

MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM LÝ THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

BỆNH TỰ KỶ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tự kỷ là một rối loạn thể hiện rất sớm trong tuổi thơ biểu hiện bởi những xáo trộn nặng về mối tương tác xã hội, mối giao tiếp và hành vi.
- Theo Kanner, có 2 đặc điểm chính của bệnh tự kỷ:
 - + Sự cô lập một cách cực độ
 - + Sự rập khuôn một cách cứng nhắc

II. NGUYÊN NHÂN

- Hiện tại nguyên nhân chính xác của bệnh tự kỷ chưa được xác định, người ta thống nhất do nhiều yếu tố:

1. Yếu tố tâm lý:

- Yếu tố gia đình: cha mẹ có học thức cao, gia đình khá giả nhưng không quan tâm đến con cái, rối loạn mối quan hệ mẹ con, sự chối bỏ của người cha hoặc người cha bạo lực, đây là một quan điểm sai lầm của thập niên 50-60.
- Thực tế khi so sánh cha mẹ trẻ bình thường với cha mẹ trẻ tự kỷ, người ta nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa trong kỹ năng nuôi dưỡng con cũng như sự lệch lạc trong hoạt động gia đình nào có thể dẫn đến bệnh tự kỷ.
- Trẻ tự kỷ sẽ tăng nặng các triệu chứng khi gặp các yếu tố gây stress như: sự bất hòa của cha mẹ, sự di chuyển nơi ở, sự mất mát người thân cũng như sự ra đời của 1 thành viên mới trong gia đình, . . . giống như mọi trẻ bình thường khác.

2. Yếu tố di truyền:

- Tỷ lệ anh chị em cùng bị tự kỷ là 2% – 4%, cao gấp 50 lần so với dân số.
- Tỷ lệ bị tự kỷ trên trẻ sinh đôi cùng trứng cao hơn rất nhiều so với trẻ sinh đôi khác trứng.
- Các thành viên không bị tự kỷ trong các gia đình có người tự kỷ có các trục trặc về ngôn ngữ hoặc nhận thức nhưng ít trầm trọng hơn.

3. Yếu tố miễn dịch học:

- Sự không tương hợp về miễn dịch giữa mẹ và phôi thai có thể góp phần gây rối loạn tự kỷ.
- Lympho bào của trẻ tự kỷ phản ứng với kháng thể mẹ làm tăng tổn thương mô thần kinh trong thai kỳ.

4. Yếu tố thần kinh và sinh học:

- Bệnh động kinh: người tự kỷ bị động kinh chiếm khoảng 4% – 32% và 10% - 83% có điện não đồ bất thường
- Các sang thương thần kinh kèm theo: Rubella bẩm sinh, PKU, xơ củ não, rl Rette.

- Bất thường trên cấu trúc não: giãn rộng não thất trên CT chiếm 20% - 25%, bất thường vỏ não lan tỏa, giảm số lượng tế bào Pukinji ở tiểu não (số lượng nhánh ít hơn, hình dạng nhánh ngắn, thân tế bào nhỏ hơn bình thường).

BỆNH TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

- Hội chứng giảm chú ý- tăng vận động là một tình trạng bệnh lý thần kinh biểu hiện ở trẻ có mức độ chú ý và hoạt động, xung động, không phù hợp với lứa tuổi cũng như mức độ phát triển của trẻ. Trẻ có biểu hiện vận động tăng bất thường đi kèm với phản ứng hung hăng và khả năng chú ý giảm gây cản trở cho việc học tập. Trẻ không có khả năng tự chủ, do đó không thể tự lập kế hoạch, tổ chức, cũng như hoàn thành những hoạt động phức tạp.
- Hội chứng giảm chú ý – tăng vận động gồm 4 vấn đề chính như sau:
 - + Giảm chú ý.
 - + Tăng vận động.
 - + Xung động.
 - + Phiền muộn thứ phát.

2. Nguyên nhân:

ADHD có yếu tố di truyền, nhưng nguy cơ chịu ảnh hưởng của yếu tố gen chỉ khoảng 20%, điều đó nói lên rằng yếu tố ngoại lai đóng vai trò quan trọng gây nên hội chứng này.

