|  |
| --- |
| **Chương 14. TÂM THẦN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** |
| Rối loạn tăng hoạt động giảm chú ý ở trẻ em |
| Rối loạn tự kỷ ở trẻ em |
| Rối loạn TIC |

**CHƯƠNG 14: TÂM THẦN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

**RỐI LOẠN TĂNG HOẠT ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ EM**

# Đại cương

Rối loạn tăng hoạt động giảm chú ý là một nhóm những triệu chứng về hành vi bao gồm những biểu hiện giảm tập trung chú ý, tăng hoạt động quá mức, xung động thiếu kiềm chế, khởi phát trước 7 tuổi và có xu hướng tiến triển kéo dài. Rối loạn này gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, học tập và mối quan hệ xã hội của trẻ với những người xung quanh.

Rối loạn tăng hoạt động giảm chú ý gặp ở 2-10% trẻ em lứa tuổi tiểu học, trẻ trai bị nhiều hơn trẻ gái.

# Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

## Nguyên nhân

* + - Do tổn thương não.
		- Yếu tố di truyền.
		- Yếu tố môi trường sống bất lợi như gia đình sống chật chội đông người, cách giáo dục trẻ không đúng.

## Bệnh sinh

Có một số giả thuyết như sau:

* + - Rối loạn sinh hóa não: một số nghiên cứu nhận thấy có sự giảm hấp thu glucose trong não ở người bị tăng động giảm chú ý.
		- Bất thường về cấu trúc não: nghiên cứu cho thấy trẻ tăng động giảm chú ý có sự bất thường về mối liên hệ giữa thùy trán, thùy thái dương, nhân đuôi và tiểu não.

# Yếu tố thuận lợi

* Môi trường sống không ổn định, ồn ào, đông đúc.
* Gia đình ít quan tâm giáo dục trẻ, cách dạy không thống nhất, phương pháp dạy chưa đúng: nặng về trừng phạt hoặc quá chiều chuộng trẻ, xem TV, chơi điện tử nhiều.

# Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

## 4.1 Triệu chứng lâm sàng

- Các dấu hiệu giảm tập trung chú ý có 9 dấu hiệu thường gặp:

+ Không chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cẩu thả với công việc được giao.

+ Khó khăn khi phải duy trì chú ý vào nhiệm vụ/hoạt động.

+ Dường như không chú ý nghe khi hội thoại.

+ Không tuân theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ/bài vở. (không phải do chống đối hoặc không hiểu).

+ Khó khăn trong tổ chức nhiệm vụ/hoạt động.

+ Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia các công việc đòi hỏi sự nỗ lực trí tuệ.

+ Mất những đồ dùng cần thiết trong công việc/học tập.

+ Dễ bị sao nhãng bởi những kích thích bên ngoài.

+ Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày.

- Các dấu hiệu tăng hoạt động, thiếu kiềm chế: có 9 dấu hiệu chính:

- Có 6 dấu hiệu tăng hoạt động:

+ Cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo, ngồi không yên.

+ Ra khỏi chỗ ngồi ở những nơi cần phải ngồi yên.

+ Chạy hoặc leo trèo quá mức ở những nơi cần phải ngồi yên.

+ Khó khăn khi chơi hoặc tham gia vào các hoạt động tĩnh.

+ Hoạt động luôn chân luôn tay hoặc hành động như thể được ―gắn động cơ

+ Nói quá nhiều.

* Có 3 dấu hiệu của sự xung động thiếu kiềm chế:

+ Bột phát trả lời khi người khi người khác chưa hỏi xong.

+ Khó khăn khi chờ đợi đến lượt mình.

+ Ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/cuộc hội thoại của người khác.

## Xét nghiệm

* + - Trắc nghiệm tâm lý đánh giá khả năng trí tuệ (chỉ số IQ) cho trẻ trên 6 tuổi thông qua test Raven, Gille, vẽ hình người, WISC; đối với trẻ dưới 6 tuổi đánh giá sự phát triển tâm vận động bằng test Denver II, Baley.
		- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá hành vi cảm xúc của trẻ bằng bảng liệt kê hành vi của trẻ em Achenbach (CBCL), thang tăng động giảm chú ý của Vanderbilt. Thang Vanderbilt gồm có 4 phần để đánh giá mức độ giảm chú ý, tăng động xung động, rối loạn hành vi chống đối và cảm xúc, với phiên bản dành cho giáo viên và cha mẹ. Một số trẻ lớn có thể làm thêm test tâm lý khác để đánh giá các rối loạn hành vi- cảm xúc đi kèm.
		- Các xét nghiệm sinh học khi trẻ có các triệu chứng thực thể.

# Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

## Chẩn đoán xác định

* + - Trẻ cần được khám xét toàn diện, hỏi tiền sử bệnh sử để tìm hiểu nguyên nhân và quá trình diễn biến và cách ứng phó của gia đình khi nhận thấy trẻ bị tăng động giảm chú ý. Cần quan sát hành vi của trẻ ở một số hoàn cảnh khác nhau như khi trẻ chơi, cách trẻ hoạt động.
		- Chẩn đoán xác định dựa theo tiêu chuẩn của ICD-10 kết hợp với DSM- IV: trẻ phải có ít nhất là 6 dấu hiệu của giảm chú ý và 6 dấu hiệu của tăng động xung động, khởi phát trước 7 tuổi, thời gian bị rối loạn kéo dài trước đó ít nhất là 6 tháng và các dấu hiệu phải xảy ra trong 2 hoặc trên 2 hoàn cảnh, địa điểm khác nhau (ở nhà, ở trường…).
		- Có một số rối loạn khác thường đi kèm với tăng động giảm chú ý là: rối loạn chống đối, rối loạn tic, rối loạn hành vi cảm xúc, khó khăn về đọc, về viết, tật chứng về nói, nghiện chơi điện tử.
		- Phân loại bệnh:

+ Thể tăng động xung động chiếm ưu thế.

+ Thể giảm chú ý chiếm ưu thế.

+ Thể kết hợp: trẻ có cả tăng hoạt động và giảm tập trung chú ý.

## Chẩn đoán phân biệt

Rối loạn thách thức chống đối, rối loạn phát triển lan tỏa, khó khăn về học, động kinh thái dương, động kinh cơn vắng ý thức, rối loạn stress sau sang chấn, chậm phát triển, lo âu, trầm cảm, giảm thính lực, một số bệnh lý cơ thể ảnh hưởng tới chức năng não.

# Điều trị

Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các nhà chuyên môn với gia đình và nhà trường.

## Liệu pháp hóa dược

* + - Điều trị kết hợp thuốc với liệu pháp tâm lý đối với những trẻ quá tăng hoạt động.

Thuốc sử dụng ưu tiên theo thứ tự: kích thích hệ thần kinh trung ương: amphetamine, methylphenidate (concerta, ritalin…) là những thuốc lựa chọn ưu tiên cho những trường hợp có biểu hiện kém tập trung; atomoxetin, guanfacine, clonidin tác dụng kéo dài ít có tác dụng cải thiện khả năng tập trung, chủ yếu nhằm giảm các hành vi tăng động. Có thể dùng phối hợp với thuốc kích thích thần kinh.

* + - Nhóm Norepinephrine Reuptake Inhibitor: atomoxetin
		- An thần kinh: risperidone liều thấp (0,05 – 0,1 mg/kg/24h).
		- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng: amitriptilin.
		- Clonidin liều thấp.
		- Các vitamin và một số yếu tố vi lượng: chưa có chứng cứ.

***6.2. Liệu pháp tâm lý***

- Liệu pháp hành vi nhận thức:

+ Giải thích cho trẻ hiểu việc cần làm, chia nhỏ các bước của nhiệm vụ và hướng dẫn trẻ cách làm.

+ Khen thưởng khi trẻ tiến bộ để củng cố hành vi tốt.

+ Lắng nghe trẻ giải thích lý do và chỉ cho trẻ biết trẻ đã sai ở chỗ nào và tìm cách khắc phục.

+ Những hành vi sai vẫn tái phạm cần nghiêm khắc hơn với trẻ như phạt bằng thời gian tách biệt, không được hưởng quyền lợi.

+ Cha mẹ cần có thái độ mềm mỏng nhẹ nhàng nhưng kiên quyết. Tránh đánh mắng trừng phạt trẻ sẽ làm cho rối loạn nặng thêm.

* Huấn luyện nếp sống và các kỹ năng xã hội.
* Tư vấn gia đình
* Các bài tập tâm vận động nhằm giúp trẻ lập kế hoạch vận động phù hợp.
* Chơi trị liệu phù hợp giúp trẻ giải tỏa căng thẳng, tập luyện tính kiên trì, học cách tổ chức và ứng xử với bạn trong khi chơi. Đi bộ, tập thư giãn giúp trẻ giảm mức độ tăng hoạt động.
* Trị liệu nhóm.

