hành vi: theo dõi và Ngôn ngữ trị liệu.

## IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Phối hợp với các chuyên khoa liên quan để bảo đảm cải thiện cả về chức năng, sức khỏe và dinh dưỡng cho trẻ.

## LƯU ĐÒ XỬ TRÍ TRẺ KHÓ KHĂN VỀ ĂN VÀ NUỐT



# NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU CHO TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN NGÔN NGỮ ĐẶC HIỆU

## I. ĐẠI CƯƠNG

Chậm phát triển ngôn ngữ đặc hiệu là chậm đạt được các mốc phát triển ngôn ngữ hiểu hoặc ngôn ngữ diễn đạt bình thường so với các trẻ cùng tuổi thuộc một trong các lĩnh vực ngữ nghĩa, ngữ dụng và cú pháp mà không có các vấn đề kèm theo như:

- Không thiểu năng trí tuệ.
- Không bất thường về thính lực.
- Không khiếm khuyết về thần kinh cơ.
- Không có các rối loạn về cảm xúc, rối loạn hành vi trầm trọng.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Mối quan tâm của cha mẹ về trẻ.
- Tiền sử phát triển về vận động, ngôn ngữ, lời nói.
- Tiền sử sản khoa.
- Tình trạng gia đình: trẻ sống cùng với ai, ai là người chăm sóc chính, trình độ học vấn của cha mẹ trẻ.
- Những hành vi của trẻ làm cha mẹ lo lắng.

### 2. Khám lâm sàng

Lượng giá thông qua việc quan sát, trực tiếp tương tác cùng trẻ và phỏng vấn người nhà.

- Lượng giá các kỹ năng giao tiếp sớm.
- Lượng giá ngôn ngữ tiếp nhận.
- Lượng giá ngôn ngữ diễn đạt.
- Lượng giá kỹ năng chơi.
- Lượng giá vận động miệng.

### 3. Chẩn đoán xác định

Chưa có chuẩn ở Việt Nam.

#### 4. Chẩn đoán có thể

Khi trẻ biểu hiện chậm hiểu, chậm biết nói hoặc số lượng từ vựng ít, độ dài của câu nói ngắn hơn các trẻ cùng tuổi sống xung quanh trẻ. Một số biểu hiện cụ thể như sau:

- 7 tháng tuổi: không bập bẹ hoặc không đáp ứng với âm thanh và giọng nói của người khác.
- 10 tháng tuổi: không thể hiện kỹ năng giao tiếp chủ ý.
- 12 tháng tuổi: không nói được từ đơn.
- 2 tuổi: nói được dưới 25 từ đơn hoặc không sử dụng được cụm từ gồm 2 từ mà chỉ bắt chước lặp lại.

#### 5. Chẩn đoán phân biệt

Chậm ngôn ngữ có kèm các chẩn đoán như bại não, chậm phát triển tâm thần vận động, rối loạn phổ tự kỷ.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Mục tiêu

Cải thiện tình trạng trì trệ ngôn ngữ hiện tại, nhằm tiến tới việc đạt được mốc phát triển ngôn ngữ về mặt hình thức và chức năng bình thường như trẻ cùng lứa tuổi.

