

Trị bệnh hiếu động

Ở TRẺ EM

PHAN THANH ANH
biên soạn



NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

TRỊ BỆNH HIẾU ĐỘNG
Ở TRẺ EM

TRỊ BỆNH HIẾU ĐỘNG Ở TRẺ EM

PHAN THANH ANH *Biên soạn*

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG - 2005

LỜI GIỚI THIỆU

Những năm gần đây, cùng với việc thực hiện chính sách sinh đẻ có kế hoạch và sự cạnh tranh ngày càng gay gắt trong xã hội thì thể lực, trí lực và tinh thần, cộng với nền giáo dục tốt cho trẻ em đã trở thành tâm nguyện to lớn của các bậc cha mẹ, là vấn đề nóng hổi được cả xã hội quan tâm và cũng là vấn đề mà các bác sỹ nhi khoa quan tâm và nghiên cứu. Rất nhiều loại thuốc đã được sử dụng vào việc phòng chống các bệnh truyền nhiễm từng đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng và sức khỏe của trẻ em ở nửa đầu thế kỷ XX đã phát huy hiệu quả. Bệnh đậu mùa đã bị tiêu diệt, bệnh bại liệt cũng nhiều năm không xuất hiện; bệnh sởi, ho gà, uốn ván, dịch tả, lỵ amip, viêm não, viêm gan, bệnh lao cũng ít gặp. Khi bước vào thế kỷ XXI, các bậc phụ huynh và các bác sỹ nhi khoa lại đau đầu trước vấn đề: Các bệnh truyền nhiễm đã giảm nhưng các bệnh không truyền nhiễm lại tăng. Các bệnh do phương thức sinh hoạt của trẻ nhỏ không đúng, sự phát sinh bệnh của người lớn ở trẻ nhỏ và vấn đề về hành vi tâm lý cũng ngày càng tăng. Trong các bệnh không truyền nhiễm đó thì các bệnh thường gặp như béo phì ở trẻ em, chán

ăn ở trẻ em, chúng ăn nhiều và chúng dậy thì sớm ở trẻ em có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe thể chất và tinh thần của trẻ em. Vấn đề này đã nhận được sự quan tâm của xã hội, gia đình và các bác sỹ.

Cùng với sự phát triển không ngừng của nền kinh tế quốc dân và sự nghiệp văn hóa giáo dục, vấn đề hành vi tâm lý của trẻ em cũng ngày càng được các nước trên thế giới coi trọng. “Chứng bệnh hiếu động ở trẻ em” (MBD) ngày càng được các bậc phụ huynh học sinh và các nhà khoa học, các giới coi trọng và quan tâm. Trong thực tiễn chữa trị hàng ngày, các bác sỹ thường gặp phải các câu hỏi mà các phụ huynh và thầy giáo hỏi về bệnh MBD để tư vấn và yêu cầu giải đáp. Đây là những câu hỏi thực tế và có tính phổ biến. Cuốn sách là sự tổng kết, sắp xếp theo tỷ lệ phát bệnh, nguyên nhân gây bệnh, cơ chế bệnh lý, triệu chứng, thể chứng, chẩn đoán, giám định và điều trị.

Hy vọng cuốn sách này có thể trở thành cẩm nang cho các phụ huynh, thầy giáo và các bạn quan tâm đến bệnh hiếu động ở trẻ em.

Do thời gian biên soạn gấp rút, trình độ kiến thức có hạn, nên khó tránh khỏi những sai sót, kính mong độc giả góp ý phê bình để lần tái bản sau đạt kết quả tốt hơn.

NGƯỜI BIÊN SOẠN

Chương một

**BƯỚC ĐẦU TÌM HIỂU
VỀ BỆNH HIẾU ĐỘNG Ở TRẺ**

Thế nào gọi là bệnh hiếu động?

Bệnh hiếu động là bệnh hành vi tâm lý thường gặp ở thời kỳ trẻ nhỏ. Các chuyên gia tâm lý gọi là “lệch khỏi quỹ đạo của hành vi tâm lý”. Các bác sỹ thần kinh lại cho rằng bệnh này là một loại bệnh thuộc trở ngại thần kinh. Nhưng xã hội, đặc biệt là các giáo viên tiểu học và các bậc cha mẹ, lại coi những trẻ em không tập trung sức chú ý hay hoạt động linh tinh là mắc “chứng hoạt động nhiều”. Vậy như thế nào mới gọi là bệnh hiếu động? Các nhà chuyên môn đã có sự phân định rõ ràng đối với bệnh này.

+ Sức chú ý thiếu hụt: Do sức chú ý bị động mạnh hơn sức chú ý chủ động, nên sức chú ý của trẻ dễ bị phân tán bởi các sự việc xung quanh khác. Khi lên lớp thì tư tưởng không tập trung, làm việc gì thì quên trước, quên sau, được việc nọ hỏng việc kia, có đầu mà không có cuối, bài tập thì lúc làm lúc

không. Rõ ràng là rất muốn sửa nhưng không thể tự mình kiểm soát điều tiết. Đây là một trong những đặc trưng cơ bản nhất của bệnh này.

+ Hoạt động nhiều: Trẻ em hoạt động quá nhiều, trong giờ học chân tay không ngừng làm nhiều động tác làm phiền người khác, không chấp hành kỷ luật lớp học, đập vỡ đồ chơi, thậm chí có những hành vi nguy hiểm, muốn yên cũng không yên được.

+ Tính tùy ý: Làm mọi việc liêu lĩnh không suy nghĩ, không có khả năng kiểm chế bản thân, muốn làm gì là làm, chưa nghe xong câu hỏi thầy giáo đưa ra đã tranh trả lời trước, không muốn bị xếp hàng sau.

+ Có trở ngại về nhận thức: Trẻ em bị bệnh này, trong quá trình nhận thức thường viết lộn các nét chữ, viết ngược, viết sót để chữ chuyển hàng sai. Ví dụ như viết số “10” thành “1”, viết phiên âm lộn “b” với “d”.

+ Trí nhớ thất thường: Thành tích học tập dao động lớn, thậm chí xuất hiện hiện tượng khó khăn trong học tập, có lúc kết quả học tập đạt, có lúc thì không đạt.

Mấy điểm trên đây là những đặc trưng nội hàm của bệnh. Thế nhưng, cần phải nhấn mạnh rằng: Những trẻ em có những biểu hiện trên để có thể kết

luận là đã mắc bệnh thì còn phải qua chẩn đoán và giám định mới có thể xác định được. Bởi vì biểu hiện lâm sàng của một số bệnh khác cũng có điểm giống bệnh này.

Bệnh hiếu động còn có tên gọi khác không?

Cùng với sự phát triển của thời đại, rất nhiều thuật ngữ và khái niệm y học cũng theo đó mà ra đời và biến đổi. Bệnh hiếu động là một ví dụ.

Bệnh hiếu động có nhiều cách gọi khác nhau. Vào năm 1854, dựa vào việc quan sát các hoạt động nhiều ở trẻ, chủ yếu là các vấn đề hành vi trẻ em với các biểu hiện chính như thiếu chú ý, dễ phân tâm, dễ kích động, rất xúc động và đứng ngồi không yên, các bác sỹ đưa ra tên gọi “trở ngại có tính hoạt động nhiều”. Một thế kỷ trở lại đây, các nhà tâm lý học, thần kinh học và các nhà giáo dục đã nghiên cứu ở nhiều phương diện khác nhau và đưa ra các tên gọi khác nhau như: trở ngại chức năng đại não, chứng tổng hợp của bệnh như múa, bệnh đại não dày đặc. Chứng tổng hợp tổn thương não, tổn thương não độ nhẹ, mất điều hòa chức năng não. Hơn chục năm trở lại đây lại có các tên gọi như: trở ngại về đạo đức kèm theo hoạt động nhiều, trở ngại sức chú ý bị thiếu hụt. kèm theo hoạt động nhiều.

Từ thập kỷ 70 đến cuối thế kỷ XX, Trung Quốc bắt đầu coi trọng việc nghiên cứu về lĩnh vực

này. Lúc đó đa số gọi là “chứng tổng hợp mất điều chỉnh chức năng não độ nhẹ”. Nhưng theo rất nhiều nghiên cứu cho thấy, các triệu chứng của bệnh hiếu động ở trẻ chưa thấy có quan hệ nhân quả đặc thù nào với chứng tổn thương não độ nhẹ. Vì vậy, hiện nay đa số các nhà y học không chọn tên gọi này. Trên thế giới thường dùng tên ADHD. Tuy nhiên, mọi người vẫn quen gọi nó là bệnh hiếu động ở trẻ, gọi tắt là MBD.

Diễn biến lịch sử nghiên cứu bệnh hiếu động (MBD)

Trong vài năm qua, theo nghiên cứu về những biểu hiện phổ biến đã nhiều lần sửa chữa, khái niệm và những biểu hiện chủ yếu hay hạt nhân của bệnh MBD có những thay đổi về tên gọi. Vào thế kỷ XIX, các ghi chép y học đã có những nhận định giống như về bệnh hiếu động. Người đầu tiên gọi bệnh hiếu động là bệnh lâm sàng là George Still. Năm 1902, ông đã có những báo cáo về 43 biểu hiện, lần lượt có các biểu hiện như xâm phạm, vi phạm mà chống lại, dễ xung động, sức chú ý không tập trung, thiếu hành vi gương mẫu. Ông nói đặc trưng chủ yếu của bệnh là “thiếu không chế đạo đức”, nghĩa là thiếu khả năng điều chỉnh, không mục đích hoặc thiếu khả năng kiềm chế gây nên. Still chú ý đến những biểu hiện hành vi có thể sinh

ra những trở ngại có kèm theo hoặc không kèm theo nhận biết và những người bệnh đó đã biết là có tồn tại hoặc không tồn tại tổn thương thần kinh. Ông cho rằng những hành vi này ở một ý nghĩa nào đó đều có liên quan đến việc thiếu sức chú ý và đều có cơ sở thần kinh học. Từ thập kỷ 30 - 50 của thế kỷ XX, các nhà khoa học nhấn mạnh về quan hệ tổn thương não của những bệnh này. Tổn thương não bao gồm: cảm nhiễm, trúng độc, tổn thương phân đầu. Trong thời kỳ này, những triệu chứng này được cho là có những biểu hiện tương tự như “chứng tổng hợp tổn thương não độ nhẹ”.

Cho dù trước đó rất sớm đã nhận ra rằng hoạt động quá độ có liên quan đến những bệnh nói trên, nhưng đem chúng làm triệu chứng chủ yếu để chẩn đoán bệnh thì phải đến sau thập kỷ 50 thế kỷ XX. Trong thời gian này, các nhà khoa học nhận ra tác dụng của đại não, gò não (khâu não), các đốt thần kinh điều tiết hành vi vận động. Từ đó mọi người bắt đầu dùng cụm từ “bệnh hiếu động ở trẻ em”. Sau những năm 30 của thế kỷ XX, mọi người đã chú ý thấy việc ứng dụng thuốc kích thích trung khu có thể cải thiện được những triệu chứng này, mà đến thập kỷ 60 thế kỷ XX, thuốc kích thích này mới được ứng dụng rộng rãi. Sau đó nhiều phương pháp điều trị đã được chấp nhận.

Vào thập kỷ 70 thế kỷ XX, các nhà khoa học lại một lần nữa phát hiện ra triệu chứng thường gặp gọi tên là trở ngại do thiếu sức chú ý. Từ thập kỷ 70 thế kỷ XX trở đi, căn cứ vào sự tồn tại của việc có hay không có xung động và hoạt động nhiều để tiến hành phân chia với bệnh hiếu động ở trẻ em.

Thế nào gọi là phát triển hành vi tâm lý trẻ em?

Phát triển hành vi tâm lý trẻ em chính là một tên gọi học thuật của bệnh phát dục thần kinh tinh thần trẻ em của các nhà tâm lý học, nhà tinh thần, thần kinh, giáo dục học. Nói một cách thông thường đó chính là dậy thì tinh thần, thần kinh trẻ em hoặc gọi là quá trình phát dục trí óc, nhưng sự phát dục hành vi tâm lý thiên về chỉ phẩm chất, tính cách, trong xã hội thì kết hợp với con người và hiệu quả, nghị lực học tập, công việc.

Lý luận về phát triển tâm lý trẻ em hiện nay có rất nhiều học phái, quy lại có hai phái là thuyết Bẩm sinh (thuyết phát triển nội tại) và thuyết Thói quen (thuyết hoàn cảnh học). Do góc độ nghiên cứu và phương diện nhấn mạnh của các nhà nghiên cứu khác nhau nên những lý luận cũng khác nhau. Trong lĩnh vực y học về trẻ em, học thuyết về Lý luận phát dục chỉnh thể đã được các nhà khoa học

biết đến. Học thuyết rằng: Sự thay đổi phát triển thể chất và tinh thần của trẻ là do chịu sự ức chế trình tự vốn có của gen sinh vật trong cơ thể, điều kiện bên ngoài chỉ là điều kiện cần thiết để cung cấp cho sự sinh trưởng phát triển. Trong tác phẩm kinh điển *“Chẩn đoán học dậy thì”*, Gus đã hòa trộn tri thức giữa thần kinh bệnh học ở trẻ em và tâm lý học trẻ em, ông đưa ra *“Định luật đầu cuối”* (Phương hướng vận động phát triển từ đầu đến chân) và *“Định luật trung tâm”* (Phương hướng phát triển từ gần đến xa). Đồng thời ông chỉ ra rằng, sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ là quá trình liên tục, nhưng có tính giai đoạn. Vào tuần 4, 16, 28, 40, 52, 18 tháng, 24 tháng và 36 tháng sau khi sinh, hành vi của trẻ có tiến triển vượt bậc đặc biệt, những hành vi mới này phản ánh mức độ thành thực của trẻ trong sinh trưởng phát triển. Trước khi kết cấu sinh lý của một chức năng nào đó chưa đạt đến độ thành thực thì học tập, luyện tập cũng chẳng có ích gì. Nếu như đến một giai đoạn tuổi nào đó mà không xuất hiện kiểu hành vi tương thích thì có thể quy điều đó thuộc hiện tượng bệnh lí. Sau khi đã loại trừ một số nhân tố, đặc biệt là sự khác biệt cá thể của cơ thể thì có thể chẩn đoán là có khác thường. Gus chia sự phát triển hành vi tâm lý của trẻ từ 0 - 3 tuổi làm 4 khu chức năng: chức năng

vận động, chức năng ngôn ngữ, chức năng đối phó với sự vật và chức năng đối phó với mọi người để đánh giá.

Xuất phát từ góc độ các nhà tâm lý, cái gọi là sự phát triển hành vi tâm lý của trẻ là chỉ sự phát triển về sức chú ý và trí nhớ, phát triển tư duy, phát triển tình cảm, ý chí và phát triển tính cách. Hoạt động tâm lý ở trẻ phát triển theo tuổi, từ đáng về đến bản chất, từ khả năng đơn giản đến phức tạp, chiều sâu, chiều rộng đều tăng mạnh. Cần phải nhấn mạnh rằng, sự phát triển hành vi tâm lý của trẻ không những lấy cơ quan tổ chức hệ thống thần kinh trung khu và mức độ phát dục thành thục của chức năng làm cơ sở vật chất mà còn có liên quan mật thiết tới môi trường xung quanh và giáo dục đào tạo. Vì thế, không những phải coi trọng giáo dục giai đoạn đầu mà còn phải sớm phát hiện những sai lệch để can thiệp, điều trị kịp thời.

Sức chú ý của trẻ có đặc điểm gì?

Khái niệm “chú ý” được các nhà tâm lý học và những người làm công tác giáo dục sử dụng rộng rãi. Các thầy cô giáo, các bác sĩ thần kinh và nhi khoa cũng thường gặp phải các biểu hiện lâm sàng của bệnh trở ngại thiếu hụt sức chú ý hay còn gọi là khả năng tập trung.

Thế nào được gọi là “sức chú ý”?

Các nhà tâm lý học cho rằng, để có một định nghĩa đơn giản thì rất khó, bởi vì đây là vấn đề thuộc phạm trù tâm lý học thần kinh. Có học giả đã cho rằng, sự chú ý là “sự tỉnh táo của khả năng cảm giác tri giác hoặc có tính tỉnh táo của cảm giác”. Cũng có học giả giải thích rằng, sự tập trung là một quá trình lựa chọn, nói một cách đơn giản, khi tỉnh táo chúng ta phải có những lựa chọn những kích thích. Các nhà tâm lý học đương đại cho rằng, sức chú ý là bộ phận quan trọng của nhận thức, nghĩa là cá thể ở vào trạng thái cảnh giác, nó có tính lựa chọn và duy trì trong phương hướng và sự tập trung của hoạt động tâm lý đối với một đối tượng nhất định và có liên quan mật thiết với tình cảm, ý chí, và trạng thái ý thức. Các nhà khoa học đã xác định được năm đặc trưng chủ yếu của sự chú ý:

+ Khả năng tập trung có tính lựa chọn: Các nhà tâm lý gọi đặc trưng này là sự tập trung có tính lựa chọn, tức là có thể tập trung và chọn lựa tin tức từ một loại thông tin hoặc đồng thời từ nhiều thông tin. Khi sức tập trung phân tán, cá thể phải phân chia thời gian cho hai hoặc nhiều tin tức (đối tượng hoạt động). Sự tập trung phân tán nhiều hay ít được quyết định bởi sự nhiều hay ít hứng thú của cá thể và kỹ năng hoàn thành quá trình tập trung này.

+ Sức tập trung có tính ổn định: Sức tập trung có thể duy trì trong một khoảng thời gian nhất định. Các nhà tâm lý học lại gọi là sức tập trung có tính duy trì. Nếu như đối tượng hoạt động thú vị và có sức thu hút thì sức tập trung dễ duy trì trong một thời gian dài. Nếu như đối tượng hoạt động đơn điệu, vô vị thì ngược lại. Để duy trì sự ổn định của sức tập trung, cần phải đa dạng hóa hoạt động, tiến hành liên tục, có nhiều thay đổi hình thức và nội dung.

+ Thay đổi sự tập trung: Khi có nhiệm vụ hoặc tin tức hoạt động mới thì sức chú ý từ đối tượng này chuyển sang đối tượng khác. Nếu như sức chú ý vào đối tượng trước cao thì rất khó chuyển sang đối tượng khác. Nếu hoạt động mới càng hấp dẫn thì càng dễ chuyển sự tập trung. Sự chuyển đổi sức chú ý là cần thiết, nhưng nếu như quá độ thì sẽ thuộc sự sai lệch bình thường hoặc không bình thường.

+ Khả năng tập trung quan sát sự kích thích trong một phạm vi rộng: Đây là chỉ một đặc điểm của khả năng tập trung sau một thời gian có thể nắm bắt một cách tỉnh táo bao nhiêu đối tượng. Tục ngữ Trung Quốc có câu: “Nhân quan lục lộ, nhĩ thính bát phương” (mắt chỉ nhìn được ở phạm vi hẹp còn tai thì nghe được từ tám hướng). Câu tục ngữ này nói tới khả năng tập trung cao độ.

+ Cá thể có tính nhạy cảm đặc biệt với một loại kích thích nào đó: Vài năm gần đây các nhà tâm lý học gọi đặc tính này là sự cảnh giác. Khi xuất hiện mục tiêu kiểm tra trắc nghiệm không theo quy tắc hoặc thường xuyên thì sự cảnh giác sẽ giảm xuống liên tục sau nửa tiếng. Nó có liên quan đến đặc điểm người có cá tính hướng nội, thích hợp với những nhiệm vụ đơn điệu và có thể duy trì dài hơn người có tính cách hướng ngoại. Biểu hiện của một số cá thể tổn thương chất da đại não có tính nhạy cảm rất kém.

Thế nào gọi là sự tập trung chủ động và bị động?

Các nhà tâm lý chia sự chú ý của người làm hai loại: chú ý chủ động và chú ý bị động. Chú ý chủ động còn gọi là chú ý có ý thức, là sự tập trung có mục đích tự giác. Sự tập trung bị động còn gọi là sự tập trung vô ý thức, không có mục đích tự giác, không tự phát sinh và không có bất kỳ sự nỗ lực nào. Thời kỳ trẻ nhỏ chủ yếu là thời kỳ sự tập trung bị động. Sự phát sinh tập trung liên quan đến độ mạnh kích thích của thông tin bên ngoài. Độ mạnh càng lớn càng dễ sinh ra chú ý bị động. Ba tháng sau khi sinh bắt đầu xuất hiện sức chú ý tập trung tạm thời với mặt người và thanh âm. Chẳng hạn, khi trẻ nghe tiếng chuông đặt sau tai thì sẽ quay

đầu tìm nơi phát ra âm thanh và ngừng các hoạt động khác lại. Tiếng chuông này sẽ gây ra kích thích chú ý bị động của trẻ. Theo sự lớn lên của tuổi, sự mở rộng phạm vi hoạt động tăng nhiều nội dung và sự không ngừng thành thực chức năng ngôn ngữ, động tác. Từ đó, trẻ sẽ càng ngày càng xuất hiện sự tập trung chủ động. Nhưng sức chú ý của thời kỳ trẻ nhỏ có tính ổn định kém, dễ phân tán, thay đổi. Vào độ tuổi mẫu giáo trẻ có thể duy trì sức chú ý của mình một cách tốt nhất. Một đứa trẻ 5 - 6 tuổi có thể tập trung sức chú ý trong khoảng 15 phút, trẻ từ 7 - 10 tuổi khoảng 20 phút, từ 10 - 12 tuổi chỉ còn 25 phút, 12 tuổi trở lên từ khoảng 30 - 40 phút. Vào thời kỳ thanh niên, sự phát triển của sức chú ý chủ động cơ bản xấp xỉ với mức của người trưởng thành.

Cần phải chỉ ra rằng, sức chú ý chủ động và bị động trong điều kiện nhất định có thể chuyển đổi cho nhau. Ví dụ, một học sinh bị mắc bệnh hiếu động, đang trong giờ học mà nghe thấy tiếng vui đùa của các bạn học sinh ở ngoài sân hoặc các tiếng ồn khác, rất dễ bị phân tán, sức chú ý chủ động nghe bài giảng của thầy giáo bị chuyển thành sức chú ý bị động (nghe tiếng ồn bên ngoài). Vì thế, nếu như giáo viên và cha mẹ có thể dùng phương pháp dạy học phù hợp, tập trung sức chú ý của trẻ bị

chứng hiếu động, biến sức chú ý bị động thành chú ý chủ động là một cách chữa trị tâm lý trẻ bị bệnh.

Như thế nào được coi là hoạt động nhiều?

Nói một cách chuẩn xác, hoạt động nhiều là hoạt động quá độ, thực chất không những hệ hoạt động này không thích hợp, không mục tiêu và xa rời chủ đề mà còn là loại hoạt động không thể điều khiển bản thân.

Thông thường, một đứa trẻ có hành vi tâm lý bình thường thì hoạt động của trẻ luôn thích ứng với môi trường sống của nó. Khi đứa trẻ đến một nơi xa lạ, không quen biết mọi người, mới đầu sẽ có cảm giác gò bó, tất nhiên không đến nỗi nói năng và hoạt động lung tung, nhưng sẽ rất nhanh chóng thích ứng với môi trường và có những hoạt động thích ứng với hoàn cảnh lúc đó. Kiểu hoạt động này là có mục đích. Ví dụ, khi bố mẹ và thầy giáo đang nói chuyện trong phòng làm việc, những đứa trẻ hiếu kỳ sẽ không ngồi yên mà sẽ đi nghịch ngợm kéo, lục rác và các vật khác, hoặc khi ở nhà, nhằm thu hút sự chú ý quan tâm của cha mẹ có thể sẽ làm một số việc khiến cho bố mẹ chú ý hoặc trách mắng. Những hoạt động này thực ra là một kiểu bộc lộ trạng thái tâm lý của trẻ. Nhưng đối với cha mẹ thì đó không phải là điều họ mong đợi. Vì vậy, họ coi đó là biểu hiện của bệnh hiếu động. Sự thực

không hoàn toàn như vậy, chỉ khi hoạt động của trẻ và hoàn cảnh lúc đó liên tục xuất hiện những phản ứng bất thường mới có thể coi là hoạt động quá độ hiếu động.

Ở đây, lại một lần nữa phải nhấn mạnh về khả năng điều khiển bản thân. Khả năng điều khiển bản thân tăng dần lên theo độ tuổi. Thông thường sau khi đủ 3 tuổi, khả năng bắt chước của trẻ đã tương đối thuần thục, có thể thực hiện nhiệm vụ nhất định mà người lớn đặt ra, có khả năng điều khiển bước đầu, 5 tuổi trở lên sự phát triển hành vi này sẽ rất nhanh. Từ 8 tuổi trở đi, theo sự tăng lên của tuổi mà các khả năng lý giải, phân tích, tổng hợp, tự khống chế cũng không ngừng tăng lên. Trẻ em bị mắc chứng bệnh này, do thiếu khả năng điều khiển bản thân nên chúng muốn thay đổi cũng không thay đổi được.

Hoạt động quá độ phải được phân biệt với hoạt động động tác quá độ, cần phải phân biệt rõ những hoạt động nào làm cho bố mẹ cảm thấy ghét mà thực tế là những hoạt động đó rất bình thường. Bố mẹ ghét là do họ không quen với đặc điểm tâm lý của trẻ, đồng thời kỳ vọng quá nhiều vào sự điều khiển vận động trẻ của mình. Ngoài ra, cũng phải phân biệt sự vui chơi có ích với sự thiếu hụt của trẻ, phải có những đánh giá khách quan với từng trường

hợp của trẻ. Không nên nhầm lẫn hoạt động bình thường của trẻ là hoạt động quá nhiều.

Chứng hiếu động ở trẻ có phải là một loại bệnh không?

Chứng hiếu động biểu hiện chủ yếu là hoạt động quá nhiều, không thể tự khống chế, sức chú ý không tập trung, dễ phân tâm, dễ bị kích động, dễ xung động, đứng ngồi không yên. Những triệu chứng này ở trẻ em bình thường không nên để nó tiếp tục tồn tại. Bởi vì, bất kể là nhà tâm lý học, giáo dục, tinh thần, thần kinh bệnh học hoặc các nhà nhi khoa học đều cho rằng hiếu động ở trẻ là một loại bệnh, nhưng về nhận thức thì không hoàn toàn giống nhau. Các nhà tâm lý học cho rằng đây là một vấn đề về hành vi tâm lý của trẻ. Các nhà giáo dục học cho rằng đây là biểu hiện có tính không đặc thù về trở ngại đạo đức. Các nhà tinh thần bệnh học cho đây là một trở ngại tinh thần phổ biến, thuộc bệnh tinh thần vùng giáp ranh. Còn các nhà thần kinh học lại cho đó là chứng tổng hợp tổn thương não nhẹ (MBD) và rất phổ biến tại Bắc Mỹ Trung Quốc, Nhật Bản.

Tuy nhiên, cũng có học giả cho rằng bệnh hiếu động ở trẻ là một kiểu biểu hiện của tính cách, không nên coi là bệnh chứng phát dục bị thiếu hụt. Sở dĩ có những nhận thức khác nhau như vậy là do

các học giả áp dụng các biện pháp nghiên cứu khác nhau, từ những góc độ quan sát khác nhau nên dẫn đến một hệ quả thiếu tiêu chuẩn chẩn đoán chung. Nhiều học giả phát hiện ra rằng MBD và chứng hiếu động không phải là hai khái niệm hoàn toàn giống nhau, bởi vì rất nhiều trẻ em bị tổn thương não nhưng lại không xuất hiện chứng hoạt động nhiều, mà nhiều trẻ em bị chẩn đoán là bị MBD lại không thể đưa ra bất cứ bệnh sử tổn thương não nào, cũng không kiểm tra thấy triệu chứng cơ thể dương tính hệ thống thần kinh đặc biệt nào, bao gồm cả cái gọi là “nhuyễn thể chứng” tức là dùng điện não đồ, não CT, hoặc MRT cũng không thấy có bất thường nào. Cho dù như vậy, chứng hiếu động ở trẻ vẫn được đa số các học giả coi là một loại bệnh. Cho dù nguyên nhân của bệnh đến nay vẫn chưa rõ, nhưng vẫn có nhiều nguyên nhân được cho rằng có thể gây ra sự phát sinh bệnh. Gần chục năm trở lại đây, rất nhiều học giả cho là đây là kiểu bệnh do các nhân tố sinh vật - tâm lý - xã hội gây nên. Vì vậy, bệnh hiếu động ở trẻ là một loại bệnh tồn tại khách quan.

Chương hai

NGUYÊN NHÂN HÌNH THÀNH BỆNH HIẾU ĐỘNG Ở TRẺ

Những nguyên nhân gây ra bệnh hiếu động ở trẻ?

Có rất nhiều nguyên nhân gây nên bệnh này, nhưng quy lại có các nguyên nhân dưới đây:

- Nguyên nhân di truyền: Có nhà nghiên cứu đã tiến hành điều tra di truyền, phát hiện gia tộc trẻ bị bệnh có tồn tại chứng bệnh này. Thông qua nghiên cứu trẻ sinh đôi phát hiện tỷ lệ có cùng bệnh của trẻ sinh đôi trứng đơn có thể cao từ 51 - 64%, của trẻ sinh đôi trứng kép là 33,3%. Điều này chứng tỏ sự phát triển của bệnh có liên quan đến nhân tố di truyền, nhưng cho đến nay vẫn chưa tìm ra gen di truyền đặc định.

- Tổn thương não nhẹ: Vào đầu thập kỷ 30 của thế kỷ XX, các nhà nghiên cứu đã cho rằng tổn thương não nhẹ có thể là nguyên nhân gây ra bệnh hiếu động ở trẻ. Thông qua những tư liệu về quá trình mang thai của mẹ đứa trẻ bị bệnh, phương thức sinh của trẻ bị bệnh, sự sinh trưởng và phát triển của

trẻ và thần kinh tinh thần để thu thập nghiên cứu và phát hiện ra rằng: một bộ phận lớn số trẻ bị bệnh do trong thời kỳ mang thai người mẹ có hút thuốc, uống rượu, nhiễm khuẩn và chứng thai cao, nhau thai ở trước là nhân tố ảnh hưởng không tốt đến sự phát triển của thai nhi. Khi đứa trẻ sinh ra sẽ gặp phải các nhân tố nguy hiểm cao như nghẹt thở, tổn thương hoặc cân nặng thấp. Nhưng rất nhiều tài liệu lâm sàng cho thấy những đứa trẻ có những nhân tố nói trên sau khi lớn lên đều có thể bình thường. Hơn nữa, có rất nhiều trẻ em bị chứng hiếu động thông qua việc hỏi kỹ bệnh sử và kiểm tra hệ thống thần kinh cũng không tìm thấy bất kỳ một nhân tố gây ra bệnh hoặc triệu chứng cơ thể có liên quan nào.

- Thần kinh sinh lý và giải phẫu không bình thường: Thông qua kiểm tra điện não đồ, CT não hay MRI, quét não tổ đồng vị máy điện tử quang đơn (SPECT) đã phát hiện trẻ em mắc chứng hiếu động có sự thiếu hụt khả năng sinh lý thần kinh. Thiếu giác ngộ, hạn chế tư duy thuộc trở ngại chức năng điều khiển bộ não, nó khơi gợi hoạt động của trung khu dưới vỏ não, biểu hiện ra thành hành vi hoạt động nhiều. Thuốc kích thích trung khu có thể nâng cao khả năng kích thích vỏ não, loại bỏ hiện tượng thiếu năng, từ đó có thể điều trị bệnh hiếu động ở trẻ.

Từ kết quả thí nghiệm động vật cho thấy rõ sự khác thường của giải phẫu hệ thống thần kinh, chủ yếu tại mặt sau lá trán đại não, gây ra sự phân tán sức chú ý. Kiểm tra cộng hưởng não từ thành hình cũng thấy lá trán khác thường. Tất cả cảm giác kích thích và chức năng hoạt động của cơ thể con người đều được tiến hành phân tích, tổng hợp và điều tiết ở lá trán, lá trán trước trưởng thành rất muộn, đến thời kỳ thanh thiếu niên tùy sọ thần kinh mới có thể hoàn thành. Triệu chứng lâm sàng của bệnh hiếu động ở trẻ đến thời kỳ thanh thiếu niên sẽ tự nhiên thay đổi hoặc biến mất.

Mấy chục năm trở lại đây, các nhà y học đã ứng dụng kỹ thuật quét não tổ đồng vị dùng máy điện tử phóng xạ quang tử đơn (SPECT) để nghiên cứu tình hình cung ứng máu của não và đã phát hiện khu vận động vỏ não, hạt dạng đuôi phía trên và mạch máu. Khu đốt thần kinh cuống, sự thay thế đường não này cũng có liên quan với sức chú ý và hoạt động, động tác điều khiển. Uống thuốc Ritalin xong thì hiện tượng này biến mất.

- Nhân tố thần kinh sinh hóa: Các nhà khoa học thông qua thực nghiệm trên động vật đã phát hiện ra trong não có rất nhiều loại thần kinh giao chuyển chất, một loại gọi là tuyến tố giáp thượng thận NE, một loại gọi là 5 - HT.

Những thần kinh chuyển giao chất này khống chế và điều tiết sự ức chế và kích thích của cá thể. Thiếu NE, CA, và lượng 5 - HT tăng trong não của trẻ bị bệnh làm cho sự hưng phấn chức năng não vượt qua sự ức chế. Ritalin có thể điều khiển sự giải phóng CA, vì vậy có thể thay đổi triệu chứng của chúng trở ngại hoạt động và thiếu hụt sức chú ý. Thuốc chống trầm cảm cũng có tác dụng được lý tương tự, vì vậy cũng có thể dùng để trị bệnh này.

- Thuốc tăng thêm nguyên tố vi lượng và thức ăn: Đây là một vấn đề được quan tâm. Thiếu nguyên tố kẽm, sắt, lượng đồng quá nhiều và trúng độc nhôm đều được coi là nguyên nhân bệnh hiếu động của trẻ. Các bác sỹ nhi khoa cận đại rất nhấn mạnh ảnh hưởng của sắt đối với sự phát triển của não, thiếu máu do thiếu sắt, qua kiểm tra sức khỏe và hóa nghiệm hàng ngày để phát hiện ra. Những ảnh hưởng do thiếu sắt đối với não trong thời gian dài bị mọi người coi nhẹ, đặc biệt là nguyên nhân gây ra bệnh hiếu động ở trẻ lại càng ít được đề cập tới. Trúng độc nhôm liệu có ảnh hưởng đến bệnh này hay không, từ trước đến nay có nhiều cách nói khác nhau. Những tài liệu nghiên cứu cận đại cho thấy trẻ em bị trúng độc nhôm độ nhẹ, sẽ xuất hiện các triệu chứng hoạt động nhiều, sức chú ý không tập trung. Chất thải từ xe ô tô có chứa rất nhiều nhôm, cần phải chú ý đề phòng trẻ nhỏ hít phải khói xe hơi.

Những loại thức ăn dùng sắc tố, thực phẩm đồ uống, kẹo, kem, lap suren..., đến nay mới được coi là nguyên nhân gây ra bệnh này, nhưng theo các tài liệu nghiên cứu cận đại cho thấy, quan hệ nhân quả giữa những nguyên liệu làm tăng sắc tố trong các loại thực phẩm này và bệnh này là không xảy ra.

- Nhân tố xã hội, gia đình và giáo dục: Môi trường xã hội, gia đình và giáo dục không tốt có thể gây nên bệnh hiếu động ở trẻ. Ví dụ: nhà ở gia đình chật chội, kinh tế khó khăn, bố mẹ li hôn, không khí gia đình căng thẳng, từ nhỏ đã thiếu thốn tình thương của cha mẹ, học tập quá nhiều, phòng học đông đúc, phương pháp xử phạt hoặc giáo dục của cha mẹ không hợp lý ...đều có thể gây ra bệnh hiếu động, sức chú ý không tập trung. Đặc biệt, cần phải chỉ ra rằng nhiều bậc cha mẹ kỳ vọng quá cao vào con cái, tha thiết mong con thành tài, đã dạy trước cho con hoặc dạy quá tải, bực tức vì con học hành không tiến tới nên đánh đập, chửi rủa. Đó là những cách làm không đúng đắn, ảnh hưởng nghiêm trọng đến hành vi và sự phát triển tình cảm của trẻ, gây ra sự lệch lạc hành vi tâm lý mà xuất hiện triệu chứng bệnh hiếu động.