# Tiến triển và tiên lượng

* Những trẻ tăng động giảm chú ý có tiên lượng tốt hơn nếu không có các rối loạn khác, gia đình có nhận thức tốt về rối loạn này. Tuân thủ điều trị, không có khó khăn về học đi kèm, IQ>70.
* Nếu trẻ không được quan tâm đúng mức và can thiệp sớm, đến tuổi vị thành niên vấn đề trở nên rất khó khăn do trẻ thất bại trong học tập, rối loạn các mối quan hệ với bạn bè và người xung quanh, trẻ kém tự tin, mặc cảm hoặc nhiễm các thói hư tật xấu, nghiện hút, đua xe, hành vi chống đối xã hội.
* Có trên 30% trẻ vẫn có các triệu chứng tăng động giảm chú ý ở tuổi trưởng thành, có nhiều khó khăn trong học tập, dễ xung đột với người xung quanh. Do vậy việc phát hiện, điều trị và can thiệp sớm rối loạn này là rất cần thiết.

# Phòng bệnh

* Mẹ có thai không được hút thuốc, uống rượu, giữ gìn sức khỏe.
* An toàn thai sản.
* Môi trường sống an toàn, ổn định, tránh nhiễm độc nhiễm trùng.
* Luôn quan tâm dạy dỗ trẻ phù hợp theo lứa tuổi.

Kiểm tra sự phát triển tâm lý của trẻ, nếu thấy trẻ hiếu động nên cho đi khám và đánh giá tâm lý.

Tài liệu tham khảo:

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

- Hướng dẫn và điều trị bệnh trẻ em Viện nhi trung ương 2018

# RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

(Autism Spectrum Disorder – ASD)

1. **Đại cương**:

Rối loạn phổ tự kỷ là một khuyết tật phát triển, khởi phát từ khi trẻ còn nhỏ và được đặc trưng bởi những bất thường về: tương tác xã hội; giao tiếp; hành vi, sở thích, hoạt động giới hạn, lặp đi lặp lại.

Năm 2013, DSM-5 đã chính thức sử dụng thuật ngữ rối loạn phổ tự kỷ (Autism Spectrum Disorder) bao gồm rối loạn tự kỷ, hội chứng Asperger và rối loạn phát triển lan tỏa không biệt định theo phân loại cũ. Như vậy, phổ tự kỷ là một phổ rộng và các biểu hiện biến đổi rõ rệt trên từng cá nhân.

1. **Nguyên nhân**:

Chưa có các bằng chứng khoa học chắc chắn về nguyên nhân và bệnh sinh của rối loạn tự kỷ. Các yếu tố có liên quan đóng vai trò chính là gen và di truyền. Không có bằng chứng về mối liên quan giữa tiêm vacxin sởi

* + - quai bị - rubella với sự phát sinh của tự kỷ.

Theo hướng dẫn của NICE (2011), trẻ có một trong những yếu tố nguy cơ sau cần được sàng lọc định kỳ nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời: Có anh, chị em ruột được xác định mắc tự kỷ: Bố mẹ có tiền sử một số rối loạn tâm thần: tâm thần phân liệt, các rối loạn cảm xúc, rối loạn hành vi…; Tuổi bố mẹ khi sinh trên 40; Cân nặng khi sinh thấp (dưới 2500g); Sinh non (tuổi thai dưới 35 tuần); Có tiền sử chăm sóc đặc biệt tại hồi sức sơ sinh; Có dị tật khác sau sinh; Có tình trạng dọa sảy thai trong ít nhất 20 tuần.

# Chẩn đoán.

* 1. ***Triệu chứng lâm sàng của rối loạn phổ tự kỷ.***
		+ Suy giảm chất lượng tương tác xã hội và giao tiếp xã hội

Thiếu hụt những kỹ năng tương tác xã hội là vấn đề cơ bản của rối loạn phổ tự kỷ. Những biểu hiện sớm của khiếm khuyết này là:

+ Trẻ ít giao tiếp bằng mắt, lảng tránh ánh mắt của người khác.

+ Trẻ ít hoặc không có những cử chỉ điệu bộ để giao tiếp như chào, tạm biệt, lắc đầu, gật đầu, xua tay, ạ, xin...

+ Trẻ thường lờ đi, ít đáp ứng khi được gọi tên mặc dù vẫn nghe rõ.

+ Trẻ thích chơi một mình, ít chơi tương tác với trẻ khác. Một số trẻ tự kỷ lớn hoặc mức độ nhẹ vẫn thích chơi với bạn, nhưng do thiếu các kỹ năng xã hội, thiếu sự hiểu biết và vận dụng các quy tắc, ước lệ xã hội nên khó tham gia hoạt động nhóm, khó kết bạn.

+ Trẻ kém sự chú ý chung như nhìn theo tay chỉ, làm theo hướng dẫn, chỉ bằng ngón trỏ thứ mình muốn hoặc quan tâm.