- Yếu tố gen :

- + Được cho là nguyên nhân của những bất thường sinh hoá trên. Hiện tượng đột biến nhiều gen được ghi nhận trên 80% trường hợp bệnh (bao gồm gen DAT1- gen chuyên chở Dopamin và gen D4- thụ thể Dopamin) và có thể hiện tượng đáp ứng không đồng đều với Méthyphénidate – Ritalin ở các bệnh nhân khác nhau là do sự hiện diện hay không của các đột biến này.
- + Thực tế, hội chứng trên mang tính chất gia đình.
 - Gia đình có cha/ mẹ mang hội chứng này thì 57% con của họ có biểu hiện bệnh.
 - Đối với các cặp sinh đôi thì nguy cơ là 91%.
 - Trẻ có anh chị em mắc bệnh thì nguy cơ bệnh ở trẻ tăng gấp 5-7 lần so với bình thường.

- Các nguyên nhân khác:

- + Bất thường trong thai kỳ xảy ra chiếm 10% -15%, do :
 - Hút thuốc lá, uống rượu, ma túy, thiếu oxy thai nhi..... gây ảnh hưởng đến quá trình phát triển não bộ.
 - Sinh non: trẻ sinh non có nguy cơ chậm phát triển não bộ.

- Các yếu tố độc hại trong môi trường như Dioxin cũng góp phần là tăng nguy cơ ADHD ở trẻ.
- + Các tổn thương sau sinh chiếm 3% -5% bao gồm: viêm nhiễm, chấn thương sọ não gây tổn thương chất xám thùy trán vỏ não, ngạt, tiếp xúc lâu ngày với các kim loại nặng gây ngộ độc đặc biệt là chì.....
- + Rối loạn giấc ngủ hiện tại vẫn chưa xác định được là nguyên nhân của bệnh hay là một trong những biểu hiện sớm của bệnh.
- **Các yếu tố tâm lý xã hội học:**
 - + Về khía cạnh tâm lý, hiện nay chịu ảnh hưởng của học thuyết phân tâm. Theo lý thuyết của Bowlby có thể xem đứa trẻ tăng động có một sự gắn bó thiếu an toàn với mẹ của nó (người mẹ quá hăng hái kích thích đứa con hoặc ngược lại là một bà mẹ trầm cảm, khi đó đứa con sẽ cố gắng kích thích mẹ nó).
 - + Một cơ chế tâm lý khác về sự “ lo lắng tâm thần vận động” đó là trường hợp đứa trẻ gia tăng hành vi trong các tình huống làm chúng lo âu (như trong hoàn cảnh chia ly chẳng hạn).
 - + Một ý kiến về một điểm yếu trong kiến tạo nhân cách của đứa trẻ và để che dấu yếu kém này, để tự bảo vệ đứa trẻ sẽ có hành vi bùng nổ. Và cũng theo cơ chế bù trừ, người ta có thể giải thích triệu chứng tăng động như một sự điều chỉnh tình trạng trầm cảm nếu có của trẻ.
 - + Về khía cạnh xã hội được xem là yếu tố gia trọng chứ không phải là nguyên nhân của bệnh như nghiện thuốc lá, nghiện rượu, nghiện ma túy ở người mẹ, các xung đột và gãy đổ trong gia đình, những trẻ sống trong hoàn cảnh mà mối quan hệ cha mẹ - con cái không tốt thì nguy cơ mắc hội chứng này tăng gấp 9 lần so với trẻ sống trong môi trường tốt đẹp.

II. LÂM SÀNG

- Dựa vào DSM IV với 2 vấn đề chính: sự khiếm khuyết chú ý và sự tăng động, xung động gồm 3 thể lâm sàng:
 - + ADHD thể giảm chú ý chiếm ưu thế.
 - + ADHD thể tăng vận động, xung động chiếm ưu thế.
 - + ADHD thể giảm chú ý tăng vận động (thể hỗn hợp).
- Trên thực tế có sự rất khác biệt nhau giữa các thể trên lâm sàng.