Tóm lại, những nghiên cứu trong những năm gần đây đã cho thấy nguyên nhân gây nên bệnh hiếu động ở trẻ là rất phức tạp, không phải do một nhân tố nào đó gây nên mà là sự tổng hợp của các

nhân tố sinh vật - xã hội - tâm lý tạo nên sự hình thành bệnh hiếu động ở trẻ.

Bệnh hiếu động ở trẻ có liên quan đến nhân tố di truyền không?

Trước đây có rất nhiều chuyên gia cho rằng di truyền có vai trò quan trọng trong việc gây ra bệnh này, có khuynh hướng gia tộc rất mạnh. Trẻ em nam bị bệnh này nhiều hơn nữ, cho rằng đại bộ phận gen di truyền đều là từ bố.

Điều tra trong gia đình và nghiên cứu các cặp song sinh đã phát hiện ra trong các chị em, anh em cùng dòng máu có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn những người không cùng huyết thống. Tỉ lệ bệnh ở các cặp song sinh cùng trứng càng cao. Ở một số nước có báo cáo cho biết thậm chí cao tới trên 80%. Tỉ lệ bị bệnh ở các cặp song sinh cùng trứng cũng khoảng 40%.

Dựa vào các trường hợp nghiên cứu lâm sàng, chúng tôi thường thấy: ông bà khi mang con cháu đến khám thường nhắc đến việc bố mẹ chúng khi còn nhỏ cũng có biểu hiện bệnh hiếu động tương tự như vậy nhưng khi trưởng thành thì đều khỏi, hiện đều thành công trong sự nghiệp. Ngoài ra có rất nhiều bậc cha mẹ cũng phản ánh rằng những đứa trẻ bị bệnh ngay từ lúc mới sinh đã rất hiếu động, hay khóc, khó ngủ, ăn kém, khó chăm sóc. Trong quá

trình trưởng thành của trẻ các bậc cha mẹ lại quan sát thấy con mình hiếu động, hoạt động nhiều, hay gây gổ, ngang bướng hơn bạn cùng tuổi, quan hệ căng thẳng với bố mẹ, khó giáo dục, khó thích ứng với môi trường mới, khó hòa hợp với bạn bè. Đến tuổi đi học thì xuất hiện hàng loạt triệu chứng của bệnh hiếu động.

Tóm lại, chúng tôi cho rằng chứng hiếu động có liên quan đến nhân tố di truyền, trên cơ sở này cùng với nhân tố bên ngoài nhất định nào đó, ví dụ như nhân tố môi trường thì bệnh này mới biểu hiện ra ngoài.

Xã hội công nghiệp hóa có làm cho tỉ lệ phát bệnh hiếu động tăng cao không?

Trong xã hội công nghiệp hóa, sự ô nhiễm không khí và nước ngày càng nghiêm trọng. Ví dụ như khói thải từ ô tô, nước thải công nghiệp và sinh hoạt... Trong đó ô nhiễm nổi bật nhất mà các chuyên gia đã tiến hành phân tích là hàm lượng chì. Xét nghiệm với 3000 trẻ em đã phát hiện ra rằng có quan hệ rõ rệt giữa biểu hiện hành vi bệnh hiếu động ở trẻ và chì, chì có thể là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh hiếu động ở trẻ. Có người đã điều tra vùng ô nhiễm chì cao, trong huyết dịch của nhiều trẻ em, hàm lượng chì đã đạt đến mức trúng độc, những đứa trẻ có hàm lượng chì trong máu

tăng cao có biểu hiện các hiện tượng như hoạt động nhiều và hành vi khác thường, trở ngại khả năng trí não độ nhẹ, năng lực học tập kém.

Trúng độc chì ở trẻ là một quá trình mãn tính, sống lâu trong môi trường ô nhiễm chì, liên tục tiếp xúc với chì vi lượng có thể làm xáo trộn sự chuyển giao chất trong hệ thống thần kinh trung khu của người; làm rối loạn chức năng sinh sản vỏ não, dễ gây nên hành vi khác thường và giảm trí lực. Vì thế, các bậc cha mẹ không nên đưa trẻ đến những đường phố xe cộ đông đúc, nhà ở nên cách xa khu trung tâm thành phố và nơi tập trung nhiều xe hơi.

Bệnh hiếu động ở trẻ có liên quan với môi trường gia đình không?

Bố mẹ đóng vai trò chính trong gia đình, là tấm gương trực tiếp cho trẻ, sự giáo dục gia đình khác nhau hình thành những phẩm chất tâm lý khác nhau ở trẻ. Sự phát triển tâm lý của trẻ được hình thành trong sự liên tục tăng cường của người giáo dục, nuôi dưỡng. Bố mẹ không những tạo ra cơ thể trẻ mà còn ảnh hưởng sâu sắc đến sự phát triển tâm lý của trẻ. Thế nhưng cha mẹ lại xuất phát từ những mong muốn chủ quan của mình để yêu cầu trẻ. Có bậc cha mẹ suốt ngày cờ bạc nhưng lại yêu cầu trẻ không được chơi gì ngoài việc học, có người không hề dành một chút thời gian để trò chuyện với trẻ,

không đáp ứng nhu cầu tình cảm của trẻ, thậm chí còn đánh đập, chửi mắng con cái, hoặc kiểm soát trẻ ở mọi nơi mọi lúc, có người lại quá yêu con, kỳ vọng quá cao ở con... Như vậy các bậc cha mẹ đã vô hình đóng vai những người “công nhân”, “quan tòa”, “người chỉ huy”, làm tổn thương sâu sắc đến tâm hồn của trẻ. Một số trẻ có hoàn cảnh khó khăn, khiếm khuyết trên cơ thể hoặc bố mẹ tàn tật, mất việc, li hôn, đi tù, qua đời cũng có thể làm cho thể chất và tâm hồn bị tổn thương ở những mức độ khác nhau. Những hiện tượng khách quan trên đây vô tình đã trở thành nguồn gốc gây nên các vấn đề về tâm lý của trẻ.

Trong xã hội ngày nay, có rất nhiều bậc phụ huynh cũng nhận thức được tầm quan trọng của giáo dục gia đình, nhưng những nguyện vọng tốt đẹp của cha mẹ thường không thể biến thành hiện thực. Mấu chốt của vấn đề là sự kỳ vọng mong con thành tài của cha mẹ quá lớn. Một số bậc cha mẹ có tâm nguyện là con cái “chỉ được phép thắng, mà không được thất bại”, họ thấy sự cạnh tranh khốc liệt của xã hội ngày càng lớn, và hy vọng con cái của mình có thể giành thắng lợi “trên đường chạy đua” đó. Kỳ thực, điều quan trọng nhất đối với học tập là động lực, từ tiểu học đến khi tốt nghiệp đại học, hay học cao hơn nữa thì tổng cộng lại phải mất hơn 16 năm. Một người nếu như liên tục 16 năm

học tập mà không có động lực thì thật khó tưởng tượng nổi, hơn nữa việc học tập bản thân nó cũng không hề nhẹ nhàng gì. Vậy động lực của học tập là gì? Đó chính là lý tưởng, hoài bão lớn lao. Nhìn từ góc độ những đứa trẻ, thì động lực học tập chính là sự hứng thú của chúng. Có một số cha mẹ không hiểu hứng thú học tập của trẻ, dạy chúng học từ khi còn quá ít tuổi, gây nên tâm lý chán học ở trẻ khi chưa đến tuổi đi học. Bình thường, khi trẻ đã hoàn thành bài tập ở trường, các bậc cha mẹ mới nên cho thêm các bài tập nâng cao, như vậy thì mới có hiệu quả. Không nên tăng thêm trở ngại tâm lý của trẻ, bởi đó là nguyên nhân dẫn đến bệnh hiếu động.

Làm thế nào để hiểu được lý luận thần kinh sinh hóa bệnh hiếu động ở trẻ?

Sự thay đổi và tuyến tố phi thượng thận có chức năng thần kinh chuyển giao tế bào chất được giả định là nguyên nhân chủ yếu gây nên triệu chứng bệnh hiếu động ở trẻ.

Những thuốc điều trị triệu chứng bệnh hiếu động nhiều chủ yếu thông qua ảnh hưởng của hệ thống thần kinh chuyển giao tế bào chất để điều trị đạt hiệu quả.

Những nghiên cứu cơ sở đã đưa ra kết luận rằng: những thần kinh trao đổi chất của não và những khu vực có liên quan với nó là rất quan trọng.

Những nghiên cứu sớm nhất về thần kinh sinh hoá và sự thay thế sản phẩm của chúng trong huyết dịch, dịch tiểu và dịch não trên người dùng thuốc và người không dùng thuốc cho kết quả khác nhau.

Trúng độc chì có gây bệnh hiếu động ở trẻ không?

Chì là một nguyên tố kim loại nặng có hại đối với hệ thống thần kinh và không hề có một điểm nào tốt với cơ thể người. Trúng độc chì sẽ gây nên bệnh hiếu động ở trẻ. Làm thế nào để nhận biết được? Chúng ta có thể tham khảo những tư liệu nghiên cứu có liên quan đến bệnh này của các nhà khoa học trong mấy năm trở lại đây.

Theo tài liệu nghiên cứu về ảnh hưởng của chì đối với trẻ sơ sinh cho thấy vào 3 tháng tuổi, trẻ có độ chì cao, thông qua trắc nghiệm trí lực để kiểm tra trí tuệ chúng. Kết quả cho thấy chỉ số phát triển thần kinh (MID) và chỉ số phát triển vận động tâm lý (PID) đều tụt xuống thấp hơn so với trẻ em không thuộc nhóm nhiễm chì. Hiện tượng này còn tồn tại từ 6 đến 12 tháng tuổi. Bộc phát chì vào thời kỳ mang thai có thể sinh ra những ảnh hưởng không tốt cho MID và PID vào thời kỳ đầu mới sinh. Trong đó, ảnh hưởng với MID có thể duy trì ít nhất một năm. Những đứa trẻ này vào thời kỳ sơ sinh đã

có thể xuất hiện triệu chứng bệnh hoặc sau tuổi đi học mới có triệu chứng bệnh.

Thông qua nghiên cứu cơ chế nhiễm độc thần kinh do chì, các nhà khoa học phát hiện ra rằng, chì có thể làm rối loạn khả năng điều khiển kiểm soát của canxi trong các tế bào, phá vỡ cơ chế ổn định trong tế bào. Điều này đã được chứng minh qua hai phương diện: Một là phương diện giải phẫu, hai là hệ thống chuyển giao chất thần kinh. Cả hai phương diện đều có vai trò quan trọng trong điều tiết phản ứng tình cảm, quá trình ghi nhớ và học tập.

Nghiên cứu về mặt thần kinh giải phẫu học cho thấy, tác dụng độc tính của chì có thể phá hoại màng ngăn máu não. Trước tiên là gây nên sự tổn thương tế bào chất keo hình sao, tiếp đó là gây nên tổn hại tế bào chất trong tĩnh mạch nhỏ, từ đó tạo nên sự phá hoại các thành phần kết cấu chủ yếu, nhất là trên màng máu não.

Trong não, chì tập trung gây hại chủ yếu ở một số khu đặc biệt. Bộ phận đầu tiên bao gồm khu trước trán, vỏ não và tiểu não. Mà tổn hại khu trước trán vỏ đại não có thể gây nên phân tán sức chú ý. Đã từng có báo cáo rằng những tổn hại này có thể làm cơ thể trẻ em có lượng chì trong máu tiếp tục ở vào mức xấp xỉ từ 100 - 140mg/l.

Các nghiên cứu về sinh lí học trẻ em cho rằng, trúng độc chì có thể ảnh hưởng đến chức năng xử lý tổng hợp cảm giác thần kinh. Ví dụ như sự giảm chức năng xử lý thính giác, không thể kịp thời phản ứng với một số trắc nghiệm nào đó, thành tích học tập giảm sút, chức năng cảm giác tư thế và cân bằng bản thân bị tổn thương. Về lâm sàng, xuất hiện chứng nhuyển thể dương tính.

Những tài liệu trên đây cũng cho thấy tác dụng độc tính của chì đối với hành vi tâm lý thần kinh của trẻ, gây nên sự mất tập trung sức chú ý. Về lâm sàng, biểu hiện đặc trưng bệnh hiếu động ở trẻ là trở ngại về nhận biết và hoạt động nhiều.

Chì là một nguyên tố kim loại có độc với thần kinh, nên lý tưởng nhất là trong cơ thể trẻ em không nên có một chút chì nào. Tuy nhiên, trong môi trường sống hiện đại chì lại có mặt ở khắp nơi. Thông thường người ta cho rằng, chì trong cơ thể trẻ em chủ yếu từ hai nguồn: Thứ nhất là từ cơ thể mẹ truyền vào, nếu như cơ thể mẹ có quá nhiều chì, trong thời kỳ mang thai, chất chì này có thể thông qua nhau thai vào thai nhi. Sau khi sinh ra, chất chì trong cơ thể mẹ có thể thông qua sữa đi vào trẻ. Nguồn thứ hai là trẻ tiếp xúc với môi trường chung quanh và bị nhiễm chì. Chì có thể từ ô nhiễm công nghiệp như xăng có chì, đồ dùng và đồ chơi có chì

mà trẻ cần, ngậm phải, ô nhiễm than đốt, môi trường quanh nhà, sơn dầu và thức ăn có chứa hàm lượng chì cao như vỏ trứng, bông ngô...

Tỷ trọng của chì nặng hơn không khí, vì thế nó bị chìm trong không khí, tập trung trong lớp không khí cách mặt đất khoảng 1m, càng gần mặt đất thì nồng độ chì trong không khí càng cao. Do chiều cao trẻ em còn thấp, nên chúng rất dễ hô hấp phải chì trong không khí. Nồng độ chì trong máu của trẻ nhà ở gần đường giao thông cao hơn so với trẻ em ở cách xa đường, bởi vì lượng xe tham gia giao thông ở đường quốc lộ dày đặc và thải ra rất nhiều chì, gây nên hiện tượng trẻ em ở gần đường quốc lộ dễ trúng độc chì hơn trẻ em ở xa đường quốc lộ. Mặt khác, chúng ta có thể xét từ tỉ lệ hấp thu chì ở đường tiêu hóa: có 50% chì được trẻ hấp thu trong đường tiêu hóa làm cho dạ dày của trẻ rất nhanh rỗng, và trong trạng thái dạ dày rỗng thì việc hấp thu chì tăng mạnh, tăng thêm nguy cơ trúng độc chì ở trẻ.

Thiếu kẽm có gây nên bệnh hiếu động ở trẻ không?

Thiếu kẽm là một trong những nguyên nhân gây nên bệnh hiếu động ở trẻ, vấn đề này đã trở thành mối quan tâm chung của giới y học, giáo dục và các bậc cha mẹ.

Kẽm là một trong những khoáng chất cần thiết cho cơ thể người, là thành phần tạo nên rất nhiều men, như cacbonnic anhydrase có liên quan đến sự thay thế năng lượng, thúc đẩy sự trao đổi CO_2 và men có liên quan đến sự thay thế nucleic, điều tiết ADN, thúc đẩy sự hợp thành albumin, ngoài ra còn tham gia vào quá trình miễn dịch, đặc biệt nam giới lại cần lượng men cao hơn nữa. Kẽm có trong cá, trứng, thịt, phôi lúa mạch, gạo, pho mát, quả hạnh, men. Tỷ lệ kẽm trong các thức ăn động vật và các thức ăn thông thường là: thức ăn có nguồn gốc động vật > thức ăn loại đậu > thức ăn ngũ cốc > rau xanh và hoa quả.

Khi cơ thể người thiếu kẽm có thể ảnh hưởng đến quá trình sinh trưởng, phát dục, nội tiết và chức năng miễn dịch, gây nên trở ngại sinh trưởng ở trẻ, trí tuệ kém phát triển, sức chú ý suy giảm và gây ra hoạt động nhiều với một số triệu chứng khác nhau như: bệnh loét miệng tái phát nhiều lần, vết thương khó lành và sở thích ăn lạ thường (thích ăn bùn đất, than, giấy, vách tường). Vì vậy, khi trẻ em hoạt động nhiều và sức chú ý không tập trung mà có những triệu chứng trên đây thì nên cảnh giác rằng liệu đó có phải là do thiếu kẽm gây nên không. Kiểm tra nồng độ kẽm trong huyết thanh có thể chẩn đoán rõ ràng.

Thuốc chống động kinh có gây nên bệnh thiếu động ở trẻ không?

Bệnh động kinh thường dẫn đến sự thay đổi trong ý thức và có triệu chứng co giật cơ thể, đây là bệnh thường gặp trong chẩn đoán chuyên khoa thần kinh. Để phòng bệnh phát tác giảm tổn hại tối thiểu, thì trẻ em bị mắc bệnh động kinh cần phải dùng thuốc chống động kinh trong thời gian dài. Thường thì sau khi không chế được sự phát tác còn phải dùng 4 - 6 năm nữa. Hiện nay, nhiều nước công nhận một số thuốc chống động kinh thường dùng và có hiệu quả là: phenobarbital (luminal), phenytoin sodium, priml - donum, my soline, sodium, valproate và carbama zepine dia zepamun, nitrazepam, clonazepam đều dùng để không chế phát bệnh động kinh. Các thuốc động kinh loại mới như topamax ở Trung Quốc cũng được dùng rộng rãi.

Trong những thuốc trên, phenobarbital gây nên hiện tượng không tập trung sức chú ý và hoạt động nhiều ở trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy những trẻ em bị bệnh động kinh, dùng thuốc phenobarbital trong một thời gian dài cho dù liều lượng thuốc dùng trong phạm vi cho phép thì cũng có đến 40% trẻ em có sự thay đổi về tính cách và hành vi, sức chú ý không thể tập trung, hoạt động quá độ, không thể tự điều khiển được mình. Do trong giờ học sức

chú ý phân tán, nên về mặt nhận biết cũng sinh ra những trở ngại, kết quả là ảnh hưởng đến thành tích học tập.

Cần phải đồng thời chỉ ra rằng, trẻ bị bệnh động kinh có thể phát kèm theo những trở ngại tinh thần, xuất hiện những trạng thái tinh thần và hành vi khác thường. Nếu vậy, làm thế nào để phán đoán chứng hiếu động và sức chú ý không tập trung là một loại triệu chứng tinh thần tồn tại trong bản thân của bệnh động kinh, hay là do tác dụng phụ của thuốc phenobarbital gây n n? Đơn giản nhất và khả thi nhất là hỏi bệnh sử một cách kỹ càng tỉ mỉ, n n tìm hiểu những triệu chứng đó sinh ra trước khi dùng thuốc hay sau khi dùng thuốc. Nếu triệu chứng đó có trước khi dùng thuốc thì điều đó chứng minh rằng những triệu chứng này là do bản thân bệnh gây n n mà không phải do việc dùng thuốc gây n n.

Nếu như sau khi dùng thuốc mới xuất hiện triệu chứng đó thì rất có thể là do tác dụng của thuốc gây ra.

Ngoài ra, phenytonin sodium cũng có thể gây ra những thay đổi về chức năng nhận biết của trẻ bị bệnh, xuất hiện một số biểu hiện tương tự như bệnh hiếu động ở trẻ. Carbamazepine có tác dụng chống bệnh động kinh tốt, một số học giả cho là thuốc

hàng đầu để trị bệnh động kinh ở trẻ, nhưng gần đây cũng có những thông tin thuốc này có thể gây ra những phản ứng thần kinh, vì thế cũng cần phải cẩn thận khi dùng.

Môi trường có ảnh hưởng đến sự hình thành bệnh hiếu động ở trẻ không?

Nhiều nhà tâm lý học và giáo dục học nghi n cứu về mối quan hệ giữa phát triển tính cách của trẻ và giáo dục gia đình đã phát hiện ra rằng, sự phát triển khả năng tự khống chế của trẻ có mối quan hệ rất rõ rệt với phương pháp giáo dục của gia đình và sự phát triển khả năng tự khống chế của trẻ chịu ảnh hưởng rất lớn của môi trường. Kết quả nghi n cứu cho thấy, những trẻ em từ sau 3 tuổi có thể hoàn thành một số nhiệm vụ cụ thể theo y u cầu của người lớn, có khả năng tự điều khiển bước đầu và khả năng này tăng dần theo tuổi của trẻ. Đặc biệt là sau khi 5 tuổi, phát triển rất nhanh, có rất nhiều nhân tố ảnh hưởng đến biểu hiện hành vi tự điều khiển của trẻ. Ví dụ như, do môi trường hoàn cảnh lúc đó mà hứng thú trẻ theo đuổi hoạt động đó; sự hướng dẫn bằng lời nói một cách cẩn thận và tổ chức hoạt động tốt của người lớn với trẻ cũng như dùng cách kết hợp vai trò môi trường và tình cảm để tăng động cơ cho trẻ theo một hoạt động nào đó... Ngoài ra, sự lôi cuốn của các hoạt động lý thú ngoài

trời cũng làm tăng biểu hiện hành vi tự điều khiển của trẻ. Đó là bởi vì khi các hoạt động lý thú ngoài trời thu hút trẻ, mức căng thẳng của sự tự điều khiển cần thiết biểu hiện hành vi tự điều khiển ban đầu mà trẻ phải duy trì cao hơn so với mức tăng trưởng vốn có. Điều này có nghĩa là cần phải tăng động cơ để nâng cao khả năng tự điều khiển của cá thể, đồng thời có thể giảm căng thẳng. Những đứa trẻ quá nhỏ không thể phát huy động cơ của chúng một cách có hiệu quả, vì thế khả năng tự khống chế sẽ thấp hơn so với mức độ căng thẳng, từ đó giảm bớt biểu hiện hành vi tự điều khiển. Động cơ cao, căng thẳng thấp là điều kiện thuận lợi nhất để thực hiện hành vi tự khống chế. Thông qua thay đổi mức căng thẳng và mức động cơ có thể làm trẻ thay đổi hành vi tự khống chế. Vì vậy, nâng cao nhận thức, bồi dưỡng thói quen có thể làm phương pháp giáo dục hành vi tự khống chế ở trẻ. Với những trẻ em tuổi lớn hơn thì tác dụng càng rõ rệt.

Các nhà tâm lý học cho rằng, sự phát triển hành vi tâm lý của con người tăng lên và phát triển theo tuổi tác. Từ hình thể dẫn đến bản chất, từ chức năng đơn giản đến phức tạp, từ chiều sâu đến chiều rộng đều có sự tăng lên. Để bồi dưỡng sự tập trung của trẻ cần loại bỏ sự can thiệp của bên ngoài, đảm bảo sinh hoạt có quy luật, tạo không khí gia đình

hòa thuận, hoạt động xã hội phải tránh tổn thương tinh thần để làm cho trẻ duy trì trạng thái tâm lý và tình cảm tốt, có ích cho sự phát triển hành vi tâm lý. Môi trường và sự giáo dục của cha mẹ không tốt, như thường đánh chửi con cái, sự thiếu yêu thương đối với con cái, sự không thống nhất trong phương pháp giáo dục của cha mẹ và sự yêu chiều con cái quá mức đều gây nên những lệch lạc, trở ngại hành vi tâm lý của trẻ. Có một nhóm trẻ em bị bệnh hiếu động được gọi là “hoạt động nhiều do tình cảm”, chỉ ở trường hoặc ở nhà mới biểu hiện sức chú ý không tập trung và hoạt động quá độ, sự phát bệnh chịu ảnh hưởng rất lớn của cách giáo dục của gia đình và nhân tố tâm lý xã hội. Hiệu quả điều trị bằng thuốc kích thích trung khu thần kinh với những trẻ bị bệnh này rất thấp.

Những cơ chế hình thành sự phát bệnh hiếu động ở trẻ?

Nguyên nhân gây bệnh và cơ chế phát bệnh của bệnh hiếu động ở trẻ đến nay vẫn chưa rõ. Hiện nay những nghiên cứu về di truyền, giải phẫu não, thần kinh sinh hóa (chủ yếu là sự mất cân bằng giữa dopaamine và noradrenaline bitartrate), sinh lý thần kinh, nhân tố tâm lý xã hội của các phương diện khác đều có một số liên quan.

+ Di truyền: Sự phát bệnh của bệnh này trong một khoảng thời gian dài trở lại đây được phát hiện là có khuynh hướng gia tộc. Những nghiên cứu thời kỳ đầu cho thấy tính tập hợp gia tộc có liên quan đến di truyền. Trong quan hệ họ hàng cấp 1, 2 có người bị chứng hiếu động thì tỷ lệ phát bệnh ở trẻ em là rất cao. Thông qua nghiên cứu đối chiếu đối với trẻ bị bệnh, ở thời kỳ niên thiếu họ cũng từng bị bệnh là rất nhiều. Tỷ lệ bệnh ở các cặp song sinh của trẻ bị bệnh cao hơn 3 lần so với nhóm được đối chiếu.

+ Tổn thương não nhẹ: Đại não bị tổn thương, đặc biệt là người bị tổn thương lá trán có thể xuất hiện các hành vi khác thường như trở ngại về sức chú ý và hoạt động nhiều. Vì vậy có người cho rằng, bệnh hiếu động có thể do tổn thương não hoặc bệnh dịch gây nên. Nhưng những năm gần đây có nhiều học giả thông qua nghiên cứu đối chiếu các ca bệnh một cách nghiêm túc đã chứng minh rằng tỷ lệ khác thường thần kinh trung khu và tổn thương não rõ rệt ở trong số trẻ em bị mắc bệnh này là không cao.

+ Thần kinh sinh hóa: Theo những nghiên cứu thực nghiệm ở động vật và đối với người từ những góc độ khác nhau đã chỉ ra rằng, trẻ em bị bệnh này chủ yếu là do sự chuyển giao catechin trong não khác thường. Đo nồng độ tuyến tố thượng thận và

dopa - amine của dịch não, máu và nước tiểu, duy trì giả thuyết giảm thấp đối mới tuyến tố thượng thận và dopa - amine, kết quả trắc nghiệm dịch não trẻ bị bệnh là tỷ lệ đối mới dopa - amine giảm thấp hoặc tính miễn cảm của dopa - amine tăng cao. Hiện đã chứng minh giả thuyết dopa - amine của bệnh, có một số người đã làm so sánh giữa tình trạng thay thế cơ chế của trẻ bị bệnh và trẻ bình thường, không phát hiện ra sự khác biệt.

+ Giải phẫu thần kinh: Mấy năm gần đây sử dụng tổ đồng vị để áp dụng hàng loạt kỹ thuật quét tạo ảnh bề mặt phát xạ quang tử đơn để kiểm tra huyết lưu trong não, đã phát hiện ra huyết lưu của khu trung ương lá trán và hạt dạng vệt ở trẻ em bị bệnh giảm. Những nghiên cứu khác cũng phát hiện, cho dù ở nhóm trẻ bị trở ngại về sức chú ý có kèm theo bệnh hoặc kèm theo các triệu chứng thần kinh tinh thần khác thì huyết lưu ở thể dạng nếp và phần sau xung quanh khoang não giảm. Trái lại, huyết lưu ở những khu cảm giác và khu vận động cảm giác (bao gồm chẩm và khu thính giác) tăng. Có nghiên cứu cho thấy sau khi dùng ritalin thì huyết lưu đến các khớp cuối và não giữa tăng, mà huyết lưu đến vỏ não trước lại giảm, đặc biệt là khu vận động của vỏ não. Vì thế, có người cho rằng cơ chế sinh bệnh có thể có liên quan đến sự thay đổi phân

bố huyết lưu não, nhưng kết luận chuẩn xác thì còn phải chờ chứng minh.

+ Chỉnh hợp cảm giác bị mất điều hòa: Là chỉ não không thể xử lý, điều chỉnh một cách đầy đủ các thông tin cảm giác của các bộ phận trên cơ thể. Vì vậy, cảm giác trong chỉnh hợp của não giống như cơ thể quá ít thức ăn nên không có dinh dưỡng đầy đủ. Cảm giác thiếu hoặc cảm giác trong tổng hợp của não không tốt, đại não sẽ sinh ra “suy dinh dưỡng”, tổ chức không tốt các hoạt động của cơ thể, gây nên hiện tượng sức chú ý không tập trung và hoạt động nhiều. Nguyên nhân trẻ em bị bệnh hiếu động mất sự điều hòa chức năng chỉnh hợp cảm giác là: khi chúng sống trong những tòa nhà cao tầng ở thành phố đã mất đi cơ hội tiếp xúc với không gian xanh, cha mẹ luôn ôm con trong lòng làm trẻ thiếu đi những hoạt động cần thiết như ngẩng lên, lăn lộn chơi đùa trong không gian tự nhiên. Có một số người làm cho trẻ mất đi cơ hội được luyện tập đầu tiên thông qua việc sinh nở tự nhiên, đó là xúc giác nhờ sự khó khăn của việc sinh nở. Những nguyên nhân này làm trẻ không được hoạt động đầy đủ, não cũng không được kích thích thông tin cảm giác tương ứng và phát triển không tốt, làm xuất hiện các triệu chứng như thiếu sức chú ý, hoạt động nhiều và khả năng tự điều khiển kém.

Tổn thương não có liên quan đến bệnh hiếu động ở trẻ không?

Năm 1984, rất nhiều học giả cho rằng bệnh hiếu động là hậu quả của quá trình mang thai, sinh nở và thời kỳ đầu trẻ mới sinh làm cho trẻ nhỏ bị tổn thương não bộ.

Thời kỳ mang thai: Thời kỳ này do người mẹ có sức khỏe yếu, nhiều bệnh hay uống một loại thuốc nào đó, say rượu, hút thuốc, bị kích thích tinh thần, suy dinh dưỡng, sinh hoạt không điều độ, phá thai không thành...

Thời kỳ sinh nở: Các sát thương, sinh sớm, khó sinh, mổ đẻ, thiếu ôxy khi sinh, mất máu trong khi sinh nở.

Thời kỳ mới sinh: Là thời kỳ trẻ còn nhỏ và tuổi mẫu giáo bị suy dinh dưỡng, não bộ bị thương và bị các chứng viêm.

Bị thương não do các nhân tố trên gây ra là rất nặng, có thể xuất hiện các di chứng như trở ngại trí tuệ hoặc tê liệt não, nhưng nếu như tổn thương não không nặng thì có thể làm cho trẻ em sau khi sinh ra có biểu hiện như: khả năng tự điều khiển thấp, khi học tập sức chú ý phân tán, học tập khó khăn. Quan điểm này được đưa ra từ năm 1902 khi đã được rất nhiều các chuyên gia khẳng định. Năm 1949 các nhà khoa học đã công nhận đây là tổn

thương não nhẹ, vì thế có ý định đặt tên là chứng tổng hợp tổn thương não nhẹ MBD, đây là một khái niệm rất mới.

Nhưng trên thực tế trong công tác lâm sàng, một số trẻ em có bị tổn thương não rõ rệt nhưng lại không có biểu hiện của bệnh hiếu động, mà những trẻ em có một số biểu hiện của bệnh hiếu động lại không tìm thấy những chứng của tổn thương não.

Xét từ các tình hình trên, không thể chứng minh rằng tổn thương não có thể gây nên bệnh hiếu động, nhưng cũng không thể phủ định có một số trẻ em bị bệnh hiếu động có một số liên quan đến tổn thương não nhẹ. Tóm lại, cần chú ý giữ gìn sức khỏe thời kỳ mang thai, khi sinh nở và thời kỳ trẻ sơ sinh thì mới có thể có tác dụng tích cực trong việc phòng bệnh hiếu động.

Tỷ lệ phát bệnh hiếu động ở trẻ có nhiều không?

Thống kê tỷ lệ phát bệnh hiếu động ở trẻ có sai khác rất lớn, từ 1 - 20%, trẻ trong độ tuổi đi học là 3 - 5%. Số liệu điều tra của Trung Quốc là 3 - 10%. Ở mỗi quốc gia có nền kinh tế, văn hóa xã hội khác nhau thì tỷ lệ phát bệnh cũng khác nhau. Tỷ lệ bị bệnh hiếu động theo báo cáo của Anh là chưa đến 1%, báo cáo của Mỹ là 5 - 10%, Hà Lan là 5 - 20%, Nhật Bản là 4%.

Các điều tra ở một số nơi của Trung Quốc cũng khác nhau: Thượng Hải 3 -10%, Bắc Kinh 8,6%, Quảng Châu 1,5%, Tây An 8%. Sự sai khác về tỉ lệ phát bệnh của trẻ có thể bị ảnh hưởng bởi ba nhân tố: Một là sự sai khác về tiêu chuẩn chẩn đoán. Hai là nhân tố chủ quan của cha mẹ và giáo viên khi miêu tả và cho điểm về triệu chứng của trẻ, có một số miêu tả thì nặng, cho điểm lại cao, có một số miêu tả thì nhẹ lại cho điểm thấp. Ba là mức nhận thức về giới tính, tuổi tác, văn hóa, xã hội, trình độ kinh tế, vị trí địa lý và xã hội của trẻ đối với bệnh hiếu động cũng có ảnh hưởng tới thống kê tỷ lệ phát bệnh.

Trẻ em nam bị bệnh hiếu động nhiều hơn trẻ em nữ. Trong đó tỷ lệ nam nữ là 4 - 9 : 1, biểu hiện triệu chứng ở cả bé trai và bé gái tuy đều là do sự thiếu hụt ý thức, nhưng bé trai do bẩm sinh thích hoạt động vì thế kèm theo rất nhiều biểu hiện hiếu động, dễ gây cho người khác ấn tượng của “bệnh hiếu động”. Còn bé gái thì ít hoạt động, dễ nhầm tưởng là không phải chứng hiếu động mà chỉ là khả năng trí tuệ kém. Vì vậy, bệnh ở bé trai đa số là biểu hiện trở ngại sức chú ý và kèm theo loại hoạt động nhiều (ADD), rất nhiều. Nếu như chẩn đoán nghiêng về trở ngại sức chú ý thì tỉ lệ phát bệnh ở trai và gái không có sự khác biệt quá lớn, chỉ khoảng 1,5:1, sự phát bệnh của bệnh này thường trước 7 tuổi, từ 7 - 14 tuổi là đỉnh cao của thời kỳ phát bệnh.

Chương ba

CÁCH NHẬN BIẾT
TRẺ BỊ MẮC BỆNH HIẾU ĐỘNG

Trẻ nhỏ có bị mắc bệnh hiếu động không?

“Trẻ nhỏ” là chỉ trẻ từ giai đoạn tuổi tháng thứ 2 sau khi sinh đến 3 tuổi. Xét từ những tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh mà chúng tôi đã giới thiệu, các nội dung đã đưa ra chỉ dùng với trẻ em độ tuổi đi học, vẫn chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ở trẻ nhỏ. Vì thế, nói một cách đúng hơn là thời kỳ trẻ nhỏ chưa có cách nào để chẩn đoán bệnh. Thế nhưng điều này không có nghĩa trẻ nhỏ không có những triệu chứng và biểu hiện của bệnh.

Thế nào gọi là hoạt động nhiều? Nói một cách khái quát, là mức hoạt động không tương xứng với độ tuổi (hoạt động quá độ) thì có thể gọi là hoạt động nhiều. Hay nói cách khác, hoạt động quá nhiều là hoạt động quá độ, xa rời mục tiêu và không thể tự điều khiển mình.

Thông qua những thu thập về bệnh sử của trẻ bị bệnh, rất nhiều bà mẹ nói với bác sỹ rằng vào

thời kỳ mang thai họ đã cảm thấy mức động thai rất lớn, số lần động thai cũng rất nhiều.