#### 2. Thời điểm điều trị: can thiệp sớm không chờ chẩn đoán xác định.

#### 3. Nguyên tắc

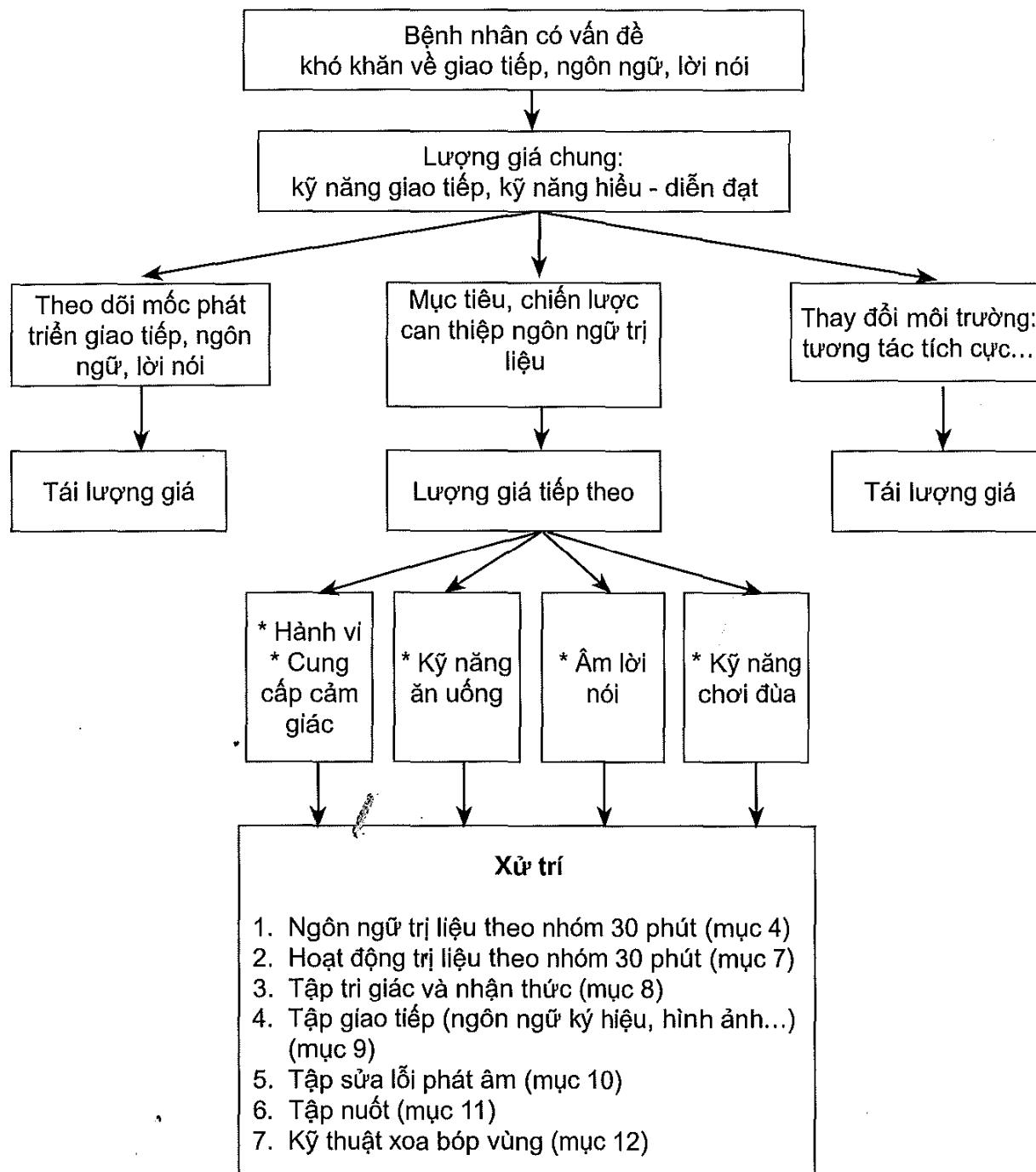
- Lấy trẻ và gia đình làm trung tâm.
- Chương trình trị liệu nên được lồng ghép trong những hoạt động đời sống hằng ngày.
- Trị liệu thông qua trò chơi.
- Tư vấn và hướng dẫn phụ huynh tham gia trong chương trình trị liệu để phụ huynh tiếp tục thực hiện can thiệp tại nhà.
- Kỹ thuật bù trừ và chiến lược can thiệp được thay đổi tùy theo tình trạng cũng như đáp ứng của từng trẻ.

### IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trẻ chậm ngôn ngữ cần được theo dõi liên tục và trị liệu cho đến khi trẻ đi học.
- Điều trị bệnh lý đi kèm nếu có.
- Lúc 3 tuổi, trẻ đạt được mốc phát triển ngôn ngữ bình thường thì ngưng trị liệu. Hướng dẫn phụ huynh theo dõi và tái khám ngay trong trường hợp trẻ vào học lớp Một có biểu hiện những khó khăn trong học tập.
- Sau 3 tuổi, trẻ không đạt được các mốc phát triển ngôn ngữ bình thường thì trẻ được tiếp tục điều trị và theo dõi cho đến khi trẻ đi học tiểu học.

- Can thiệp sớm cho trẻ dưới 3 tuổi: 2 - 3 lần/tuần, trị liệu tại bệnh viện.
- Trẻ từ 4 tuổi đến 6 tuổi: 1 lần/tuần hoặc 1 tháng/lần.
- Sau 6 tuổi phối hợp với giáo viên giáo dục đặc biệt để hỗ trợ cho trẻ.

## LƯU ĐỒ XỬ TRÍ NGÔN NGỮ TRÍ LIỆU TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN NGÔN NGỮ ĐẶC HIỆU



# NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU CHO TRẺ EM BỊ TẬT SÚT MÔI CHẺ VÒM MIỆNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tật sút môi chẻ vòm miệng là một trong những dị tật bẩm sinh thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh. Do sự gián đoạn về mặt cấu trúc giải phẫu của môi và vòm hàu. Trẻ bị tật sút môi chẻ vòm miệng có nguy cơ cao gặp các vấn đề:

- Ăn uống.
- Răng miệng.
- Thính lực.
- Giao tiếp, ngôn ngữ và lời nói.

Ngôn ngữ trị liệu cung cấp các dịch vụ can thiệp và tư vấn cho phụ huynh về phát triển ăn uống, giao tiếp và lời nói của trẻ. Theo dõi tiến trình phát triển của trẻ với mục đích khuyến khích phát triển giao tiếp bình thường, ngăn ngừa và can thiệp sớm một cách phù hợp các vấn đề nguy cơ.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Cha mẹ có được dự báo trước là thai nhi bị sút môi chẻ vòm miệng không? Nếu có thì có được bác sĩ tư vấn về phát triển và các bước can thiệp không?
- Tiền căn gia đình: có ai bị khe hở môi và vòm miệng không?
- Quá trình mẹ mang thai, môi trường làm việc, tình trạng của trẻ ngay lúc sanh và sau sinh.
- Nuôi ăn trong giai đoạn sơ sinh: bú mẹ, bú bình, đút muỗng, ăn qua sondex dạ dày, lượng sữa và thời gian cho mỗi cữ bú, có dấu hiệu sặc hay thức ăn trào lên mũi.
- Quá trình phát triển về ăn uống, vận động, ngôn ngữ, tiếng nói, tính dễ hiểu của lời nói trong các giai đoạn trước phẫu thuật và sau phẫu thuật tạo hình môi và vòm như thế nào?
- Thời điểm phẫu thuật tạo hình môi và vòm, số lần phẫu thuật và loại phẫu thuật?
- Thính lực của trẻ?
- Học tập?
- Thái độ giao tiếp?
- Mối quan tâm của cha mẹ về trẻ?

## 2. Khám lâm sàng

- Hình dạng bên ngoài của mặt, sự cân xứng giữa hai bên mặt và các nếp nhăn.
- Đặc điểm khe hở.
- Lượng giá vận động miệng và chức năng màng hầu (bảng lượng giá vận động miệng).
- Lượng giá về kỹ năng ăn uống và dấu hiệu sắc.
- Lượng giá sự cộng hưởng của lời nói.
- Đánh giá phát âm cùng các đặc tính âm lời nói (bảng lượng giá phát âm từ đơn bằng hình ảnh).
- Đánh giá chất lượng giọng.
- Đánh giá tính dễ hiểu lời nói của trẻ (bảng lượng giá về tính dễ hiểu).
- Đánh giá tình trạng ngôn ngữ hiện tại (bảng lượng giá về ngôn ngữ).