1. Trẻ ≤ 1 tuổi:

- Trẻ hay khóc và khóc lâu.
- Cho trẻ ăn khó khăn.
- Trẻ hiếu động và ngủ ít.
- Có hành vi gây hấn như nắm tóc, đấm đá, tấn công người khác.
- Dễ có nổi cơn thịnh nộ.

2. Trẻ ≥ 1 tuổi:

- **Dấu hiệu tăng vận động:** Một đứa trẻ tăng động khi chúng hoạt động quá nhiều, có những hành vi quá mức và không thích hợp với môi trường, điều này rất dễ nhận ra bởi những người xung quanh. Trẻ vận động không ngừng liên tục gây tiếng động, người ta thường hình dung trẻ giống như đứng trên lò xo, cực kỳ hiếu động, nhảy nhót leo trèo khắp nơi liên tục. Trẻ không thể ngồi yên một chỗ, xoay

trở liên tục trên ghế như muốn xoắn người lại, đứng đưa trên ghế đến mức mắt thẳng bằng. Đứng lên khi đang ăn hay đang học. Ngồi không yên khi đang xem tivi, tuy nhiên trẻ lại rất vụng về trong các cử chỉ.

- **Tính xung động:** Thường đi kèm với hành vi tăng động, đứa trẻ thường phản ứng một cách bản năng và không suy nghĩ. Chúng thường xuất hiện đột ngột trong các cuộc nói chuyện và các trò chơi, hầu như không thể chuyển trò khi có trẻ ở đó vì trẻ luôn chen ngang câu chuyện, bất kể là ai. Trẻ nói nhiều và nói rất to khi được hỏi, trẻ thường trả lời ngay khi chưa nghe hết câu hỏi. Trong trò chơi, trẻ không bao giờ chờ đến lượt mình. Trẻ bốc đồng, thô bạo, thậm chí hung hăng bởi vì hành động của trẻ không thể kiểm soát được. Trẻ không tiên liệu được phản ứng của người khác hoặc chúng không thêm để ý đến việc này. Tất cả những bất thường này dễ bị người lớn trừng phạt và nhận sự xa lánh của các trẻ em khác.
- **Dấu hiệu giảm chú ý:**
 - + Đứa trẻ thường ít tập trung vào các chi tiết, chúng rất lơ đãng, hình như không bao giờ nghe khi người ta nói với chúng, cần phải lập đi lập lại nhiều câu khi muốn trao đổi với chúng. Chúng không bao giờ ghi nhớ những chỉ dẫn, trẻ không ngoan, không tuân theo mệnh lệnh của người lớn, gia đình của trẻ gặp khó khăn rất nhiều trong việc giáo dục trẻ, cũng như trong việc bắt trẻ nghe lời. Trẻ thường xuyên không hoàn thành các bài tập cũng như các nhiệm vụ ở gia đình vì chúng thiếu khả năng tổ chức. Ở lớp, trẻ lo ra, bị phân tâm với những tiếng động nhỏ nhất, những sự việc nhỏ nhất vô nghĩa, không bao giờ tuân thủ nội qui, chữ viết xấu thất thường, giáo viên thường xuyên phê vào sổ liên lạc về sự tập trung chú ý nghe giảng của trẻ. Chúng thường né tránh hoặc rất miễn cưỡng với những công việc cần có một sự tập trung tinh thần, thường xuyên mất đồ, học cụ, đồ chơi...
 - + Sự suy giảm khả năng chú ý làm ảnh hưởng trầm trọng đến khả năng học tập của trẻ. Còn hiện tượng tăng động cản trở việc hoà nhập vào xã hội cũng như của gia đình trẻ.
- Ngoài ra, người ta còn nhận thấy một số đặc điểm bất thường về hình thái gặp ở trẻ có biểu hiện ADHD như:
 - + Ngón tay cong ngắn.
 - + Hai mắt nằm xa hơn so với trẻ bình thường.
 - + Mi mắt trên có nhiều nếp gấp.
 - + Đường chân tóc bất thường, vành tai to và vênh.
 - + Người ta cũng đã ghi nhận những trẻ mang bệnh lý này thường thông minh hơn những trẻ bình thường (được đánh giá bởi thương số trí tuệ IQ).