Sau khi sinh vài tháng, trẻ sẽ xuất hiện đau bụng, gào khóc nhiều, dễ kích động, khó ngủ và khó chăm sóc. Thông thường thì tuổi càng nhỏ, thời gian ngủ càng nhiều. Trẻ 6 tháng tuổi, mỗi ngày ngủ 15 - 20 giờ, 1 tuổi 15 - 16 giờ, 2 - 3 tuổi khoảng 12 - 14 giờ, 4 - 6 tuổi khoảng 11 - 12 giờ, 7 tuổi trở lên 9 - 10 giờ, bao gồm cả thời gian ngủ 1 - 2 giờ giữa ngày và đêm. Trẻ em bị bệnh này từ nhỏ ngủ đã ít lại dễ tỉnh, thời gian ngủ ngắn, đặc biệt là rất ít ngủ trưa.

Những đứa trẻ này từ nhỏ đã có biểu hiện sức chú ý mất tập trung, ví dụ, không thể chú ý vào trò chơi và sự hứng thú rất ngắn. Trong khi chơi tập thể, các bạn đều chơi thứ tự và quy tắc theo yêu cầu của trò chơi, thì trẻ bị bệnh này lại hoàn toàn khác, không thể nhẫn nại xếp hàng chờ, không thể chơi nhịp nhàng và hòa đồng với các bạn, chú ý đến các nơi khác, hoặc chơi trò mà tự chúng nghĩ ra, hoặc nhìn thấy một con côn trùng nhỏ bay bay hay một con bướm... liền đuổi bắt. Nghe thấy tiếng bước chân ngoài hành lang, tiếng nói, tiếng còi xe ô tô liền phân tán tư tưởng, thường bị thầy cô và cha mẹ cho rằng là trẻ “cá biệt”, quá hiếu động.

Hoạt động quá độ ở trẻ còn có các biểu hiện như: Trẻ đứng ngồi không yên một cách quá độ, chạy nhảy khắp nơi, không hề thấy lạ lẫm ở bất kỳ

nơi nào. Khi nghe cha mẹ hoặc cô giáo kể chuyện thì ngó nghiêng lung tung, nhấp nhồm, liên tục quay ngang quay ngửa, rất dễ bị thu hút bởi xung quanh và đi làm việc khác, có lúc nói rất nhiều, làm việc gì thì qua loa đại khái, không có trình tự, có lúc còn xuất hiện động tác nguy hiểm.

Có một số trẻ bị bệnh còn xung động tùy tiện, dễ cáu gắt, hay tủi thân hay tự ái, tàn nhẫn với động vật, thường làm hỏng tài sản trong nhà hoặc nơi công cộng, khó giáo dục.

Biểu hiện của bệnh hiếu động ở trẻ trong độ tuổi đi học?

Tuổi đi học là chỉ trẻ từ 6 - 12 tuổi. Trẻ bị bệnh ở thời kỳ này có thể xuất hiện những biểu hiện điển hình và rõ rệt. Tóm lại, có hai triệu chứng chủ yếu và một số triệu chứng thường gặp khác là:

+ Sức chú ý không tập trung: Điều này thường được công nhận là một trong những biểu hiện chủ yếu của bệnh, là triệu chứng để nhận biết về bệnh. Những nghiên cứu hiện đại đã phát hiện, trẻ bị bệnh có các biểu hiện như sự mất tập trung, phân tán chú ý, hoàn thành không tốt các bài tập, khả năng kiểm chế và lựa chọn phản ứng vận động kém. Biểu hiện thường gặp nhất là: trong giờ học không tập trung, không nghiêm túc nghe giáo viên giảng bài, dễ bị phân tán lời cuốn từ bên ngoài, mắt nhìn lên bảng

nhưng không chú ý, thầy cô giáo giảng gì cũng không nghe thấy, khi giáo viên gọi thì hốt hoảng, không trả lời được. Về nhà làm bài tập thì lúc làm lúc nghỉ, những bài tập chỉ cần 30 phút để hoàn thành thì mất đến hàng giờ thậm chí nhiều hơn. Cho dù khi thi, cũng xuất hiện hiện tượng không tập trung mà không có cách nào để điều khiển, không thể hoàn thành bài thi đúng giờ. Làm bài tập do qua loa nên thường sai, làm mọi việc đều không có trình tự, bỏ dở nửa chừng và thường làm cho người khác có cảm giác khó chịu.

+ Hoạt động quá nhiều: Là một trong những triệu chứng thường gặp ở nhà, ở trường hay đến nơi lạ khác, trẻ thường tỏ ra quá hiếu động, không nghe lời, không thể khuyên bảo được. Khi lên lớp, không thể ngồi yên nghe giảng mà làm rất nhiều việc riêng, quay trái quay phải, hoặc đứng lên, nghiêm trọng hơn là rời khỏi chỗ và đi lại lung tung trong lớp, như đi đến cửa sổ để xem xem âm thanh ngoài sân vận động là thế nào, tại sao lại có âm thanh đó và thường xuyên vi phạm kỷ luật trong lớp. Cho dù có bị phạt thì lần sau vẫn phạm phải, lên lớp nói chuyện thậm chí còn nói to, nói leo, hay gây mất trật tự. Những hành động này thường đường đột, xung động, mạo hiểm, làm việc không có suy nghĩ, hoặc bất chấp hậu quả, có lúc còn có tính mạo hiểm, hung bạo và phá hoại.

Ngoài hai đặc trưng chủ yếu trên, còn có một số triệu chứng khác, bao gồm cả xung động hành vi và tình cảm, trở ngại nhận biết, thành tích học tập không tốt và có tính dao động lớn, nhưng trí tuệ của trẻ bị bệnh thì bình thường. Nói một cách cụ thể, tính xung động biểu hiện là tình cảm tinh thần không ổn định, dễ bị kích động, dễ quá kích thích, dễ bị ảnh hưởng của ngoại cảnh, dễ giãy vò mà nản lòng, mất ý chí, không tiếp thu những lời khuyên tốt của mọi người, dễ cáu, thậm chí còn xuất hiện hành vi có tính công kích.

Trở ngại nhận biết có thể là một đặc điểm khác của trẻ bị bệnh. Biểu hiện cụ thể là: viết lộn nét, viết ngược, viết sót chữ, lẫn lộn giữa dấu “+” và dấu “-”. Ví dụ, kết quả của phép cộng $8 + 6 = 41$ (viết lộn vị trí của 14) hoặc viết bằng 2 (biến phép cộng thành phép trừ), viết b thành d, p thành q hay “con yêu mẹ” viết thành “mẹ tôi”...

Do khi lên lớp tư tưởng không tập trung, không chú ý nghe giảng, hoạt động nhiều, hành vi xung động, kết quả học tập có sự thay đổi lớn, ví dụ như cùng một đề thi thì làm lạc đề, kết quả có thể chỉ được 2 đến 3 điểm. Nhưng dưới sự giám sát của thầy giáo, khi kiểm tra lại kết quả có thể đạt 8, 9 điểm, thậm chí 10 điểm. Kết quả 2 lần có sự sai khác lớn làm mọi người khó tin. Rõ ràng sự tồn tại

của các nhân tố như trở ngại nhận thức, ảnh hưởng đến thành tích học tập của học sinh.

Trẻ mới bước vào tiểu học không thích nghi được tốt với môi trường. Liệu đây có giống với bệnh hiếu động không?

Biểu hiện chủ yếu là khả năng tự khống chế kém, không thể tuân theo kỷ luật lớp học, không có hứng thú với học tập, khi giáo viên giảng bài tư tưởng không tập trung, hay làm việc riêng trong giờ, tùy tiện thích làm gì thì làm.

Nguyên nhân của các hiện tượng này có nhiều phương diện. Trước hết là thói quen sinh hoạt của học sinh có những thay đổi rõ rệt, môi trường ở nhà hoặc ở nhà trẻ rất thoải mái bỗng chốc phải làm quen với thời gian nghiêm khắc ở trường tiểu học. Không được ngủ trưa một cách thoải mái, học tập trở thành hoạt động chính, không phải vui chơi là chủ yếu như trước nữa mà phải ngồi trong lớp học một cách nghiêm túc. Trước những thay đổi này, một số trẻ có thể xuất hiện sự không thích ứng.

Trẻ vừa bước vào môi trường lạ lẫm, cần phải làm quen với giáo viên và bạn bè, hơn nữa với yêu cầu nghiêm khắc của giáo viên, động tác của chúng còn chậm nên dễ sinh ra lo lắng.

Nhưng tình hình này chỉ là tạm thời, qua một quãng thời gian thích ứng, trẻ có thể dần thay đổi.

Các bậc cha mẹ và giáo viên không nên thấy trẻ có hiện tượng này liền quy là bị bệnh hiếu động.

Có sự khác nhau giữa biểu hiện bệnh ở những trẻ trai và trẻ gái?

Thông thường, học sinh nam và học sinh nữ trong trường học có những sự khác nhau: Học sinh nam thì thích nghịch, ngang bướng, còn học sinh nữ thì rất thanh lịch, nhút nhát. Do sự khác biệt trên nên với trẻ bị bệnh hiếu động thì biểu hiện giữa nam và nữ cũng khác nhau.

Nếu như trẻ em nam bị bệnh hiếu động có đặc điểm là ngoài sức chú ý không thể tập trung ra còn có các biểu hiện khác như chạy nhảy leo trèo nhiều, suốt ngày bận rộn, muốn gì làm nấy, không nghĩ đến hậu quả, ở trường không tuân theo kỷ luật, không nghe lời dạy bảo làm giáo viên rất khó trong việc quản lý giáo dục, thì biểu hiện bệnh ở trẻ em nữ lại là khi lên lớp có thể ngồi yên trong lớp nhưng khi thầy giáo giảng bài lại nói chuyện và cười nói tùy tiện với các bạn xung quanh, nghịch cặp sách, bút chì và những đồ chơi mang từ nhà đi, có lúc tuy ngồi tại chỗ, mắt nhìn về phía trước nhưng trong đầu thì trống rỗng, hoặc nghĩ lung tung gì đó, không nghe được nội dung bài giảng của giáo viên, tâm nhìn vô định, không thấy bảng đen và thầy giáo trước mặt. Khi giáo viên gọi lên trả lời câu hỏi thì

như ngủ mơ, thậm chí còn không biết thầy giáo vừa hỏi gì.

Các bậc cha mẹ làm thế nào để nhận biết trẻ bị bệnh hiếu động?

Do môi trường sống, tố chất bản thân và trình độ văn hóa của các bậc cha mẹ khác nhau nên yêu cầu với trẻ cũng khác nhau, nhận thức và sự hiểu biết của họ về sức chú ý không tập trung và hoạt động quá độ của trẻ cũng khác nhau.

Khi các bậc phụ huynh thấy con mình có biểu hiện về sức chú ý không tập trung, hoạt động quá nhiều, cách tốt nhất là đưa con đến bác sĩ để được tư vấn và khám bệnh. Nhưng cũng phải kết hợp biểu hỏi đáp triệu chứng bệnh ở trẻ - conners để đối chiếu với con mình, cho điểm để xem liệu con mình có bị bệnh không?

Biểu hỏi đáp dành cho cha mẹ conners (PSQ) do học giả người Mỹ đưa ra vào năm 1969, có 93 câu. Năm 1976 rút lại còn 48, do chính cha mẹ hoặc người thân của trẻ điền. Có 4 cấp cho điểm (0, 1, 2, 3) tiêu chuẩn cho điểm: 0 điểm: không có; 1 điểm: thỉnh thoảng xuất hiện; 2 điểm: thường xuyên xuất hiện; 3 điểm: rất nhiều (xem biểu 1). 48 câu quy lại gồm 6 ước số: vấn đề đạo đức, học tập, trở ngại tâm lý, xung động hoạt động nhiều, chỉ số lo lắng và hoạt động nhiều. Những câu hỏi này cơ

bản khái quát được những vấn đề hành vi thường gặp ở trẻ, cũng có thể dùng để đánh giá xác định hiệu quả điều trị của thuốc kích thích trung khu và hành vi với bệnh này ở trẻ. Cách cho điểm rất đơn giản. Cách làm như sau: các lượng biểu phân thành từng phần, trừ số điều mục của lượng biểu và lấy $X \pm 2SD$ tiêu biểu ở phạm vi bình thường. Nếu như điểm >2 tiêu chuẩn sai số (SD), điều đó chứng minh ước số này cho thấy đứa trẻ đó đã xuất hiện biểu hiện khác thường. Chỉ số hoạt động nhiều nếu quá 1,5 thì cho thấy trẻ có hành vi hoạt động nhiều (xem biểu 2).

Biểu conners 1: Câu hỏi về triệu chứng từ cha mẹ

Các mục	Mức độ			
	Không	Hơi có	Tương đối nhiều	Rất nhiều
	1	2	3	4
1. Hay làm việc riêng nào đó (cắn móng tay, mút tay, kéo tóc, kéo sợi chỉ trên áo)				
2. Vô lễ, thô lỗ với người lớn				

3. Có vấn đề trong việc kết bạn và giữ tình bạn				
4. Dễ kích thích, xung động				
5. Thích khoa chân múa tay				
6. Mút hoặc nhai cắn (ngón tay, quần áo, thảm)				
7. Dễ hoặc thường khóc				
8. Hay cáu giận				
9. Hay mơ màng, không tập trung.				
10. Học tập khó khăn				
11. Đứng ngồi không yên				
12. Sợ hãi (môi trường mới: nơi lạ, ở trường).				
13. Nhấp nhੌm, thường bận rộn				

14. Tính phá hoại				
15. Nói dối hoặc tạo tình tiết...				
16. Xấu hổ				
17. Gây nhiều phiền phức hơn các bạn khác				
18. Nói không giống các bạn cùng tuổi (nói giống trẻ con, khó hiểu)				
19. Không nhận lỗi hoặc quy tội người khác				
20. Dễ cãi nhau				
21. Bực tức				
22. Ăn trộm				
23. Không phục tùng hoặc miễn cưỡng phục tùng				
24. Trầm hơn các bạn khác (lo lắng, cô đơn, hay nghĩ về bệnh tật, chết chóc)				

25. Làm việc không theo tuần tự				
26. Tình cảm dễ bị tổn thương				
27. Bắt nạt người khác				
28. Không thể dừng hoạt động hay lặp lại các hoạt động				
29. Thiếu tình yêu thương với đồng loại hay loài vật				
30. Dễ phân tâm hoặc thiếu sức chú ý				
31. Đau đầu				
32. Non nớt, không thành thực (việc mà mình đáng ra biết lại cần người khác giúp đỡ, thường cần người khác động viên, ủng hộ)				

33. Tình cảm thay đổi nhanh và mạnh mẽ				
34. Không thích tuân thủ				
35. Thường đánh nhau				
36. Không thể hòa hợp được với anh chị em				
37. Không cố gắng làm việc, nản lòng				
38. Quấy rối trẻ em khác				
39. Về cơ bản là một đứa trẻ không thoải mái				
40. Có vấn đề về ăn uống (ăn uống kém)				
41. Đau dạ dày				

42. Có vấn đề ngủ (khó ngủ hoặc hay dậy đêm)				
43. Các đau đớn khác				
44. Ghê cổ, nôn				
45. Cảm thấy bị bắt nạt trong gia đình				
46. Tự khoa trương và nói khoác				
47. Để cho người khác bắt nạt mình.				
48. Có vấn đề về đại tiện (đi đại tiện không theo quy tắc, táo bón)				

Hướng dẫn cho điểm:

Không có: 0 điểm; hơi có: 1 điểm; tương đối nhiều: 2 điểm; rất nhiều: 3 điểm.

Biểu conners 2: Mô hình thường ước số câu hỏi triệu chứng dùng cho cha mẹ

Tuổi	Giới tính	Số mẫu	Ước số I		Ước số II		Ước số III		Ước số IV		Ước số V	
			x	sd	x	sd	x	sd	x	sd	x	sd
3 - 5	Nam	45	0.53	0.39	0.50	0.33	0.07	0.15	1.01	0.65	0.60	0.61
	Nữ	29	0.49	0.35	0.62	0.57	0.10	0.17	1.15	0.77	0.51	0.59
6 - 8	Nam	76	0.50	0.40	0.40	0.64	0.13	0.23	0.92	0.60	0.51	0.51
	Nữ	57	0.41	0.28	0.28	0.45	0.19	0.27	0.95	0.59	0.57	0.66
9 - 11	Nam	73	0.53	0.38	0.54	0.52	0.18	0.26	0.92	0.60	0.42	0.47
	Nữ	55	0.40	0.36	0.43	0.38	0.17	0.28	0.80	0.59	0.49	0.57
12-14	Nam	59	0.49	0.41	0.66	0.57	0.22	0.44	0.82	0.54	0.58	0.59
	Nữ	63	0.39	0.40	0.44	0.45	0.23	0.28	0.72	0.55	0.54	0.53
15-17	Nam	38	0.47	0.44	0.62	0.55	0.13	0.26	0.70	0.51	0.59	0.58
	Nữ	34	0.37	0.33	0.35	0.38	0.19	0.25	0.60	0.55	0.51	0.53

Chú ý:

Ước số 1: Vấn đề về đạo đức là câu hỏi 2, 8, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 33, 34, 39.

Ước số 2: Vấn đề học tập gồm các câu hỏi 10, 25, 31, 37.

Ước số 3: Trở ngại tâm lý gồm các câu hỏi 32, 41, 43, 44, 48.

Ước số 4: Hoạt động nhiều, xung động gồm các câu hỏi 4, 5, 11, 13.

Ước số 5: Tâm lý lo lắng, bao gồm các câu hỏi 12, 16, 24, 47.

Chỉ số hoạt động nhiều, bao gồm các câu hỏi 4, 7, 11, 13, 14, 25, 31, 33, 37, 38.

Giáo viên làm thế nào để đánh giá xem trẻ có bị bệnh hiếu động hay không?

Conners cũng có một loại biểu lượng chuyên cho giáo viên sử dụng, gọi là “biểu lượng dùng cho giáo viên conners” (TRS). Biểu này vốn có 39 điều mục. Năm 1978, biểu này đã được rút lại còn 27 mục, cách dùng thuận tiện. Giáo viên đánh giá các học sinh mình đã dạy cũng căn cứ theo 4 nh vi đạo đức, hoạt động nhiều, sức chú ý khô cấp, từ 0 - 3 (biểu 3). Cuối cùng đánh giá 4 ước số: Hàng tập trung, xung động và chỉ số hoạt động nhiều. Phương pháp tính toán: phân ước số thêm phương pháp tính toán ước số PSQ (biểu 4).

Biểu 3: Biểu lượng giáo viên dùng để đánh giá conners

Các mục	Mức độ			
	Không có	Hơi có	Tương đối nhiều	Rất nhiều
1. Trong lớp hay quay ngang quay ngửa				

2. Tạo tiếng ồn ở những nơi không nên gây ồn				
3. Đưa ra yêu cầu bắt buộc lập tức phải đáp ứng				
4. Tức giận và có những hành động không thể lường trước				
5. Rất dị ứng với lời phê bình				
6. Dễ phân tâm hoặc sức chú ý không tập trung trở thành vấn đề thường xuyên				
7. Làm phiền các trẻ em khác				
8. Tâm nhìn vô định				
9. Hay tức giận				
10. Tâm lý biến đổi nhanh và kịch liệt				
11. Dễ cãi nhau				

12. Có thể tuân theo quyền uy				
13. Đứng ngồi không yên, thường rất bận rộn				
14. Dễ kích thích, dễ xung động				
15. Muốn gây sự chú ý của giáo viên				
16. Rất không hoà hợp với tập thể				
17. Dễ bị trẻ khác lãnh đạo				
18. Thiếu ý thức tranh giành công bằng, hợp lý				
19. Thiếu năng lực lãnh đạo				
20. Làm việc không có trình tự				
21. Non nớt, không thành thực				
22. Chối cãi và quy tội cho người khác				

23. Khó hòa hợp với trẻ khác				
24. Không hợp tác với các bạn học				
25. Trong khi cố gắng dễ bị nản lòng				
26. Không hợp tác với giáo viên				
27. Học tập khó khăn				

Hướng dẫn cho điểm: Không có: 0 điểm; hơi có: 1 điểm; tương đối nhiều: 2 điểm; rất nhiều: 3 điểm.

Độ tin cậy, hiệu quả của biểu lượng cơ bản thông qua kiểm nghiệm. Đối với giáo viên, phải quan sát và phân tích một cách khách quan hành vi và đặc điểm tâm lý học sinh của mình. Tránh chủ quan, võ đoán.

Biểu 4: Mô hình thường gặp ước số lượng biểu đánh giá dùng cho giáo viên

Tuổi	Giới tính	Số mẫu	Ước số I		Ước số II		Ước số III		Chỉ số hoạt động nhiều	
			x	sd	x	sd	x	sd	x	sd
3 - 5	Nam	13	0.45	0.80	0.79	0.89	0.92	1.00	0.81	0.96
	Nữ	11	0.53	0.68	0.69	0.56	0.72	0.71	0.74	0.46

4 - 8	Nam	60	0.32	0.43	0.60	0.65	0.76	0.74	0.58	0.67
	Nữ	42	0.28	0.37	0.28	0.38	0.47	0.64	0.36	0.45
9 - 11	Nam	59	0.50	0.66	0.70	0.78	0.85	0.73	0.67	0.65
	Nữ	49	0.28	0.49	0.38	0.51	0.49	0.53	0.38	0.48
12 - 14	Nam	46	0.23	0.38	0.41	0.49	0.71	0.63	0.44	0.43
	Nữ	48	0.51	0.23	0.19	0.27	0.32	0.42	0.18	0.24
15 - 17	Nam	30	0.22	0.37	0.34	0.44	0.68	0.67	0.41	0.43
	Nữ	25	0.33	0.68	0.32	0.63	0.45	0.47	0.36	0.62

Chú ý:

Ước số I: Vấn đề đạo đức, gồm các câu hỏi 4, 5, 6, 10, 11, 12, 23, 27.

Ước số II: Hoạt động nhiều, gồm các câu hỏi 1, 2, 3, 8, 14, 15, 16.

Ước số III: Không chú ý, bị động gồm các câu hỏi 7, 9, 18, 20, 22, 26, 28.

Chỉ số hoạt động nhiều, gồm các câu hỏi 1, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 21, 26.

Có phương pháp nào đánh giá bệnh hiếu động một cách đơn giản, rõ ràng?

Ở trên chúng tôi đã giới thiệu biểu lượng câu hỏi dành cho cha mẹ conners và biểu lượng cho điểm dùng cho giáo viên conners. Ngoài ra còn có một cách gọi là câu hỏi về triệu chứng bệnh đơn giản rõ ràng conners (ASQ) có thể dùng để đánh giá xem liệu trẻ có bị bệnh hay không.

Phương pháp này vừa đơn giản, tiện lợi vừa thực dụng, thích hợp dùng cho cha mẹ của trẻ, giáo viên, bác sỹ hoặc nhà tâm lý, đây là một cách kiểm tra sàng lọc trước khi đưa ra kết luận bệnh hiếu động ở trẻ. ASQ gồm 10 mục, là một số triệu chứng thường gặp. Cách sử dụng thuận tiện, tính toán đơn giản, mỗi mục cho điểm 4 cấp từ 0 - 3, nếu như >15 điểm, thì có thể kết luận trẻ bị bệnh trở ngại hoạt động nhiều. Trong lâm sàng thường dùng để quan sát hiệu quả điều trị bệnh này(xem biểu 5).

**Biểu 5: Câu hỏi triệu chứng đơn giản rõ ràng
conners**

Các mục	Mức độ			
	Không có	Hơi có	Tương đối nhiều	Rất nhiều
1. Không ngồi yên hoặc hoạt động quá nhiều				
2. Dễ kích động, rất xung động				
3. Làm phiền các bạn khác				
4. Khó hoàn thành công việc mới bắt đầu				

5. Sức chú ý kém				
6. Đứng ngồi không yên				
7. Yêu cầu đưa ra muốn nhất thiết được đáp ứng ngay, dễ bị chèn ép				
8. Dễ xúc động (khóc)				
9. Tâm lý biến đổi nhanh				
10. Dễ cáu bẳn, xuất hiện những hành vi nóng nảy, hấp tấp và không thể kiểm soát				

Thế nào gọi là chứng nhuyễn thể hệ thống thần kinh?

Các tổ chức trong cơ thể bao gồm 10 hệ thống khác nhau. Ví dụ như hệ thống hô hấp, hệ thống tuần hoàn, hệ thống thần kinh... Mỗi hệ thống có kết cấu tổ chức và chức năng riêng. Khi phát bệnh sẽ xuất hiện những thể chứng và triệu chứng lâm sàng, hệ thống thần kinh cũng như vậy. Hệ thống thần kinh bao gồm hai bộ phận lớn là tính trung khu

và chu vi. Bất kể khi bộ phận nào bị bệnh đều xuất hiện thể chứng dương tính nhất định, đặc biệt là khi hệ thống thần kinh trung khu bệnh có thể xuất hiện thể chứng bó hình nón hoặc chứng kích thích màng não. Chứng bó hình nón có biểu hiện như co gập mắt cá chân... cho thấy não có tổn thương, chứng đau đầu bên trái cho thấy não bên phải bệnh biến, chứng bên phải cho thấy não bên trái có vấn đề. Vì thế, khi hệ thần kinh trung khu bệnh biến thì chắc chắn có tổn thương với bản chất não hoặc chứng bó hình nón.

Một cách thử nghiệm khác là: Yêu cầu trẻ làm một số động tác khéo léo nhịp nhàng, rồi quan sát xem liệu có xuất hiện hiện tượng không đối xứng, không nhịp nhàng, chẳng hạn yêu cầu trẻ dùng hai cổ tay xoáy nhanh, dùng một tay vỗ vào mu tay kia, dùng ngón tay dí vào mũi (cánh tay thẳng ra), lấy ngón tay của bàn tay này nối với ngón tay của bàn tay khác... Trong trường hợp bình thường, những động tác này đều được làm một cách rất nhịp nhàng, nhưng khi các bộ phận khác như bó hình nón, não nhỏ có tổn thương... thì những động tác này sẽ không nhịp nhàng, thậm chí cũng có thể xuất hiện ở những trẻ bình thường. Theo cách nói của các bác sỹ thần kinh thì những triệu chứng cơ thể này không có ý nghĩa định vị hệ thống thần

kinh chắc chắn cho dù kết quả xét nghiệm có dương tính cũng không thể nói rõ bộ phận nào của hệ thống thần kinh có vấn đề, vì vậy gọi nó là chứng nhuyễn thể.

Trong những trẻ bị bệnh hiếu động, có khoảng 50% trường hợp bệnh xuất hiện 1 - 2 loại chứng nhuyễn thể hệ thống thần kinh. Có một số tư liệu cho thấy tỷ lệ chứng nhuyễn thể cao đến 67,5%. Tuy nhiên, không thể chỉ dựa vào chứng nhuyễn thể hệ thống thần kinh để chẩn đoán bệnh nhưng coi nó là một chỉ tiêu tham khảo chẩn đoán thì vẫn có một ý nghĩa nhất định.

Thế nào gọi là trẻ có vấn đề về hành vi?

Một số trẻ em ngang bướng nghịch ngợm, bị thầy cô giáo yêu cầu cha mẹ đưa đi khám xem có bị mắc chứng hoạt động nhiều. Những đứa trẻ này thường có những biểu hiện như: Bướng bỉnh càn quấy, khó cải tạo giáo dục, có hành vi công kích và phản đạo đức, hay vi phạm kỷ luật, không nghe lời giáo viên và cha mẹ. Trẻ em nam biểu hiện là kích thích tính cơ thể dễ gây gổ với người khác, trẻ em gái có biểu hiện là ngôn ngữ có tính công kích. Nguy hiểm hơn thì có thể xuất hiện hành vi đi ngược lại đạo đức xã hội hoặc hành vi không phù hợp với chuẩn mực đạo đức và quy tắc xã hội như nói dối, trốn học, đi lang thang bụi đời, ăn cắp, lừa

đối. Những đứa trẻ này thuộc loại trẻ bị trở ngại đạo đức, chúng tôi gọi nhóm này là trẻ có vấn đề về hành vi.

Theo mức độ nghiêm trọng của một số hành vi không thích hợp, xếp giảm dần theo thứ tự là:

- Công kích: Công kích thầy giáo hoặc các bạn bằng lời nói hoặc hành động.

- Thiếu đạo đức: Như lừa dối, nói dối, ăn trộm, cười trên nỗi đau của người khác.

- Chống quyền uy: Trẻ em có tâm lý phản nghịch, cự tuyệt với sự đối xử của giáo viên.

- Phá rối tập thể: Nói to, hò hét to, chạy lung tung trong lớp, học thói xấu, ném đồ lung tung.

- Ý thức suy giảm: Chơi bời khắp nơi, không làm bài tập, bỏ học không có lý do.

Những tài liệu nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ phát sinh của trẻ em có vấn đề tâm lý là 2,9 - 13,6%, tỷ lệ này có sự chênh lệch rất lớn, bởi vì có nhiều phương pháp nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau. Thời kỳ đi học 7 - 8 tuổi là thời kỳ phát triển đỉnh cao của bệnh hiếu động, trong đó tỷ lệ phát sinh ở trẻ nam nhiều hơn nữ, nam : nữ = 8,9: 1. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra trở ngại đạo đức (hành vi có vấn đề) ở trẻ như: Di truyền, tác dụng hormon, sự trao đổi chất của thần kinh và nhân tố sinh lý, giải phẫu thần kinh của cơ thể (phần sâu đại

não và hệ thống vùng ven) hoạt động diện không bình thường. Những nhân tố này có tác dụng lẫn nhau như thế nào, cái gì là nhân tố có vai trò quyết định và trong điều kiện nào nhân tố nào thúc đẩy sự chuyển hóa hoặc không chuyển hóa thành vấn đề hành vi thì hiện nay vẫn còn rất mơ hồ, giống “thầy bói xem voi” chỉ thấy cái bộ phận mà chưa thấy cái tổng thể. Những người có trách nhiệm và tâm huyết vẫn đang nghiên cứu và tìm hiểu thêm về căn nguyên của bệnh này.

Thế nào gọi là trở ngại nhận thức?

Các nhà tâm lý học, giáo dục học và bác sĩ thần kinh thường nhắc đến chứng “trở ngại nhận thức” và coi trở ngại này là biểu hiện đặc trưng của một số bệnh.

Muốn hiểu được “trở ngại nhận thức”, trước tiên hiểu rõ thế nào là “nhận thức”.

Vào những năm 50 của thế kỷ XX, rất nhiều nhà tâm lý học cho rằng quá trình nhận biết ở trẻ em thực chất là quá trình phát triển tâm lý. Trong hoạt động động tác ở mức cảm giác - cơ quan cảm giác đầu tiên của trẻ, cùng với trẻ tham gia điều tiết để nhận biết sự vật, đó cũng chính là lúc đứa trẻ biết dùng cách tương tự để thử tiếp xúc với những vật mới, dùng cách mới để đối phó với những vấn đề bằng khả năng ngôn ngữ mà trẻ có được, dần dần

chúng sẽ biết dùng ký hiệu khái niệm hóa. Giải tỏa là hình thức hoạt động tư duy chủ yếu của trẻ, là trình tự tâm lý, cũng là quá trình chuyển đổi thông tin. Quá trình thao tác thêm hoặc bớt cũng là một loại tính toán, tính toán giúp trẻ em có thể tiến hành các hoạt động như: Tư duy so sánh, phân loại, xếp thứ tự. Tóm lại, nhận thức chính là quá trình tri giác, ghi nhớ và tư duy. Trên cơ sở tri giác ghi nhớ và tư duy thì chủ thể của xử lý nhận thức cùng với sự phát triển các thao tác ký hiệu của hình thức nhận biết cấp cao như giả thiết, đánh giá và suy luận logic ngày càng phát triển. Sự đánh giá ở đây là chỉ quá trình tư duy hoặc kết quả tư duy của trẻ trong việc giải quyết vấn đề. Có 2 loại tư duy khác nhau: Một loại gọi là xung động, một loại gọi là thận trọng vững chắc; cả hai loại đều có liên quan đến đặc trưng khí chất bẩm sinh. Còn suy luận logic là hình thức tư duy theo kiểu “nếu... thì....”

Những nghiên cứu về sự phát triển nhận biết của trẻ trên thế giới mấy năm gần đây cho thấy, nhận biết bao gồm: Khái niệm số học, khái niệm tự nhiên (tương tự như thời gian, quan hệ không gian, vận động khách quan, sinh vật và phi sinh vật); tư duy (khả năng phân loại khái quát, khả năng phán đoán và suy luận logic, khả năng lí giải); và trí nhớ. Sự phát triển nhận biết của trẻ là quá trình từ gần đến xa, từ cụ thể đến toàn bộ, từ mặt trong đến mặt

ngoài, từ nông đến sâu; nhận biết trực tiếp và gián tiếp, lúc mất lúc có, tức là lúc liên tục, lúc phân giai đoạn. Quá trình nhận biết không giống nhau, trong đó có thời kỳ nhanh và thời kỳ ổn định tương đối. Sự phát triển nhận thức của trẻ thường chịu ảnh hưởng của cảm xúc ban đầu.

Từ đó có thể thấy, trở ngại nhận biết thực chất chính là trở ngại trong quá trình phát triển tâm lý, trẻ bị bệnh xuất hiện các vấn đề về khái niệm, số học, khái niệm tự nhiên, tư duy và trí nhớ... Về học tập, các hiện tượng thường gặp như khi viết thường viết sót, viết lên dòng xuống dốc, viết sai, viết ngược hoặc lộn vị trí các nét. Ví dụ như, viết “b” thành “d”, “6” thành “9”, “+” thành “-”.

Trở ngại nhận biết không chỉ xuất hiện ở trẻ bị bệnh hiếu động, mà còn có thể xuất hiện ở những trẻ khó khăn trong học tập, có lúc cũng xuất hiện ở trẻ bình thường. Vì vậy, phải kết hợp tình hình cụ thể của trẻ để tổng hợp phân tích mới đưa ra được kết luận một cách chính xác.

Thế nào là hành vi thích ứng xã hội?

Hành vi thích ứng xã hội là một bộ phận quan trọng trong sự phát triển tâm lý, cũng là bộ phận hợp thành chủ yếu của trí tuệ cá thể. Các nhà tâm lý học về trẻ em cho rằng phản ánh trí tuệ của một đứa trẻ bao gồm 2 bộ phận lớn là: chỉ số thông minh và

khả năng thích ứng xã hội. Chỉ số thông minh là kết quả được trắc nghiệm thông qua dụng cụ đo đặc nhất định, còn hành vi thích ứng là một khả năng sống thích ứng với hoàn cảnh bên ngoài, tức là khả năng đối phó và thích ứng cần có của cá thể với xã hội và môi trường tự nhiên xung quanh. Nhà nghiên cứu về phát dục trẻ em nổi tiếng thế giới Ernesto lại biểu thị năng lực này bằng khả năng thích ứng vật. Đây là khả năng tổng hợp, phân tích của trẻ với sự vật bên ngoài và cũng là khả năng vận dụng kinh nghiệm đã qua để giải quyết vấn đề mới. Còn khả năng thích ứng là khả năng giao lưu với người khác và khả năng sống của trẻ. Hiệp hội trí lực thấp của Mỹ (AAMD) định nghĩa hành vi thích ứng là “tính hữu hiệu của cá thể thích ứng với môi trường tự nhiên và xã hội”, sau đó lại định nghĩa chính xác hơn là “cá nhân có thể độc lập xử lý cuộc sống hàng ngày và có trách nhiệm với xã hội, gia đình ở mức độ hợp lý so với độ tuổi và mức độ kỳ vọng của điều kiện văn hóa xã hội mà trẻ ở” và coi đây là tiêu chuẩn chẩn đoán hiện tượng trí lực thấp có biểu hiện là thiếu khả năng thích ứng với môi trường.

