

Rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ em

Lê Tấn Giàu, Nguyễn Văn Thành, Tạ Văn Trầm

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

LỊCH SỬ

Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn thường gặp ở trẻ em. 2500 năm trước, Hypocrate đã mô tả những bệnh nhân này là “những đáp ứng tăng nhanh cho những trải nghiệm cảm giác nhưng cũng ít bền bỉ và tâm trí chuyển nhanh chóng sang ấn tượng tiếp theo”. Tăng động là triệu chứng được sử dụng để đặt tên cho rối loạn này khi lần đầu tiên được đưa vào Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 9 của Tổ chức Y tế thế giới (ICD-9), “hội chứng tăng động của thời thơ ấu”, sau đó được gọi là “rối loạn tăng động” trong Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10).

Trong Hướng dẫn Chẩn đoán và Thống kê bệnh tâm thần, phiên bản thứ hai (DSM-2) gọi là “phản ứng tăng động thời thơ ấu”. Năm 1980, vai trò giảm chú ý mới được công nhận và rối loạn đổi tên thành “rối loạn giảm chú ý có hoặc không có tăng động” (DSM-3). Năm 1994, Hướng dẫn Chẩn đoán và Thống kê bệnh tâm thần, phiên bản thứ tư (DSM-4) gọi là “rối loạn tăng động giảm chú ý”. Năm 2013, phiên bản lần thứ năm của DSM (DSM-5), có thay đổi một số tiêu chuẩn chẩn đoán.

KHÁI NIỆM

Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, viết tắt là ADHD) là một rối loạn biểu hiện ở thời thơ ấu với các triệu chứng tăng động, thiếu kiểm chế và hoặc không chú ý. Các triệu chứng ảnh hưởng đến chức năng nhận thức, học tập, hành vi, cảm xúc và xã hội.

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ ADHD được báo cáo ở trẻ em thay đổi từ

2 đến 18 phần trăm tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán và dân số được nghiên cứu. Tỷ lệ hiện mắc ở trẻ em trong độ tuổi đi học được ước tính là từ 9 đến 15 phần trăm, làm cho nó trở thành một trong những rối loạn phổ biến nhất ở thời thơ ấu. ADHD phổ biến ở nam hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 4:1 đối với loại tăng động chủ yếu và 2:1 đối với loại không chú ý chủ yếu). Ở Hoa Kỳ, báo cáo của Viện sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ (NHIS) từ năm 2015 đến 2016, tỷ lệ hiện mắc ADHD là 14% ở nam và 6% ở nữ. Tại Việt Nam, theo Hoàng Cẩm Tú, Viện Nhi Trung ương năm 1999, tỷ lệ tăng động giảm chú ý là 2,68%. Năm 2013, Đặng Hoàng Minh và cộng sự với đề tài nghiên cứu “Sức khỏe tâm thần của trẻ em Việt Nam-Thực trạng và các yếu tố nguy cơ”, đã đưa ra tỷ lệ 4% trẻ em Việt Nam có vấn đề về chú ý.

RỐI LOẠN ĐI KÈM

- Rối loạn thách thức chống đối tồn tại với ADHD trong khoảng 50 đến 80 phần trăm các trường hợp.
- Rối loạn cư xử: cùng tồn tại với ADHD ở 1/3 số trường hợp.
- Rối loạn lo âu: cùng tồn tại với ADHD trong khoảng 20 đến 40 phần trăm các trường hợp.
- Trầm cảm: cùng tồn tại với ADHD ở 1/3 số trường hợp. Trẻ em bị ADHD và rối loạn trầm cảm đi kèm có thể có người trong gia đình có tiền sử mắc rối loạn trầm cảm nghiêm trọng. Thanh thiếu niên bị ADHD và rối loạn trầm cảm có nhiều nguy cơ có ý định tự tử hơn.
- Rối loạn học tập: 20 đến 60 phần trăm.
- Rối loạn phối hợp phát triển: Khoảng một nửa số trẻ ADHD đáp ứng các tiêu chí về rối loạn

phối hợp phát triển (DCD).

- Rối loạn phổ tự kỷ thường cùng tồn tại với ADHD. Trẻ ADHD và rối loạn phổ tự kỷ kèm theo thường bị suy giảm nhận thức, các vấn đề về hành vi và tâm thần nghiêm trọng hơn so với trẻ ADHD hoặc rối loạn phổ tự kỷ riêng biệt.

- Rối loạn giấc ngủ.

CƠ CHẾ BỆNH SINH

Cơ chế bệnh sinh của ADHD đến nay vẫn chưa biết rõ. Việc mất cân bằng có tính di truyền trong chuyển hóa catecholamine tại vỏ não có thể đóng vai trò nguyên phát, tình trạng này đã được chỉ ra qua hình ảnh học khảo sát chức năng và cấu trúc não, qua các nghiên cứu trên động vật và qua đáp ứng với các thuốc có hoạt tính noradrenergic.