3. Các bệnh đi kèm:

- Rối loạn hành vi hoặc hành vi chống đối:
 - + 30%-50% so với nguy cơ của cộng đồng là 2%. Rối loạn hành vi chống đối gây hấn → 50% trẻ ADHD có kèm theo rối loạn này, trẻ thường hay nói dối, chửi thề, lấy đồ người khác, hay đồ lỗi và hay dễ nổi nóng.
 - Rối loạn chống đối búơng bình.
 - Rối loạn cư xử.

- Các rối loạn lo âu: (25% so với 3.5% trong cộng đồng, Anderson, 1987)
 - + Với 30% trẻ ADHD có rối loạn lo âu, nhưng một nửa trong số này không bao giờ nói với bố mẹ chúng.
- Trầm cảm nặng
 - + Thường gặp khoảng 10%-30% trẻ ADHD, 47% người lớn ADHD.
- Rối loạn Tics và Tourette's:
 - + 70% ADHD có rối loạn Tics, nhưng 60% bệnh nhân có hội chứng Tourette .
- Chậm phát triển về cảm xúc tình cảm (>50%).
- Rối loạn hưng trầm cảm về sau chiếm 23% . Các rối loạn trong học tập gặp ở hơn 50% trẻ [12,18] , thường gặp nhất là chứng loạn đọc.
- Các rối loạn vận động đi kèm như: vận động đồng động, trội chéo bên.
- Rối loạn giấc ngủ (khoảng 33% .
- Ngoài ra, người ta còn nhận thấy rằng các trẻ này có nguy cơ bị các chứng dị ứng, viêm đường hô hấp, viêm tai giữa, sổ mũi, cúm gặp 4-5 lần các trẻ khác .

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

- **Hỏi tiền căn trẻ :**
 - + Tiền căn sinh sản: những bất thường trong lúc mang thai, các yếu tố tiếp xúc (thuốc lá, rượu, các độc chất, kim loại nặng đặc biệt là chì), các thuốc dùng trong thai kỳ, phương pháp sinh (sinh thường – sinh khó – sinh mổ – các tai biến khi sinh) sinh đủ tháng hay thiếu tháng và cân nặng lúc sinh.
 - + Quá trình phát triển tâm thần vận động của trẻ có gì bất thường không? (thời điểm biết lật, biết đi , biết nói....)
- **Khám tổng quát trẻ.**
- **Kiểm tra thính giác và thị giác trẻ.**
- **Đánh giá khả năng tư duy và tâm thần vận động.**
- **Chẩn đoán theo tiêu chuẩn DSM-IV:**
 - + Có dấu hiệu rối loạn chú ý và vận động rõ ràng ở nhà, không phù hợp với lứa tuổi và mức độ phát triển của trẻ, đáp ứng ít nhất một trong ba tiêu chuẩn sau:
 - Chú ý ngắn hạn vào các hoạt động tự phát.
 - Bỏ ngang các công việc chưa hoàn tất.
 - Thay đổi liên tục từ hoạt động này sang hoạt động khác.
 - Thiếu kiên nhẫn trong các công việc được giao.
 - Lơ đễnh quá mức trong học tập.
 - Có ít nhất 1 biểu hiện tăng động như: chạy nhảy, leo trèo..
 - Luôn bứt rứt, ngo ngoạy không yên ngay trong cả các hoạt động tự ý.
 - Tăng động rõ ràng trong các tình huống đòi hỏi sự yên lặng như: trong bữa ăn, khi thăm viếng nhà người thân-bạn bè, nơi chốn công cộng.
 - Khó khăn khi phải ngồi yên.
 - + Có dấu hiệu rối loạn chú ý và vận động rõ ràng ở trường hay nhà trẻ, không phù hợp với lứa tuổi và mức độ phát triển của trẻ, đáp ứng ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - Thiếu kiên nhẫn trong học tập, hoạt động.