## 3. Chẩn đoán xác định

### a. Đối với trẻ sơ sinh cần can thiệp về bú

- Hiện diện khe hở vòm hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.
- Bú mẹ không hiệu quả.
- Sữa lên mũi hoặc dấu hiệu sắc.
- Bữa ăn kéo dài, lượng sữa không đủ.

### b. Đối với trẻ nhỏ chưa phẫu thuật

- Có vấn đề về chất lượng bữa ăn như: tư thế nằm ngửa để ăn, không chuyển đổi được thức ăn theo tuổi, thức ăn lên mũi, ho sắc trong khi ăn.
- Chậm phát triển ngôn ngữ.

### c. Đối với trẻ sau phẫu thuật

- Có vấn đề về chất lượng bữa ăn.
- Chậm phát triển ngôn ngữ.
- Lời nói không rõ ràng như thoát hơi mũi, giọng mũi.
- Rối loạn ầm lời nói.

## 4. Chẩn đoán phân biệt

- Sứt môi chẻ vòm miệng đơn thuần.
- Sứt môi chẻ vòm miệng đi kèm các hội chứng bẩm sinh khác.

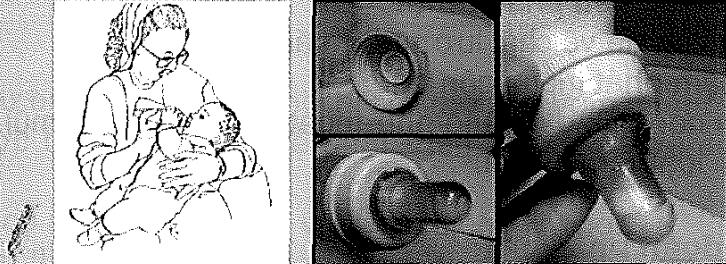


### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Can thiệp tư vấn tiền sản

MỤC TIÊU	PHƯƠNG PHÁP
Giúp mẹ hiểu được cách điều trị Ngón ngữ trị liệu cho trẻ sau khi trẻ được sinh ra	Cùng với bác sĩ sản khoa, bác sĩ di truyền học, bác sĩ siêu âm tư vấn và hướng dẫn sản phụ trước khi sinh con bị suy hô hấp nhẹ

#### 2. Can thiệp ăn-nuốt ngay sau sinh

MỤC TIÊU	PHƯƠNG PHÁP
Bảo đảm an toàn, duy trì dinh dưỡng và trẻ đang cần	<p>1. Với trẻ chỉ bị sứt môi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tự chế cháo, cơm, bột ngọt (rửa sạch và làm sạch) để cho bé</li> <li>Cần thiết lập một môi trường để tập đùa. Rửa sạch tay</li> <li>Đeo dép quá trình bú, có thể nén nicting giữ</li> <li>Đặt khăn mỏng (tay áo) để đỡ nicting và tay bé</li> <li>Nên giữ cho calm</li> </ul>  <p>2. Với trẻ bị sứt môi che vòm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tự chế cho sín, bông (rửa sạch và làm sạch) để cho bé</li> <li>Sau khi bú sữa, rửa sạch bát đĩa, miếng vải để tránh vi khuẩn và đồ dùng tiếp xúc với trẻ có thể vòi vĩnh</li> <li>Cần lưu ý bú với tư thế bú của em bé như khả năng bú yếu</li> </ul>  <p>3. Với trẻ bị che vòm do sứt môi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tự chế cháo, cơm, bột ngọt (rửa sạch và làm sạch) để cho bé</li> <li>Có thể chế biến羹 hoặc bột bánh sữa đặc biệt dành cho trẻ bị che vòm</li> <li>Cần lưu ý bú với tư thế bú của em bé để đảm bảo chất lượng bú là đủ</li> </ul>
Phụ huynh có thể độc lập chăm sóc trẻ an toàn và hiệu quả	Huấn luyện cha mẹ cách cho ăn và chăm sóc tại nhà

- Theo dõi:
  - Theo dõi sự gia tăng cân nặng và chiều dài, đổi chiều với biểu đồ phát triển.
  - Theo dõi cho đến khi trẻ bú tốt và tái khám 1 tháng/lần.