Yếu tố di truyền đã được chứng tỏ có ảnh hưởng trong bệnh sinh ADHD và được cho là yếu tố có ý nghĩa nhất trong sự hình thành ADHD. Một số nghiên cứu trên các trẻ sinh đôi đã cho thấy sự tương hợp lên đến 92% ở trẻ song sinh đồng hợp tử và 33% ở trẻ song sinh dị hợp tử. Nếu mẹ bị ADHD, tỷ lệ con bị ADHD sẽ đạt 15-20%; nếu bố bị ADHD, tỷ lệ mắc ở con là 25-30%; cả bố và mẹ cùng bị ADHD, trẻ sinh ra có 55-92% khả năng bị ADHD.

Các yếu tố môi trường khác nhau có thể đóng vai trò thứ yếu trong cơ chế bệnh sinh của ADHD, tầm quan trọng của các yếu tố môi trường còn đang tranh cãi.

Các yếu tố chế độ ăn uống (phụ gia thực phẩm, đường, nhạy cảm với thực phẩm, thiếu axit béo thiết yếu, thiếu khoáng chất) không tác động đến hành vi của trẻ ở mức độ rõ trên lâm sàng cũng như không chịu trách nhiệm chính trong phần lớn các ca ADHD. Tuy nhiên, một số ít trẻ có thể bị ảnh hưởng nhẹ trên hành vi khi sử dụng các thực phẩm có chứa phụ gia, màu nhân tạo, hoặc quá nhiều đường, hoặc dùng không đủ các acid béo cần thiết

và muối khoáng. Ngoài ra, nhạy cảm với thực phẩm cũng có thể liên quan với các bất thường hành vi, dù rất hiếm gặp ở trẻ ADHD.

Tiếp xúc với thuốc lá trước khi sinh và sinh non/nhẹ cân có liên quan đến sự phát triển của ADHD.

LÂM SÀNG

ADHD là một hội chứng bao gồm 3 nhóm triệu chứng: tăng động, thiếu kiểm chế, và giảm chú ý.

** Giảm chú ý:*

- Thường không thể chú ý kỹ lưỡng vào các chi tiết, hoặc phạm những lỗi do cầu thả trong học tập, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.

- Thường khó khăn duy trì sự chú ý trong nhiệm vụ hoặc trong các hoạt động chơi.

- Thường biểu hiện dường như không lắng nghe những gì người khác nói trực tiếp với trẻ.

- Thường không thể làm theo toàn bộ những chỉ dẫn hoặc không hoàn thành bài tập, công việc trong gia đình (không phải hành vi chống đối hoặc không hiểu được các chỉ dẫn).

- Thường khó khăn trong cách tổ chức công việc và các hoạt động.

- Thường tránh né, không thích hoặc miễn cưỡng thực hiện các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì những nỗ lực tinh thần.

- Thường đánh mất những vật dụng cần thiết.

- Thường dễ bị sao nhãng bởi những kích thích bên ngoài.

- Thường quên các hoạt động hàng ngày.

** Tăng hoạt động*

- Cử động chân tay liên tục hoặc ngồi không yên.

- Rời khỏi chỗ trong lớp hoặc trong các tình huống khác mà cần phải ngồi yên một chỗ.

- Thường chạy quanh hoặc leo trèo quá mức trong các tình huống mà điều đó là không thích hợp.

- Thường khó khăn trong khi chơi hoặc trong các hoạt động yêu cầu giữ yên lặng.

- Thường hoạt động liên tục.

* *Sự xung động*

- Thường nói quá mức.
- Thường buột miệng nói câu trả lời trước khi các câu hỏi được đặt ra hoàn chỉnh.
- Thường khó khăn chờ đợi theo hàng hoặc chờ đến lượt.
- Thường ngắt lời hoặc xâm phạm vào vấn đề của người khác.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN THEO DSM-5

Tiêu chuẩn thống nhất trong chẩn đoán ADHD được xác định bởi Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ và công bố trong Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các rối loạn tâm thần V (DSM-5). Nguyên tắc chẩn đoán:

- Các triệu chứng phải hiện diện ở hơn một môi trường sống (VD, ở trường và ở nhà).
- Các triệu chứng phải tồn tại ít nhất 6 tháng.
- Các triệu chứng phải hiện diện trước 12 tuổi.
- Các triệu chứng phải gây ảnh hưởng đến chức năng học tập, xã hội, hoặc các hoạt động nghề nghiệp.
- Các triệu chứng phải quá mức so với độ phát triển của trẻ.
- Các rối loạn tâm thần khác có thể gây triệu chứng tương tự phải được loại trừ.