- Phân tán suy nghĩ 1 cách dễ dàng bởi những tác động từ môi trường.
 - Hay thay đổi từ công việc này sang công việc khác.
 - Khả năng duy trì tập trung chú ý rất ngắn.
 - Có ít nhất 1 biểu hiện tăng động như: chạy nhảy, leo trèo...
 - Bút rút tăng động trong những tình huống nghiêm túc căng thẳng.
 - Phân tán, lo ra nhiều.
 - Thường rời chỗ ngồi .
- + Có dấu hiệu rối loạn chú ý và vận động rõ ràng trong lúc khám, không phù hợp với lứa tuổi và mức độ phát triển của trẻ, đáp ứng ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:
- Quan sát được tiêu chuẩn A hoặc B (không chuẩn đoán dựa vào lời khai đơn thuần của cha, mẹ.)
 - Phát hiện các bất thường trong vận động, tập trung chú ý trong các môi trường khác ngoài ở nhà và trường học.
 - Lo ra ngay khi thực hiện các trắc nghiệm tâm lý tại phòng khám.
- + Không do các tổn thương của quá trình phát triển, đần độn, trầm cảm hay các trạng thái rối lo âu gây ra.
- + Phát hiện trước 6 tuổi.
- + Kéo dài ít nhất 6 tháng.
- + Thương số trí tuệ > 50.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Triệu chứng tăng động:
 - + Hành vi tăng động phù hợp với lứa tuổi ở trẻ đặc biệt hiếu động, nhưng ở những em này vẫn còn khả năng kiềm chế, bình tĩnh và tập trung vào nhiệm vụ học tập và các trách nhiệm ở gia đình cũng như tập thể.
 - + Trẻ thông minh sớm, tài năng. Những trẻ này thường rất tò mò, chúng luôn đặt ra các câu hỏi, tham gia vô số hoạt động vì vậy đôi lúc chúng sẽ quấy nhiễu lớp học vì thường chuyển nhanh chóng từ hoạt động này sang hoạt động khác, tuy nhiên chúng luôn hoàn thành tốt trong từng hoạt động, người ta cũng ghi nhận có những trẻ tài năng có kèm theo tăng động.
- Trẻ chậm phát triển tâm thần:
 - + Các trẻ em chậm phát triển thường không thể nào tập trung trong lớp, chúng sẽ kích động vì các bài giảng không phù hợp với mức độ trí tuệ của chúng. Chẩn đoán phân biệt với ADHD dựa vào chỉ số IQ (IQ= 50-55 đến xấp xỉ 70) và khả năng thích ứng với môi trường.
- Rối loạn phát triển lan toả:
 - + Trẻ rối loạn phát triển lan toả tiếp xúc bằng mắt nghèo nàn, hành vi định hình, cử chỉ lặp đi lặp lại, khó giao tiếp xã hội, khó biết được cảm xúc của chúng với gia đình và môi trường xung quanh, quan trọng là rối loạn ngôn ngữ giao tiếp luôn luôn có mặt và là một trong những các tiêu chuẩn chính để chẩn đoán tự kỷ.
- Một số bệnh lý có một số dấu hiệu tương tự nét tăng động như bệnh động kinh, di chứng chấn thương sọ não, một số bệnh nội tiết....

- Một số thuốc gây tác dụng phụ làm tăng động như: thuốc suyễn, thuốc chống loạn thần...
- Các rối loạn khí sắc như trầm cảm và hưng cảm nhẹ. Theo quan điểm phân tâm, tăng động là một phản ứng tâm lý để chống lại trầm cảm, điều khác biệt ở đây là bệnh tăng động xuất hiện từ thời thơ ấu trong khi các rối loạn khí sắc có thể xuất hiện trễ hơn, có thể mất quân bình tâm lý.
- Rối loạn học tập chuyên biệt: có thể trải qua một sự chậm trễ hoặc thất bại trong một lĩnh vực đặc biệt nhưng vẫn phát triển bình thường trong các lĩnh vực khác. Bằng các test đọc, viết, tính toán chuẩn hoá, test phân lời và phân làm có thể phát hiện sự phân ly giữa khả năng trí tuệ và khả năng học tập.
- Chú ý phân biệt giữa một trẻ không chú ý và một trẻ giảm khả năng chú ý.