### 3. Can thiệp ngôn ngữ và lời nói

- Nguyên tắc:
  - Lấy trẻ và gia đình trẻ làm trung tâm.
  - Huấn luyện từ mức độ dễ đến khó, mỗi ngày một ít.
  - Lồng ghép việc tập luyện vào trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày của trẻ.
  - Huấn luyện phát âm phải trở thành hoạt động vui và hấp dẫn đối với trẻ.
  - Kết hợp nhiều kỹ thuật, sử dụng phối hợp các phương pháp trực quan.

### 4. Can thiệp sớm, trước và sau khi phẫu thuật vá vòm

MỤC TIÊU	PHƯƠNG PHÁP
Đưa trẻ đến khám, huấn luyện để đạt hiệu quả cao nhất	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thiết lập một môi trường học giáo tiếp và rèn kỹ năng tại nhà - Vết tím lõp</li> <li>- Sử dụng các chiến lược phát triển ngôn ngữ, lời nói và giáo tiếp</li> </ul>
Tăng tính đê hiếu của lời nói	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chọn âm vô (anh, âm xát và âm hằng trước điều trị) trước</li> </ul>
Giảm biến khi入党 và cải thiện tính trạng phát âm	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhấn thức lực lượng hơi cổ gáng Khi nói đầy hơi qua đường họng</li> <li>- Khuyên khích Khám phá vùng miệng, các cử động miệng khác nhau</li> <li>- Ý thức về cử động môi và lưỡi, chỉnh sửa vị trí lưỡi</li> <li>- Kích thích đa cảm: lặp lại, nghe, nhìn sói, làm mẫu âm</li> <li>- Nhận mạnh những âm đầu trong từ, tối đa hóa hình dạng nồng, dùng đa dạng các từ</li> </ul>
Phát huy khả năng thích ứng với môi trường	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huấn luyện chay lưng tránh cát để cho phù hợp và</li> <li>- Giúp phù hợp với môi trường học giáo tiếp và rèn kỹ năng tại nhà</li> </ul>
Giáo viên trở thành người trung gian tại trường	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gửi phản hồi bằng thư tay, thư điện tử đến giáo viên</li> <li>- Gặp gỡ, thảo luận với giáo viên về chương trình can thiệp tại trường</li> <li>- Chia sẻ kiến thức, phương pháp làm việc với trẻ có sút môi chẽ vòm miệng cùng giáo viên</li> </ul>

- Theo dõi: hẹn điều trị ngoại trú thường xuyên mỗi tuần hoặc tái khám mỗi tháng hoặc 3 tháng tùy theo tình trạng của trẻ.