Tùy theo các triệu chứng nổi bật, ADHD được phân thành ba nhóm nhỏ: nhóm giảm chú ý, nhóm tăng động - xung động và nhóm phối hợp

- Nhóm giảm chú ý: có ít nhất 6 triệu chứng giảm chú ý và ít hơn 6 triệu chứng tăng động, xung động.
- Nhóm tăng động - xung động: có ít nhất 6 triệu chứng tăng động - xung động và ít hơn 6 triệu chứng mất chú ý.
- Nhóm phối hợp: có ít nhất 6 triệu chứng tăng động - xung động và ít nhất 6 triệu chứng mất chú ý.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hiếu động trẻ dưới 3 tuổi.

- Rối loạn hành vi ứng xử khác, rối loạn chống đối nguyên phát.

- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực khởi phát sớm.
- Rối loạn phát triển lan tỏa (tự kỷ).
- Loạn thần trẻ em (tâm thần phân liệt).
- Rối loạn lo âu.
- Rối loạn trầm cảm.

ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị

- Cải thiện quan hệ với bố mẹ, thầy cô, anh chị em, hoặc bạn học.
- Cải thiện khả năng học tập.
- Cải thiện khả năng tuân thủ các quy định, nội quy.

Điều trị bằng thuốc

- Chẩn đoán xác định ADHD.
- Trẻ ≥ 6 tuổi.
- Cha mẹ trẻ chấp nhận việc điều trị bằng thuốc.
- Trường nơi trẻ học sẽ hỗ trợ theo dõi và điều trị.
- Không tiền căn nhạy cảm với thuốc được chọn.
- Trẻ có nhịp tim và huyết áp bình thường.
- Không tiền căn co giật.
- Không bị hội chứng Tourett.
- Không bị rối loạn phát triển lan tỏa.
- Không có người nghiện ngập tại nhà.

Nhóm thuốc kích thần (Methylphenidate, Dextroamphetamine): là lựa chọn hàng đầu.

Liều lượng: Methylphenidate 18-72 mg/ngày, tùy lứa tuổi.

Atomoxetine: không thuộc nhóm thuốc kích thần nhưng cũng là lựa chọn hàng đầu trong điều trị rối loạn giảm chú ý – tăng động, thuốc có cơ chế tác dụng là ức chế tái hấp thu chất norepinephrin. Thuốc được chỉ định cho trẻ trên 6 tuổi.

Thuốc chống trầm cảm: là lựa chọn thứ 2 trong những trường hợp kháng với các thuốc trên và kèm theo rối loạn trầm cảm, lo âu.

Clonidin: Đồng vận α adrenergic là lựa chọn

thứ 3, các trường hợp kèm rối loạn Tic, hội chứng Gille de la Tourette và có những hành vi gây hấn. Liều trung bình 0,1 đến 0,25mg/ngày.

Can thiệp tâm lý hành vi: duy trì thời khóa biểu, sử dụng đồng hồ, báo giờ, tạo mục tiêu nhỏ, giữ cho trẻ luôn bận rộn, thường khi có hành vi tích cực, khuyến khích tăng cường hoạt động thể chất, giúp trẻ có giấc ngủ tốt, dạy trẻ cách làm bạn, kỷ luật nhẹ nhàng.

Can thiệp giáo dục: bài tập viết lên bảng, ngăn gọn rõ ràng, vị trí ngồi gần thầy cô giáo, cho trẻ thêm thời gian để hoàn tất bài tập, lớp học giảm ánh sáng và tiếng ồn.

Điều trị phối hợp: ADHD kém đáp ứng thuốc đơn lẻ, có rối loạn đi kèm.

TIỀN LƯỢNG

Khoảng 40 đến 70% trẻ mắc rối loạn này tồn tại ở tuổi vị thành niên, nếu các triệu chứng thuyên giảm thì thường bắt đầu từ 12 cho đến 20 tuổi. Người trưởng thành rối loạn này vẫn tồn tại khoảng 50%. Thường các rối loạn tăng động có xu hướng giảm theo tuổi nhưng các rối loạn giảm chú ý cải thiện ít hơn. Những người mắc rối loạn này có nguy cơ nhiều hơn có rối loạn nhân cách chống đối xã hội, sử dụng các chất gây nghiện, trầm cảm, lo âu v.v...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Rối loạn tăng động giảm chú ý.
2. Đặng Hoàng Minh (2013), Sức khỏe Tâm thần trẻ em Việt Nam - thực trạng và các yếu tố nguy cơ. Đại học Giáo dục - Đại học Quốc gia Hà Nội.
3. Lã Thị Bưởi (2016). Rối loạn tăng động giảm chú ý. Sách giáo khoa Nhi khoa. Nhà xuất bản Y học, trang 1912-1918.
4. American Psychiatric Association. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2022. p.68.
5. De Freitas de Sousa A, Coimbra I M, Castanho J M, Polanczyk GV, Rohde LA. Attention deficit hyperactivity disorder. In Rey JM & Martin A (eds), JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.
6. Kevin RK et al. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis. UpToDate 64.0.
7. Kevin RK et al. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis. UpToDate 64.0.
8. Kevin RK et al. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Overview of treatment and prognosis. UpToDate 64.0.