Bảng chẩn đoán phân biệt:

	Bệnh/ rối loạn cần phân biệt	Xét nghiệm loại trừ
Rối loạn do trẻ.	Rối loạn hành vi ứng xử. Rối loạn ngôn ngữ. Các bệnh tâm thần. Thiếu năng nhận thức.	Test lượng giá chuyên biệt. Test tâm thần. Đo thương số trí tuệ.
Rối loạn do môi trường	Điều kiện kinh tế-xã hội. Điều trị không đúng, cầu thả. Suy dinh dưỡng. Do thuốc (phenobarbital, carbamazepine, natri valproate...) Rượu, ma túy, ngộ độc chì. Mất ngủ. Xung đột gia đình.	Tiền căn. Hemoglobin, Hematocrit Nồng độ thuốc trong máu Tiền căn.
Rối loạn do các cơ quan điều khiển.	Ngạt trong thai kỳ. Chấn thương sọ não. Viêm màng não. Hội chứng nhiễm độc rượu ở thai nhi.	Tiền căn. Dấu hiệu hình thái (khe mi ngắn, không có rãnh mũi má, miệng vòm cung với môi trên mỏng).
	Hội chứng NST X dễ gãy	Nhiễm sắc thể đồ
Rối loạn do cơ quan vận động.	Rối loạn thị giác. Rối loạn thính giác. Dị ứng. Động kinh . Tiểu đường. Ngộ độc chì . Thiếu máu. Thiếu năng hoặc tăng năng tuyến	Đánh giá thị lực. Thính lực đồ. Test dị ứng. EEG . Đường huyết. Nồng độ chì trong máu, Hb-Hct, Fe/máu.... Nồng độ hormon tuyến giáp T3,T4,

	giáp.	[TSH].
--	-------	--------

IV. DIỄN TIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Trong năm đầu đời những đứa trẻ bị ADHD thường rất kích động, không duy trì được những nhịp ăn và ngủ như những trẻ khác, chậm trễ về tâm thần vận động và ngôn ngữ, kiểm soát cơ vòng, chỉ chơi những trò chơi sơ khai. Chúng dường như không ý thức được tính nguy hiểm và khó tuân thủ được kỷ luật người lớn đề ra.
- Từ 6-11 tuổi ADHD để lại nhiều ảnh hưởng tiêu cực trên việc học tập của trẻ vì đây là những giai đoạn có những đòi hỏi từ môi trường học tập. Các em thường bị rối loạn tiếp thu, nhất là tập đọc, 50% các em thường bị bạn bè xa lánh, gia đình trở thành nơi xung đột về những vấn đề liên quan đến các nghĩa vụ trong học tập.
- Một số báo cáo cho thấy 30% trẻ ADHD có một sự thuyên giảm các triệu chứng khi các em bước vào lứa tuổi thanh thiếu niên, sự thuyên giảm này có thể chỉ liên quan đến vấn đề phát triển chứ không phải dưới tác dụng của điều trị, số còn lại bệnh vẫn tồn tại và còn kèm thêm tình trạng rối loạn nhân cách, nguy cơ nghiện rượu và ma túy, bê trễ thậm chí bỏ ngang việc học tập. Ở một số người lớn việc theo dõi bệnh từ lúc còn bé thường thấy xuất hiện hành vi chống đối xã hội điều này phù hợp với số liệu 30% trẻ ADHD sẽ có những rối loạn hành vi chống đối ở tuổi thanh thiếu niên. Ngoài ra các tai nạn giao thông, có thai vị thành niên, trình độ học vấn thấp là những vấn đề xảy ra nhiều ở trẻ mang hội chứng này khi bước vào tuổi thanh thiếu niên.
- Việc lạm dụng ma túy, bỏ học, phạm pháp được lý giải bởi tỷ lệ 40% trẻ ADHD chịu những ảnh hưởng lên khả năng nhận thức, hành vi bởi các mối quan hệ xung quanh.
- Khi trưởng thành 20% bệnh nhân còn các biểu hiện rối loạn về học tập và những rối loạn tình cảm (theo Manuzza, 1993).
- Một số yếu tố được xem là có tác động quá trình tiến triển như: các rối loạn tâm thần đi kèm, hoàn cảnh kinh tế xã hội, tuổi khởi phát, chỉ số IQ.
- Nếu không được can thiệp đúng mực khoảng 1/3 trẻ ADHD có biểu hiện các biến chứng: thiếu tự tin, tự đánh giá thấp bản thân, trầm cảm trong đó 25% sẽ dẫn tới các suy sụp tinh thần, cảm giác cô đơn (do người lớn luôn chỉ trích, bạn bè thì xa lánh), thôi học, những rối loạn hành vi, hội chứng Tourette... .