Giáo sư Tả Đôn Hoa - chuyên gia bệnh thần kinh trẻ em nổi tiếng của Trung Quốc vào năm 1988 đã lấy biểu lượng “kiểm tra năng lực sống xã hội S - M” của Nhật Bản làm gốc, tiến hành công việc tiêu chuẩn hóa lại và tiêu chuẩn này đã trở

thành biểu lượng hành vi thích ứng thích hợp với tình hình Trung Quốc, gọi đó là “biểu lượng khả năng thích ứng xã hội của học sinh trung học cơ sở”. Biểu lượng này dùng cho độ tuổi từ 6 tuổi đến 15 tuổi. Trong đó, hành vi thích ứng được đánh giá chia làm 6 lĩnh vực:

+ Năng lực sống độc lập: Bao gồm khả năng tự ăn uống, thay quần áo, mặc quần áo, tự lo đại tiểu tiện, vệ sinh cá nhân như (tắm, rửa mặt, đánh răng, gội đầu, chải đầu, cắt móng tay, quét và sắp xếp trang trí phòng).

+ Khả năng vận động: Bao gồm việc đi lại, lên bậc thang, qua đường, qua cửa, chơi ở ngoài, đến những nơi thường đi, tự đi học, nhận biết tín hiệu giao thông, tuân thủ quy tắc giao thông, dùng phương tiện giao thông tự đến những nơi lạ...

+ Khả năng cá nhân: Làm bài tập, rót sữa, chuẩn bị và dọn dụng cụ ăn, cắt hình tròn, mở nắp lọ, cởi dây giày, dùng ốc vít, dùng đồ điện, đun nước sôi, nấu ăn, sử dụng máy tính, sửa dụng cụ gia đình...

+ Giao lưu: Nói, hiểu những mệnh lệnh đơn giản, nói ra tên và họ của mình, nói ra những tin đã nghe được, nói chuyện, gọi điện, đọc và hiểu những sách và báo đơn giản, viết tin nhắn, viết thư và nhật ký, tra từ điển.

+ Tham gia các hoạt động tập thể: Chơi trò chơi, cùng chơi với các bạn, tham gia trực nhật trong lớp, trong trường và các hoạt động ngoại khóa, tham gia các cuộc du lịch của trường...

+ Quản lý bản thân: Thường tự mình độc lập làm mọi việc sau khi hiểu, có thể nhẫn nại, không tùy tiện lấy đồ của người khác, không nũng nịu người lớn, đi ngủ đúng giờ, tự điều khiển bản thân và không đưa ra những yêu cầu vô lí, không nói những điều không nên nói, không tiêu tiền lung tung, mua đồ một cách có kế hoạch, quan tâm đến em nhỏ hơn mình và người già, chú ý phòng tránh phát sinh bệnh, tự lập kế hoạch học tập...

Những nội dung trên đây là một bộ phận trong toàn bộ nội dung hành vi thích ứng xã hội.

Rất nhiều nhà tâm lý học cho rằng, giữa chỉ số thông minh và hành vi thích ứng xã hội có lúc xuất hiện không giống nhau. Lúc đó, ý nghĩa của hành vi thích ứng xã hội lớn hơn chỉ số thông minh.

Liệu Quý Hải có mắc bệnh hiếu động không?

Quý Hải, là học sinh nam, 8 tuổi, học lớp 2, do trong giờ học không tập trung, hoạt động nhiều nên bị cha mẹ mang đến phòng khám tư vấn tâm lý.

Cả bố và mẹ của Quý Hải đều nói rằng, từ nhỏ cậu đã hiếu động, ở nhà trẻ và mẫu giáo đều nháp

nhỏ, khi cô giáo kể chuyện thường không lắng nghe. Khi vào tiểu học, lên lớp không chịu khó nghe giảng, không ngồi yên, ngó ngang ngó dọc, làm việc riêng hoặc nói chuyện. Nếu có chuyện gì xảy ra, ví dụ ở ngoài lớp bỗng nhiên có con côn trùng bay vào, liền săn bắt, phá vỡ kỷ luật lớp học. Về nhà làm bài tập không thể làm một mạch mà lúc làm lúc nghỉ lung tung, làm bài thì bỏ sót, làm sai, chép sai, viết “b” thành “d”, nhắc nhở nhiều vẫn sai, gia đình cho rằng bé cố ý phạm lỗi hoặc vô ý thức. Bình thường dễ bị kích động, dễ cáu bẳn, dễ làm người khác nổi cáu, không sợ nguy hiểm. Kết quả học tập lúc cao lúc thấp, dao động rất lớn. Cũng những bài tập như vậy, dưới sự giám sát của cha mẹ có thể đạt 10 điểm, nếu để tự làm thì lại sai phạm rất nhiều.

Bác sĩ còn hỏi về việc sinh nở, quá trình sinh trưởng, phát triển của Quý Hải và một số vấn đề khác có liên quan. Mẹ của bé nói: Khi còn trong bào thai bé đã hiếu động, cử động nhiều và mạnh, Quý Hải là con đầu lòng sinh đủ tháng và mỗ ẻ, cân nặng 2,83kg, khi sinh nước ối đầy mình, nuôi bằng sữa mẹ, đồng thời thêm các thức ăn phụ, 6 tháng biết ngồi, 1 tuổi biết đi, 2 tuổi biết nói những câu ngắn, từ nhỏ đã nghịch ngợm hiếu động, không chịu ngủ trưa, khi ngủ đêm dễ giật mình thức giấc.

Ngoài ra, thể trạng phát triển tốt, vẻ ngoài không có gì khác thường, thần kinh sọ (-), sức căng của tay chân trên dưới hai bên bình thường, phản xạ cơ gân (+), chưa xuất hiện bệnh lý, kiểm tra trên ngón tay bằng thao tác trở lật, vỗ tay và kiểm tra đối tay đều thiếu nhịp nhàng.

Trạng thái tinh thần: Tiếp xúc tốt, trả lời được tất cả các câu hỏi, nhấp nhỏ, hiếu động, từ lúc vào phòng khám, lúc thì nghịch đồ trên bàn, lúc thì nghịch ống nghe của bác sĩ, hay nói leo.

Kiểm tra trí tuệ: Kết quả trắc nghiệm trí tuệ trẻ em độ tuổi đi học (WISC - R) như sau:

Chỉ số thông minh ngôn ngữ: 110

Chỉ số thông minh thao tác: 105

Tổng chỉ số thông minh: 105

Điện não đồ và CT não: Không thấy gì khác thường.

Câu hỏi triệu chứng conne: Tổng cộng 20 điểm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD: Chứng hiếu động gồm 6 mục, tổn thương sức chú ý gồm 6 mục. Thông qua kiểm tra chẩn đoán bổ trợ cộng với các thu thập thể nghiệm bệnh sử cho thấy Quý Hải bị mức chứng hiếu động loại không thể tự điều khiển, sức chú ý không tập trung, tùy tiện kích động. Trong học tập có trở ngại về nhận biết, kết quả học

tập dao động lớn. Chỉ số thông minh ở phạm vi bình thường, kết quả câu hỏi triệu chứng đơn giản rõ ràng conners và chắc định tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD cho thấy Quý Hải bị bệnh hiếu động. Nguyên nhân bệnh có thể liên quan tới sự khó khăn trong quá trình đẻ và sự nghẹt thở độ nặng của trẻ mới sinh gây thiếu ôxy dẫn tới tổn thương tổ chức não. Tuy nhiên tổn thương não không nặng, vì thế chỉ làm Quý Hải có một số biểu hiện lâm sàng “trở ngại chức năng não độ nhẹ”. Chúng tôi gọi đây là chứng hiếu động ở trẻ.

Làm thế nào để xác định trẻ bị bệnh hiếu động?

Đối với trẻ hoạt động nhiều và sức chú ý không tập trung, làm thế nào để xác định được là liệu trẻ đó có bị bệnh hiếu động không? Trên thực tế, vấn đề này trong y học đã đưa ra chẩn đoán và giám định chẩn đoán, quyền chẩn đoán thuộc về bác sĩ, do vậy gia đình hoặc giáo viên nên cung cấp cho bác sĩ những biểu hiện của trẻ khi ở nhà hoặc ở trường để bác sĩ tham khảo trong quá trình chẩn đoán. Cần phải nhấn mạnh rằng, các kết quả kiểm tra trong phòng thí nghiệm chỉ là tham khảo, không thể căn cứ vào đó để kết luận.

Thông qua giới thiệu và phân tích trường hợp bệnh của Quý Hải đã nói ở trên, chúng tôi có thể đưa ra các bước để chẩn đoán bệnh hiếu động dưới đây:

Bước 1, thu thập bệnh sử: Bao gồm các biểu hiện lâm sàng khi sinh, chế độ dinh dưỡng, quá trình sinh trưởng và phát triển. Tập trung tìm hiểu thời kỳ trẻ nhỏ (1-3 tuổi), thời kỳ tuổi mẫu giáo (4-6 tuổi), thời kỳ tuổi đi học (7-12 tuổi). Một mặt tìm hiểu các triệu chứng tồn tại khách quan, mặt khác có thể suy đoán liệu có các nhân tố tổn thương não độ nhẹ không. Bệnh sử thu thập yêu cầu phải hoàn chỉnh, tỉ mỉ, đáng tin cậy. Bởi vì nó có vai trò rất quan trọng trong quá trình chẩn đoán.

Trẻ bị bệnh hiếu động có thể khi sinh đã có những bệnh sử, như nghẹt thở khi mới sinh, tổn thương não do thiếu ôxy, thiếu máu, xuất huyết trong sọ, mổ khi sinh, nhau thai ở phía trước, vỡ nước ối. Từ nhỏ đã ngủ không ngon, ăn uống khó khăn, tính khí nóng nảy. Khi đi nhà trẻ thì đứng ngồi không yên, sức chú ý phân tán, không nghe lời chỉ bảo của giáo viên, dễ kích động với các bạn xung quanh.

Bước 2, kiểm tra thể trạng: Bao gồm kiểm tra thể trạng bình thường và kiểm tra hệ thống thần kinh, đặc biệt là kiểm tra chứng nhuyễn thể hệ thống thần kinh. Kiểm tra cơ thể để có thể phát hiện

các triệu chứng như thiếu máu, cũng có thể là chứng nhược thể dương tính.

Bước 3, kiểm tra trạng thái thần kinh: Sự tiếp xúc liệu có tốt không, trả lời câu hỏi có sát không, trạng thái trí óc có bình thường không và quan sát ghi chép đặc trưng hành vi tâm lý của trẻ.

Bước 4, kiểm tra sức chú ý:

+ Thường chưa làm xong việc này đã đi làm việc khác.

+ Khó có thể chơi một cách trình tự.

+ Thường nói nhiều.

+ Thường cắt ngang hoặc phá rối hoạt động của người khác, hoặc phá rối trò chơi của các bạn khác.

+ Khi người khác nói chuyện với mình thì có vẻ như là nghe nhưng thực ra không nghe thấy gì.

+ Thường đánh mất các đồ dùng học tập ở nhà hoặc ở trường (như đồ chơi, bút chì, sách và vở bài tập).

+ Thường tham gia vào các trò chơi nguy hiểm đến tính mạng mà không suy nghĩ đến hậu quả (không phải là tìm sự kích thích).

- Tiêu chuẩn quá trình bệnh:

Bị bệnh trước 7 tuổi, bệnh tiếp tục kéo dài trên 6 tháng.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Sự hoạt động nhiều hoặc sự chậm trễ phát dục phổ biến ở trẻ bình thường hoặc các trở ngại tinh thần khác, trẻ em trí lực yếu và bị phản ứng thuốc.

Vào năm 1991, cuốn *Sổ tay thống kê bệnh tật của nước Mỹ* xuất bản lần thứ 4 đã đưa ra một loạt tiêu chuẩn chẩn đoán. Tiêu chuẩn này bao gồm 2 loại lớn là hoạt động nhiều và sức chú ý, ít nhất có 4 biểu hiện trong hai mục nêu trên hoặc 8 loại biểu hiện trong những tiêu chuẩn trên, thời gian bệnh quá 6 tháng, phát bệnh trong thời gian 6 tuổi. Tiêu chuẩn này loại trừ trở ngại khả năng nghe trí tuệ thấp.

Biểu 6: Tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD

Các mục về sức chú ý	Các mục về chứng hoạt động nhiều
- Dễ bị ảnh hưởng của ngoại cảnh dẫn đến bị kích động. - Khi không có sự giám sát, khó có thể hoàn thành nhiệm vụ một cách hoàn chỉnh. - Khó duy trì được sức tập trung lâu (làm bài	- Ở lớp học thường rời khỏi chỗ ngồi. - Thường làm việc không suy nghĩ. - Không tuân theo trật tự trong các hoạt động tập thể. - Thường tranh trả lời khi chưa nêu xong câu hỏi.

tập hoặc chơi trò chơi). - Không nghe thấy người khác yêu cầu gì. - Thường đánh mất đồ dùng học tập và sinh hoạt hàng ngày. - Giờ học trên lớp không tập trung, kết quả học tập không tốt. - Không thể tổ chức hoạt động có mục đích. - Việc này chưa xong đã làm việc khác.	- Khó chơi một cách yên tĩnh. - Có những hành động quá đáng như trèo cao, chạy lung tung. - Tham gia các trò chơi nguy hiểm. - Đứng ngồi không yên, khoa chân múa tay. - Thường phá rối người khác. - Nói nhiều.
---	---

Trẻ bị bệnh hiếu động có bị gốc không ?

Ở phòng khám thần kinh và phòng khám tư vấn tâm lý trẻ em, hàng ngày tôi thường gặp những tình huống như thế này: Các bậc cha mẹ hoặc giáo viên khi đưa con cái hoặc học sinh đến chữa trị thường kể lể rằng thành tích học tập của trẻ kém và yêu cầu kiểm tra xem liệu có phải trí lực của trẻ kém.

Các bác sĩ thường hỏi về bệnh sử theo thói quen nghề nghiệp, từ quá trình sinh, quá trình sinh trưởng phát triển, chế độ dinh dưỡng và những biểu hiện ở nhà hoặc ở trường của trẻ... để tìm hiểu tình hình của trẻ.

Khi hỏi đến tình hình ở trường, giáo viên hoặc cha mẹ thường nói rằng thành tích học tập của trẻ lúc cao lúc thấp, dao động rất lớn, chẳng hạn cùng một đề thi, khi kiểm tra trên lớp thì có lỗi sai, chỉ đạt 3 - 4 điểm, thế nhưng khi làm lại một lần nữa thì kết quả làm hoàn toàn đúng, đạt 10 điểm. Cũng có bậc cha mẹ cho biết trẻ làm bài tập thường qua loa, cầu thả, rõ ràng phải biết làm như thế nào rồi nhưng không tập trung, không thể điều khiển được, trả lời lung tung, chỉ khi đứng bên cạnh giám sát mới không bị sai. Nhưng mục đích cuối cùng lại đều muốn hỏi bác sĩ là liệu trẻ có bị ngố không ?

Theo định nghĩa bệnh hiếu động ở trẻ, trí lực của trẻ mắc bệnh hiếu động là hoàn toàn bình thường, điều này có thể kiểm tra qua trắc nghiệm IQ và kiểm tra phản ứng thích ứng xã hội. Nếu như kết quả trắc nghiệm IQ và kết quả kiểm tra phản ứng thích ứng xã hội thấp hơn mức bình thường thì không thể chẩn đoán là bệnh hiếu động. Có lúc kết quả trắc nghiệm IQ biểu thị mức IQ của trẻ ở “trạng thái vùng ven” (chỉ số IQ 70-84), như vậy có thể là nguyên nhân trong quá trình trắc nghiệm trẻ không tập trung, đặc biệt là trẻ bị bệnh hiếu động liên tục kết quả trắc nghiệm IQ có thể thấp, nhưng đây là điểm không có tính đặc thù.

Thông qua trắc nghiệm IQ trẻ độ tuổi đi học WISC (WISC-R), cách này có thể cho biết chỉ số IQ (VIQ), chỉ số thao tác (PIQ), chỉ số tổng hòa (FIQ)

của người được trắc nghiệm. Chúng tôi đã tổng kết kết quả của 380 trường hợp học sinh bị bệnh hiếu động bằng trắc định WISC-R. Tuy VIQ, PIQ và FIQ của những trẻ này đều bình thường nhưng gần 1/4 VIQ và PIQ chênh lệch là hơn 10 điểm, PIQ được điểm cao hơn VIQ. Hiện tượng này sau khi dùng thuốc Ritalin có thể được cải thiện.

Thành tích học tập của trẻ bị bệnh hiếu động dao động lớn như vậy có liên quan mật thiết đến sức chú ý không tập trung, hoạt động nhiều, trở ngại nhận thức và hành động không thể tự khống chế được của trẻ.

Nếu như chỉ số IQ của một trẻ nào hạ thấp một cách rõ rệt thì không thể chẩn đoán là bệnh hiếu động mà nên xét đến các trường hợp khác.

Trắc nghiệm IQ trẻ em là gì và những chú ý khi trắc nghiệm IQ?

Trắc nghiệm IQ chỉ là một bộ phận của trắc nghiệm tâm lý. Cái gọi là trắc nghiệm tâm lý chủ yếu là chỉ một biện pháp để định lượng hoá, phân tích và miêu tả phản ánh bản mẫu hành vi phẩm chất tâm lý. Bản mẫu hành vi bao gồm các loại hành vi phản ánh khả năng tâm lý, như năng lực nhận thức và cá tính.

Trắc nghiệm IQ được căn cứ theo thiết kế cơ sở luận tâm lý nhất định, thường dùng chỉ số IQ để biểu thị. Đối với trẻ dưới 3 tuổi, sự phát triển tâm lý

có mối quan hệ mật thiết với phát triển tâm lý, khó có thể phân biệt, thường dùng chỉ số phát dục (DQ) để biểu thị mức phát triển trí lực. Hiện nay phương pháp trắc nghiệm IQ trẻ em thông dụng ở Trung Quốc được chia làm hai loại: Một là lượng biểu có tính sàng lọc, đơn giản thuận tiện, dễ thao tác, thời gian cần để trắc nghiệm ngắn, phổ biến rộng rãi, kết quả của nó giúp cho bác sĩ lâm sàng tham khảo. Một loại nữa là lượng biểu có tính chẩn đoán, hạng mục của lượng biểu này được thiết kế rất toàn diện, thao tác tương đối khó, thời gian của một lần trắc nghiệm dài nhưng rất đáng tin cậy, có ý nghĩa chẩn đoán lâm sàng.

Biểu lượng mang tính sàng lọc có: Trắc nghiệm sàng lọc Dafl (ĐST) thích hợp cho trẻ 0 - 6 tuổi. Thí nghiệm từ vừng bằng tranh (PPVT), thích hợp dùng cho trẻ từ 3 - 9 tuổi. Thí nghiệm Rui Wen (CRT), thích hợp dùng cho trẻ từ 5 - 15 tuổi.

Biểu lượng mang tính chẩn đoán có: Biểu lượng chẩn đoán phát triển trẻ nhỏ Geisel (GDS), thích hợp cho độ tuổi từ 0 - 3 tuổi; biểu lượng phát triển trẻ nhỏ Beley (BSID), thích hợp dùng cho độ tuổi từ 0 - 2,5 tuổi; biểu lượng trẻ em thời kỳ tuổi đi học Wakesle (WPPSI), thích hợp dùng cho độ tuổi 4 - 6,5 tuổi; biểu lượng trí lực trẻ nhỏ thời kỳ tuổi đi học (WISC-R) thích hợp cho độ tuổi 6 - 16 tuổi. Phạm vi chỉ số thông minh của trẻ bình thường là 100 - 115, công thức chỉ số thông minh bách phân:

IQ = (mức độ thành thực đo được trên tuổi thực tế) x 100%. Trắc nghiệm IQ một mặt có tính khoa học của nó, nhưng cũng có tính hạn chế nhất định, kết quả của nó chịu ảnh hưởng của một số nhân tố. Vì vậy, khi phán đoán kết quả trắc nghiệm trí lực, cần phải kết hợp hành vi thích ứng xã hội để phân tích. Nhấn mạnh chỉ số IQ quá mức là phiền diện, tùy tiện phủ định chỉ số IQ cũng là quá chủ quan. Phân cấp có liên quan đến mức thông minh trong một số cuốn sách có liên quan thì các tiêu chuẩn đa số là giống nhau. Tiêu chuẩn phân cấp mức trí lực WIS (xem biểu 7).

Biểu 7: Tiêu chuẩn phân cấp mức trí lực

Phân cấp mức thông minh	Giá trị IQ tương ứng	Số người (%)	Sai số tiêu chuẩn
Cao nhất	>130	2,28	> + 2SD
Cao	129 ~115	13,59	+ 2 SD ~ +1 SD
Bình thường	114 ~85	68,26	+1 SD ~ - 1 SD
Giáp giới	84 ~70	13,59	-1 SD ~ -2 SD
Thiếu hụt tổn thương nhẹ	69 ~ 55	2,14	-2 SD ~ -3 SD
Thiếu hụt tổn thương độ trung	54~ 40	0,18	-3 SD ~ -4 SD

Thiếu hụt tổn thương độ nặng	39 ~25	0,01	-4 SD ~ -5 SD
Thiếu hụt tổn thương độ cực nặng	<25	<0,001	< - 5 SD

Chú ý: Sai số một tiêu chuẩn = 15, số trung bình ($\bar{x}$) = 100

Khi làm trắc nghiệm IQ cần phải chú ý những gì?

Khi làm chẩn đoán bệnh hiệu động ở trẻ, cần phải cân nhắc một cách nghiêm túc các chẩn đoán giám định có liên quan. Đặc biệt là khi gặp trẻ có triệu chứng bệnh hiệu động và kết quả học tập không tốt, cần phải làm giám định với những trẻ trí não kém loại kích thích. Lúc đó thông qua việc trắc nghiệm IQ và ý nghĩa kết quả của chỉ số IQ trong khi chẩn đoán giám định càng quan trọng.

Kết quả trắc nghiệm IQ sẽ bị ảnh hưởng bởi rất nhiều nhân tố, để đảm bảo chắc chắn tính khoa học và tính chính xác, cần phải hiểu rõ một số điểm chú ý khi trắc nghiệm IQ.

Nhân tố ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán bao gồm 3 phương diện:

1 - Điều kiện của phòng trắc nghiệm IQ: Nhằm giúp trẻ có thể chuyên tâm tiếp nhận trắc nghiệm thì môi trường của phòng trắc nghiệm phải sạch sẽ, trong phòng không được có những tấm vải hoặc trang trí màu lòe loẹt để tránh phân tán sức chú ý của trẻ. Cha mẹ không nên ở bên cạnh con, người tham quan nên ở bên ngoài (có đặt một tấm kính đặc biệt để người tham quan có thể nhìn vào phòng từ bên ngoài mà ở trong không nhìn thấy người ở bên ngoài).

2 - Người thực hiện trắc nghiệm IQ: phải được đào tạo chính quy, không những thành thực thao tác mà còn phải lấy được lòng tin và sự thân thiện của trẻ, nói năng hoà nhã, thái độ hài hoà dễ gần, tránh nóng vội và thô bạo. Chỉ có như vậy mới có thể làm trẻ phát huy hết mức thông minh, sự am hiểu thực tế của mình.

3 - Phải biết một số nguyên nhân có thể ảnh hưởng đến phản ứng hành vi như bệnh tật, mệt mỏi, sợ hãi, cảm giác bất an, buồn phiền, thiếu hụt thị giác, thính giác, trở ngại động tác, tính cách khác thường, khó khăn về ngôn ngữ... Ví dụ như đối với một trẻ bị sốt co giật, nếu muốn làm trắc nghiệm IQ thì phải sau khi hạ sốt hai tuần trở lên, đợi cho sức khỏe của trẻ bình phục mới làm trắc nghiệm, chỉ có như vậy thì kết quả mới đáng tin cậy. Hay một số

trẻ bị bệnh liệt não, do trở ngại động tác và tư thế khác thường, nên khi trắc nghiệm thao tác không linh hoạt, ảnh hưởng đến mức chính xác và tốc độ. Để đảm bảo độ tin cậy của kết quả trắc nghiệm, cần phải tìm hiểu đối tượng trước khi tiến hành trắc nghiệm IQ.

Dùng điện não đồ có chẩn đoán được bệnh hiếu động ở trẻ không?

Điện não đồ có thể cho biết hoạt động điện sinh lý của tế bào thần kinh não. Khi hoạt động điện của tế bào thần kinh não có thay đổi thì có thể thông qua sóng hình của điện não đồ hiển thị lên. Do tế bào thần kinh tổn thương có tính duy trì phản cực hoá hoặc hệ thống ức chế chi cạnh trực nối bị phá vỡ làm cho tính kích thích tế bào thần kinh tăng cao có thể xuất hiện sóng nhanh hoặc sóng gai. Các bệnh tật có tính kích động đều có thể sản sinh sóng gai, sự thay thế của tế bào thần kinh chậm đi hoặc sợi thần kinh truyền dẫn tốc độ trở nên chậm đi có thể xuất hiện hoạt động chậm. Các bệnh có tính ức chế đều có thể sinh ra sóng chậm.

Giá trị chẩn đoán lớn nhất của điện não đồ là dùng cho bệnh động kinh. Bệnh nhân bị bệnh động kinh trong thời gian giữa các đợt phát bệnh có thể xuất hiện phóng điện khác thường: Sóng cao có tính bộc phát, hình sóng trên điện não đồ là sóng gai, sóng nhọn, sóng phức hợp gai - chậm hoặc sóng

phức hợp nhọn – chậm, gọi riêng là phóng điện dạng động kinh.

Trẻ bị bệnh hiệu động, về kết cấu giải phẫu não có thể có tổn thương độ nhẹ, về cơ chế sinh hoá thần kinh có sự biến đổi thay thế giao chuyển chất thần kinh. Giao chuyển chất thần kinh qua khe tiếp xúc lỗi của tế bào thần kinh đại não ảnh hưởng đến một loại chức năng tín hiệu nguyên thần kinh. Bất cứ một vật chất nào ảnh hưởng đến sự thay thế giao chuyển chất thần kinh đều có thể thay đổi chức năng nguyên thần kinh. Trẻ em bị bệnh hiệu động có trở ngại chức năng Catechin, Dopa amine, Noardrenaline bitatrate. Sự trở ngại này rất có khả năng liên quan liên tục đến hệ thống thần kinh giao chuyển chất. Vì vậy, có thể ảnh hưởng đến hoạt động điện não đồ và xuất hiện sóng não khác thường.

Cho dù như vậy, không thể dùng kiểm tra điện não đồ để chẩn đoán bệnh hiệu động ở trẻ. Hơn nữa, một mặt do chức năng của não có tác dụng thay thế rất tốt, trẻ có tổn thương não độ nhẹ hoặc có trở ngại chức năng thì điện não đồ có thể bình thường. Mặt khác, sự thay đổi chức năng não và mức bệnh biến không nhất định cũng có thể là trường hợp bệnh. Ngoài ra, nhiều trẻ bị bệnh hiệu động có thể xuất hiện sóng não khác thường, cũng có thể nhìn vào bệnh của trẻ hoặc trạng thái bệnh lý không có

tính đặc biệt. Theo thống kê, người bình thường cũng có thể có điện não đồ khác thường.

Từ góc độ nghiên cứu khoa học, làm kiểm tra điện não đồ đối với trẻ bị bệnh hiếu động là rất cần thiết. Từ góc độ chẩn đoán giám định lâm sàng thì cũng cần thiết phải làm kiểm tra điện não đồ, đặc biệt là đối với trẻ phát bệnh động kinh hoặc đã từng phát bệnh như sốt co giật, cần thiết phải dùng cách kiểm tra điện não đồ để hướng dẫn việc điều trị lâm sàng. Cần phải nhấn mạnh rằng, đối với những trẻ ở trên lớp không tập trung, thì giám định thông qua kiểm tra điện não đồ và “động tác lơ đãnh” (là một loại động tác nhỏ của bệnh động kinh) là hết sức quan trọng và đáng tin cậy. Trẻ phát tác chứng thất thần trong điện não đồ có thể xuất hiện sóng gai - chậm 3c/s, mà trẻ bệnh hiếu động đơn thuần thì sẽ không xuất hiện hình sóng điện não đồ.

Bệnh hiếu động ở trẻ có liên quan đến loại hình tính cách không?

Bất kể là các nhà tâm lý học, giáo dục học, thần kinh bệnh học hay là người dân bình thường đối với vấn đề tính cách của con người đều có những nghiên cứu và quan tâm ở những mức độ khác nhau. Vậy tính cách của con người có thể đánh giá không ?

Chúng tôi đã từng làm trắc định đối với trẻ bị bệnh hiếu động, áp dụng phương pháp câu hỏi cá

tính trẻ em Ailence (EPQ). Đề câu hỏi này do 88 mục hợp thành, phân chia tính cách trẻ làm 2 loại lớn là hướng nội và hướng ngoại, tiếp theo dựa vào tính ổn định tinh thần chia thành ổn định và không ổn định, còn một loại nữa thuộc về khuynh hướng bệnh tinh thần.

- Hướng ngoại điển hình: Thích giao tiếp, thích tham gia các cuộc liên hoan, bạn bè nhiều, cần có người nói chuyện cùng, không thích đọc và nghiên cứu một mình, mong muốn những việc có tính kích thích, thích mạo hiểm, phát triển hướng ngoại, hành động chịu ảnh hưởng xung động nhất thời, thích công việc thực tế, trả lời câu hỏi nhanh, thờ ơ, tùy tiện, lạc quan, thích nói chuyện, muốn làm một việc gì đó chứ không chịu ngồi yên, có khuynh hướng tiến công. Tóm lại, đó là người mang trạng thái tâm lý mất điều hoà.

- Hướng nội điển hình: Trầm cảm, thường xa rời đám đông, nội tâm, thích ưu tư, không thích tiếp xúc với người khác, bảo thủ, luôn giữ một khoảng cách nhất định với mọi người (trừ khi đó là người thân thích), thường có kế hoạch trước khi làm một việc gì, làm việc phải tính trước tính sau, không căn cứ vào những xung động nhất thời, không thích những việc làm có tính kích thích, cuộc sống hàng ngày có quy luật, nghiêm khắc, rất ít có hành vi tiến công, có chút ít bi quan, thiết thực, đáng tin, quan niệm giá trị là lấy lý luận làm tiêu chuẩn.

- Tâm lý không ổn định điển hình: Lo lắng, căng thẳng, dễ nổi giận, hay có ức chế, ngủ không tốt, bị mắc các trở ngại về thể chất và tinh thần, tình cảm quá khích, phản ứng đối với các kích thích đều quá mãnh liệt, sau khi kích thích bộc phát tình cảm rất khó bình tĩnh trở lại, do phản ứng tâm lý mãnh liệt đó mà ảnh hưởng đến sự thích ứng bình thường của trẻ, không thể sửa đổi, có lúc có thể bước theo con đường nguy hiểm. Những người này rất dễ cáu giận, thích công kích người khác. Tóm lại là một người có căng thẳng tâm lý, hay có cái nhìn phiến diện đối với sự việc hoặc người khác, thậm chí còn xảy ra nhiều sai lầm.

+ Tâm lý ổn định: Có khuynh hướng phản ứng tâm lý chậm, yếu, cho dù là kích thích tâm lý cũng rất nhanh bình phục lại. Thông thường là bình tĩnh, không hay cáu giận, rất dễ kiểm chế, và không căng thẳng.

+ Khuynh hướng bệnh tinh thần: Là những đứa trẻ kỳ lạ, cô quạnh, phiền phức, thiếu tình cảm đối với bạn bè và động vật. Công kích và có cái nhìn thù địch cả đối với những người thân và những người gần gũi với mình. Những đứa trẻ như vậy là vô cảm, không nghĩ đến nguy hiểm, không có lòng thông cảm, gây ra tội ác với những gì do sự quan tâm đối với con người.

Chúng tôi đã tiến hành kiểm tra trắc nghiệm đối với trường hợp trẻ bị bệnh hiếu động. Kết quả

cho thấy: Hai trường hợp tính hướng ngoại ổn định, 5 trường hợp tính hướng ngoại không ổn định, 5 trường hợp tính hướng nội ổn định, 13 trường hợp tính hướng nội không ổn định, 11 trường hợp thì ở giữa tính hướng nội và hướng ngoại. Trong đó 10 trường hợp thuộc loại không ổn định, so sánh với trường hợp đối chiếu thì loại tính cách và tính ổn định đều có sự khác biệt rõ rệt. Vì vậy, tài liệu về nhóm này đã chứng minh về lâm sàng những trẻ bị mắc bệnh biểu hiện tính cách hướng ngoại và loại hình tính cách mà bản thân trẻ có những thay đổi rất lớn. Những thay đổi này lại chính là những triệu chứng lâm sàng của bệnh hiếu động ở trẻ, hơn nữa những thống kê y học đã cho thấy tính cách không ổn định của trẻ bị bệnh có ý nghĩa bệnh lý. Ngoài ra, các tài liệu nghiên cứu còn cho thấy đại đa số tính ổn định tình cảm của sức khỏe tâm lý trắc nghiệm được điểm cao hơn mức bình quân của nhóm bị bệnh. Vì vậy, chúng tôi cho rằng kết quả trắc định theo cách dùng câu hỏi cá tính EPQ có ích cho việc chẩn đoán lâm sàng bệnh hiếu động ở trẻ, nhưng không thể dùng phương pháp này để suy đoán khả năng học tập của trẻ và chẩn đoán bệnh của trẻ.

Chương bốn

CÁCH PHÂN BIỆT BỆNH HIẾU ĐỘNG VỚI CÁC BỆNH KHÁC Ở TRẺ BÌNH THƯỜNG

Làm thế nào để phân biệt trẻ bị bệnh hiếu động và trẻ hoạt bát bình thường?

Những trẻ có triệu chứng bệnh hiếu động điển hình rất dễ phân biệt với trẻ hoạt bát bình thường. Trẻ hoạt bát trí lực bình thường có biểu hiện hiếu động và thời gian tập trung sức chú ý ngắn, hơn nữa có thể kết quả học tập giảm sút, lúc đó rất dễ nhận ra đó là trẻ bị bệnh hiếu động. Giữa 2 nhóm trẻ này có những hành vi đặc trưng nào khác nhau? Chúng ta có thể phân biệt từ mấy điểm dưới đây:

- Tuổi phát bệnh và giới tính: Hoạt động nhiều của trẻ hoạt bát bình thường thường xảy ra ở độ tuổi từ 3 - 6, gặp nhiều hơn ở trẻ nam, bệnh hiếu động ở trẻ có thể từ nhỏ đã phát bệnh, đến hơn 10 tuổi vẫn có thể tồn tại, cả ở trẻ nam và trẻ nữ đều có thể gặp.

- Hoạt động nhiều và trở ngại sức chú ý liệu có khả năng tự khống chế? Hoạt động nhiều và sức chú ý không tập trung ở trẻ không bình thường do ngoại

cảnh không liên quan kích thích quá nhiều, sức chú ý thiếu rèn luyện gây nên. Sau khi được rèn luyện và giáo dục đúng đắn trẻ có thể tự mình điều khiển, sửa đổi nhanh mà có hiệu quả. Trẻ bị bệnh hiếu động không thể tự điều khiển mình, dạy nhiều lần mà không sửa đổi, hỏi chúng có muốn sửa đổi không thì đều bày tỏ mong muốn được sửa đổi, có thể chính bản thân chúng không thể khống chế nổi mình, thường là rõ ràng biết rõ nhưng cố tình phạm phải. Sự phân biệt giữa trẻ hoạt bát bình thường với trẻ bị bệnh hiếu động là đặc điểm lâm sàng rất quan trọng.

- Liệu có trở ngại nhận biết: Trẻ hoạt bát bình thường trong quá trình học tập không xuất hiện thường xuyên hoặc lặp lại các lỗi sau: Viết lộn chữ, viết ngược, hoặc tuân tự các nét bị đảo lộn, đối lập nhau... như không thường xuyên viết “b” thành “d”, viết “6” thành “9”, còn trẻ bị bệnh hiếu động thường xuyên xuất hiện những hiện tượng trên.