+ Trẻ ít cười đáp lại, ít để ý tới thái độ người khác. Trẻ ít chia sẻ, trao đổi tình cảm với người khác. Không biết khoe, mách.

+ Trẻ ít biểu lộ cảm xúc trên nét mặt hoặc cảm xúc không phù hợp. Trẻ gặp khó khăn khi hiểu cảm xúc, nét mặt của người khác.

+ Trẻ không biết chơi trò chơi tưởng tượng, giả vờ mang tính xã hội hoặc trò chơi có luật như những trẻ cùng tuổi, ví dụ như: giả vờ nói chuyện điện thoại, chơi đóng vai với búp bê...

* Các hành vi, thói quen, sở thích bất thường, giới hạn, lặp đi lặp lại: Trẻ có thể có những hành vi định hình, lặp đi lặp lại như đi kiễng gót, quay tròn người, ngắm nhìn tay, nhìn nghiêng, lắc lư người, cho tay vào miệng, vỗ tay, chạy đi chạy lại, nhảy lên nhảy xuống…Trẻ có thể có một số những thói quen thường gặp là: quay bánh xe, quay đồ chơi, gõ đập đồ chơi, nhìn các thứ chuyển động, đi về theo đúng một đường, đóng mở cửa nhiều lần, giở sách xem lâu, luôn bóc nhãn mác, bật nút điện, tháo rời đồ vật tỉ mỉ, xếp các thứ thành hàng…Những ý thích bị thu hẹp thể hiện như: cuốn hút quá mức vào số, chữ, logo, luôn cầm nắm một thứ trong tay như bút, que, giấy, chai lọ, đồ chơi có màu ưa thích…
* Các triệu chứng khác và các rối loạn đi kèm: Tăng động là một biểu hiện thường gặp ở trẻ tự kỷ, chiếm khoảng 60-70%; Các hành vi tự làm đau hoặc hành vi gây hấn: thường xuất hiện khi trẻ tức giận: đập đầu, cắn tay, ném đồ vật... Các hành vi tự kích thích: sờ, nghịch bộ phận sinh dục; Rối loạn điều hòa cảm giác: Những biểu hiện của sự quá nhạy cảm thường gặp như: bịt tai khi nghe tiếng động mạnh, che mắt hoặc chui vào góc do sợ ánh sáng, sợ một số mùi vị, xúc giác nhạy cảm nên sợ cắt tóc, sợ gội đầu, không thích ai sờ vào người… Những biểu hiện của sự kém nhạy cảm như: thích sờ bề mặt của vật, thích được ôm giữ chặt, giảm cảm giác đau, quay tròn người, gõ hoặc ném các thứ tạo ra tiếng động, thích nhìn vật chuyển động…

Trong DSM-5, các biểu hiện này được coi là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán; Rối loạn ăn uống: chỉ ăn một số loại thức ăn nhất định. Một số trẻ thường có các đợt rối loạn tiêu hóa kéo dài: táo bón hoặc tiêu chảy; Rối loạn giấc ngủ: nhiều trẻ tự kỷ gặp khó khăn khi vào giấc ngủ, hay khóc quấy trong đêm, có cơn hoảng sợ trong khi ngủ; Động kinh: gặp ở khoảng 30% trẻ tự kỷ, liên quan tới mức độ nặng của tự kỷ; Chậm phát triển trí tuệ: gặp ở khoảng 60% trẻ tự kỷ, dẫn đến những khó khăn nghiêm trọng trong khả năng học tập. Một số trẻ có khả năng đặc biệt như có trí nhớ thị giác không gian và trí nhớ máy móc rất tốt như nhớ số điện thoại, nhớ các chủng loại xe ô tô, nhớ vị trí nơi chốn đã từng qua, thuộc lòng nhiều bài hát, đọc số chữ rất sớm, làm toán cộng nhẩm và

bắt chước thao tác với đồ vật rất nhanh… Một số trẻ tự kỷ lớn có thể mắc rối loạn lo âu, trầm cảm liên quan tới những khó khăn về tương tác và giao tiếp.

* 5 dấu hiệu cảnh báo nguy cơ phổ tự kỷ:

+ Khi 12 tháng trẻ không nói bập bẹ.

+ Khi 12 tháng trẻ vẫn chưa biết chỉ ngón tay hoặc không có những cử chỉ điệu bộ giao tiếp phù hợp.

+ Không nói từ đơn khi 16 tháng tuổi.

+ Khi 24 tháng trẻ chưa nói được câu 2 từ hoặc nói chưa rõ.