V. ĐIỀU TRỊ:

- Khuynh hướng trị liệu không hẳn là nhằm tới việc bình phục mà nhiều khi chỉ nhằm ổn định hoặc thuyên giảm các triệu chứng. Kế hoạch trị liệu cần lưu tâm đến: tuổi của trẻ, khả năng trí tuệ, loại nhân cách, hoàn cảnh bố mẹ và anh em, hoàn cảnh xã hội và văn hoá, các rối loạn đi kèm. Vì vậy trị liệu ADHD đòi hỏi một chế độ điều trị đa phương diện.

1. Điều trị bằng thuốc:

- Trong các nghiên cứu của các tác giả Anh Mỹ các thuốc kích thích tâm thần đứng hàng đầu trong trị liệu. Cơ chế là nhóm Amphetamine kích thích chức năng một số vùng não, gia tăng sự nhạy cảm đối với các kích thích ngoại vi, làm giảm sự xung

động do việc cải thiện quá trình ký ức ngắn hạn. Amphetamin giúp giải phóng thêm và duy trì hoạt lực của Dopamine.

- Thuốc được dùng từ 1995 tại Pháp là Methylphenidate (Ritaline) với qui định cho toa khá nghiêm ngặt, hiệu quả của thuốc sẽ xuất hiện sau uống từ 1-2 giờ, dùng 2-3 lần/ ngày, chống chỉ định: trẻ quá nhạy cảm về cảm xúc, trẻ bị tic vận động, trẻ bị động kinh, trẻ có vấn đề loạn thần. Tuy nhiên ở Việt nam hiện nay chưa lưu hành loại thuốc này. Có một số hoạt chất đang được sử dụng và tiếp tục thử nghiệm tại châu Âu và Mỹ như Pemoline, Atomoxetine, Dextroamphetamin đơn thuần hoặc phối hợp với Levoamphetamin.
- Người ta còn có thể sử dụng một số thuốc hướng thần khác, tuy nhiên nên tránh dùng thuốc chống loạn thần nhóm êm dịu vì sẽ làm nặng thêm bệnh: gây mệt mỏi, buồn ngủ càng làm giảm sự chú ý hơn, chưa kể đến những tác dụng phụ gây đứng ngồi không yên hoặc rối loạn vận động. Tuy nhiên đối với các nhóm thuốc chống loạn thần thế hệ 2 Risperdal có thể được sử dụng ở các trẻ em tăng động khi chúng có kèm theo rối loạn nhân cách ranh giới hoặc rối loạn hành vi. Ngoài ra nhóm chống trầm cảm 3 vòng cũng được chỉ định. Một vài bác sĩ có sử dụng Clonidin nhưng chỉ có tác dụng trên các rối loạn hành vi hơn là trên triệu chứng suy giảm chú ý.
- Cần lưu ý thuốc không có tác dụng cải thiện thành tích học tập cũng như hành vi của trẻ. Thuốc chỉ có vai trò hỗ trợ cho khả năng tập trung và kiểm soát sự chú ý cũng như hành động của trẻ, đồng thời tác dụng này chỉ là tạm thời và kéo dài trong vòng vài giờ. Hiểu rõ điều này sẽ tránh được tình trạng phụ thuộc thuốc cũng như cải thiện khả năng tự đánh giá bản thân của trẻ, tránh hiện tượng trẻ mặc cảm tự ti, tự đánh giá thấp bản thân.