- Xuất hiện các hiện tượng như tùy tiện, xung động, nói dối, thậm chí có những hành vi có tính sát thương, đây cũng có thể là điểm để phân biệt giữa 2 nhóm trẻ. Hoạt động nhiều của trẻ bình thường có một mức độ nhất định, không nổi bật, còn trẻ mắc bệnh hiếu động thì thường xuyên tùy tiện, xung động, nói dối, thậm chí còn có những hành vi sát thương.

- Thành tích học tập: Việc học tập của trẻ hoạt bát đương nhiên cũng có sự sai khác, nhưng sự sai khác này trong cùng một thời gian hoặc cùng một đề thi thì không phản ánh được. Trẻ bị bệnh hiếu động thì không như vậy, ví dụ như: khi kiểm tra cùng với cả lớp kết quả kiểm tra tính toán chỉ được 4 - 5 điểm, nhưng sau giờ học cũng cùng một đề thi này để cho trẻ một mình trong phòng của giáo viên làm lại một lần nữa thì có thể đạt 9 - 10 điểm, rõ ràng có sự dao động rất lớn.

Có lúc, trong thực tiễn lâm sàng gặp một số trường hợp rất khó phân biệt, khi đó dùng biểu lượng chẩn đoán bệnh hiếu động và cách trắc định sức chú ý để trợ giúp cho việc chẩn đoán sẽ có vai trò quan trọng rõ rệt.

Làm thế nào để phân biệt trẻ bướng bỉnh với trẻ bị bệnh hiếu động?

Trẻ bướng bỉnh và trẻ bị bệnh hiếu động đều hiếu động, không nghe lời, khi lên lớp học thì tư tưởng không tập trung, không tuân thủ kỷ luật lớp học, làm bài tập thì không tự giác hoàn thành, kết quả học tập không tốt, thường hay gây chuyện rắc rối. Làm thế nào để phân biệt giữa 2 nhóm trẻ này? Chúng ta hãy bắt đầu từ những hành vi xấu của trẻ bướng bỉnh.

Những hành vi xấu của trẻ bướng bỉnh là chỉ những hành vi không thích hợp được biểu hiện ra trong một điều kiện không gian và thời gian nào đó, như những hành vi và lời nói công kích giáo viên hoặc bạn bè, bắt nạt, ăn trộm đồ, vui trên nỗi đau khổ của người khác, có sự phản đối trái với tâm lý đối với sự đối xử của giáo viên, phá rối kỷ luật lớp học, nói to, kêu gào to, luôn lách lung tung trong lớp học, học những trò xấu, ném đồ lung tung. Chỉ số thông minh của trẻ nhóm này bình thường, có khả năng tự điều khiển bản thân, thông qua sự giáo dục nghiêm túc của gia đình và giáo viên có thể nâng cao nhận thức và có thể sửa đổi.

Như chúng tôi đã từng đề cập, trẻ bị bệnh hiếu động biểu hiện nổi bật là không thể tự điều khiển, không tập trung sức chú ý và hoạt động nhiều, rõ ràng là biết mà vẫn phạm phải, nhiều lần chỉ bảo không sửa, không phải là không muốn sửa mà không thể kiểm soát được. Còn trẻ bướng bỉnh khi muốn sửa thì rất dễ điều khiển mình để sửa đổi, đây là sự khác biệt rất quan trọng. Trẻ bị bệnh hiếu động thường có trở ngại về nhận biết, hay viết nhầm chữ như chữ “b” viết thành chữ “d”, rõ ràng biết $8 + 6 = 14$ nhưng lại viết kết quả thành 41, hoặc viết phép cộng thành phép trừ và ghi kết quả là 2. Thành tích học tập dao động lớn, cùng một đề thi, khi ở trên lớp

do các nguyên nhân như tư tưởng không tập trung, trở ngại nhận thức trẻ chỉ làm vài câu, thậm chí bỏ trắng bài, hoặc là làm sai bét, nhưng dưới sự giám sát của giáo viên thì kết quả có thể đạt 9 -10 điểm. Nếu như dùng các thuốc như Ritalin để điều trị thì có thể làm cho các trở ngại tâm lý như sức chú ý và khả năng tự điều khiển, sửa chữa trở ngại nhận thức trở thành một người hoàn toàn bình thường, nhưng đối với trẻ bướng bỉnh dùng thuốc Ritalin để điều trị là không có tác dụng. Trẻ bị bệnh hiếu động thường quên hoặc làm sót bài tập ở nhà, nhưng lại không phản đối hoặc có tâm lý chống đối sự sắp xếp của người khác hay các bài tập của giáo viên.

Thông qua các kiểm tra bằng máy thử nghiệm sức chú ý, thị giác và biểu lượng hành vi trẻ em conners mà giáo viên và các bậc phụ huynh sử dụng, càng có lợi cho việc kiểm tra giám định xem trẻ có thiếu hụt sức chú ý. Đây là một đặc trưng của tâm lý để phân biệt rõ ràng hơn trẻ bị bệnh hiếu động và trẻ bướng bỉnh.

Ở Trung Quốc có tiêu chuẩn chẩn đoán trẻ bị bệnh hiếu động không?

Từ năm 1976, thành phố Thượng Hải của Trung Quốc bắt đầu xuất hiện “cơn sốt bệnh hiếu động” sau đó đã nhanh chóng lan rộng ra khắp nơi. Vì vậy, một thời gian người ta nhầm lẫn trong nhận

biết căn bệnh này, chỉ cần trẻ có biểu hiện hoạt động nhiều hoặc sức chú ý không tập trung là bị cho rằng mắc bệnh “hoạt động nhiều”. Để chẩn đoán chính xác và nghiêm túc bệnh hiếu động ở trẻ em, tổ chức phân hội tinh thần học của Trung Quốc vào năm 1994 đã sửa đổi những tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh hiếu động. Cụ thể như sau:

- Thời gian bệnh: Phát bệnh vào thời kỳ mẫu giáo, thời gian bệnh tiếp tục khoảng 6 tháng sau đó.

- Tiêu chuẩn triệu chứng bệnh: Ít nhất phải có 4 tiêu chuẩn trong các hành vi dưới đây, tính nghiêm trọng triệu chứng bệnh có thể ảnh hưởng ở những mức độ khác nhau trong khả năng học tập và thích ứng môi trường của trẻ.

- Ở những nơi cần yên tĩnh thì lại khó ngồi yên, thường hoạt động liên tục.

- Dễ kích thích và xung động.

- Thường quấy rối hoạt động của trẻ khác.

- Làm việc cầu thả, thường có đầu mà không có đuôi.

- Rất khó tập trung tư tưởng nghe bài, làm bài tập hoặc làm những việc đòi hỏi thời gian tập trung lâu.

- Đòi hỏi lập tức phải được đáp ứng, nếu không thì sẽ sinh ra phản ứng tâm lý.

- Thường nói nhiều, thích nói leo và gây huyên náo.

- Khó tuân thủ kỷ luật và trật tự các hoạt động tập thể.

- Học tập gặp khó khăn, kết quả học tập kém, nhưng không phải do trở ngại khả năng trí tuệ gây nên.

- Động tác lóng ngóng, thiếu khéo léo và nhịp nhàng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không phải là do phát triển thần kinh chậm, bệnh tinh thần thời kỳ trẻ em, trong trạng thái lo lắng, trở ngại đạo đức hoặc các bệnh hệ thống thần kinh gây nên.

Hoạt động nhiều ở trẻ chính là bệnh hiếu động?

Bé Phương Linh, 4 tuổi, rất hiếu động, ngoài việc ngủ và ăn ra thì thời gian còn lại đều hoạt động, chỉ thấy bé lúc thì trèo lên bàn, dùng bút vẽ linh tinh, lúc thì bé chui xuống gầm bàn chơi trò ô tô, thấy bà ngoại đang nhặt rau bé lại cầm chổi học quét nhà, không lúc nào thấy bé ngừng. Mẹ của Phương Linh nghi ngờ rằng bé bị bệnh hiếu động đưa bé đến phòng tư vấn tâm lý - khoa nhi của bệnh viện để kiểm tra.

Bác sỹ hỏi tỉ mỉ quá trình sinh trưởng và phát triển, các biểu hiện ở nhà và ở nhà trẻ, tình hình

giấc ngủ và các mối quan hệ khác của Phương Linh, còn tìm hiểu về nghề nghiệp, trình độ văn hoá, điều kiện hoàn cảnh sống, thói quen dạy dỗ của cha mẹ bé. Mẹ của Phương Linh nói với bác sỹ: Bé là lần đầu tiên mang thai, lần đầu tiên sinh, đủ tháng, sinh dễ thuận lợi, khi sinh nặng 3kg. Từ lúc nhỏ sinh trưởng và phát triển giống các bạn khác, không thấy có gì khác biệt, thường thích xem sách của trẻ em, khi xem sách rất chăm chú, giữ gìn đồ chơi, biết nghe lời, ngủ tốt, điều kiện sống tốt. Ông bà nội ngoại rất cưng chiều bé, khi ở nhà bà ngoại, bé thường tỏ ra hiếu động, nghịch ngợm.

Bác sỹ nói: Không thể cho trẻ hoạt động nhiều là bị bệnh hiếu động. Một đứa trẻ sinh trưởng và phát triển bình thường, có thể từ nhỏ đã hiếu động, ví dụ vào lúc 3 tháng tuổi đã biết chú ý quan sát những người đi lại hoặc những sự vật xung quanh mình, quay đầu về phía có âm thanh phát ra, 1 tuổi bắt đầu tự mình đi, 18 tháng tuổi đã biết trèo lên ghế, nghịch những đồ ở trên bàn, 2 tuổi có thể nhảy, 3 tuổi có thể chạy, biết nhảy một chân, biết đi xe 3 bánh, 4 tuổi thích trèo cầu thang, phạm vi hoạt động cũng tăng dần theo tuổi, hiếu động là đặc trưng của trẻ. Từ lý thuyết mà nói, chức năng ức chế của vỏ não đến 2 - 3 tuổi mới phát triển hoàn chỉnh, mà chức năng điều tiết của vỏ não đến 7 - 14 tuổi mới

đạt đến một trình độ nhất định. Vì vậy, vào thời kỳ trẻ nhỏ (1 - 4) tuổi chức năng kích thích chiếm ưu thế, sức chú ý không tập trung, dễ bị lôi cuốn bởi ngoại cảnh, sự kích thích dễ chuyển đổi, phân tán, làm việc không có đầu không có đuôi, mới đầu rất giống bệnh hiếu động. Thế nhưng trẻ bị bệnh hiếu động vào thời kỳ trẻ nhỏ thường có một số biểu hiện khác nhau, ví dụ như không nghe lời cha mẹ hoặc lời của cô dạy trẻ, không hợp tác, thậm chí còn phản kháng, làm việc (chơi, đọc sách) không chuyên tâm làm đến cùng, có những hành vi gây tổn hại, quên trước quên sau, làm mọi người đau đầu. Khi chơi cùng bạn bè thì không hòa đồng, không tuân theo yêu cầu của trò chơi, thậm chí còn phá rối hoặc có hành vi tấn công các bạn khác, khi làm bài tập viết thì viết lộn, dạy nhiều lần không sửa. Giấc ngủ của trẻ hay bị các bậc phụ huynh xem nhẹ, khi bác sĩ nhắc đến thì nói rằng trẻ không thích ngủ trưa, đêm khó ngủ, dễ bị tỉnh giấc... Các bác sĩ lâm sàng cũng coi việc ngủ không tốt là một triệu chứng của trẻ bị bệnh hiếu động ở thời kỳ trẻ nhỏ.

Qua thực tế trường hợp của Phương Linh, cuối cùng bác sĩ đã nói với mẹ của bé rằng hoạt động nhiều của trẻ là một hiện tượng bình thường của thời kỳ sinh trưởng và phát triển của bé, không thể coi là bệnh hiếu động. Nhưng kiểu nuông chiều bé

Phương Linh của ông bà ngoại phải xem xét lại, vì nếu được chiều chuộng quá đáng sẽ làm cho trẻ sau này phát sinh trở ngại hoạt động nhiều, thiếu sức chú ý.

Các biểu hiện của bệnh hiếu động ở trẻ và một số bệnh khác giống nhau không?

Về lâm sàng, một số bệnh của cơ thể và trở ngại tâm lý cũng có thể xuất hiện các biểu hiện tương tự như bệnh hiếu động.

- Tổn hại thị giác và thính giác: Có các vấn đề về thị giác như viêm tai giữa, xuyên thủng màng tai hoặc trẻ có các vấn đề về thị lực như cận thị, viễn thị không thể nhìn thấy giáo viên hoặc nhìn không rõ chữ trên bảng, hoặc khi lên lớp nghe không rõ nội dung bài giảng của giáo viên, đương nhiên không phải không chú ý nghe giảng mà xuất hiện sự khó khăn về sức chú ý.

- Bệnh dị ứng: Bệnh dị ứng và bệnh mề đay thường gây nên ngứa da, ảnh hưởng đến việc học tập của trẻ.

- Viêm mũi phụ mạn tính: Trẻ suốt ngày chong mặt, căng thẳng đầu óc, ảnh hưởng đến tính tích cực học tập.

- Thiếu máu: Do thiếu máu gây nên chong mặt, tinh thần kém.

- Phản ứng không tốt với thuốc: Một số loại thuốc có thể gây nên phản ứng xấu giống như bệnh hiếu động, như thuốc chống động kinh, thuốc kích thích.

- Cách sống không tốt: Một số trẻ ban đêm ngủ không đủ, sớm thì không ăn cơm, dẫn đến việc không tập trung khi lên lớp và khó khăn trong học tập.

- Khả năng cơ tuyến giáp trạng phát triển quá mức bình thường: Biểu hiện chủ yếu là tim đập nhanh, dễ cáu giận, hoạt động quá nhiều, nên chú ý phân biệt đặc điểm này.

- Động kinh: Lên cơn động kinh, đặc biệt là xảy ra sự mất tập trung đối với môi trường xung quanh, có thể dùng điện não đồ để kiểm tra và phân biệt.

- Trở ngại co giật: Trở ngại co giật là sự co giật của các nhóm cơ thịt luân chuyển, nhanh, nhiều, không tự chủ, mà bệnh hiếu động là hoạt động không ngừng, thiếu sức chú ý.

- Dễ lẫn lộn các chứng sau với bệnh hiếu động: Chứng lo lắng, chứng cô độc, chứng sợ học tập, chứng phân liệt tinh thần trẻ em, trở ngại trí tuệ và các trở ngại tâm lý khác.

Sự khác biệt như thế nào giữa trẻ bị bệnh hiếu động và trẻ trí lực yếu?

Trẻ trí lực yếu trong cách gọi của ngành giáo dục là trẻ có năng lực thấp, y học gọi trí lực yếu là

não phát triển không hoàn toàn và phát triển chậm, hoặc gọi là trí lực phát triển thấp. Trên thế giới quen gọi là Mental Retardation, gọi tắt là MR. Năm 1993, Tổ chức Y tế Thế giới đã định nghĩa trí lực yếu là: Mức trí tuệ thấp hơn rõ rệt so với mức trí tuệ của các trẻ cùng tuổi khác, tức chỉ số thông minh < 70 , đồng thời kèm theo thiếu hụt hành vi thích ứng xã hội, thường xảy ra ở độ tuổi dưới 18.

Theo sổ tay thống kê bệnh tật mới nhất của Mỹ, xuất bản lần thứ 4 (DSM -IV) trong định nghĩa về MD đã kể ra một cách cụ thể thiếu hụt hành vi thích ứng xã hội, bao gồm 10 biểu hiện sau: giao lưu ngôn ngữ, tự chăm sóc bản thân, cuộc sống gia đình, kỹ năng giao tiếp xã hội, ứng dụng công trình công cộng, tự quản lý, sức khỏe và an toàn, kỹ năng khoa học thực dụng, nghỉ ngơi giải trí và công việc. Khi chẩn đoán MD, cần phải có từ 2 điều trở lên.

Trẻ trí lực yếu, căn cứ vào mức trí lực của trẻ có thể chia thành các mức độ sau: Độ nhẹ, độ vừa, độ nặng và cực nặng. Căn cứ vào đặc trưng hành vi của trẻ, có thể chia thành kích thích, ức chế và bình thường. Trong đó trẻ trí lực yếu loại kích thích có điểm rất giống với trẻ bị bệnh hiếu động, nhưng giữa chúng cũng có sự khác biệt, (xem biểu 8)

Biểu 8: Sự khác biệt giữa trẻ trí lực yếu và trẻ bị bệnh hiếu động

Các mục	Bệnh hiếu động	Trí lực yếu (kích thích, độ nhẹ)
- Sự sinh trưởng và phát triển.	- Khi còn nhỏ động tác và ngôn ngữ phát triển tốt.	- Từ nhỏ đã có biểu hiện chậm chạp.
- Khả năng tự khống chế.	- Kém.	- Có khả năng nhất định.
- Trở ngại nhận biết.	(+)	(-)
- Nói dối.	(+)	(-)
- Kết quả học tập.	- Dao động lớn, lúc tốt lúc xấu.	- Dao động thấp, kém.
- Hành vi tính thích ứng	- Thích ứng kém với môi trường ở trường học	- Các mặt đều thiếu hụt.
- Chỉ số thông minh.	- Bình thường hoặc thấp.	<70

- Dùng Ritalin.	- 90% có hiệu quả.	- Hiệu quả không rõ rệt.
- Dự đoán về sau.	- Sau 15 tuổi đa số có thể tự khỏi.	- Vẫn có biểu hiện trí lực yếu.

Làm thế nào để phân biệt phát tác nhỏ của động kinh và bệnh thiếu động ở trẻ?

Để phân biệt được hai loại bệnh này, phải bắt đầu từ các khái niệm có liên quan đến những phát tác nhỏ của bệnh động kinh. Phát tác nhỏ của bệnh động kinh còn gọi là phát tác nhỏ của thần kinh không bình thường, là một hình thức trong phát tác toàn thân. Tại sao gọi là phát tác nhỏ của thần kinh không bình thường? Là khi biểu hiện của trẻ bị bệnh bị mất ý thức đột xuất, cái gì cũng không biết, giống như đột nhiên tự biến mất ở lớp học, giáo viên giảng cái gì cũng không biết. Vì vậy một số nhà nghiên cứu tâm lý còn gọi hiện tượng này là “phát tác trốn học”, thời gian phát tác rất ngắn, chỉ trong vài giây mà thôi, không có co giật toàn thân, cũng không ngã xuống đất. Nếu như khi lên lớp đột nhiên phát tác thì có biểu hiện “lơ đễnh”, hồn rời khỏi xác, cho dù lúc đó giáo viên có gọi, trẻ cũng không hề biết gì. Nhưng vì thời gian phát tác rất ngắn, chỉ trong vài giây, vì vậy tư duy nhanh chóng hồi phục, tỉnh táo. Người ta không biết nguyên nhân

của hiện tượng đó mà chỉ cho rằng tư tưởng của trẻ không tập trung, sức chú ý không tập trung. Nếu như phát tác nhiều lần sẽ ảnh hưởng đến giờ học trên lớp của trẻ, không biết giáo viên dạy gì, lâu dần kết quả học tập giảm sút, dễ bị cho là bị bệnh hiếu động. Đối với những trường hợp như vậy kiểm tra điện não đồ là rất quan trọng, bởi vì phát tác nhỏ của bệnh động kinh điện não đồ hiển thị sóng chậm - gai 3 C/S tính đặc trưng. Trong khi đó, việc kiểm tra điện não đồ bệnh hiếu động ở trẻ lại cho kết quả hoàn toàn bình thường. Phát tác nhỏ của bệnh động kinh cần phải điều trị bằng thuốc động kinh, sau khi ngừng phát bệnh cần uống thuốc nhiều năm để phòng bệnh phát lại, mà dùng những thuốc này để trị bệnh hiếu động không có hiệu quả. Thông qua quan sát kĩ các kiểu phát tác và biểu hiện khác, tiến hành quan sát điện não đồ và hiệu quả thuốc, chúng tôi có thể phân biệt rõ ràng giữa phát tác nhỏ của bệnh động kinh và bệnh hiếu động.

Làm thế nào để phân biệt giữa co giật theo thói quen và bệnh hiếu động?

Co giật theo thói quen còn gọi là “bệnh co giật”, là một trong những loại triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ em. Triệu chứng chủ yếu là co giật vận động đơn thuần, rất giới hạn những biểu hiện thường thấy như chớp mắt, nhắm mắt, nhăn trán, cắn môi, hở răng, mở miệng, lắc, gật đầu, dướn cổ,

nhún vai. Có người gọi trẻ có những động tác này là “hoạt động nhiều” và đưa đến bác sĩ khám. Kỳ thực sự co giật này hoàn toàn khác với hoạt động nhiều của bệnh hiếu động trẻ nhỏ. Trong các bài nghiên cứu mới đây, loại co giật này được quy vào phạm vi chứng cơ quan chức năng thần kinh trẻ em, là một hành vi không tốt ở trẻ và không phải là một triệu chứng bệnh lý. Nhưng cũng có học giả cho rằng nó có liên quan đến nhân tố di truyền hoặc thể chất, bởi vì trong một gia đình của trẻ bị triệu chứng đồng thời xảy ra với những người bình thường, vì thế cho rằng nó có tính di truyền. Một số trẻ do từng có tổn thương trong thời kỳ sinh nở như nghẹt thở, sinh sớm, khi sinh cân nặng thấp, vì thế cho rằng bệnh này có liên quan đến nhân tố thể chất. Rất nhiều chuyên gia nghiên cứu cho rằng nhân tố thần kinh hoặc thể chất có thể là một nguyên nhân gây nên co giật theo thói quen. Ví dụ như, khi một số trẻ bị viêm kết mạc mắt, sập mí, hoặc viêm mũi thì gây nên cơ mắt, cơ mặt co giật không tự chủ được, nhưng sau khi khỏi bệnh triệu chứng co giật này vẫn tồn tại. Có một số trẻ có thể do cuộc sống gia đình có những việc không vui, tinh thần căng thẳng quá độ hoặc gánh nặng học tập quá nặng thì co giật càng trở thành một biểu hiện kích thích tâm lý. Có một số trẻ lại do hiếu kỳ, bắt chước người lớn hoặc những động tác này ở trẻ khác, kết quả là tạo

thành thói quen, những động tác này không thể sửa đổi một sớm một chiều. Vì thế chúng tôi cho chúng co giật này là thói quen, một căn cứ khác nữa là kiểm tra hệ thống thần kinh không có những thể chứng khác thường, không ảnh hưởng đến học tập và thích ứng xã hội, thông thường cũng có các triệu chứng hành vi khác và trở ngại cưỡng ép. Triệu chứng ít nhất tiếp tục vài tuần, vài tháng hoặc có thể dài hơn.

Làm thế nào để phân biệt giữa bệnh giật cục co giật theo thói quen và bệnh hiếu động?

Giống như co giật theo thói quen, bệnh giật cục cũng là một trong những bệnh gây nên trở ngại giật cục co giật. Trong quá trình bị bệnh, có khả năng xuất hiện thay đổi tính cách, tâm lý không ổn định, vì vậy khi lên lớp, tư tưởng không tập trung, sức chú ý bị phân tán, làm việc riêng, bị mọi người lầm tưởng là bệnh hiếu động. Làm thế nào để phân biệt bệnh này với bệnh hiếu động? Điều này phải bắt đầu từ nhận thức tổng thể về bệnh giật cục.

Bệnh giật cục là một loại bệnh tổ chức kết đế, là một trong những biểu hiện của bệnh phong thấp nhiệt mà chúng ta đã biết, thường gặp ở nữ giới, tỷ lệ phát bệnh ở nữ là 1 : 3, trẻ em nhiều hơn người lớn. Bệnh này là do nhiễm khuẩn cầu xích dịch

máu nhóm B gây nên. Cho dù cơ chế phát bệnh của nó vẫn chưa được xác định rõ ràng, nhưng đa số học giả đều cho rằng có liên quan đến hai loại phản ứng miễn dịch là phản ứng biến thái và tự miễn dịch. Loại phản ứng miễn dịch này tạo nên biến đổi bệnh lý hệ thống toàn thân, ngoài hệ hình nón của hệ thống thần kinh bị moi, thì xuất hiện hàng loạt triệu chứng lâm sàng của bệnh cơ giât. Biểu hiện chủ yếu là không tự chủ, vận động nhanh không mục đích ở mặt và chân tay, dụi mắt, miệng, khoa chân múa tay, khi bị kích thích hoặc khi sức chú ý không tập trung càng nặng hơn, sau khi ngủ thì mất. Cơ thịt moi và tâm lý không ổn định, thời gian bệnh có tính tự hạn chế, người ngất thì trong vài tuần triệu chứng biến mất, dài thì có thể hàng tháng, bình quân là 3 tháng, thường tồn tại đồng thời với các triệu chứng chủ yếu của bệnh phong thấp nhiệt như viêm cơ tim. Kiểm tra trong phòng thực nghiệm máu chìm tăng nhanh, abudin phản ứng C và abudin dính tăng cao, độ nhỏ "O" (ASO) tổ chống khuẩn cầu trong máu khoảng 80% tăng cao, vượt qua 500u.

Chẩn đoán có liên quan đến bệnh giât cục, có thể theo tiêu chuẩn chẩn đoán phong thấp nhiệt Jones, kết hợp bệnh sử, triệu chứng và kết quả kiểm tra trong phòng thí nghiệm, tổng hợp phân tích,

chẩn đoán không khó. Trong chỉ tiêu chẩn đoán bệnh phong thấp nhiệt, bất kỳ hai biểu hiện chủ yếu hoặc thêm hai biểu hiện thứ yếu làm căn cứ chẩn đoán người bệnh có bị nhiễm khuẩn cầu xích, có thể chẩn đoán. Tiêu chuẩn chẩn đoán phong thấp nhiệt, xem biểu 9.

Biểu 9: Chỉ tiêu chẩn đoán phong thấp nhiệt

Biểu hiện chủ yếu	Biểu hiện thứ yếu	Chứng cứ nhiễm khuẩn cầu móc xích
- Viêm cơ tim - Viêm khớp chảy - Bệnh giật cục - Đau khớp xương dưới da	- Lâm sàng: + Sốt + Đau khớp + Đã từng bị phong thấp nhiệt + Bệnh van - Phòng thí nghiệm: - Máu chìm tăng nhanh - Abudin phản ứng C huyết thanh CRP (+) - Bạch cầu tăng	- Kháng thể chống khuẩn cầu móc xích và ASO tăng cao.

-Vết đỏ hình tròn	- Điện tâm đồ: Thời gian P-R kéo dài	
-------------------	--------------------------------------	--

Thông qua nhận thức về bệnh giạt cục, chúng ta có thể dễ dàng phân biệt với bệnh hiếu động. Biểu 10 có thể giúp chúng ta có những chẩn đoán giám định đúng.

Biểu 10: Phân biệt giữa bệnh giạt cục và bệnh hiếu động

Các mục	Bệnh giạt cục	Bệnh hiếu động
Các dấu hiệu.	Nhiễm khuẩn cầu móc xích huyết dịch loại B nhóm A.	Không bị viêm nhiễm.
Khởi bệnh	Cấp tính	Trên nửa năm
Giới tính	Thường gặp ở nữ	Nam nhiều hơn nữ
Sốt	Có	Không
Trở ngại chú ý.	Có thể tự khống chế.	Không thể tự khống chế.
Hoạt động nhiều tiêu chuẩn Jones.	Dụi mi, mắt, khoa chân múa tay.	Có vấn đề về hành vi.

Điều trị	(+) Điều trị chống phong thấp có hiệu quả	(-) Điều trị Ritalin có hiệu quả
Dự đoán về sau.	Thời gian bệnh vài tuần - 12 tháng	Thời gian bệnh có thể vài năm.

Làm thế nào để phân biệt giữa bệnh hiếu động và bệnh co giật đa phát ?

Bệnh co giật đa phát còn gọi là bệnh phát thanh, trở ngại co giật liên hợp vận động, chứng tổng hợp Gilles De La Tourette's, đây là một loại triệu chứng đặc thù của trở ngại co giật mạn tính. Vào năm 1885, bác sĩ người Pháp Gilles De La Tourette's đã có báo cáo chi tiết 9 trường hợp, thế giới thường gọi là Tourette's Syndrome, gọi tắt là TS. Tỷ lệ phát bệnh giữa nam và nữ là 3 : 7, phát bệnh trong khoảng 4 - 12 tuổi, từ 7 - 8 tuổi chiếm đa số. Nguyên nhân của bệnh này vẫn chưa rõ, có những ý kiến khác nhau như: do nhân tố di truyền, nhân tố sinh hóa thần kinh (chuyển giao chất trung khu như dopamine, noradrenaline bitartrate, rivastigmine, serotonin), nhân tố thể chất, và nhân tố về thuốc... Về lâm sàng, lấy các đặc trưng chủ yếu là co giật vận động đa phát kèm theo việc phát ra âm thanh không tự chủ. Đặc trưng co giật này là co giật cơ đột nhiên, nhanh, không tự chủ, lặp lại,

co giật cơ liên tục, thường bắt đầu từ cơ mặt, mắt, triệu chứng tăng nặng dần, hơn nữa lại phát triển theo hướng từ cổ, vai, tay, thân và chân, tạo nên co giật nhiều bộ phận, biểu hiện các động tác, tư thế kỳ quái, không thể tự kiểm chế được. Ở họng phát ra âm thanh lạ như dạng ho, dạng chó sủa, 30% trẻ bị bệnh còn nói tục nhiều. Khi trạng thái tâm lý không vui vẻ hưng phấn, mệt mỏi quá độ hoặc bệnh tật có thể làm cho các triệu chứng nặng thêm, có khoảng một nửa số trẻ bị bệnh có sức chú ý không tập trung, hoạt động quá độ và các vấn đề về hành vi khác, vì vậy mà ảnh hưởng đến kết quả học tập và sự thích ứng xã hội. Về thực tiễn lâm sàng, bệnh co giật đa phát đơn thuần rất dễ phân biệt với bệnh thiếu động, nhưng khi có biểu hiện lâm sàng của bệnh co giật đa phát và bệnh thiếu động thì việc giám định gặp khó khăn.

Bệnh thiếu động có liên quan đến bệnh thiếu máu không?

Bệnh thiếu máu là một loại bệnh thường gặp của hệ thống tạo máu. Thiếu máu là hiện tượng số hồng cầu trong đơn vị dung tích của máu đầu cuối hoặc lượng huyết sắc tố thấp hơn bình thường. Theo tài liệu của Tổ chức Y tế Thế giới, huyết sắc tố (Hb) thấp, trẻ 6 tháng tuổi đến 6 tuổi là 110g/L, 6-14 tuổi là 120g/L, mức nước tiểu tăng cao 1000m thì Hb

Hb tăng 4%, thấp hơn so với giá trị này gọi là “thiếu máu”. Thiếu máu có thể chia thành độ nhẹ, độ vừa, độ nặng và độ cực nặng, thường áp dụng phân loại nguyên nhân bệnh và phân loại hình thái. Về lâm sàng, thường áp dụng chẩn đoán nguyên nhân bệnh, phân loại hình thái giúp cho việc dự đoán nguyên nhân bệnh. Trước đó hầu như tất cả các phòng thí nghiệm của các bệnh viện đều áp dụng máy phân tích tự động để kiểm tra trắc nghiệm thường quy, trong đó xác định rõ số hồng cầu (RBC), huyết sắc tố (Hb) và tính toán kết quả áp tích hồng cầu, dung tích bình quân hồng cầu (MCV), huyết sắc tố bình quân hồng cầu (MCH) và nồng độ Hb bình quân trong hồng cầu (MCHC). Theo kết quả kiểm tra trong phòng thí nghiệm trên các bậc phụ huynh có thể biết rằng liệu con cái của họ có bị thiếu máu hay không, và độ nặng hay độ nhẹ. Vì vậy, phân loại hình thái tế bào thiếu máu (xem biểu 11).

Biểu 11: Phân loại hình thái tế bào thiếu máu

Loại hình	MCV (fl)	MCH (pg)	MCHC (%)
Bình thường	80~90	28~32	32~38
Tính tế bào lớn	>94	>32	32~38

Tính tế bào chính	80~94	28~32	32~38
Tính tế bào nhỏ đơn thuần	<80	<28	2~38
Tính sắc tố thấp, tế bào nhỏ.	<80	<28	<32

Thiếu máu ở trẻ nhỏ, thường gặp nhất là thiếu máu do thiếu sắt, đó là một loại thiếu máu sắc tố thấp tế bào nhỏ do trong cơ thể thiếu sắt làm lượng Hb giảm gây nên. Người bình thường lượng bài tiết sắt mỗi ngày là tương đối ổn định, khoảng 1mg, chủ yếu là do tế bào niêm mạc, dịch gan, nước tiểu, mồ hôi thải ra. Mỗi ngày lượng sắt đưa vào cơ thể không nên vượt quá 15mg, sắt trong các thực phẩm động vật như thịt, cá, gan thuộc sắt huyết sắc tố có tỷ lệ hấp thu cao nhất là 10-25%, sắt trong sữa mẹ có thể hấp thu 50%, nhưng sắt trong sữa bò chỉ có thể hấp thu được 10%. Sắt trong các thực phẩm thực vật, thuốc phi huyết sắc tố sắt, tỷ lệ hấp thu chỉ có 1%, vitamin C, glucoza, axitamine có lợi cho việc hấp thu sắt, xenlulo thực vật, chè, cà phê, trứng, sữa bò có thể kìm chế sự hấp thu sắt, lượng sắt trẻ hấp thu vào không đủ là nguyên nhân chủ yếu gây nên bệnh thiếu máu do thiếu sắt. Khi thiếu máu do thiếu sắt trẻ có biểu hiện là niêm mạc da dần dần trắng bệch, xanh xao, rõ nhất là niêm mạc môi, mắt, khoang miệng, dễ mệt mỏi, không thích hoạt động,

chóng mặt, ù tai, ảnh hưởng đối với hệ thống thần kinh làm cho trẻ bứt rứt không yên, hoạt động nhiều, tư tưởng không tập trung, sức nhớ giảm, trí tuệ thấp hơn so với những trẻ bình thường, vào tuổi đi học thì biểu hiện là kết quả học tập kém. Những biến đổi về hành vi tinh thần này rất dễ bị nhầm, cho là bệnh hiếu động. Thông qua việc kiểm tra máu định kỳ cùng với việc kết hợp kiểm tra trong phòng thí nghiệm như abudin huyết thanh, sắt huyết thanh thì hoạt động nhiều do thiếu máu vì thiếu sắt gây nên có biểu hiện là sức chú ý không tập trung. Đây là một đặc điểm rất dễ để phân biệt với bệnh hiếu động.

Làm thế nào để xác định bệnh hiếu động ở trẻ do trúng độc chì gây nên?

Trúng độc chì sẽ gây nên hoạt động nhiều, sức chú ý không tập trung, kết quả học tập giảm sút ở trẻ, vậy chúng ta có thể dùng biện pháp nào để có thể xác định những triệu chứng này là do trúng độc chì gây nên? Thông thường, chúng ta có thể thông qua các phương pháp dưới đây để phân tích và chẩn đoán.

- Bệnh sử: Khi thu thập bệnh sử, đặc biệt chú ý các triệu chứng có hay không liên quan đến nhiễm độc chì như đau bụng, đau đầu, chóng mặt, nôn, táo bón; liệu nó có ảnh hưởng phát triển và sinh trưởng khác thường như trí tuệ thấp, hoạt động nhiều, sức

chú ý không tập trung, trở ngại ngôn ngữ, trở ngại khả năng nghe; các nhân tố môi trường liên quan có hoặc không gây lên nhiễm độc chì như nơi ở hoặc các hoạt động vui chơi gần các khu sản xuất có liên quan đến chì, như: nhà máy luyện kim, nhà máy sản xuất ắc quy, in ấn, trạm xăng hoặc đường quốc lộ có lưu lượng xe ô tô qua lại nhiều, cha mẹ làm các nghề có liên quan đến chì.