+ Trẻ bị mất đi kỹ năng ngôn ngữ hoặc kỹ năng xã hội đã có ở bất kỳ lứa tuổi nào.

* 1. ***Cận lâm sàng****:*

Không có xét nghiệm sinh học đặc hiệu để chẩn đoán tự kỷ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp cần làm các xét nghiệm để đưa ra chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác: định lượng hormon tuyến giáp, định lượng chì, chụp cộng hưởng từ sọ não, điện não đồ... Tất cả trẻ chậm nói đều nên được kiểm tra thính lực.

* 1. ***Chẩn đoán xác định***:

Để chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ, các nhà chuyên môn cần phỏng vấn gia đình và quan sát trẻ trực tiếp hoặc qua băng video ở những môi trường tự nhiên. Hiện tại, trên thế giới sử dụng 2 bộ tiêu chuẩn chẩn đoán: ICD và DSM.

# *Chẩn đoán phân biệt*

* + - Giảm thính lực: trẻ không nói nhưng vẫn có cử chỉ điệu bộ giao tiếp thay cho lời nói, có giao tiếp mắt, có biểu lộ tình cảm và có quan tâm tới mọi người xung quanh… Cần đo thính lực cho tất cả các trường hợp đi khám vì lý do chậm phát triển ngôn ngữ.
		- Chậm phát triển trí tuệ: trẻ nhận thức chậm nhưng vẫn có ngôn ngữ và kỹ năng tương tác, giao tiếp tương đương với mức độ phát triển trí tuệ. Trẻ có thể kèm theo chậm phát triển vận động. Trẻ thường không có những hành vi, thói quen định hình, bất thường.
		- Rối loạn sự gắn bó: trẻ có biểu hiện thu mình, thờ ơ, sợ hãi khi bị tách khỏi người thân, khi gặp người lạ hoặc khi đi học. Tuy nhiên, ở những môi trường quen thuộc trẻ có thể giao tiếp và tương tác tốt với người thân. Trẻ không có những hành vi định hình, không cuốn hút vào một hoạt động nào đặc biệt.
		- Rối loạn tăng động giảm chú ý: trẻ luôn hoạt động, hay lơ đãng, giảm sự chú ý, vẫn biết chơi giả vờ, chơi tưởng tượng, không có hành vi rập khuôn định hình.

# Điều trị, can thiệp rối loạn phổ tự kỷ

Can thiệp sớm mang lại hiệu quả rõ rệt trong cải thiện các triệu chứng của tự kỷ, giúp trẻ học các kỹ năng quan trọng, nâng cao học tập và khả năng hòa nhập xã hội. Mục tiêu chính của can thiệp/điều trị rối loạn tự kỷ là hạn chế tối đa các khuyết tật, tăng cường hoạt động chức năng chủ động và chất lượng cuộc sống của trẻ, qua đó làm giảm bớt gánh nặng và căng thẳng trong gia đình, tạo điều kiện học tập và phát triển.

# *Các nguyên tắc can thiệp*

* + - Can thiệp càng sớm càng tốt, ngay khi nghi ngờ các dấu hiệu tự kỷ.
		- Chương trình can thiệp diễn ra liên tục, tích cực, lên kế hoạch một cách hệ thống và được thiết kế cho riêng từng trẻ.
		- Tỷ lệ giáo viên/trẻ:1-1 nhằm phù hợp với những mục tiêu nhất định.
		- Có sự tham gia tích cực của gia đình.
		- Khuyến khích các cơ hội tương tác với trẻ bình thường cùng lứa.
		- Đánh giá định kỳ và theo dõi diễn biến từng cá nhân theo các mục tiêu giáo dục.
		- Môi trường can thiệp có cấu trúc cao.
		- Sử dụng các chiến lược nhằm áp dụng các kỹ năng được học vào các môi trường và hoàn cảnh mới (khái quát hóa).
		- Sử dụng các chương trình dạy nhằm tác động vào nhiều lĩnh vực:

+ Giao tiếp tự nhiên, đúng chức năng.

+ Các kỹ năng xã hội.

+ Các kỹ năng thích ứng nhằm nâng cao tính trách nhiệm và độc lập.

+ Sử dụng các chiến lược quản lý hành vi.

+ Các kỹ năng nhận thức và học tập.

+ Điều hòa cảm giác và tâm vận động.