2. Liệu pháp nhận thức hành vi

- Nhằm mục đích giảm thiểu các hành vi gây rối và thay thế chúng bằng những hành vi thích hợp. Cơ sở là dựa trên việc điều kiện hoá có tổ chức. Chúng bao gồm sự củng cố tích cực, các hình thức thưởng phạt, tập trung chú ý chuyên biệt. Các bước trên thường đem đến sự cải thiện hành vi đặc biệt là ở môi trường học đường nhất là khi cùng phối hợp với thuốc. Nhược điểm là chúng không tồn tại lâu sau khi chấm dứt việc củng cố và không có những ảnh hưởng tổng quát.

3. Liệu pháp tâm lý giáo dục và tư vấn đối với phụ huynh

- Liệu pháp tâm lý giáo dục nhằm giúp các phụ huynh có thái độ thích hợp trước các biểu hiện này, làm cho phụ huynh hiểu rằng việc trị liệu không chỉ là làm thuyên giảm triệu chứng mà còn giúp họ biết cách sống với một đứa trẻ ADHD, biết cách chấp nhận đôi khi sự hạn chế của trị liệu.

4. Các trị liệu nhóm ở phòng khám tâm thần- trung tâm trị liệu bán thời gian

- Người ta thường tạo ra những nhóm nhỏ từ 4 đến 5 em, hoạt động của nhóm dựa trên các trị liệu trung gian về cơ thể hoặc dưới dạng trò chơi trị liệu.

5. Liệu pháp tâm thần vận động

- Kỹ thuật trị liệu nhằm làm giảm dần triệu chứng, coi chúng như một rối loạn về chức năng, việc trị liệu vừa như một phương pháp tái giáo dục vừa như một trị liệu.

6. Sự hỗ trợ tâm lý học đường và tâm lý giáo dục

- Người ta có thể ổn định được hành vi của trẻ tăng động bằng cách thay đổi cách dạy học, thí dụ như thầy cô giáo sẽ chia nhỏ các bài tập hoặc nhiệm vụ để các em dễ hoàn thành theo từng bước một, điều này sẽ giúp nhận ra những thời điểm mà các em tập trung cao nhất và thực hiện các nhiệm vụ theo nhịp của trẻ.

7. Điều trị hỗ trợ:

- Phổ biến nhất hiện nay là chế độ dinh dưỡng Feingold, hạn chế tối đa những thành phần tổng hợp trong thực phẩm như chất bảo quản, phẩm màu, hương liệu tổng hợp, bên cạnh đó là salycyle (tự nhiên và tổng hợp) và benzoates.
 - + Ngũ cốc và gia vị: Đậu phộng, thì là, ngũ vị hương, bạc hà...
 - + Trái cây: Dứa, thơm, sori, cam, bưởi, đào, táo....
 - + Các sản phẩm hoá học: Bột ngọt, sirop bắp...
 - + Củ quả: Cà tím, bí, bầu, bông cải, khoai tây...
 - + Các chất gây dị ứng: sữa, thịt heo, trứng....
- Các thức ăn bổ trợ: Bồ sung đa sinh tố, ăn nhiều trái cây.
- Ngoài ra người ta còn đề nghị hỗ trợ thêm:
 - + *Nootropiques*: là các chất có khả năng cải thiện tư duy.
 - + *Thảo dược*: nhằm cải thiện giấc ngủ như hoa cúc cam, cỏ ban..
 - + *Chất chống oxy hoá*: Ginko biloka, Melatonin.

VI. PHÒNG NGỪA:

- Do các nguyên nhân của bệnh lý này vẫn chưa được xác định chắc chắn và cũng chưa được hiểu một cách rõ ràng, vì vậy vấn đề phòng ngừa là rất khó khăn.
- Tuy nhiên cần tuân theo những khuyến cáo sau đây nhằm hạn chế bệnh:
 - + Tránh các chấn thương đầu.
 - + Các nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương
 - + Tránh nhiễm độc các kim loại nặng (đặc biệt là chì).
 - + Lưu ý ở phụ nữ có thai: không được hút thuốc, không uống rượu, không sử dụng ma tuý và tránh tối đa việc tiếp xúc với môi trường ô nhiễm....