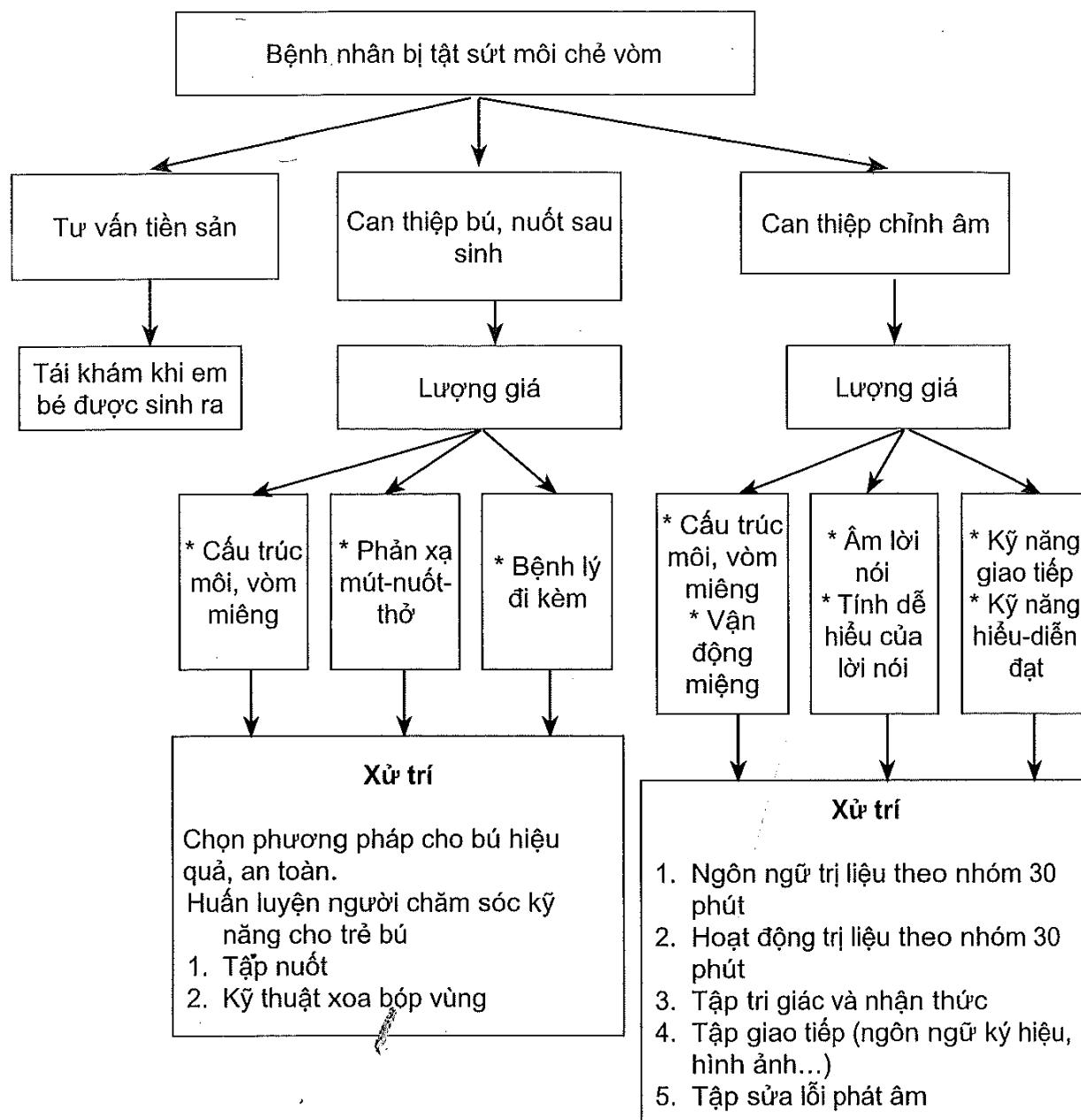
### 5. Điều trị phối hợp

- Chuyển khám chuyên khoa thính học để tầm soát và phát hiện sớm bệnh lý về tai gây nghe kém.
- Trẻ không đáp ứng với trị liệu ngôn ngữ sau 6 tháng liên quan tới chức năng màng hầu chưa hoàn chỉnh, chuyển khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt.

## IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Đối với vấn đề ăn uống: theo dõi cho đến khi trẻ bú tốt và tái khám 1 tháng/lần.
- Đối với ngôn ngữ và lời nói: hẹn điều trị ngoại trú thường xuyên mỗi tuần hoặc tái khám mỗi tháng hoặc 3 tháng tùy theo tình trạng và hoàn cảnh của mỗi trẻ.