# *Các chiến lược can thiệp giáo dục*

Có nhiều phương pháp can thiệp tự kỷ đã được biết đến và thực hành trong nhiều năm qua trên thế giới và tại Việt Nam. Mỗi phương pháp có giả thuyết riêng, cách tiếp cận và mục tiêu riêng. Gia đình và các nhà chuyên môn có thể sử dụng một phương pháp hoặc phối hợp nhiều phương pháp với mong muốn mang lại hiệu quả tốt nhất. Người thực hành mỗi phương pháp can thiệp đòi hỏi phải được đào tạo và có kiến thức chuyên sâu: Can thiệp hành vi; Can thiệp phát triển; Can thiệp phối hợp: Cách tiếp cận phối hợp cả phương pháp hành vi và phát triển, được thực hiện có hệ thống.

Không có biện pháp can thiệp nào là phù hợp nhất với tất cả trẻ tự kỷ. Mỗi trẻ là một tập hợp các đặc điểm riêng, có nhu cầu riêng, vì thế trước tiên cần tìm hiểu và đánh giá toàn diện, sau đó lựa chọn biện pháp phù hợp. Đồng thời, ở mỗi giai đoạn phát triển trẻ có thể có các nhu cầu khác nhau, vì vậy cũng không có duy nhất một biện pháp cố định, kéo dài.

# *Sử dụng thuốc*

Một số thuốc có thể có hiệu quả trong việc quản lý các rối loạn/triệu chứng đi kèm tự kỷ như tăng động, rối loạn hành vi, rối loạn giấc ngủ, động kinh, lo âu trầm cảm... khi các vấn đề này gây ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng và hiệu quả của can thiệp.

* + - Thuốc an thần kinh: Risperidone và Aripiprazole là 2 thuốc được FDA chấp thuận cho điều trị các vấn đề hành vi ở trẻ tự kỷ. Tác dụng của các thuốc này là kiểm soát sự hung hăng, dễ bị kích thích, các hành vi tự làm đau, hành vi định hình ảnh hưởng tới chức năng, tăng hoạt động. Tại Việt Nam, Risperidone đã được sử dụng trong thời gian dài và mang lại những hiệu quả nhất định.
		- Tác dụng phụ của Risperidone: tăng cân, gà gật, buồn ngủ, mệt mỏi, dễ kích thích, rối loạn tiểu tiện, hội chứng giống Parkinson, loạn trương lực cơ.
		- Thuốc chống trầm cảm: nhóm ức chế tái hấp thu chọn lọc seretonin (SSRIs): có hiệu quả làm giảm các hành vi lặp đi lặp lại mang tính cưỡng bách. Các thuốc thường được dùng là fluoxetine, sertraline, escitalopram.
		- Thuốc kích thần: methylphenidate có thể được dùng để điều trị tăng động liên quan tới tự kỷ.

# *Các can thiệp khác*

Một số trường phái can thiệp tự kỷ dựa trên chế độ ăn, các trị liệu âm nhạc, nghệ thuật, động vật... Tuy nhiên các biện pháp này chưa có các bằng chứng khoa học về hiệu quả.

# Tiến triển và tiên lượng

Trẻ thường đi học muộn hơn, ít hòa nhập với bạn, khó khăn ngôn ngữ giao tiếp, khó khăn về học tập nhất là những môn xã hội. Trẻ tự kỷ nặng cần được giáo dục đặc biệt, trẻ tự kỷ nhẹ có thể đi học hòa nhập.

Một số trẻ có ngôn ngữ giao tiếp sau này lớn lên có thể sống tự lập có việc làm, tuy nhiên vẫn thường cô độc trong cộng đồng. Nhiều người tự kỷ khác sống phụ thuộc vào gia đình hoặc cần được đưa vào trung tâm. Việc can thiệp tích cực sớm có thể cải thiện chức năng ngôn ngữ và xã hội.

Tiên lượng tốt thường liên quan đến năng lực trí tuệ, ngôn ngữ có chức năng xuất hiện trước 6 tuổi và ít những triệu chứng hành vi bất thường. Trong quá trình trẻ lớn lên, một số triệu chứng có thể thay đổi. Có khoảng 50% trẻ tự kỷ thể điển hình có thể không nói được hoặc nói rất ít ở tuổi trưởng thành, một số trẻ có thể có hành vi tự gây thương tích. Hiện nay chưa có nghiên cứu nào chỉ rõ tiên lượng của trẻ tự kỷ trong suốt cuộc đời.

Tuy nhiên, các khiếm khuyết, trở ngại gây ra bởi tự kỷ không chỉ phụ thuộc vào cá nhân trẻ, mà còn phụ thuộc sự thích ứng của môi trường xung quanh. Trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ luôn cần sự hỗ trợ từ cộng đồng.