Do chì không những có trong rất nhiều ngành công nghiệp, ở nơi giao thông đông đúc mà còn tồn tại trong tự nhiên, vì vậy một bệnh sử có hay không tiếp xúc mật thiết với chì cần phải được lưu ý, cho dù không thể phát hiện bệnh sử tiếp xúc với chì thì cũng không thể phủ định sự tồn tại bạo phát chì.

- Kiểm tra thể trạng: Đa số trẻ bị trúng độc chì không có thể chứng rõ rệt, có một số trẻ bị bệnh có thể phát hiện có hình thành “đường chì” ở lợi, nên coi trọng kiểm tra hệ thống thần kinh và đánh giá phát triển tâm lý và chú ý xem trẻ có thiếu máu do suy dinh dưỡng hay không.

- Kiểm tra trong phòng thí nghiệm: Thông thường có thể trắc định mức chì trong máu (Bpb) và FEP. Năm 1991, trung tâm khống chế bệnh tật quốc gia Mỹ (CDC) đã quy định tiêu chuẩn trúng độc chì ở trẻ là: Bpb > 0,48 (95) mol/L (10g/dl, FEP>0,6mol/L (35g/dl). Kết quả kiểm tra trong

phòng thí nghiệm là một trong những căn cứ chủ yếu để chẩn đoán trúng độc chì.

- Thí nghiệm trừ chì: Đây là một biện pháp chẩn đoán mang tính điều trị, mục đích là phán đoán phản ứng của trẻ đối với việc trừ chì, để quyết định liệu có cần tiến hành điều trị trừ chì. Thông thường áp dụng một số công thức đặc định để tính toán lượng bài tiết mỗi mmgNa₂ EDTA (I), nếu như $I > 0,6$, biểu thị thí nghiệm trừ chì dương tính, nếu như $I < 0,6$, thí nghiệm trừ chì âm tính.

Tại sao trẻ có trở ngại về tâm lý lại bị lầm cho là bị bệnh hiếu động?

Trong công tác lâm sàng, thường gặp một số lời tâm sự của các bậc cha mẹ như: “Con của chúng tôi vốn là một học sinh tốt ở trường, nay cháu không chịu học hành chăm chỉ, kết quả học tập ngày càng kém ...”, “Vốn là một đứa trẻ ngoan, nay lại trở nên xấu, tính cách cũng xấu đi, ở nhà dễ cáu gắt, ở trường hay cãi nhau với bạn bè, thậm chí đánh nhau ...”, “Con tôi trước đây là học sinh học giỏi Anh văn nhất lớp, nay không biết tại sao, kiểm tra tiếng Anh thường xếp cuối lớp, thầy giáo phản ánh là làm bài tập cầu thả, có lúc không nộp bài, thậm chí còn cãi nhau tay đôi với giáo viên...”, “Con tôi trước đây rất thích học, nay thầy giáo phản ánh là trong lớp không chú ý nghe giảng, về nhà

làm bài tập thường không thể hoàn thành được, ở trường hay làm những việc cho mọi người bức...”. Hàng loạt những vấn đề mà các bậc phụ huynh đưa ra, nghe thì có vẻ liên quan đến bệnh hiếu động, nhưng thực tế liệu có như vậy? Dưới đây là một ví dụ mà người viết gặp phải?

Mạnh Hùng, nam, 13 tuổi, trước đây đạo đức tốt, học tập tốt, luôn vui vẻ giúp đỡ các bạn khác, thẳng thắn, quan hệ tốt với các bạn khác, là cán bộ đội thiếu niên tiên phong của lớp, tình cảm đối với ông bà rất hòa hợp, cuộc sống chủ yếu là do ông bà chăm sóc, bố của bé thường đi công tác xa, mẹ là một công chức, ngoài việc đốc thúc con học, bình thường rất ít quan tâm, ít nói chuyện với bé. Một buổi tối nửa năm về trước, ông nội vì muốn dành nhiều thời gian cho bé xem chương trình đá bóng trên ti vi nên đã cãi nhau với cha mẹ bé, từ đó bắt đầu cảm thấy có sự thay đổi ở bé, bé trở thành một người hoàn toàn khác, cả ngày mặt cứ dờ ra, không cười nói, bình thường rất dễ kích động, dễ cáu gắt. Cô giáo chủ nhiệm lớp phản ánh là bé trên lớp không chịu chú ý nghe giảng, dễ bị ảnh hưởng của môi trường bên ngoài mà phân tâm, không quan tâm đến những việc trên lớp, không hòa hợp với các bạn trong lớp, dễ xung đột với các bạn, có lúc thậm chí còn đánh nhau, chửi nhau với các bạn, kết quả học tập giảm sút rõ rệt và bị miễn chức cán bộ lớp. Nửa

năm trước, bà của bé muốn đi nơi khác thăm nhà chú, sau khi bé biết đã nhất quyết bắt mẹ đuổi bà đi. Vào đêm trước khi bà đi, do bé đòi rất gay gắt nên bị bố đánh cho một trận nên thân, từ đó việc học tập của bé bắt đầu hết sức bị động, sáng không chịu dậy đi học, mỗi sáng bố mẹ đều phải đốc thúc, làm bài tập cầu thả, sai be bét, ở trường thì hay làm mọi người bực mình, thậm chí còn tham gia vào các cuộc đánh nhau tập thể ở ngoài trường học, có cơ hội là trốn học, kết quả học tập giảm sút, thậm chí còn bị lưu ban, ở nhà không nghe lời, không hề có khả năng tự khống chế, đòi mua xe đạp, quần áo và giày dép của hãng nổi tiếng, nếu như hơi không vừa ý liền dấm mẹ...

Vì thế mẹ bé nhiều lần đưa bé đến khám ở các bệnh viện lớn nhỏ và các phòng khám, trong đó đa số đều điều trị theo bệnh hiếu động nhưng những biểu hiện trên không thuyên giảm mà cũng không có chuyển biến, có xu hướng ngày càng nặng hơn. Lần đầu tiên tiếp xúc với bé, khi bé ở phòng khám với mẹ, bé chạy qua chạy lại, không ngừng ngăn cản mẹ bé nói chuyện với bác sĩ về tình hình bệnh, đòi mẹ đi mua đồ uống, giục mẹ nhanh rời khỏi phòng khám để đến cửa hàng đồ ăn nhanh. Mẹ bé khuyên nên đợi một chút bé liền dấm vào ngực mẹ, dùng móng tay cào vào vai mẹ. Khi nói chuyện cùng với bé thì bé tỏ ra rất lạnh nhạt, không quan

tâm, thờ ơ, qua gợi ý bé mới nói ra những suy nghĩ của mình.

Bé tự kể rằng đánh mẹ, dễ cáu gắt, ở trường không tuân thủ kỷ luật là do bứt rứt trong lòng, ở trường dùng bóng ném bạn, ném vỡ cửa kính lớp học trong lòng mới cảm thấy bình tĩnh. Bé tự kể là “trong lòng cảm thấy không vui, tâm ý rối bời, không hề có một chút hứng thú gì với việc học tập” không hề có hứng thú với bất kỳ một việc gì, “Mẹ càng yêu cầu cháu chăm chỉ đọc sách, thi đạt điểm cao cháu càng không học tập chăm chỉ để làm mẹ tức giận. Mẹ tức giận, cháu mới cảm thấy vui.”

Đây là một trường hợp bệnh điển hình do trở ngại tâm lý gây nên, cha mẹ bé và những người xung quanh đều cho là bé bị bệnh hiếu động một cách trầm trọng, thực ra bé còn có các biểu hiện giống các biểu hiện của bệnh hiếu động như hoạt động nhiều, năng lực tự điều khiển kém, khi học tập thì sức chú ý không tập trung, kết quả học tập kém.

Thông qua một số hướng dẫn điều trị tâm lý và phối hợp sử dụng thuốc chống trầm cảm của bác sỹ, tâm lý của bé dần dần ổn định, các triệu chứng trước đây dần dần có những chuyển biến tốt. Sau một năm, bé đã có những biểu hiện tốt, kết quả học tập tốt, quan hệ hòa hợp với giáo viên và bạn bè, lại được bầu làm cán bộ lớp, mối quan hệ trong gia đình cũng hòa hợp trở lại.

Chúng đơn độc ở trẻ có những đặc trưng nào để phân biệt với bệnh hiếu động?

Chúng đơn độc ở trẻ còn gọi là “chứng sống khép kín”, là một trong những trở ngại phát triển phổ biến thường gặp nhất, do nhà tâm lý học người Áo Kanner đưa ra vào năm 1938. Do mức độ nghiêm trọng của bệnh khác nhau nên có lúc cũng chẩn đoán nhầm là bệnh hiếu động. Vì vậy khi chẩn đoán bệnh hiếu động ở trẻ, thì chứng đơn độc ở trẻ phải được liệt vào là một trong những bệnh cần phải phân biệt giám định. Sau đây chúng tôi xin giới thiệu một số nhận biết cần thiết về chứng cô độc ở trẻ.

- Thiếu hứng thú và phản ứng các hoạt động xã hội.

- Trở ngại ngôn ngữ: Hình thức đặc thù từ không ngôn ngữ đến có ngôn ngữ.

- Hành vi hoạt động khác thường: Hình thức chơi cứng nhắc, hạn chế, động tác thì lặp lại, tính nghi thức và hành vi có tính cưỡng ép.

- Khởi bệnh sau khi sinh khoảng 30 tháng.

Những đặc trưng này dường như xuất hiện ở tất cả trẻ bị chứng cô độc.

Cụ thể là, những đặc trưng trên đây có thể biểu hiện ra các triệu chứng lâm sàng. Đa số trẻ bị bệnh

vào lúc 1 tuổi đã xuất hiện các triệu chứng giai đoạn đầu, từ 12 - 30 tháng triệu trứng dần rõ rệt, một số bộ phận trẻ bị bệnh 1 - 2 tuổi đã có những phát triển bình thường, sau 2 tuổi bắt đầu suy thoái về khả năng ngôn ngữ, bình thường thì đã có thể học được những câu mà trước đây không nói được, và xuất hiện các triệu chứng khác của chứng đơn độc. Trở ngại giao tiếp xã hội chủ yếu biểu hiện là thiếu hưng thú với mọi người, cho dù là đối với cha mẹ cũng không có cảm giác thân thiết, không nhìn mọi người, không hề có hứng thú với mọi vật xung quanh, cô độc đắm chìm trong thế giới riêng của mình, làm cho mọi người có cảm giác nhăm là tư tưởng không tập trung.

Trở ngại giao lưu ngôn ngữ là một biểu hiện nổi bật của trẻ bị chứng đơn độc, không chủ động giao tiếp với người khác, tự nói một mình, nói những câu mà người khác nghe không hiểu, có lúc còn la hét lung tung, nói đi nói lại một câu. Ngôn ngữ, ngôn từ, tốc độ ngôn ngữ và tiết tấu đều khác với mọi người, không dùng đại từ “tôi, bạn, anh” để xưng hô với mọi người. Hành vi rập khuôn, máy móc và những biểu hiện khác thường, thói quen sinh hoạt hàng ngày không muốn bị thay đổi, xem tay, vỗ tay, hành động một cách không mục đích...

Trí tuệ của trẻ bị bệnh có thể bình thường, cũng có thể thấp, một số trẻ bị bệnh trong các lĩnh vực như âm nhạc, tính toán, suy đoán, trí nhớ đều có sự khác thường, biểu hiện đó được gọi là “thiên tài ngu ngốc”.

Theo mức độ nghiêm trọng của bệnh, có thể chia thành hai loại là chức năng thấp và chức năng cao. Trẻ bị chức năng cao vẫn duy trì chức năng nhận thức và vẫn có thể giao tiếp bằng ngôn ngữ đơn giản, duy trì quan hệ tình cảm nhất định với cha mẹ và mọi người xung quanh, đạt được những thành tích nhất định trong học tập và nghề nghiệp. Chức năng thấp thì trái lại. Trẻ bị bệnh có chức năng cao cần phải được giám định để phân biệt với trẻ bị bệnh hiếu động.

Chứng đơn độc ở trẻ có cách phán đoán khách quan không?

Đối với những trẻ có biểu hiện lâm sàng điển hình thì việc chẩn đoán không khó, đối với những trẻ mức độ bệnh nhẹ, không điển hình thì việc chẩn đoán không hề dễ dàng. Trên thế giới, có tiêu chuẩn chẩn đoán chứng cô độc ở trẻ như sau:

+ *Khuyết tổn giao tiếp xã hội, biểu hiện ít nhất là hai điểm trong các điểm dưới đây:*

- Ứng dụng hành vi giao lưu có tính ngôn ngữ bị khuyết tổn rõ rệt như giao lưu ánh mắt, biểu hiện cục bộ, tư thế cơ thể, bắt tay.

- Thiếu mối quan hệ bạn bè cần có đối với bạn cùng trang lứa.

- Thiếu cơ hội tìm kiếm và chia sẻ những niềm vui và thành quả một cách tự phát.

- Thiếu quan hệ qua lại về tình cảm hoặc giao lưu xã hội.

+ *Khuyết tổn giao lưu ngôn ngữ, biểu hiện ít nhất một trong các điểm dưới đây:*

- Việc phát âm gặp khó khăn, không kèm theo các biện pháp giao lưu ngôn ngữ khác để thay thế hoặc bổ sung như ra hiệu tay hoặc tư thế.

- Tuy có năng lực ngôn ngữ đầy đủ nhưng không thể duy trì cuộc nói chuyện với người khác.

- Lặp lại một cách máy móc một số lời nói hoặc ngôn ngữ đặc biệt.

- Thiếu các hoạt động trò chơi có tính giao lưu xã hội và trò chơi đóng giả trẻ em tự phát.

+ *Hành vi, hứng thú và hoạt động có hạn lặp lại cứng nhắc, biểu hiện một trong những điểm dưới đây:*

- Đắm chìm vào một loại hứng thú có giới hạn cứng nhắc mà sức chú ý tập trung của trẻ lại khác thường.

- Cố chấp với hành vi hoặc động tác nghi thức thường quy, không có giá trị thực tế đặc thù.

- Các hành vi lặp lại cứng nhắc như các động tác toàn thân phức tạp, vặn vẹo và vỗ, đập tay.

+ *Chức năng khác thường hoặc kéo dài, biểu hiện ít nhất một trong những điểm dưới đây, các đặc điểm này xuất hiện trước 3 tuổi.*

- Giao lưu xã hội.
- Ứng dụng ngôn ngữ xã hội.
- Trò chơi tưởng tượng hoặc hình tượng.
- Không phải là trở ngại tinh thần có tính hiểu

biết lẫn nhau ở thời kỳ trẻ nhỏ.

Những mục giới thiệu ở trên đã phản ánh những biểu hiện đặc trưng của trẻ bị bệnh đơn độc, còn có thể cho chúng ta nhận biết đúng dấu hiệu, đối chiếu đúng tiêu chuẩn và triệu chứng của bệnh, ngoài ra còn lấy đó để phán đoán trẻ bị bệnh hiếu động liệu có liên quan đến chứng đơn độc.

Ngoài ra, chúng ta còn có thể dùng một số lượng biểu trắc nghiệm chứng đơn độc đặc biệt để giúp cho việc phán đoán, ví dụ như lượng biểu hành vi chứng đơn độc Cash (CABS), có thể dùng làm công cụ để sàng lọc, bởi vì độ mẫn cảm biểu lượng này đối với chứng đơn độc và khuynh hướng đơn độc ở trẻ rất cao. Biểu lượng đánh giá chứng đơn độc (CARS) ở trẻ do người đánh giá sử dụng, không những có thể đánh giá trẻ liệu có liên quan đến chứng cô độc hay không mà còn có thể chia chứng

đơn độc thành những mức độ nặng nhẹ khác nhau. Còn có một loại gọi là biểu kiểm tra hành vi trẻ bị chứng đơn độc (ABC), có thể do cha mẹ của trẻ hoặc người sống với trẻ từ 2 tuần trở lên đáng giá, tuổi sử dụng biểu mẫu này từ 8 tháng – 28 tuổi, không cùng tuổi tác, không cùng giới tính ; không có khác biệt về sử dụng. Biểu ABC có 57 mục, có thể quy lại thành 5 ước số là: Cảm giác, giao lưu, hoạt động thân thể, ngôn ngữ và tự lập cuộc sống. Căn cứ vào kết quả điểm có thể đưa ra phán đoán. Chúng tôi sử dụng kinh nghiệm của biểu lượng này, tỷ lệ khớp với phán đoán lâm sàng đạt 80%.

Làm thế nào để phân biệt giữa chứng đơn độc và bệnh hiếu động ở trẻ?

Do triệu chứng của trẻ mắc chứng đơn độc có mức độ nghiêm trọng nặng nhẹ khác nhau, biểu hiện lâm sàng cụ thể của mỗi trẻ bị bệnh cũng khác biệt rất lớn, biến đổi khôn lường, có lúc rất khó để chẩn đoán, đặc biệt trẻ bị chứng cô độc biểu hiện là hoạt động nhiều, sức chú ý không tập trung là chính, nên phân biệt hoàn toàn với bệnh hiếu động. Điểm khác biệt giữa hai bệnh chủ yếu là:

- Trí tuệ của trẻ bị bệnh hiếu động bình thường hoặc cơ bản bình thường, còn trí tuệ của trẻ bị chứng cô độc chỉ 25% bình thường, 25% thuộc

trí tuệ thấp (IQ 70 ~55), 50% thuộc trí tuệ thấp độ vừa và nặng (IQ < 55).

- Trẻ bị bệnh hiếu động cho dù có thiếu thích ứng với môi trường trường học nhưng các trở ngại như quan hệ xã hội, giao tiếp ứng xử, thu hẹp hứng thú và động tác lặp lại cứng nhắc lại không có gì khác thường.

- Kết quả học tập của trẻ bị bệnh hiếu động dao động lớn, sau khi sử dụng Ritalin có hiệu quả rõ rệt, thành tích học tập cũng được nâng cao; trẻ bị bệnh đơn độc không thể thích ứng với môi trường lớp học, rất khó tiếp nhận sự giáo dục trường học thường xuyên, kết quả học tập thấp, nhưng có một số ít trẻ bị bệnh lại có khả năng trong việc tính toán, học thuộc lòng, ghi nhớ máy móc.

- Vận dụng biểu lượng ABC trắc nghiệm, theo những tư liệu nghiên cứu của các nhà khoa học, 80% trẻ bị bệnh cô độc dùng biểu lượng trắc nghiệm ABC điểm đánh giá là > 52, còn trẻ bị bệnh hiếu động đều <52 điểm.

- Dùng Ritalin điều trị, khoảng 90% trẻ bị bệnh hiếu động có thể có hiệu quả chữa trị tốt, nhưng trẻ bị chứng đơn độc thì thu được hiệu quả không cao. Cũng có người cho rằng Ritalin có thể làm tăng thêm các triệu chứng của trẻ bị mắc chứng đơn độc, không có chủ trương ứng dụng.

Làm thế nào để phân biệt giữa chứng lo lắng và bệnh hiếu động ở trẻ?

Bệnh lo lắng thường gặp ở thời kỳ trẻ nhỏ, là tâm lý lưu luyến với đối tượng phải chia li (thường gặp nhất là với mẹ), gọi là trở ngại lo lắng phân li ở trẻ, biểu hiện chủ yếu là lo lắng rằng người mẹ sẽ rời bỏ trẻ đi không trở lại hoặc mẹ sẽ gặp phải tổn thương gì. Do lo lắng phải xa rời mẹ mà cự tuyệt với việc đi nhà trẻ hoặc trường học, không có sự kèm cặp của mẹ trẻ sẽ không đồng ý, sợ ở một mình, thường có những cơn ác mộng có liên quan đến việc chia ly, không có mẹ bên cạnh thì sẽ khóc, cáu gắt hoặc có những biểu hiện tình cảm rất là đau khổ.

Ngoài ra, do kích thích nghiêm trọng trong cuộc sống, như người thân chết, hỏa hoạn ngoài ý muốn, hoặc do gia đình, nhà trường giáo dục không đúng đều có thể có các biểu hiện lo lắng ở những mức độ khác nhau. Ngoài lo lắng việc chia li ra, những lo lắng thường gặp ở trẻ còn có:

- Lo lắng thi cử: Đối với đa số học sinh, phải đối mặt với những kỳ thi đều phát sinh sự căng thẳng ở mức độ nhất định, cảm giác căng thẳng có thể làm cho trẻ ở vào trạng thái cảnh giác, có ích cho việc nâng cao hiệu suất thi, nhưng nếu như lo lắng vượt qua khả năng tiếp nhận của trẻ thì ngược

lại, sẽ bất lợi cho trẻ, gây nên rối loạn tâm lý trẻ, khi thi sức chú ý của trẻ không tập trung, trẻ ở vào trạng thái lo lắng.

Do áp lực học tập quá lớn, xuất hiện lo lắng, suy nghĩ quá độ, lo việc học tập của mình không tốt, trạng thái tâm lý biến đổi bất rút, dễ cáu gắt, lo buồn, oán giận và có thể xuất hiện những hành vi bất an như hoạt động nhiều, khi làm bài tập và lên lớp không thể tập trung, nghiêm trọng thì cự tuyệt với việc đi học, trốn học, nghĩ mọi cách để tránh kiểm tra, trốn khỏi trường, khỏi nhà.

Đại đa số trẻ bị bệnh lo lắng đều xuất hiện các triệu chứng rối loạn chức năng thần kinh tự chủ, như cảm giác căng thẳng, tim đập nhanh, hô hấp tăng nhanh, huyết áp tăng cao, miệng khô, bụng khó chịu, đi tiểu nhiều và gấp, hai tay run.

Làm thế nào để phân biệt chứng “khủng bố trường học” và bệnh hiếu động?

Chứng khủng bố trường học là một trở ngại tâm lý rất thường gặp ở thời kỳ trẻ nhỏ, nữ nhiều hơn nam. Vài năm trở lại đây, trong số trẻ đến tư vấn tâm lý thì tỷ lệ phát bệnh của chứng khủng bố trường học có xu thế tăng rõ rệt. Bệnh này thường phát ở tuổi trẻ bắt đầu vào trường học hoặc giai đoạn tuổi học sinh tiểu học bắt đầu bước vào trung học. Nguyên nhân gây nên bệnh này là do trẻ vừa

bước vào một môi trường học tập mới chưa thể thích ứng, hoặc là do các nguyên nhân như chuyển nhà hoặc là chuyển đến một trường học khác, hoặc là do thay đổi liên tục giáo viên mà trẻ vẫn từng quen thuộc (đặc biệt là giáo viên chủ nhiệm).

Chúng khủng bố trường học thường xảy ra ở một số học sinh trước đây vốn thành tích học tập rất tốt, là học sinh có lòng tự trọng cao. Chúng đã từng thích ứng với môi trường học tập, khi đến một lớp mới hoặc một trường mới gặp giáo viên mới cảm thấy tất cả đều lạ lẫm, không tự do tự tại, không vừa ý. Khi ở trong môi trường mới này, gặp phải một số trắc trở như sự phê bình của giáo viên, thi thoảng gặp phải một số thất bại, khi lòng tự trọng của trẻ bị tổn thương, liền sinh ra phản ứng tâm lý mạnh mẽ và có tâm trạng đau khổ. Trẻ không bằng lòng đối mặt với môi trường này, không muốn liên tục phải nếm trải những thể nghiệm đau khổ này, nên dùng biện pháp đối phó như chạy trốn, đòi ở nhà và từ chối việc lên lớp.

Biểu hiện đầu tiên của chúng khủng bố trường học là khi lên lớp trẻ cảm thấy rất miễn cưỡng, buổi sáng đáng ra phải lên lớp thì trẻ lại ngồi lì ở nhà, không chịu dậy, có một số trẻ tuy miễn cưỡng lên lớp, đi ra khỏi nhà nhưng khi đến gần lớp học hoặc đến gần trường học lại bỏ chạy về nhà. Một số trẻ

khi buổi sáng vừa thức dậy liền giả vờ mình bị một loại bệnh nào đó như đau đầu, tức ngực, khó chịu ... Khi cha mẹ tin lời trẻ và đồng ý xin phép cho trẻ nghỉ học ở nhà, thì trong nháy mắt những bệnh của trẻ biến mất, lại chạy nhảy trước mặt mọi người trong gia đình. Nhưng khi cha mẹ không đồng ý và buộc trẻ phải đi học thì sẽ xuất hiện những phản ứng tâm lý rất nghiêm trọng, bứt rứt không yên, bực tức, hết sức đau khổ, cho dù cha mẹ lựa chọn biện pháp nào đều không thể bắt trẻ đi học.

Ở đây cần phải nhấn mạnh là, những đứa trẻ bị mắc chứng này đều là những học trò giỏi và những đứa trẻ ngoan, chứng mà trẻ mắc là chứng khủng bố trường học chứ không phải khủng bố học tập, chứng chỉ khủng bố đối với trường học, đối với giáo viên. Vì vậy, khi ở nhà vẫn có thể tự giác duy trì việc học tập, có thể an tâm làm bài tập, không có hiện tượng sức chú ý mất tập trung, lơ đãng, cũng không xảy ra các hiện tượng và trở ngại tâm lý khác.

Làm thế nào để phân biệt chứng phân liệt tinh thần trẻ nhỏ với bệnh hiếu động?

Chứng phân liệt tinh thần trẻ nhỏ là chỉ một loại nguyên nhân không rõ, xảy ra vào thời kỳ trẻ nhỏ. Trở ngại tinh thần đặc trưng là thay đổi cá tính, trở ngại tư duy đặc trưng, tri giác cảm giác

khác thường, tình cảm và môi trường không điều hoà, biểu hiện tính cô độc.

Triệu chứng:

Chúng phân liệt tinh thần trẻ nhỏ thời kỳ khởi bệnh rất khó phát hiện, thời gian bệnh tiến triển chậm, dễ bị gia đình xem nhẹ, biểu hiện chủ yếu là cô độc, không hòa hợp với bạn bè hoặc động tác chậm chạp, căng thẳng mà không hiểu tại sao, hành vi kỳ quặc, rất ít gặp trường hợp bị bệnh này ở độ tuổi mẫu giáo, đa số là từ 10 tuổi trở lên trẻ mới phát bệnh này. Các biểu hiện thời kỳ đầu là đau đầu, sức chú ý phân tán, kết quả học tập thấp, trở ngại về giấc ngủ, trạng thái lo lắng, sợ hãi, u uất, dễ cáu giận, thời kỳ đầu chưa có biểu hiện trở ngại hành vi như xung động, không tuân thủ kỷ luật, công kích và phá hoại.

- Giai đoạn phát triển:

a. Trở ngại cảm giác nhận biết: Trong các ảo giác của trẻ có thể thấy thường gặp nhất là ảo giác thị giác, nếu như thấy các hình ảnh quỷ quái trong ti vi hoặc các hình tượng tranh ảnh trước mắt mình, những trẻ lớn tuổi có thể xuất hiện ảo thính, nội dung thường rất đơn giản, không hoàn chỉnh, thường nghe thấy hai người hoặc nhiều thanh âm đang bình luận về bản thân trẻ hoặc đối đáp trực tiếp với trẻ, thường là cười cợt, chỉ trích, hoặc dọa

nạt, nội dung tương đối cố định. Ngoài ra, ảo thính còn có các biểu hiện khác như nói chuyện, cười với trẻ, trong khi lắng nghe trẻ có thể cười hoặc cười ha hả, dáng vẻ rất vui vẻ. Ảo khứu thường gặp là hiện tượng trẻ ngửi thấy mùi hôi thối hoặc mùi cháy. Hành vi của trẻ do chịu ảnh hưởng của ảo giác nên thường xuất hiện những cuộc đối thoại hoặc chửi mắng ảo thính, biểu hiện là tự nói một mình, khóc hoặc cười.

b. Trở ngại tình cảm: Trẻ không nghe không hỏi về môi trường xung quanh, không chủ động tiếp xúc với mọi người xung quanh, thường ngồi một mình một chỗ, lạnh nhạt với người thân, có lúc cười một cách vô cớ và khóc cũng một cách vô cớ, có lúc cảm thấy căng thẳng mà không hiểu vì sao và dễ cáu gắt.

c. Trở ngại tư duy: Xuất hiện các cuồng tưởng, cho rằng các bạn học ở trường, thầy giáo và hàng xóm xung quanh đối với mình không tốt, quay lưng lại trêu chọc mình, đối đầu lại với mình, thậm chí làm hại mình. Cảm giác này còn có cả với những người trong gia đình của chúng. Cuồng tưởng thường gặp nhất của giai đoạn trẻ nhỏ là cuồng tưởng phi huyết thống, cảm thấy bố mẹ hiện tại của mình không phải là người sinh ra mình. Nội dung của những cuồng tưởng này quái đản và không có

hệ thống, đa số là bị hại nhưng thường không nói ra nguyên nhân mình bị hại.

d. Trở ngại vận động: Bao gồm hai nội dung lớn có lúc xuất hiện ức chế vận động, người đỡ ra thành tư thế bất động, không có bất kỳ biểu hiện và yêu cầu nào, ăn cơm, đại tiểu tiện đều cần người khác giúp đỡ, có lúc xuất hiện kích thích căng thẳng, trẻ chạy lung tung, đập đầu, cào lung tung trên người, gào hét to, kích thích căng thẳng và ức chế vận động có thể xuất hiện thay đổi.

Chúng phân liệt tinh thần trẻ em thường không có trở ngại ý thức và trở ngại trí tuệ, nhưng trẻ nhỏ tuổi do đang ở vào giai đoạn sinh trưởng, phát triển và giáo dục, do vậy sau khi bị bệnh trẻ không thể tiếp tục tiếp nhận sự giáo dục và do ảnh hưởng của bệnh tật, thường gây nên tổn hại trí tuệ. Chúng phân liệt tinh thần trẻ em và chúng phân liệt tinh thần ở người lớn giống nhau, đều không có khả năng tự biết mình, không nhận thức được tính chất của bệnh.

Trẻ em trốn học có liên quan đến bệnh hiếu động không?

Do trẻ bị bệnh hiếu động nên học tập thiếu tự giác, khả năng tự điều khiển kém, ở trường thường làm những việc không đúng, ham chơi dẫn đến kết quả học tập không tốt, cho dù giáo viên phải tốn rất

hiều công sức kết quả thu được cũng không rõ rệt. Các bậc phụ huynh vì thế thường bị giáo viên phê bình, trách rằng họ không có trách nhiệm. Một số bậc cha mẹ cảm thấy rất xấu hổ nên thường trách mắng, đánh đập trẻ, lấy cách giáo dục "bằng roi", đánh cho trẻ mặt mày thâm tím, vết thương đầy mình. Từ trước đến nay trẻ ở trường thường bị giáo viên ghét bỏ, nay ở nhà lại bị cha mẹ đánh đập, xuất hiện cảnh "giáo viên phê bình, bạn bè xa lánh, cha mẹ đánh mắng" làm cho trẻ phải chịu một áp lực tâm lý nặng nề. Một số trẻ có lúc cũng nghĩ đến việc sửa đổi, nhưng lại không thể điều khiển những hành vi của mình. Những biểu hiện trên ngày càng tăng gây nên tâm lý ghét học nghiêm trọng và dẫn đến hiện tượng trốn học. Những trẻ này thường ở trường thì không làm bài tập hoặc trốn thi, không dám đem kết quả học tập không tốt về cho cha mẹ. Trẻ nói với cha mẹ là đi học, trong khi đó lại đi chơi với những trẻ lang thang, đi chơi điện tử, thậm chí lang thang bên ngoài không mục đích suốt đêm không về. Nặng hơn thì có thể đi lang thang, ăn xin đầu đường xó chợ, trẻ em nam rất dễ bị kẻ xấu lợi dụng, trẻ em nữ thì dễ bị lừa gạt, thậm chí bị đem bán.

Trẻ bị bệnh hiếu động cũng có khả năng trốn học, điểm này các bậc phụ huynh và giáo viên phải chú ý.

Trẻ bị bệnh hiếu động còn có kèm theo những biểu hiện về sinh trưởng và phát triển nào giống như trẻ bình thường không?

Ở thời kỳ trẻ nhỏ, thường xuất hiện một số vấn đề về sinh trưởng và phát triển theo sự tăng lên của tuổi. Cùng với các biện pháp điều trị hành vi tâm lý, những vấn đề này sẽ được thay đổi và biến mất. Những trẻ bị bệnh hiếu động thường xuất hiện một số vấn đề về sinh trưởng và phát triển như:

- **Ngôn ngữ phát triển chậm và lâu** (khả năng ngôn ngữ) : Ngôn ngữ là một loại hoạt động thần kinh cao cấp của con người, phát triển ngôn ngữ nhất thiết phải có bộ máy phát âm, thính giác và trung khu ngôn ngữ bình thường. Giao tiếp ngôn ngữ với mọi người xung quanh cũng là một điều kiện không thể thiếu trong việc thúc đẩy phát triển ngôn ngữ. Phát triển ngôn ngữ, phải thông qua 3 giai đoạn là phát triển, lý giải và biểu đạt. Trong quá trình phát triển ngôn ngữ trẻ bị bệnh hiếu động biểu hiện rõ khả năng yếu hơn so với trẻ cùng tuổi bình thường, khi nói rất chậm, phát âm không rõ, biểu đạt ý muốn của mình cũng rất khó khăn.

- **Nói lắp**: Khi nói thường nói từng chữ hoặc lặp lại âm tiết hoặc ngắt quãng, nói không nhất quán, nói chữ đầu tiên của một câu lặp lại hoặc kéo dài âm tiết, càng ở trong tâm trạng căng thẳng hoặc lo lắng thì nói lắp càng nặng.

- Mút ngón tay: Đây là hành vi mút tay hoặc ăn tay nhiều lần một cách tự chủ hoặc không tự chủ. Vào thời kỳ trẻ nhỏ, có thể có hành vi mút tay thuộc hiện tượng tâm lý, tỷ lệ phát sinh có thể 90%, hiện tượng này dần giảm xuống khi tuổi lớn dần, tỷ lệ phát sinh vào lúc 4 tuổi là 5%, sau khi đến tuổi đi học thì mất, thường gặp hiện tượng mút ngón tay ở trẻ bị bệnh hiếu động hơn là trẻ bình thường.

- Cắn móng tay: Hành vi này có liên quan đến tâm lý căng thẳng và tình cảm không ổn định, ở trẻ bị bệnh hiếu động, cắn móng tay là một hiện tượng phổ biến. Một số cha mẹ của trẻ bị bệnh hiếu động nói: Con của tôi không cần cắt móng tay, cháu thường cắn móng tay, bắt cháu xòe tay ra thì thấy ngón nào cũng bị cháu cắn đến sát da, một số thậm chí vì vậy mà gây ra viêm nhiễm ngón tay.

- Co giật theo thói quen: Còn gọi là chứng co giật (Tic), biểu hiện là một loạt động tác co giật đơn nhất, ý thức không thể tự điều khiển được, xuất hiện lặp đi lặp lại, như chớp mắt, phát âm trong họng, động tác cứng nhắc, lặp lại liên tục, càng căng thẳng hoặc bị nhắc nhở thì càng dễ phát sinh, sau khi ngủ thì biến mất. Đây là một hành vi không tốt, thường gặp ở trẻ bị bệnh hiếu động, tuy nhiên đây cũng là hiện tượng thường gặp ở trẻ không bị bệnh

hiếu động. Vì vậy, trẻ bị bệnh hiếu động có thể có kèm theo co giật theo thói quen, nhưng trẻ bị co giật theo thói quen không nhất thiết bị bệnh hiếu động.

- Phát tác giao thoa tình cảm: Là chỉ động tác cọ sát phần hội âm phát dục ở trẻ nhỏ, khi phát tác hai má ửng đỏ, vùng giao giữa hai đùi cọ sát liên tục, trán toát mồ hôi, thần chí không rõ ràng. Dễ bị chẩn đoán nhầm là bị bệnh động kinh. Thay đổi vị trí cơ thể bệnh có thể dừng phát tác. Có rất nhiều nguyên nhân gây nên như ngứa vùng âm, chứng viêm, rất nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân bệnh. Trong số những trẻ bị bệnh hiếu động, đặc biệt là trẻ em nữ có thể phát hiện ra có hoặc từng có sự tồn tại sự phát tác giao thoa tình cảm.