## LƯU ĐỒ XỬ TRÍ NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU TRẺ EM BỊ TẬT SÚT MÔI CHẺ VÒM



# NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU CHO TRẺ KHIẾM THÍNH CÓ CÔNG NGHỆ NGHE PHÙ HỢP

## I. ĐẠI CƯƠNG

Theo y văn khoảng 10% dân số thế giới bị khiếm thính. Các nước chậm phát triển nhiều hơn các nước phát triển. Số lượng người khiếm thính ngày càng gia tăng. Dưới 2% người khiếm thính đeo máy trợ thính. Nghe kém ảnh hưởng lên lời nói, lắng nghe, ngôn ngữ, xã hội - cảm xúc, kỹ năng đọc viết và kỹ năng tự lập.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Tiền căn gia đình, cha mẹ bình thường hay khiếm thính.
- Quá trình mẹ mang thai. Tình trạng của trẻ lúc sanh và sau sanh. Các chấn thương đầu, chấn thương tai, bệnh lý về tai, bệnh lý nhiễm trùng.
- Quá trình phát triển về vận động và ngôn ngữ.
- Thời điểm được chẩn đoán nghe kém.
- Mang máy trợ thính hoặc cấy ốc tai điện tử bao lâu.
- Thời gian mang máy trong ngày.
- Loại máy trẻ sử dụng.
- Những trị liệu trước đó. Ở đâu.
- Kỳ vọng của gia đình.
- Ai là người chính tham gia trong suốt quá trình huấn luyện trẻ.

### 2. Đánh giá lâm sàng

- Khám vận động miệng.
- Đánh giá các mốc phát triển về 5 lĩnh vực dựa vào Bảng tuổi lắng nghe 4 năm đầu đời của Quỹ Toàn cầu dành cho Trẻ khiếm thính:
  - Trí nhớ thính giác.
  - Lời nói.
  - Ngôn ngữ.
  - Nhận thức.
  - Kỹ năng đọc viết.
- Quan sát hành vi.

### 3. Cận lâm sàng

- Đo thính lực đồ mỗi 3 tháng.

- Khám thính học ngay khi trẻ đột ngột giảm đáp ứng với âm thanh lời nói hoặc khi trên lâm sàng trẻ không đáp ứng với một số âm nhất định.
- Khám thính học.

#### 4. Chẩn đoán xác định

### III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp trị liệu Nghe - Nói.

#### 1. Mục tiêu

Giúp trẻ biết cách lắng nghe, hiểu lời nói và giao tiếp được bằng lời.

#### 2. Thời điểm can thiệp: ngay sau khi có công nghệ trợ thính phù hợp.

#### 3. Nguyên tắc

Theo 10 nguyên tắc của phương pháp trị liệu Nghe - Nói.

#### 4. Kỹ thuật

- Xác định mục tiêu và thảo luận với phụ huynh về chương trình điều trị cho trẻ dựa vào Bảng tuổi lắng nghe 4 năm đầu đời của Quỹ Toàn cầu dành cho Trẻ khiếm thính về:
  - Trí nhớ thính giác.
  - Lời nói.
  - Ngôn ngữ.
  - Nhận thức.
  - Kỹ năng đọc viết.
- Kiểm tra máy: bảo đảm hoạt động tốt trước buổi tập.
- Thực hiện những hoạt động cho mục tiêu đã đề ra và chuyển giao cho phụ huynh thực hiện.
- Áp dụng các chiến lược giúp trẻ lắng nghe và các chiến lược phát triển ngôn ngữ, lời nói.
- Gợi ý những ý tưởng cho phụ huynh tiếp tục dạy trẻ ở nhà.

#### 5. Phối hợp điều trị

##### a. VỚI BÁC SĨ TAI MŨI HỌNG - NHÀ THÍNH HỌC

- Đánh giá sức nghe lâm sàng trước khi kiểm tra thính lực định kỳ.
- Phản hồi về tình trạng đáp ứng âm thanh lời nói của trẻ liên quan đến việc hiệu chỉnh máy.

##### b. Thảo luận với giáo viên về mục tiêu và chương trình điều trị cho trẻ nếu trẻ đến trường.



## IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Hẹn điều trị tại khoa 1 - 2 lần/tuần (30 phút/lần).
- Hẹn tái khám theo lịch hẹn 1 tháng, 3 tháng (nếu nhà xa).
- Tái lượng giá tình trạng của trẻ trong quá trình điều trị để thiết lập chương trình điều trị phù hợp.
- Thảo luận với giáo viên về mục tiêu điều trị cho trẻ nếu trẻ đến trường.

### LƯU ĐÒ XỬ TRÍ NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU CHO TRẺ KHIẾM THÍNH CÓ CÔNG NGHỆ NGHE PHÙ HỢP