*Tài liệu tham khảo:*

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

- Hướng dẫn và điều trị bệnh trẻ em Viện nhi trung ương 2018

**RỐI LOẠN TIC**

1. **Đại cương**
	* Tic là những động tác không hữu ý, xảy ra nhanh, định hình, không nhịp điệu (thường bao gồm những nhóm cơ hạn chế) hoặc sự phát âm xuất hiện đột ngột không có mục đích rõ ràng. Các tic được cảm nhận như không thể cưỡng lại được nhưng có thể dừng tic lại hữu ý trong những khoảng thời gian khác nhau.
	* Tic nhất thời gặp với tỉ lệ 5 – 10% lứa tuổi trẻ em từ 6 đến 10 tuổi. Nam bị mắc nhiều hơn nữ, tic mạn tính và hội chứng Gilles de la Tourette gặp tỷ lệ ít hơn .

# Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

* + Nguyên nhân: liên quan đến yếu tố di truyền, rối loạn sinh hóa thần kinh như tăng dopamine và adrenalin, yếu tố khí chất ở những trẻ tính tình không ổn định.
	+ Bệnh sinh: nêu giả thuyết tic là do rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh, rối loạn mối liên hệ giữa các vùng não giữa, tiểu não.

# Yếu tố thuận lợi

* + Sang chấn tâm lý.
	+ Mệt mỏi, thiếu ngủ.
	+ Sau một bệnh lý cơ thể.
	+ Yếu tố cơ địa những trẻ hiếu động dễ bị tic.

# Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

## Triệu chứng lâm sàng

Theo ý nghĩa về mặt tâm lý, tic được chia thành 2 loại khác nhau là tic đơn giản và tic phức tạp.

## Tic đơn giản

**-** Là những động tác nhanh, định hình do những nhóm cơ có cùng một chức năng tham gia, là những động tác không có ý nghĩa, chưa hoàn chỉnh, ví dụ: nháy mắt, lắc đầu, nhún vai, nhếch mép, nâng cánh mũi, cử động các ngón tay.

- Là sự phát ra những âm thanh nhanh và vô nghĩa như: hắng giọng, ho khạc, khụt khịt, lầm bầm, tiếng kêu, tiếng rít, hít thở vào mạnh.

## Tic phức tạp

* Là những động tác diễn ra đồng thời trong một tập hợp dường như không có mục đích và kéo dài lâu hơn so với tic đơn giản, ví dụ: vuốt tóc, cắn, ném, đánh, nhảy, sờ, nhại động tác của người khác.
* Là sự phát ra những âm, những từ không lưu loát và khác thường về nhịp điệu, những lời nói bị tắc nghẽn, những câu nói bật ra định hình không phù hợp với hoàn cảnh, nói tục không chủ ý, lặp lời bản thân hoặc nhại lời người khác.
* Tic thường mất đi lúc ngủ, giảm đi khi tập trung chú ý vào một hoạt động hứng thú. Tic thường bị tăng lên khi bệnh nhân có sang chấn tâm lý, cơ thể mệt mỏi. Tic nhất thời chịu tác động tâm lý hơn so với tic mạn tính và hội chứng Tourette.

## Xét nghiệm

Không có xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán tic. Tuy vậy có thể làm một số xét nghiệm để giúp cho đánh giá tic và chẩn đoán phân biệt.

* Điện não đồ: có khoảng 50% bệnh nhân có những thay đổi bất thường không đặc hiệu.
* Trong trường hợp cần phân biệt với múa vờn do thấp tim có thể làm thêm ASLO.
* Trắc nghiệm tâm lý: làm trắc nghiệm về trí tuệ ( Raven), hành vi cảm xúc (CBCL, DBC, Vanderbilt, Zung, Beck) để tìm hiểu thêm về các hoạt động tâm lý của người bệnh nhằm điều trị tư vấn phù hợp.
* Có thể sử dụng thang đo rối loạn tic của Leckman để theo dõi tiến triển và kết quả điều trị tic.

# Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt

## Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD – 10 hoặc DSM – IV

* + 1. ***Tic nhất thời***

Có một hay nhiều tic vận động hoặc tic âm thanh nhưng không có cả 2 loại tic đồng thời, tic xảy ra hàng ngày, kéo dài trên 4 tuần nhưng không quá 12 tháng.

## Tic vận động hoặc tic âm thanh mạn tính

Có một hay nhiều tic vận động hoặc tic âm thanh nhưng không có cả 2 loại tic đồng thời, tic xảy ra hầu như hàng ngày, kéo dài trên 1 năm, trong thời gian đó không có 3 tháng liên tục nào là không bị tic.