- Tiểu tiện vô thức tính chức năng: Đây là chỉ hiện tượng tiểu tiện không tự chủ do nhân tố khí chất gây nên ở trẻ từ 5 tuổi trở đi. Biểu hiện chủ yếu là ban đêm khi ngủ đái ra giường. Nguyên nhân của đái dầm tính chức năng có tính tổng hợp, thường tồn tại nhân tố sinh vật như chức năng bàng quang không tốt, ban đêm khi ngủ trung khu ức chế quá sâu, khó thức tỉnh. Nhưng nhân tố tâm lý xã hội đóng vai trò chủ yếu. Trẻ bị bệnh hiếu động thường có hội chứng đái dầm loại này. Đối với trẻ từ 6 tuổi trở lên, nếu như mỗi tháng ít nhất đái dầm một lần và loại trừ nguyên nhân bệnh được xác

định rõ ràng thì có thể chẩn đoán là đái dầm tính chức năng.

- Đai tiện vô thức có tính chức năng: Cơ chế phát bệnh giống với đái dầm tính chức năng. Những đứa trẻ loại này thường liên tục đái tiện ở những nơi và những lúc không thích hợp, mỗi tháng ít nhất là hơn một lần, thời gian bệnh tiếp tục nửa năm, kể cả đã giáo dục cũng không sửa được. Hiện tượng này từ 5 tuổi trở lên. Phải loại trừ việc ỉa đùn do trí lực thấp, bị đi ỉa, và trở ngại chức năng cơ vòng hậu môn.

- Giật mình: Là chỉ trẻ trong khi đang ngủ đột nhiên giật mình, kèm theo sự lo lắng và triệu chứng thần kinh tự chủ, thường gặp ở trẻ 4 - 12 tuổi, cao điểm phát bệnh là từ 4 - 7 tuổi, trẻ nam nhiều hơn nữ. Có liên quan đến di truyền, nhân tố tâm lý cũng là một nguyên nhân quan trọng. Trẻ trong khi ngủ đột nhiên giật mình, hai mắt nhìn thẳng hoặc nhắm, khóc thét, ngồi trên giường hoặc đi lại dưới đất, nét mặt rất sợ hãi, ý thức ở vào trạng thái mơ hồ, không có phản ứng gì đối với sự vật xung quanh, gọi mà không thấy trả lời, có thể có toát mồ hôi, thở dốc. Khoảng 1-3 phút sau lại ngủ tiếp, ngày hôm sau không thể nhớ lại, cần thiết phải phân biệt với bệnh động kinh và ác mộng.

Thế nào gọi là không có khả năng học tập?

Không có khả năng học tập, học tập lơ đãng cũng gọi là khó khăn trong học tập và trở ngại học

tập. Các nhà tâm lý trẻ em, nhà bệnh tinh thần học gọi đó là trở ngại phát triển đặc thù hoặc trở ngại phát triển kỹ năng học tập. Đầu tiên gọi đó là trở ngại đọc, đến nay vẫn chưa có định nghĩa thống nhất. Vì vậy, trong khái niệm hoặc nhận thức có xuất hiện những cách nói không giống nhau. Định nghĩa được đưa ra vào năm 1998 của Hiệp hội trở ngại học tập toàn nước Mỹ được đông đảo công chúng tiếp nhận, từ đó gọi trở ngại học tập là tên gọi chung của một nhóm trở ngại dị chất. Biểu hiện chủ yếu là có những khó khăn nói, đọc, viết, suy đoán, và khả năng tính toán. Loại trở ngại này bản thân cá nhân vốn có, có thể nguyên nhân gây bệnh là trở ngại hệ thống trung khu thần kinh và bệnh này có thể kéo dài đến suốt đời. Kết hợp với trở ngại học tập xuất hiện các vấn đề như tự điều khiển hành vi, nhận thức xã hội và giao tiếp xã hội. Các trở ngại khác (như trở ngại cảm giác, phát triển tinh thần chậm, trở ngại tâm lý độ nặng) và nguyên nhân môi trường (sự khác nhau về trình độ văn hoá, phương pháp giáo dục không tốt) cũng có thể gây nên các vấn đề về học tập, nhưng trở ngại học tập nói đến ở đây không bao gồm các phạm vi đó.

Đối với định nghĩa về trở ngại học tập, có mấy điểm dưới đây:

1. Thành tích thấp hoặc khả năng cá nhân biểu hiện có khó khăn rõ rệt.

2. Nguyên nhân bệnh là chức năng hệ thống thần kinh mất cân bằng.

3. Khó khăn trong biểu hiện có liên quan đến phát triển tâm lý.

4. Có thể phát hiện ở bất kỳ giai đoạn tuổi nào.

5. Có khó khăn biểu hiện đặc thù về khẩu ngữ, như nghe hoặc nói.

6. Khó khăn biểu hiện đặc thù về học tập, như đọc, viết và tính toán.

7. Khó khăn đặc thù về tri giác, như suy đoán và suy nghĩ.

8. Biểu hiện đặc thù suy nghĩ ở các phương diện khác, như liên hệ không gian, kỹ năng trao đổi, điều hoà động tác.

9. Cho phép các trở ngại khác và trở ngại học tập cùng tồn tại.

Nói tóm lại, không có khả năng về học tập là chỉ mức trí tuệ của trẻ rất bình thường nhưng về khả năng học tập có tồn tại một số khiếm khuyết và thiếu hụt.

Những loại hình và biểu hiện của chứng không có khả năng học tập?

Biểu hiện lâm sàng của trẻ không có khả năng học tập rất khác nhau, có sự thay đổi rất lớn. Thế nhưng trẻ bị chứng này đều lấy biểu hiện lâm sàng

chủ yếu là trở ngại khả năng học tập, khả năng nắm bắt và sử dụng các khả năng xã hội, thuật tính toán, nghe, nói, đọc, viết, phiên âm đều thiếu hụt rõ rệt, lý giải các khái niệm trừu tượng rất khó khăn, khó nhớ các tài liệu học tập hoặc thiếu hụt ngôn ngữ ở những mức độ khác nhau. Không điều hoà về thị giác và vận động, động tác rất lỏng lẻo, sức chú ý không tập trung, tình cảm không ổn định, khả năng tự khống chế kém.

Kiểm tra hệ thống thần kinh có thể thấy chứng nhuyễn thể.

Điện não đồ khác thường là hiện tượng thường gặp, hoạt động sóng chậm, tiết luật khác thường hoặc phòng điện khác thường tính giới hạn. Trắc nghiệm khả năng trí tuệ với thành tích học tập có hiện tượng phân li rõ rệt (khả năng trí tuệ bình thường mà kết quả học tập kém). Kết quả trắc nghiệm trí tuệ bằng WISC-R phát hiện sự khác biệt giữa chỉ số thông minh ngôn ngữ và chỉ số thông minh động tác từ 15 tuổi trở lên, có nghĩa là nghiêng về nhận thức, kết cấu trí tuệ phát triển không cân bằng.

Căn cứ vào đặc trưng tâm lý thần kinh và hệ thống kết quả điều trị giáo dục khác nhau được biểu hiện ra ở trẻ bị bệnh để phân loại các biểu hiện lâm sàng của chứng không có khả năng học tập như sau:

1. Trở ngại phát triển đặc thù ngôn ngữ: Phát triển ngôn ngữ của trẻ chậm hoặc xuất hiện trở ngại phát âm, biểu đạt ngôn ngữ và trở ngại lý giải.

- Triệu chứng lâm sàng biểu hiện ít nhất ở một mục dưới đây:

+ Trở ngại cấu âm: Phát âm không rõ, trong thời gian dài không thể sử dụng ngôn ngữ, mức độ nghiêm trọng của nó vượt qua phạm vi biến đổi khác thường so với trẻ bình thường.

+ Trở ngại biểu đạt ngôn ngữ: Khả năng biểu đạt rõ ràng thấp hơn so với mức của những trẻ cùng tuổi và không đạt được mức trí tuệ mà tuổi của mình nên có, không có khả năng lý giải ngôn ngữ bình thường.

+ Trở ngại lý giải ngôn ngữ: Khả năng lý giải ngôn ngữ rõ ràng thấp hơn so với mức của những trẻ cùng tuổi và mức trí tuệ mà tuổi mình nên có, có thể đồng thời kèm theo trở ngại chức năng biểu đạt ngôn ngữ.

- Chứng mất ngôn ngữ do bệnh biến hệ thống thần kinh gây ra hoặc trở ngại ngôn ngữ do các chứng trở ngại phát triển ngôn ngữ phổ biến và chứng cảm giác gây nên.

2. Trở ngại phát triển đặc thù kỹ năng ở trường học: Phát bệnh vào thời kỳ đầu phát triển của trẻ. Trong điều kiện tiếp nhận giáo dục xã hội giống

nhau, biểu hiện ra trở ngại kỹ năng học tập nhưng không phải do trở ngại phát triển khả năng trí tuệ, tổn hại hệ thống thần kinh, trở ngại thị giác hoặc trở ngại tâm lý.

+ Trở ngại đọc đặc thù: Bao gồm trở ngại lý giải chữ và đọc, thường kèm theo trở ngại phát triển đặc thù ngôn ngữ.

+ Trở ngại phiên âm: Không thể phiên âm âm tiết một cách chính xác, nhưng các kỹ năng khác thì bình thường.

+ Trở ngại khả năng tính toán đặc thù: Chủ yếu là trở ngại khả năng tính toán vận dụng phép cộng trừ nhân chia, các kỹ năng học tập khác không có trở ngại rõ rệt.

3- Trở ngại phát triển kỹ năng vận động: Sự chậm trễ của phát triển kỹ năng vận động trẻ em là do các bệnh về hệ thống thần kinh hoặc khuyết thiếu, dị hình bẩm sinh cơ quan vận động gây nên.

4. Trở ngại phát triển đặc thù tính hỗn hợp: Trở ngại phát triển đặc thù bao gồm hai loại hoặc từ hai loại trở lên như đã nói trên.

Làm thế nào để phân biệt giữa chứng không có khả năng học tập và bệnh hiếu động ở trẻ?

Trẻ không có khả năng học tập và trẻ bị bệnh hiếu động đều có trở ngại nhận thức, kết quả học

tập không tốt. Những đứa trẻ này đều có thể xuất hiện các vấn đề như hoạt động nhiều, sức chú ý không tập trung, vì thế mà rất dễ nhầm lẫn với nhau. Vậy trẻ bị bệnh hiếu động và trẻ không có khả năng học tập có thể phân biệt được không? Chúng tôi nói rằng có thể phân biệt được.

1. Trẻ bị bệnh hiếu động thường do hoạt động quá nhiều, sức chú ý không tập trung mà ảnh hưởng đến kết quả học tập, còn trẻ không có khả năng học tập thì do trở ngại khả năng học tập đặc thù như khó khăn trong việc đọc và tính toán làm cho trẻ không hiểu nội dung thầy giáo giảng, vì thế mà khi học thường đứng ngồi không yên và sức chú ý không tập trung.

2. Do trẻ bị bệnh hiếu động thiếu khả năng tự điều khiển bản thân, hoạt động nhiều, sức chú ý phân tán không thể tự điều khiển, kết quả học tập của các môn đều có sự dao động lớn hoặc giảm sút rất rõ rệt; học sinh không có khả năng học tập thì chỉ biểu hiện là kết quả học tập giảm sút nhưng khả năng tính toán của trẻ này vẫn tốt, vì thế kết quả môn toán học của trẻ có thể rất xuất sắc, hơn nữa lại rất ít xuất hiện sự dao động lớn về kết quả học tập: đột nhiên tốt hoặc đột nhiên kém.

3. Trẻ bị bệnh hiếu động thường kèm theo các vấn đề về hành vi tâm lý như tùy tiện, xung động,

không tuân thủ kỷ luật trên lớp và nói dối, còn trẻ không có khả năng học tập thì bề ngoài trông cũng giống như trẻ bình thường, hành vi của trẻ tốt, đáng yêu, mãi đến sau khi vào học mới bị phát hiện là có những thiếu hụt nào đó về kỹ năng học tập.

4. Trẻ không có khả năng học tập so với trẻ bệnh hiếu động càng dễ phát hiện chứng nhuyễn thể hệ thống thần kinh.

5. Trắc nghiệm chỉ số thông minh thấy rằng trẻ không có khả năng học tập thì giữa chỉ số thông minh và kết quả học tập có hiện tượng phân ly rõ rệt. Thông thường chỉ số thông minh bình thường nhưng kết quả học tập của một số môn nào đó thì cực thấp. Khi dùng biểu trắc nghiệm WISC-R để trắc nghiệm chỉ số thông minh thì chỉ số thông minh ngôn ngữ và chỉ số thông minh thao tác của trẻ không có khả năng học tập có thể chênh lệch trên 15 điểm. Trẻ bị bệnh hiếu động không có đặc trưng này.

6. 90% trẻ bị bệnh hiếu động có thể có kết quả điều trị hiệu quả, trong khi hiệu quả chữa trị ở trẻ không có khả năng học tập không rõ ràng.

Cần phải chỉ ra rằng trẻ không có khả năng học tập có thể đồng thời bị bệnh hiếu động, lúc đó thì không cần thiết phải phân biệt rõ ràng.

Bạn đã gặp trẻ không có khả năng học tập chưa?

Dưới đây chúng tôi xin nêu cụ thể hai trường hợp:

Trường hợp 1: Tiểu Minh, 10 tuổi, năm học trước bị lưu ban, vì kết quả học tập kém nên được mẹ và giáo viên đưa đến khám.

Sáu tuổi Tiểu Minh bắt đầu đi học. Lớp 1, bé nghe giảng rất nghiêm túc, tuân thủ kỷ luật của trường. Từ lớp 2 trở đi, khi lên lớp thì đứng ngồi không yên, ngó ngang ngó dọc, sức chú ý bị phân tán. Tiết toán, tiết mỹ thuật vẫn rất chú ý nghe giảng, kết quả học tập môn số học vẫn rất tốt, tuy nhiên môn ngữ văn kém, từ năm thứ hai trở đi kết quả môn ngữ văn giảm sút rõ rệt, trong đó khó khăn là nhận chữ, tạo câu và làm văn, viết nhầm chữ nhiều, đọc bài không trôi chảy. Lên lớp 3, kết quả học tập môn số học giảm sút rõ rệt, khó khăn trong việc lý giải, ứng dụng tính toán thiếu chính xác.

Mẹ Tiểu Minh mang thai lần đầu và sinh lần đầu, đủ tháng, sinh thuận, khi sinh nặng 3kg, không bị nghẹt thở, từ nhỏ sinh trưởng và phát triển giống các bạn bình thường, 3 tuổi vào nhà trẻ, biết nghe lời, hoạt bát đáng yêu, bố mẹ đều là trí thức, dạy bảo rất thích hợp.

Kiểm tra cơ thể: Dinh dưỡng phát triển tốt, các cơ quan tốt, tim phổi bụng (-), thần kinh sọ (-), sức

căng cơ hai bên bình thường, lực cơ 5⁰ phản xạ cơ gân (++) , không gây ra triệu chứng bệnh lý, động tác điều hoà nhanh, không tốt, thí nghiệm lật tay không nhịp nhàng, thiếu nhanh nhạy.

Kiểm tra trạng thái tinh thần: Tiếp xúc tốt, trả lời sát vấn đề, hoạt bát, phát âm rõ ràng, nhưng đọc to thì lại không trôi chảy, phiên âm từ đơn cũng bị sai, đọc hiểu thiếu chuẩn xác, việc lý giải ứng dụng vấn đề số học có khó khăn nhưng tính toán chính xác theo công thức.

Kiểm tra bổ trợ: Máu thường quy bình thường (không thiếu máu), CT não (-), trắc nghiệm WISC-R thì tổng chỉ số thông minh là 86, chỉ số thông minh ngôn ngữ là 78, chỉ số thông minh thao tác là 94, kết quả trắc định căn cứ chẩn đoán ADHD (DSM-IV,1991): Sức chú ý là 4 mục, hoạt động nhiều có 3 mục, không phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh hiếu động.

Trường hợp 2: Tiểu Hoa, nam, 8 tuổi, học lớp 3, sau khi thi lại được lên lớp 3. Vì kết quả học tập lúc tốt lúc xấu nên được thầy giáo và cha mẹ đưa đến kiểm tra.

6 tuổi bắt đầu vào học. Năm lớp 1 kết quả học tập tốt, văn, toán đều đạt 10 điểm. Năm lớp 2 bắt đầu xuất hiện những bước thụt lùi. Sau khi lên lớp 3 kết quả học tập lúc tốt, lúc xấu, từ 5 - 10 điểm, không

đều nhau. Khi lên lớp tư tưởng không tập trung, đứng ngồi không yên, làm việc riêng nhiều. Cha mẹ của Tiểu Hoa nói, khi ở mẫu giáo cô giáo cũng có phản ánh nhưng cha mẹ không quan tâm. Sau khi lên lớp 2 chứng hiếu động và sức chú ý không tập trung càng rõ rệt, bài tập ở nhà không thể hoàn thành kịp thời, viết sót, làm thiếu bài, viết sai chữ, nhiều lần dạy nhưng không sửa. Bình thường hay nổi cáu, thường gây ra các tai họa, làm việc có đầu mà không có cuối. Kiểm tra cuối năm lớp 3 được 6 điểm văn và toán 5 điểm, cùng một đề thi đó dưới sự giám sát, đôn đốc của giáo viên thì có thể đạt 9 điểm.

Mẹ Tiểu Hoa mang thai lần đầu và sinh lần đầu, đủ tháng, sinh thuận, khi sinh nặng 3,450kg, khi sinh bị nghẹt thở độ nhẹ sau khi thở ôxy 5 phút mới khôi phục lại trạng thái bình thường (Apgar cho 10 điểm). Nuôi bằng sữa mẹ, cho ăn thêm các thức ăn khác đúng quy trình dinh dưỡng, 14 tháng có thể tự đi, 2 tuổi rưỡi có thể nói những câu đơn giản, từ nhỏ đã ương bướng hiếu động, sức chú ý phân tán, thích ném đồ chơi. Bố mẹ đều là trí thức, thường trách mắng những hành động hiếu động của trẻ, thậm chí đánh phạt.

Kiểm tra cơ thể: Dinh dưỡng phát triển tốt, các cơ quan tốt, tim phổi bụng (-), thần kinh sọ (-), sức căng cơ tay chân hai bên bình thường, lực cơ 5⁰,

phản xạ cơ gân (++), không gây ra chứng bệnh lý, động tác điều hoà nhanh, đối xứng.

Trạng thái tinh thần: Trả lời sát vấn đề, tiếp xúc tốt, hoạt động không ngừng, khi vào phòng chẩn đoán kiểm tra không hề thấy lạ lẫm, hay nói, thỉnh thoảng lại chạy đến cửa sổ ngó âm thanh bên ngoài. Khả năng tự không chế kém, viết kết quả của $8 + 6 = 41$, sau khi chỉ ra lỗi sai liền lập tức sửa lại là 14.

Kiểm tra bổ trợ: Kiểm tra máu thường quy (không thiếu máu), CT não (-), kết quả trắc nghiệm WISC-R: Tổng chỉ số thông minh là 100, chỉ số thông minh thao tác là 98, chỉ số thông minh ngôn ngữ 102, kết quả trắc nghiệm căn cứ chẩn đoán (ADHD) (tiêu chuẩn DSM-IV, 1991): Sức chú ý 6 mục, hoạt động nhiều 7 mục, phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh hiếu động.

Nhận xét của bác sĩ: Hai trường hợp bệnh trên đều do kết quả học tập kém mới đến kiểm tra, tuổi giống nhau, nhưng từ bệnh sử của mỗi trẻ có thể thấy: đặc trưng lâm sàng của trường hợp một phù hợp với khó khăn học tập; còn trường hợp hai phù hợp với bệnh hiếu động. Sau khi kiểm tra tinh thần, kiểm tra bổ trợ và dùng Ritalin điều trị thì kết quả cho thấy: Trường hợp một là chứng không có khả năng học tập, trường hợp hai là bệnh hiếu động.

Từ hai trường hợp nói trên có thể thấy, chứng không có khả năng học tập và bệnh hiếu động có

những biểu hiện lâm sàng giống nhau, lại có những triệu chứng đặc trưng khác nhau, chỉ cần thu thập bệnh sử một cách cẩn thận để phân tích, tổng hợp, kết hợp kiểm tra bổ trợ, thì việc chẩn đoán không quá khó khăn.

Trẻ bị bệnh hiếu động thì làm thế nào?

Đây là một vấn đề về điều trị, đồng thời cũng là một vấn đề mà các giáo viên và cha mẹ rất quan tâm. Thông thường khi nói đến việc điều trị bệnh mọi người thường nghĩ đến dùng thuốc, nếu như không dùng thuốc thì không thể trị bệnh được. Đối với một đứa trẻ bị bệnh hiếu động, nhận thức như vậy là hoàn toàn phiến diện, thậm chí có thể nói là không chính xác. Do bệnh hiếu động ở trẻ em có nhiều nhân tố như sinh lý, tâm lý, xã hội gây nên, vì vậy nên điều trị tổng hợp với các nguyên nhân gây ra bệnh.

Điều trị các bệnh như viêm phổi, viêm màng não đầu tiên phải dùng các thuốc như kháng sinh để điều trị với những nguyên tắc khác nhau, đối với trẻ bị bệnh hiếu động, trước tiên phải dùng phương pháp điều trị không dùng thuốc, sau đó mới xét đến việc sử dụng loại thuốc nào, đặc biệt là đối với những trẻ mức độ nhẹ hoặc là trẻ dưới 6 tuổi, không nên vừa bắt đầu điều trị đã dùng các thuốc như Ritalin. Có thể nói, mấy năm gần đây việc đưa ra và

phát triển phương pháp chữa trị không thuốc đã trở thành một trong những xu hướng và nhận thức chung để điều trị bệnh hiếu động.

Phương pháp điều trị không dùng thuốc bao gồm: phương pháp điều trị sửa chữa uốn nắn hành vi, rèn luyện về nhận thức, phương pháp bộc lộ, tư vấn cho giáo viên và các bậc cha mẹ. Mấy năm gần đây đã đưa ra phương pháp điều trị tổng hợp cảm giác để điều trị bệnh hiếu động và đã có những báo cáo về hiệu quả chữa trị rất tốt. Phương pháp sửa chữa, uốn nắn hành vi chính là dùng nguyên lý học tập trong quá trình rèn luyện, khi xuất hiện hành vi thích hợp thì phải khích lệ động viên để trẻ tiếp tục không ngừng cải tiến và nâng cao. Nếu như xuất hiện những hành vi không tốt không nên lập tức trách mắng trẻ, thậm chí đánh mắng hoặc phạt trẻ, mà nên hướng dẫn dạy bảo trẻ một cách chính xác nhưng không nên gò ép, than phiền liên tục, không để tự ý trẻ thay đổi, khi cần thiết có thể tạm thời tước bỏ một số quyền lợi của trẻ, ví dụ như giảm bớt số cờ đỏ dùng làm phần thưởng cho trẻ hoặc những cái khác để biểu thị sự trừng phạt. Nếu vờ đi như không để ý đến hành vi xấu của trẻ, có thể sau một thời gian dài trẻ sẽ vì vậy mà mất đi thói quen đối với những hành vi không tốt đó và dần dần sửa đổi. Nên tăng cường mối quan hệ giữa giáo viên và phụ

huynh, kịp thời tìm hiểu tình hình của trẻ ở trường và gia đình, dạy bảo và hướng dẫn đúng đắn cho trẻ có thể sẽ đạt được một số hiệu quả nhất định.

Rèn luyện nhận thức là thông qua những phương pháp giáo dục nhất định để cho trẻ nâng cao khả năng tự điều khiển mình, tự điều khiển hướng dẫn và tự điều tiết, tư tưởng có tập trung và hoạt động có trình tự.

Phương pháp bộc lộ là để cho trẻ nói hết những điều trẻ muốn nói, cha mẹ kiên nhẫn ngồi nghe và giúp trẻ phân tích, khẳng định cái đúng và sửa chữa cái sai, làm cho tâm lý của trẻ thoải mái và có thể chung sống hoà hợp với trẻ, cho trẻ một khoảng thời gian hoạt động nhất định để hoạt động thể dục.

Tư vấn cho giáo viên và các bậc cha mẹ là trách nhiệm của bác sĩ, để cho họ hiểu rằng hiếu động là một loại bệnh không nên đợi đến khi trưởng thành rồi sẽ khỏi, cần phải coi trọng giáo dục. —

Phương pháp điều trị chỉnh hợp cảm giác là một phương pháp mới được đưa ra mấy năm gần đây, do Ayres đưa ra một cách có hệ thống về lý luận chỉnh hợp cảm giác. Rất nhiều nhà tâm lý học và nhà y học cho rằng trẻ bị bệnh hiếu động có sự không điều hoà về chỉnh hợp cảm giác, vì vậy có thể áp dụng phương pháp điều trị chỉnh hợp cảm giác.

Phương pháp điều trị bằng thuốc: Trước tiên là dùng thuốc kích thích hưng phấn trung khu như Ritalin, dexamfetamine, pemoline (phenoxazole), ngoài ra vẫn có thể sử dụng thuốc chống trầm cảm loại 3 như imipramine, desipramine, clonidine cũng có thể dùng để trị bệnh hiếu động. Thuốc Đông y cũng có hiệu quả nhất định.

Chữa trị bằng cách ăn uống cũng được dùng để trị bệnh hiếu động ở trẻ nhỏ.

Làm thế nào để nâng cao sức chú ý của trẻ?

Thiếu sức chú ý, trở ngại sự chú ý đều là cách gọi chuyên môn của sức chú ý không tập trung, nó chính là một triệu chứng đặc trưng của bệnh hiếu động ở trẻ. Muốn sửa chữa những hành vi không tốt và trở ngại tâm lý ở trẻ bị bệnh hiếu động, nâng cao kết quả học tập của trẻ thì nhất thiết phải nhấn mạnh đến việc nâng cao sức chú ý của trẻ. Chúng ta có thể sử dụng những biện pháp sau:

1. Thông qua việc sưu tập bệnh sử, kiểm tra cơ thể và các kiểm tra cần thiết trong phòng thí nghiệm để tìm hiểu những nguyên nhân gây ra bệnh hiếu động do trở ngại sức chú ý ở trẻ, sau đó chữa trị nguyên nhân gây bệnh, đây là điều nên làm đầu tiên bởi nó hết sức quan trọng. Cái gốc bệnh mà không trừ được thì các phương pháp khác cũng không thể

phát huy hiệu quả chữa trị. Loại trừ được nguyên nhân gây bệnh thì hiện tượng sức chú ý không tập trung cũng từ đó mà mất đi. Ví dụ như phương pháp giáo dục không phù hợp thì phải thay đổi phương pháp, môi trường học tập không tốt thì phải thay đổi hoặc cải thiện môi trường. Nếu như do thiếu kẽm gây nên thì nên bổ sung thuốc kẽm, nếu như thiếu máu gây nên thì phải chữa bệnh thiếu máu, khi chữa trị nguyên nhân gây bệnh thì hiệu quả trong việc nâng cao sức chú ý của trẻ sẽ rất rõ ràng.

2. Từ thời kỳ trẻ nhỏ nên bồi dưỡng sức chú ý cho trẻ, tăng cường tính mục đích của sức chú ý, gây nên hưng phấn ở trẻ, loại bỏ sự gây rối của các nhân tố bên ngoài. Từ nhỏ nên rèn luyện cho trẻ có thói quen học tập tốt, làm cho trẻ khi học thì phải nghiêm túc, không phân tâm làm các việc khác hoặc chơi cái khác.

3. Cần phải có môi trường học tập tốt: Bất kể là ở trường hay ở nhà, việc tạo ra và duy trì một môi trường học tập tốt là hết sức quan trọng, cần phải có diện tích đủ, ánh sáng tốt, không khí trong lành, môi trường yên tĩnh, trong phòng không nên bố trí một cách loè loẹt, nhiều màu sắc để tránh thu hút sức chú ý của trẻ, đặc biệt là đối với trẻ hoạt động nhiều thì càng nên phải vậy.

4. Tăng cường dạy dỗ, hướng dẫn và rèn luyện trẻ: Có thể thông qua những câu chuyện, trước tiên

cha mẹ kể cho trẻ nghe sau đó yêu cầu trẻ kể lại câu chuyện đó hoặc là trò chơi đọc thuộc lòng chữ số, hoặc thư pháp học tập, hội hoạ, đánh đàn để cải thiện nâng cao sức chú ý của trẻ. Khi trẻ làm bài tập ở nhà các bậc phụ huynh nên buông lỏng nhưng phải để mắt, nói một cách cụ thể là các bậc cha mẹ có thể đốc thúc trẻ làm bài tập một cách nghiêm túc nhưng không nên đứng sát cạnh trẻ để chỉ ra chữ sai, bởi vì hình thức đôn đốc này sẽ là một áp lực tinh thần đối với trẻ, sẽ làm cho sức chú ý của trẻ không tập trung vào bài vở mà là tập trung vào cha mẹ, không thể tập trung tư tưởng làm bài tập, cứ như vậy không những sức chú ý không tập trung mà còn có thể làm cho trở ngại sức chú ý của trẻ nặng thêm.

5. Phương pháp mạnh hoá dương tính: Đây là một phương pháp mạnh hoá việc khen thưởng - là một hành vi tốt. Các bậc cha mẹ có thể đưa ra những hoạt động yêu cầu tăng cường sức chú ý của trẻ, ví dụ như khi làm bài tập ít nhất phải liên tục trong 20 phút không làm các việc khác, tập trung toàn bộ. Nếu trẻ làm được việc này thì sẽ thưởng cho trẻ, hay yêu cầu trẻ khi làm bài tập không được cầu thả hoặc sai, không được để trẻ biết là chúng làm sai rồi mà vẫn phạm phải, nếu trẻ làm được cũng khen thưởng, khích lệ... Các thứ dùng để thưởng là những thứ phù hợp với sở thích hoặc hoạt động của trẻ, không có giá trị lớn; cũng có thể chỉ

là lời khen hoặc tán thưởng, hoặc dùng những sao nhỏ để cho trẻ tích góp lại rồi đổi thành tiền đi mua truyện trẻ em, VCD, đồ chơi hay đi công viên.

Thông thường thời gian chữa trị phải từ 1 học kỳ hoặc 1 tháng trở nên mới có thể đánh giá hiệu quả.

6. Phương pháp điều trị bằng cách bộc lộ: Có một số trẻ bị bệnh hiếu động sức lực rất dồi dào, độ hoạt động lớn, sau khi bộc lộ hết sức lực dồi dào trẻ có thể đạt đến mục đích yên tĩnh và sức chú ý tập trung. Ví dụ, trong giờ ra chơi hoặc sau khi giảng hết bài còn thừa giờ nên cho trẻ một khoảng thời gian để hoạt động đầy đủ, sau đó lại vào học hoặc làm bài tập. Trên thực tế đây là phương pháp kết hợp giữa học và chơi, là một phương pháp tốt để duy trì sức chú ý của trẻ.

7. Phương pháp điều trị chỉnh hợp cảm giác: Do thao tác của các bác sĩ chuyên môn thì hiệu quả đối với trẻ bị bệnh hiếu động có thể đạt từ 50 - 60%.

Chỉnh hợp cảm giác là gì?

Trong khoảng thời gian mà thai nhi ra khỏi tử cung của người mẹ thì nó đã trở thành một cá thể độc lập, cần phải tiếp xúc với môi trường sống xung quanh. Cơ thể người có rất nhiều cơ quan cảm giác, như thị giác, xúc giác, thính giác, khứu giác. Theo sự tăng lên của tuổi tác, chức năng của các cơ quan cảm giác ngày càng không ngừng phát triển và hoàn

chỉnh. Chức năng sinh lý chủ yếu của cơ quan cảm giác là đưa các loại cảm giác của con người trong môi trường truyền đạt đến trung khu não tương ứng, thông qua các con đường cảm giác của mỗi loại cảm giác. Một cá thể bình thường sẽ phân tích, so sánh và thống nhất các thông tin được truyền vào một cách xuất sắc. Cảm giác chỉnh hợp là chỉ quá trình tác dụng thần kinh của các loại cảm giác trong môi trường và cơ thể của con người, não nhất định phải nhanh nhạy, các phương thức liên tục thay đổi để xử lý thông tin làm cho cá thể và môi trường tiếp xúc với nhau một cách thuận lợi.

Gesell, nhà tâm lý thần kinh học nổi tiếng thế giới vào những năm 30 của thế kỷ XX đã đưa ra khái niệm và tác dụng của chỉnh hợp cảm giác. Thạc sĩ Agres Jean, nhà tâm lý học lâm sàng người Mỹ vào thập kỷ 60 của thế kỷ XX đã nêu ra lý thuyết về chỉnh hợp cảm giác và không ngừng hoàn thiện trong những nghiên cứu và thực tiễn của bà, hiện nay đã được rất nhiều quốc gia quan tâm và công nhận. Agres cho rằng sự phát triển chỉnh hợp cảm giác tuân hoàn theo nguyên tắc phát triển hành vi và não. Sự phát triển cảm giác của não người từ đơn thuần phát triển đến chỉnh hợp cảm giác sơ cấp, trung khu chức năng này trong mức độ khô của não phát triển đến sự nhịp nhàng hai bên của cơ thể. Sự điều hòa giữa tay và mắt, sự ổn định của tâm lý và

hoạt động có mục đích, cuối cùng phát triển đến chỉnh hợp cảm giác cấp cao, có sức chú ý tập trung, năng lực tổ chức, khả năng tự điều khiển, khả năng học tập, khái quát ngôn ngữ và khả năng suy đoán. Trung khu của chức năng này nằm ở vỏ não. Thời kỳ mấu chốt của sự phát triển chỉnh hợp cảm giác là từ 3 - 7 tuổi. Do hệ thống thần kinh của cơ thể có tính nghịch, vì vậy trong môi trường tốt kích thích các loại cảm giác có tăng chức năng của hệ thống thần kinh làm cho hành vi của trẻ thích ứng với môi trường, mà nhân tố môi trường lại có thể thúc đẩy sự phát triển chỉnh hợp cảm giác. Cái gọi là chỉnh hợp cảm giác mất điều hòa là theo điều tra năm 1995 ở khu vực Bắc Kinh, chỉnh hợp cảm giác mất điều hòa của trẻ em độ nhẹ là 35,9%, độ nặng là 10,3%. Kết quả điều tra ở Thượng Hải cho thấy chỉnh hợp cảm giác mất điều hòa độ nhẹ ở trẻ là 36,3%, độ nặng là 16,1%. Từ đó có thể thấy, tỷ lệ phát sinh mất điều hòa cảm giác ở trẻ em rất cao.

Nguyên nhân gây nên sự mất điều hòa về cảm giác rất nhiều, có thể tổng kết lại thành ba nguyên nhân chính thức: chức năng đại não khác thường độ nhẹ, tước đoạt môi trường và sự giáo dục lệch.

Mất điều hòa chỉnh hợp cảm giác có những nguyên nhân nào? Chủ yếu biểu hiện ở sự điều hòa vận động trên cơ thể không tốt, tốc độ vận động và sức chú ý kém, về ngôn ngữ thì nói không rõ, phát

âm sai hoặc đọc sai, về hành vi thì thường xuất hiện rất nhiều vấn đề như không thể hoà hợp với các bạn, xung động, dễ cáu gắt, thiếu tự tin và không thể thích ứng được với môi trường lạ.

Chỉnh hợp cảm giác và bệnh hiếu động

Một số nghiên cứu gần đây cho thấy trẻ bị bệnh hiếu động có tồn tại sự mất điều hoà về chỉnh hợp cảm giác.