## Hội chứng Gilles de la Tourette

***-*** Có tic vận động nhiều loại kết hợp với tic âm thanh cùng tồn tại trong một khoảng thời gian mặc dù không nhất thiết phải luôn có đồng thời, tic có nhiều lần trong ngày (thường thành cơn), xảy ra hàng ngày, kéo dài trên 1 năm, trong thời gian đó không có 3 tháng liên tục nào là không bị tic.

- Ngoài những tiêu chuẩn riêng đã nêu cho mỗi thể, cả 3 thể đều phải đáp ứng những tiêu chuẩn chung là: tic khởi phát trước 18 tuổi, trước đó không sử dụng các thuốc an thần kinh, không có bệnh thuộc hệ thần kinh trung ương (ví dụ như múa vờn Huntington, di chứng viêm não), tic gây ảnh hưởng tới học tập, nghề nghiệp và hoạt động của bệnh nhân.

## Chẩn đoán phân biệt

* Phân biệt tic vận động với động kinh cục bộ vận động, múa vờn do thấp, rối loạn tăng động.
* Phân biệt tic âm thanh với các bệnh lý đường hô hấp.

# Điều trị

Điều trị bằng liệu pháp hóa được kết hợp với liệu pháp tâm lý.

## Liệu pháp hóa dược

Áp dụng cho bệnh nhân tic mạn tính và hội chứng Tourette.

* + - Haloperidol: liều sử dụng ban đầu 0,02mg/kg/ngày, sau đó tăng dần đến 0,05mg/kg/ngày. Chú ý theo dõi tác dụng phụ như loạn động cấp, hội chứng giả parkinson, loạn động muộn.
		- Risperidone: liều ban đầu 0,05mg/kg/24giờ sau đó tăng dần liều. Liều trung bình: 0,05 – 0,1 mg/kg/24giờ
		- Clonidin (catapressan, viên 0,15mg): đây là thuốc chọn lựa thứ hai nếu điều trị bằng haloperidol không hiệu quả. Liều ban đầu là 3mcg/kg, sau đó tăng dần đến 0,025 – 0,05mg/ngày. Thuốc có tác dụng điều trị tốt đối với tic vận động hơn là với tic âm thanh.
		- Ngoài ra có thể sử dụng một số thuốc kháng động kinh điều trị tic như valproate, topamax.

## Liệu pháp tâm lý

* + - Áp dụng cho tất cả bệnh nhân.
		- Sử dụng liệu pháp hành vi mang lại kết quả tốt, đặc biệt đối với tic nhất thời. Không phê phán trẻ; tổ chức những hoạt động thu hút sự tập trung chú ý và lôi cuốn trẻ tham gia, động viên khen thưởng khi trẻ ít bị tic (phương pháp tăng cường củng cố dương tính).
		- Bên cạnh đó dựa vào cơ sở phối hợp hai quá trình: bất động các vận động và vận động các bất động của nguyên tắc điều trị tâm vận động, đưa ra kỹ thuật: hướng dẫn trẻ thực hiện các bài tập trước gương, làm các động tác ở những phần cơ thể không bị tic kết hợp với bài tập giãn cơ.
		- Dựa vào thuyết điều kiện hóa, cho bệnh nhân thực hiện bài tập chủ động làm các động tác tic 30 phút mỗi ngày trong 3 tuần liền.

## Các phương pháp điều trị hỗ trợ

Tổ chức các hoạt động vui chơi giải trí, nâng đỡ tâm lý người bệnh kết hợp với hướng dẫn gia đình. Điều trị các rối loạn lo âu, trầm cảm, ám ảnh hoặc tăng động nếu có kèm theo với tic.

# Tiến triển và tiên lượng

Bệnh nhân tic được điều trị ngoại trú là chủ yếu và chỉ vào viện khi bị tic mạn tính nhiều loại hoặc hội chứng Tourette. Tic nhất thời thường khỏi tự phát nhưng dễ bị tái phát. Tic mạn tính tiến triển kéo dài nhiều năm nhưng cũng có thuyên giảm từng đợt. Hội chứng Tourette có tiến triển mạn tính và nặng nề hơn gây ảnh hưởng đến sinh hoạt học tập và quan hệ xã hội của người bệnh.

# Phòng bệnh

* + Hạn chế căng thẳng về tâm lý, lo âu.
	+ Tạo cho trẻ tham gia các hoạt động thể dục thể thao, sinh hoạt đoàn đội.
	1. Hạn chế ngồi lâu xem tivi, chơi điện tử.
1. *Tài liệu tham khảo:*

 - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

 - Hướng dẫn và điều trị bệnh trẻ em V