Các nhà tâm lý học đã chỉ ra rằng, khi nghiên cứu và thảo luận về sức chú ý thì phải đồng thời xem xét thức tỉnh. Thức tỉnh là một chức năng của khu chức năng đầu tiên của não, mà khu chức năng đầu tiên của não là bộ phận điều tiết mức hoạt động của não và cơ thể. Bộ phận này bao gồm kết cấu dưới vỏ não, như kết cấu dạng lưới, khâu não, nó có mối liên quan tương đối mật thiết với lá trán não. Có ba nguồn ảnh hưởng đến sự thức tỉnh:

1. Quá trình thay thế chất cá thể của điều tiết khâu não dưới (quá trình trao đổi chất của mỗi người khác nhau thì khác nhau, có một số người khi mệt thì một số người khác có thể do mức thay thế chất rất cao mà tinh lực dồi dào).

2. Khi sự kích thích là mới mẻ khác thường, mãnh liệt sẽ làm cho người đó có thể gây nên phản ứng định hướng nhất định.

3. Bắt nguồn từ nguồn kích thích nội bộ như tư tưởng với những thứ khác ở lá trán một cách có kế hoạch.

Trong ba nguồn gốc này thì nguồn gốc thứ hai và thứ ba có mối quan hệ mật thiết nhất với sức chú ý. Sức chú ý có thể có những quan điểm liên quan đến chức năng lá trán, nhận định này từ năm 1904 đã có người đưa ra.

Thức tỉnh là một sự biến đổi tâm lý, là một trạng thái hoạt động đương thời, khi tiến hành hoạt động tâm lý cần phải thức tỉnh nhiều, chịu sự điều tiết của môi trường bên ngoài, tình cảm bên trong và trạng thái nhận thức.

Sự chú ý là “khả năng nhận biết rõ ràng” hoặc sự rõ ràng của cảm giác. Là một quá trình lựa chọn, là một trạng thái cảnh giác đặc thù trong quá trình hoạt động tâm lý. Khi tỉnh táo, chúng ta cần phải tiến hành lựa chọn trong các kích thích đưa vào, thông qua việc xử lý thông tin có thể trong khi cảnh giác thông thường nghĩ đến sự vật chú ý đặc định. Khi sự cảnh giác này và điều hoà chức năng chú ý mất điều khiển thì có thể sinh ra sự mất điều hoà chức năng nhận biết, gây nên trở ngại nhận biết. Triệu chứng đặc trưng của trẻ bị bệnh hiếu động là trở ngại ý thức, đồng thời có thể kèm theo trở ngại nhận biết. Vì vậy có thể nói, bệnh hiếu động ở trẻ tồn tại sự mất điều hoà chỉnh hợp cảm giác.

Chỉnh hợp cảm giác có thể trị bệnh hiếu động ở trẻ nhỏ không?

Chỉnh hợp cảm giác là một phương pháp có hiệu quả để trị bệnh hiếu động ở trẻ. Phương pháp này lấy triệu chứng của bệnh hiếu động ở trẻ kết hợp với cơ sở lý luận chỉnh hợp cảm giác và phương pháp rèn luyện của nó để giải thích.

Như mọi người đã biết, triệu chứng hành vi tâm lý chủ yếu của trẻ bị bệnh hiếu động là hoạt động nhiều, sức chú ý không tập trung và thiếu khả năng tự điều khiển, xung động và dễ cáu gắt, về động tác thì khả năng điều hoà nhịp nhàng không tốt. Những triệu chứng này sẽ giảm hoặc biến mất theo sự tăng lên của tuổi, nghĩa là sự phát triển của hệ thống thần kinh của trẻ có tính nghịch rất lớn. Một trong những cơ sở lý luận chủ yếu của chỉnh hợp cảm giác là tính nghịch của hệ thống thần kinh. Tính nghịch chính là tác dụng tương hỗ giữa cơ thể và môi trường. Trong môi trường tốt, các kích thích cảm giác có thể tăng cường chức năng của hệ thống thần kinh, nghĩa là cho hành vi của trẻ thích ứng với môi trường. Nếu như cuộc sống của một đứa trẻ ở trong một môi trường không thích hợp thì sẽ ảnh hưởng thậm chí tổn hại đến chức năng của hệ thống thần kinh, sinh ra những hành vi không thích ứng với môi trường. Sự biến đổi về hành vi này chỉ là sự biến đổi về chức năng hệ thống thần kinh mà không

phải là sự thay đổi về kết cấu nhất định. Phương pháp huấn luyện chỉnh hợp cảm giác có thể làm cho trẻ đạt được kích thích cảm giác và vận động, có người gọi loại kích thích thích hợp này là “tổ dinh dưỡng cảm giác”, nó có thể thúc đẩy sự phát triển và thành thực của chức năng đại não, làm cho trẻ đạt được những kỹ năng học tập phức tạp, không ngừng hoàn thiện và tăng thêm khả năng nhập vào, liên hệ, chỉnh hợp và khả năng tri giác, khái quát, suy đoán tin tức. Từ đó điều chỉnh và nâng cao hành vi thích ứng của trẻ, mà hành vi thích ứng lại có thể thúc đẩy khả năng chỉnh hợp cảm giác của cơ thể. Rèn luyện chỉnh hợp cảm giác còn có thể làm cho trẻ vui vẻ, đạt được thông tin, mong cố gắng làm được một việc mà trước kia cho là khó khăn, cảm thấy thoả mãn. Vì vậy, đây có thể là một động lực hoạt động cải thiện và nâng cao có mục đích, có thể thúc đẩy sự tự chỉ dẫn và tự thực hiện, các nhà tâm lý học gọi đây là “nội lực”, trẻ bị bệnh hiếu động lại tồn tại sự thiếu hụt nội lực mà không thể đầu tư một cách tích cực vào trong môi trường học tập để học những kỹ năng học tập mới.

Nói một cách cụ thể, các trò chơi trong rèn luyện chỉnh hợp cảm giác với các trò chơi xúc giác và các trò chơi kích thích cảm giác như mái bằng, ván trượt, giường một chân, giường nhảy, nhảy kiểu chuột túi, dây cầu ống tròn, cây thăng bằng, bóng

sùng dề, thông qua việc rèn luyện các trò chơi này có thể cải thiện sự nhịp nhàng, điều hoà động tác của trẻ bị bệnh và giảm hiểu động, tăng cường sức chú ý, làm giảm hành vi bạo nộ và công kích, tính tùy tiện và xung động cũng được cải thiện, trở ngại nhận thức cũng có thể được cải thiện, khả năng tự điều khiển nâng cao. Nói chung, rèn luyện chỉnh hợp cảm giác chỉ cần duy trì sự cân bằng, điều này rất có lợi cho trẻ bị bệnh hiểu động.

Các bậc cha mẹ và giáo viên làm thế nào để đối xử đúng với trẻ bị bệnh hiểu động?

Đây là một cảnh thường gặp: Một đứa trẻ nào đó ở trong lớp nghe giảng không nghiêm túc, làm việc riêng nhiều, kết quả học tập không được tốt, khi cha mẹ đi đón con thường bị giáo viên phàn nàn chuyện về trẻ. Khi họp phụ huynh, công khai phê bình đích danh các biểu hiện vi phạm của trẻ ở trường, các bậc cha mẹ thỉnh thoảng lại phải nghe những cuộc điện thoại than phiền của giáo viên. Hàng loạt những hiện tượng trên làm các bậc cha mẹ hết sức xấu hổ trước mặt giáo viên, khi về nhà trút giận lên đầu trẻ, đánh cho một trận. Sau những lần như vậy trẻ tỏ ra ngoan một đến hai ngày, sau đó tất cả tái diễn lại cảnh như trên.

Thầy giáo ghét bỏ chúng, các bậc cha mẹ cảm thấy xấu hổ, tức giận về những đứa trẻ không hiểu biết gì. Ở đây đặt ra cho chúng ta một vấn đề hiện

thực là, các bậc cha mẹ và giáo viên nên đối xử với những trẻ bị bệnh hiếu động như thế nào?

Chúng tôi cho rằng mỗi đứa trẻ là một cá thể độc lập. Do ảnh hưởng phức tạp của môi trường khác nhau mà mỗi đứa trẻ đều có những đặc thù cá nhân riêng, biểu hiện ở những mức độ khác nhau. Bệnh hiếu động là một loại chậm trễ hoặc thiên lệch về mặt phát triển cá thể, cũng có thể gọi là một loại bệnh, trẻ xuất hiện các vấn đề về hành vi ở trường và ở nhà không phải là sự quấy phá nghịch ngợm đơn thuần, cũng không phải là sự cố ý đối kháng. Khi trẻ bị bệnh hiếu động, các bậc phụ huynh nên nói rõ tính chất và vấn đề bệnh của trẻ với giáo viên để giáo viên hiểu và giúp đỡ, và giúp bản thân trẻ biết rằng bệnh hiếu động là bệnh có thể chữa trị được, những khuyết điểm của bản thân là có thể sửa đổi, không nên tự ti, xấu hổ, tạo nên lòng tự tin sửa đổi lỗi sai.

Cha mẹ và giáo viên nên hiểu đặc điểm cá tính của bệnh hiếu động, nên thay đổi quan điểm và phương pháp giáo dục đối với trẻ, ngoài việc hiểu biết về các triệu chứng, hành vi ra còn phải hiểu được tâm tư, tình cảm của trẻ. Trên cơ sở hiểu biết đó, trong quá trình tiếp xúc với những trẻ bị bệnh cụ thể, chủ động giải quyết những khó khăn hoặc vấn đề mà trẻ gặp phải hoặc thương lượng giải quyết với trẻ, làm như vậy tâm lý của trẻ mới có thể

phát triển bình thường. Trái lại, nếu cứ theo cách làm truyền thống, theo những cách thức thường quy hoặc căn cứ sự yêu ghét của mình để đối xử với trẻ thì càng gây nên sự bất hoà với trẻ, thậm chí gây xung đột, ảnh hưởng hơn nữa đến sức khoẻ tâm lý của trẻ.

Khi cha mẹ đưa trẻ đến tư vấn tâm lý hoặc điều trị tâm lý, nên chú ý điều gì?

Các thuốc điều trị cần thiết trong việc xử lý trở ngại tâm lý của trẻ (bao gồm cả bệnh hiếu động) chiếm một vị trí rất quan trọng. Nói một cách khái quát, bác sĩ tâm lý sau khi quan sát cẩn thận và tìm hiểu một cách tỉ mỉ bệnh sử, trên cơ sở tìm hiểu toàn diện nguyên nhân gây trở ngại tâm lý chủ yếu của trẻ như gia đình, xã hội và môi trường, nhằm vào những vấn đề chủ yếu của trẻ, có trọng điểm, từ đó mới có kế hoạch thông qua từng bước nói chuyện, điều chỉnh môi trường, thay đổi quan niệm, mục đích cuối cùng là hạn chế trở ngại tâm lý của trẻ và đạt được mục đích điều trị. Vì vậy, các bậc phụ huynh khi đưa trẻ đến phòng khám tâm lý, tiếp nhận điều trị tâm lý của bác sĩ, nên tuân thủ những nguyên tắc sau:

1. Để trẻ phối hợp với bác sĩ, để cho bác sĩ tìm hiểu rõ ràng những vấn đề chủ yếu của trẻ và tạo thành một cơ chế tâm lý chân thực áp dụng điều trị cho các vấn đề của trẻ.

2. Nên tạo sự tin tưởng của trẻ vào bác sĩ, để tiện cho việc bác sĩ tìm hiểu đầy đủ về trẻ, tiện cho quá trình giao lưu giữa người bệnh và bác sĩ, để cho trẻ có cơ hội nói ra cảm nhận của mình.

3. Cha mẹ phối hợp với bác sĩ tâm lý, giúp cho trẻ có thể chủ động hợp tác tham gia điều trị.

4. Khi bác sĩ điều trị cho trẻ, các bậc cha mẹ nên nhận thức được rằng đó không chỉ là vấn đề của trẻ và họ nên tích cực hiểu trẻ, để cùng khắc phục những vấn đề còn tồn tại.

5. Khi phát hiện các vấn đề của trẻ có liên quan đến nhà trường, gia đình và các thành viên khác, cần phải liên hệ các mặt có liên quan đó để kịp thời giải quyết.

6. Tuân thủ những lời dặn của bác sĩ, phối hợp điều trị các thuốc cần thiết.

Bệnh hiếu động ở trẻ có những loại thuốc chữa nào?

Hiện nay, việc điều trị bệnh hiếu động chủ yếu dựa vào thuốc cùng với phương pháp hỗ trợ là rèn luyện hành vi và tâm lý. Thuốc dùng chủ yếu là thuốc kích thích trung khu thần kinh như Ritalin, dexamfetamine, methamfetamine, phemoline... dùng nhiều nhất là thuốc Ritalin, liều lượng thuốc thường dùng là 0,1 - 0,6mg/kg cân nặng cơ thể, về

lâm sàng cũng có thể tính toán theo tuổi, trẻ dưới 5 tuổi không nên dùng, trẻ từ 5 - 8 tuổi ở giai đoạn đầu chẩn trị uống 5mg/d, sau đó bình thường là 10mg/d; trên 7 tuổi liều lượng thuốc bắt đầu dùng là: bữa sáng dùng 10mg, bữa trưa dùng 5mg, nếu như một tuần sau vẫn chưa có hiệu quả thì mỗi lần uống thêm 5mg, tổng lượng dùng mỗi ngày không quá 30mg. Lượng thuốc lớn nhất được áp dụng ở nước ngoài là 60mg, cuối tuần hoặc ngày nghỉ có thể ngừng uống.

Tác dụng phụ thường gặp nhất là triệu chứng về đường tiêu hoá như ăn giảm, ghê cổ, buồn nôn, tiếp đó là tâm lý không ổn định, mất ngủ, có một số trẻ bị bệnh sau khi uống thuốc có triệu chứng đau dạ dày và đau đầu, giảm liều dùng một khoảng thời gian thì những triệu chứng này giảm, có báo cáo còn nói thuốc này có thể gây nên hiện tượng co giật.

Một loại thuốc khác có hiệu quả là thuốc chống trầm cảm loại 3 vòng (TACs) và thuốc ức chế monoamine oxidase (MAOIs) TACs, dùng nhiều nhất là imipramine, tác dụng dược lý của nó là ngăn chặn sự thu về của Noradrenaline và Serotonin, ảnh hưởng không lớn đối với Dopaamine, lượng thuốc là 25-50mg/d. Tác dụng phụ của lượng thuốc nhỏ là rất nhẹ, khi dùng với lượng lớn thì có thể gây nên buồn ngủ, kích động

tâm lý, tim đập chậm và sự thay đổi điện tâm đồ cũng có thể làm giảm tế bào hạt trong máu ngoại vi, vì thế trước khi dùng thuốc này nên xét nghiệm máu thường quy và điện tâm đồ. Có một số thực nghiệm kết luận rằng tác dụng của thuốc ức chế monoamine oxidase và tác dụng của thuốc kích thích trung khu là như nhau, dùng thuốc trong một thời gian dài hiệu quả cũng rất tốt nhưng thường có sự phát sinh hiện tượng nhờn thuốc.

Căn cứ vào đâu để xác định là trẻ cần dùng thuốc?

Đối với trẻ ngại tâm lý của trẻ (bao gồm bệnh hiếu động) thì việc điều trị thuốc là một phương án thường dùng và khả thi, nhưng đáng tiếc đây là một lĩnh vực rất mới, chưa được mọi người hiểu rõ. Vì vậy, khi bắt đầu nghe bác sĩ nói đến quan điểm này thì các bậc cha mẹ đều quan tâm rằng “tại sao lại phải uống thuốc?”, “liệu còn phương pháp điều trị nào khác không?”, “tôi mang cháu đến khám ở đây là giấu chồng tôi, chồng tôi sẽ không bao giờ đồng ý cho cháu uống thuốc...”, “nếu như không dùng thuốc, khoảng bao nhiêu thời gian thì khỏi?” ...

Đối với vấn đề này thật khó mà đưa ra câu trả lời cụ thể, bởi vì tình trạng của mỗi trẻ có những đặc điểm riêng đồng thời cũng tương đối phức tạp và biến đổi không ngừng. Vì vậy, đối với bất kỳ

quyết định nào về việc điều trị đều phải xem xét thận trọng và đánh giá toàn diện các nhân tố.

Sở dĩ các bác sĩ cho rằng trẻ phải dùng thuốc là cho rằng một số triệu chứng biểu hiện hiện nay của trẻ có cơ sở sinh lý, mà không chỉ là vấn đề tư tưởng của trẻ, nếu như không cho trẻ dùng thuốc đầy đủ thì tình trạng của trẻ sẽ ngày càng nặng thêm. Hiện nay các chuyên gia tin rằng xung động, sức chú ý không tập trung hoặc tập trung trong thời gian ngắn và các triệu chứng khác thường gặp của bệnh hiếu động ở trẻ là do trở ngại chức năng đặc định trong não gây nên. Một số trẻ có tính di truyền nhất định, nhưng bệnh ở trẻ khi đã ở mức độ tổn hại nghiêm trọng không những do bản thân bệnh gây nên mà còn quyết định qua việc dạy dỗ, giáo dục trẻ ý thức được bệnh tình của trẻ. Nếu như giáo viên hoặc gia đình coi thường bệnh tình của trẻ thì chúng sẽ cảm thấy khó khăn và đau khổ trong học tập và giao tiếp xã hội, làm nặng thêm triệu chứng hiếu động ở trẻ, thậm chí còn gây ra các vấn đề về hành vi và tâm lý khác, như không nghe lời và phá hoại... Vì vậy, nếu như bệnh của trẻ rất nặng và phạm vi ảnh hưởng rộng thì bác sĩ có thể có những lý do đầy đủ để xét đến việc điều trị bằng thuốc.

Nếu như bác sĩ đề nghị con bạn điều trị bằng thuốc, bạn đừng lo lắng, có rất nhiều cách hiểu

không đúng về việc dùng thuốc. Một số người cho rằng, nếu như một vấn đề “sức khỏe” nào đó đòi hỏi việc dùng thuốc để điều trị mà không chỉ thông qua việc thay đổi bên ngoài, hoặc thay đổi cách sống, đó chính là lúc sức khỏe đã gặp vấn đề rất nghiêm trọng. Đối với trẻ ngại tâm lý không như vậy, đôi lúc do thuốc có thể có tác dụng một cách đặc biệt khác thường đối với nguyên nhân của bệnh, từ đó làm cho bệnh có thể có những chuyển biến tốt một cách nhanh chóng. Đối với trẻ bị bệnh hiếu động thì một số thuốc kích thích trung khu và thuốc chống trầm cảm có thể làm cho các triệu chứng giảm nhẹ một cách nhanh chóng, trong khi đó áp dụng phương pháp điều trị tâm lý và các cách điều trị khác rất khó đạt được hiệu quả tức thì. Như vậy, thuốc vừa có thể dùng một mình cũng có thể kết hợp với các cách điều trị tâm lý khác.

Người viết căn cứ vào những thực tiễn lâm sàng lâu năm cho rằng, người phù hợp với những điều kiện dưới đây có thể xem xét đến việc dùng thuốc để điều trị:

+ Trẻ ở tuổi đi học: Loại trừ nhân tố trí tuệ ra, phù hợp với các triệu chứng của bệnh hiếu động, thông qua nhiều cố gắng nhưng thành tích học tập vẫn không hài lòng.

+ Trong những điều kiện cơ bản tương tự, do hoạt động nhiều một cách nghiêm trọng, không tuân

thủ kỷ luật, ảnh hưởng đến việc học tập của các bạn trong lớp, việc dạy học của giáo viên.

+ Ngoài các tình huống trên, còn kèm theo các trở ngại về tâm lý và hành vi.

Hiệu quả điều trị ngắn ngày bằng thuốc kích thích vào trung khu thần kinh như thế nào?

Hiệu quả của thuốc kích thích trung khu hưng phấn thường biểu hiện ở một số mặt sau:

1. Thiếu hụt sức chú ý, xung động và hoạt động nhiều: Hiệu quả rõ rệt của thuốc kích thích thường có liên quan với mấy triệu chứng như sự thiếu hụt sức chú ý, hoạt động nhiều và xung động. Những hiệu quả này đã được chứng minh trong phòng thí nghiệm và trong quan sát hành vi ở trường, phán đoán tiêu chuẩn tương quan của hành vi, chủ yếu là do cha mẹ và giáo viên trực tiếp cung cấp. Những nghiên cứu đã chỉ ra rằng thuốc kích thích có biểu hiện hiệu quả vào lúc tỉnh, sức chú ý tập trung được liên tục và các chức năng vận động ý thức tương quan. Một số nghiên cứu cung cấp những tài liệu quan trọng cho thấy hiệu quả của Ritalin trong việc cải thiện sức chú ý. Kết quả, trẻ bị bệnh hiếu động sau khi sử dụng Ritalin về mặt thành tích có sự khác biệt không rõ rệt đối với trẻ bình thường. Trong một nghiên cứu khác, người

nghiên cứu đã đánh giá tình trạng sức chú ý của trẻ bị bệnh hiếu động trong khi đánh bóng rổ như sau: Cho dù Ritalin không thể cải thiện kỹ năng đánh bóng rổ của những trẻ này nhưng khi dùng thuốc thì khả năng hoàn thành nhiệm vụ gấp 2 lần. Hoạt động nhiều bị cho là triệu chứng chính của bệnh hiếu động ở trẻ, tác dụng đối với việc cải thiện hoạt động nhiều và xung động có trong kết quả nghiên cứu là không hoàn toàn giống nhau.

2. Nhận biết, học tập và kết quả: Có người đã nghiên cứu lại một cách có hệ thống về tác dụng trong thời gian ngắn của thuốc đối với nhận thức và hành vi và cho rằng hiệu quả của nhận thức chủ yếu là xem kết quả học tập và hiệu suất học tập liệu có được nâng cao hay không. Cũng có nghiên cứu cho thấy thuốc kích thích có hiệu quả với trẻ bị bệnh hiếu động làm cho tốc độ hoàn thành bài tập và tính chính xác của bài tập được nâng cao rất lớn. Tuy nhiên, quan sát lâm sàng của một số nghiên cứu lại không giống nhau, những tài liệu không nhất trí với nhau về hiệu quả của thuốc, liều lượng thuốc khác nhau, thời gian phán đoán hiệu quả điều trị của thuốc và tiêu chuẩn phán đoán hiệu quả chữa trị cũng khác nhau. Mặt khác, cũng có một số nghiên cứu không thể chứng minh Ritalin có thể cải thiện kết quả học tập của trẻ có chứng tổng hợp hoạt động nhiều, khó khăn trong học tập.

3. Kỹ năng xã hội và tính công kích: Những nghiên cứu về ảnh hưởng của thuốc kích thích đối với hành vi xã hội, chứng tổng hợp hoạt động nhiều ở trẻ vẫn chưa được xác định chắc chắn.

Hiệu quả điều trị lâu dài bằng thuốc kích thích trung khu thần kinh như thế nào?

Hiệu quả của việc điều trị ngắn hạn thuốc kích thích đối với nhiều trẻ tương đối tốt, còn hiệu quả và tính an toàn của việc ứng dụng lâu dài thuốc kích thích trung khu ở trẻ và thanh thiếu niên thì vẫn chưa được điều tra rộng rãi. Do hạn chế về phương pháp học, hơn nữa qua thực tế điều trị và nghiên cứu thiết kế ảnh hưởng nội bộ bản thân ra, chỉ có rất ít những nghiên cứu đáng tin cậy có thể cung cấp những tài liệu có liên quan đến việc điều trị lâu dài của thuốc kích thích. Có thể hiểu là, đại đa số các bậc cha mẹ cho con dùng thuốc, miễn cưỡng cung cấp những tài liệu cho nhân viên điều tra khi được hỏi đến. Trong đó cũng có tư liệu ghi lại tình hình dùng thuốc an thần. Vì vậy, hứng thú chỉ tập trung ở tác dụng phụ của việc điều trị bằng thuốc kích thích. Do những nguyên nhân như vậy, một số chuyên gia kết luận, cho dù đã chứng minh thuốc kích thích có hiệu quả trong việc cải thiện chức năng nhận thức của trẻ bị bệnh, nhưng nghiên cứu trong một thời gian dài thì quả thật làm người ta thất vọng, họ dường như không phát hiện hiệu

quả nào của việc chữa trị lâu dài bằng thuốc về kết quả học tập, những xâm phạm và những hành vi không tốt. Viện nghiên cứu sức khỏe não quốc tế gần đây đã hỗ trợ một dự án nghiên cứu từ nhiều nguồn, điều tra lâu dài đối với việc điều trị khác nhau ở những trẻ bị bệnh hiếu động, trong đó bao gồm cả thuốc kích thích, nó rất quan trọng trong việc hiểu rõ hiệu quả lâm sàng lâu dài của những thuốc này. Cho dù việc thiết kế tư liệu của những nghiên cứu này cho thấy thuốc kích thích có thể cho ta sự an toàn trong nhiều năm, nhưng theo tích lũy kinh nghiệm cần phải quan sát kết quả một cách tỷ mỉ trong quá trình điều trị.

Thế nào là lượng thuốc khởi đầu phù hợp?

Nói chung, việc điều trị dùng bất kỳ một loại thuốc kích thích nào cũng đều nên bắt đầu từ một lượng thuốc nhỏ, khi dự định dùng thuốc hiệu quả ngắn để điều trị trẻ ở độ tuổi đi học, thì liều lượng khởi đầu của Ritalin là 5mg vào bữa ăn trưa và ăn tối. Nếu như cần thận có thể dùng lượng thuốc một lần vào buổi sáng, để cho giáo viên so sánh biểu hiện của trẻ vào buổi sáng và buổi chiều, nếu dùng thuốc 143 hiệu quả ngắn thì 5mg là lượng thuốc khởi đầu hợp lý. Tuy nhiên hiệu quả của (143) gấp 2 lần Ritalin, vì vậy 5mg (143) tương đương với 10mg Ritalin, khi điều trị cho trẻ tuổi mẫu giáo và các trẻ khác, thường dùng một nửa liều lượng thuốc

này, là 2,5mg. Liều lượng này có thể căn cứ theo sự phản hồi của giáo viên và phụ huynh, trên cơ sở cứ mỗi tuần tăng một lần, cách dùng “liều lượng khởi đầu thấp, tăng dần về sau” có thể kéo dài đến thời gian đạt hiệu quả lý tưởng, nhưng tránh việc dùng quá liều lượng, làm cho tác dụng phụ của thuốc hạ xuống mức nhỏ nhất đồng thời có thể giảm sự lo lắng của cha mẹ trẻ bị bệnh. Lượng thuốc Ritalin và (143) còn có thể dùng theo cân nặng của trẻ. Thời kỳ trước khi trưởng thành thường dùng liều lượng thuốc là cứ 4 giờ dùng 0,3 – 0,6mg/kg cân nặng cơ thể, có một số trẻ lượng thuốc phát huy hiệu quả rất nhỏ, có một số lại cần lượng thuốc là cứ 4 giờ dùng 1mg/kg cân nặng cơ thể. Với thuốc (143), gợi ý sử dụng hiệu quả ngắn là cứ 4 tiếng dùng 0,15 - 0,3mg/kg cân nặng. Nếu như dùng Ritalin hoặc thuốc con nhộng hiệu quả lâu dài trong kích thích trung khu, thì liều lượng nhất định của nó là gấp hai lần lượng thuốc thường quy (mg/kg), bởi vì đây là những thuốc tác dụng chuẩn bị trong 8 giờ. Do hiệu quả của (143) gấp 2 lần Ritalin, vì thế 5mg viên thuốc con nhộng hiệu quả lâu dài của thuốc kích thích trung khu thần kinh uống vào buổi sáng tương đương với 5mg thuốc Ritalin uống vào buổi sáng sớm và trưa. Liều lượng thuốc nói trên không nên dùng với trẻ ở độ tuổi dậy thì, bởi vì sau tuổi dậy thì cân nặng cơ thể tăng, thường vượt qua sự cần thiết của thuốc.

Các bác sĩ cần phải nhớ rằng, căn cứ vào cân nặng cơ thể để yêu cầu dùng thuốc chỉ đưa ra một lượng giới thiệu để tham khảo. Nếu như căn cứ vào cân nặng cơ thể để dùng thuốc, một đứa trẻ dùng lượng thuốc lớn nhất mà vẫn không có hiệu quả trước thì khi tăng lượng thuốc nên suy nghĩ xem xét thận trọng.

Bất kể ai cũng không thể chỉ ra một cách chính xác liều lượng thuốc khởi đầu như thế nào là tốt nhất. Lượng thuốc mẫu của chúng tôi đưa ra là phải tăng dần cho đến khi các triệu chứng được cải thiện một cách rõ rệt mà không có tác dụng phụ rõ rệt.

Các bác sĩ lâm sàng, phụ huynh và giáo viên phải nhớ rằng: cho dù thuốc kích thích có thể làm chuyển biến rõ rệt những triệu chứng lâm sàng ở một số mặt nào đó, nhưng không có nghĩa nó có thể làm chuyển biến một số bộ phận tổn hại có liên quan đến bệnh hiếu động và thay đổi tình trạng bệnh lý có liên quan đến bệnh hiếu động.

Trong những hướng dẫn sử dụng rất tỉ mỉ về Ritalin và (143) đều chỉ ra lượng dùng tối đa của Ritalin là 60mg, (143) không vượt quá 40mg. Thế nhưng khi một số trẻ có hiệu quả tốt đối với việc dùng liều lượng lớn, có lúc cũng vượt so với lượng hướng dẫn sử dụng. Trong những trường hợp bệnh hiếm gặp này, ghi chép một cách cẩn thận hiệu quả của chúng và tác dụng phụ của thuốc là hết sức quan trọng. Cho dù trong các ca bệnh lâm sàng có lúc vượt

qua lượng thuốc lớn nhất, nhưng có thể xét đến việc thử giảm thuốc theo chu kỳ hoặc dùng những thuốc kích thích khác nhau, đồng thời cần phải dùng thuốc theo hướng dẫn của các bác sĩ hoặc chuyên gia.

Thông thường làm thế nào để điều chỉnh lượng thuốc?

Liều lượng của thuốc kích thích thông thường là rất đặc thù, vì vậy liều lượng thuốc căn cứ vào cân nặng cơ thể và liều lượng thuốc lý tưởng không có mối liên quan nào với nhau. Do những nguyên nhân này, thuốc kích thích cần phải được điều chỉnh một cách cẩn thận, căn cứ vào sự trải nghiệm được tiến hành nhờ vào phương pháp đánh giá quan sát (như sự miêu tả của giáo viên, phụ huynh đối với hành vi và sức chú ý không tập trung), lượng dùng tiêu chuẩn thông thường theo thói quen là Ritalin 2,5mg, mỗi ngày 2 lần (sáng và trưa), uống trước bữa trưa 30 phút, sau đó mỗi tuần tăng 2,5 – 5mg đến khi đạt được hiệu quả lâm sàng vừa ý.

Lượng thuốc (143) điển hình là một nửa lượng thuốc Ritallin. Còn liều lượng thuốc (146) mỗi ngày là 37,5mg, cứ 3 - 5 ngày điều chỉnh lượng thuốc một lần cho đến khi đạt được hiệu quả lâm sàng vừa ý. Do thời kỳ nửa suy thoái của thuốc dài, cho nên hiệu quả có thể duy trì sau khi dùng thuốc 2 - 3 ngày, đối với những trẻ sự thèm ăn giảm hoặc đau bụng thì tốt nhất là uống thuốc sau khi ăn.

Lượng dùng Ritalin mỗi lần không vượt quá 20mg, liều lượng dùng lớn nhất một ngày là 45 - 60mg, còn lượng dùng (146) lớn nhất một ngày là 112,5mg. Rất nhiều đứa trẻ có thể cần uống Ritalin lần thứ 3 sau buổi trưa, đặc biệt là khi sự thay thế thuốc của chúng rất nhanh hoặc khi chúng có sắp xếp hoạt động vào buổi chiều. Lần dùng thuốc thứ 3 này đối với một số trẻ rất có hiệu quả mà không hề ảnh hưởng đến ăn uống và giấc ngủ.

Vào cuối tuần hoặc kỳ nghỉ hè, trẻ có cần điều trị?

Sự tổn hại về kỹ năng xã hội, thói quen học tập và hành vi của trẻ bị bệnh hiếu động thường biểu hiện ở bên ngoài nhà trường. Vào cuối tuần và kỳ nghỉ hè có cần tiếp tục dùng thuốc, nên do cha mẹ và bác sĩ cùng bàn bạc và đưa ra quyết định. Thông thường những nhân tố cần phải xét đến bao gồm: mức độ nghiêm trọng của triệu chứng và triệu chứng liệu có tiếp tục tồn tại và tác dụng phụ. Nếu như trẻ tiếp nhận dùng thuốc kích thích để điều trị do ăn uống gây nên sự giảm cân của cơ thể, thì vào cuối tuần và kỳ nghỉ hè dùng thuốc là có lợi, bởi vì sau khi dùng thuốc sự thèm ăn của trẻ sẽ được khôi phục trở lại. Do rất sớm đã có những thông tin về thuốc có làm giảm hoặc ức chế quá trình sinh trưởng và phát triển của trẻ, vì vậy, trước kia đề nghị không nên điều trị vào cuối tuần và kỳ nghỉ hè. Thế nhưng

những nghiên cứu gần đây đã nêu ra rằng, uống thuốc không thể có ảnh hưởng lâu dài đến chiều cao của trẻ, đối với những trẻ có triệu chứng nặng và ảnh hưởng rất rộng rãi thì vào cuối tuần và kỳ nghỉ hè cần phải dùng thuốc.

Nếu như một số trẻ nào bị xác nhận là cần phải điều trị 4 mùa trong năm thì gia đình sẽ cảm thấy không yên. Đương nhiên, việc điều trị ở ngoài nhà trường sẽ cho nhiều sự lựa chọn hơn, ví dụ như tham gia một số hoạt động xã hội quan trọng (như hội họp, du lịch), tăng cường sự cần thiết của một số mặt giáo dục (như phiếu trắc nghiệm, các bài thi quan trọng). Kỳ nghỉ hè là lúc để tìm hiểu hiệu quả của thuốc đối với trẻ, nếu như trẻ trong kỳ nghỉ hè không có bất kỳ một sự giáo dục quan trọng hay nhu cầu về hành vi và xã hội nào thì cũng không nên vì thế mà xem nhẹ hiệu quả lâm sàng của thuốc.

Dùng thuốc kích thích có phải kiêng kị gì không?

Cũng giống như việc dùng các thuốc khác để điều trị, bác sĩ nhi khoa cần phải tính toán một cách tỉ mỉ khi dùng thuốc có những ảnh hưởng không có lợi về xã hội và sinh lý. Nhiều trường hợp nên chú ý khi sử dụng thuốc kích thích đã nói ở trên, tuy Ritalin được chỉ ra là một thuốc an toàn điều trị

bệnh hiếu động nhưng đối với những trẻ bị bệnh mà trong gia đình có bệnh sử co giật thì nên thận trọng khi sử dụng. Do có thể xuất hiện sự kiềm chế khả năng thèm ăn nên ở những trẻ có vấn đề về cân nặng và năng lượng đưa vào (sợi hoá bằng quang, bệnh đái đường và insulin) việc ứng dụng là không nên. Trẻ bội nhiễm có bệnh sử khác thường về chức năng của gan thì không nên sử dụng (146), bởi vì nó có thể gây nên sự suy kiệt chức năng gan.

Việc sử dụng thuốc kích thích có thể làm đảo lộn các hoạt động hàng ngày khác. Một số trẻ tham gia vào các cuộc thi vận động uống loại thuốc này, trong kiểm tra thuốc thường dương tính, từ đó bị tước quyền thi đấu.

Thuốc Ritalin có tác dụng phụ không?

Ritalin có tác dụng phụ nhất định.

Tác dụng phụ thường gặp nhất là không thấy thèm ăn và khó ngủ. Dựa vào kinh nghiệm và tài liệu sửa đổi về việc dùng thuốc của chúng tôi hơn 20 năm nay, sau khi dùng Ritalin, ước khoảng 30% trẻ ăn trưa giảm, có một số thậm chí còn không muốn ăn cơm, nhưng đến bữa tối thì lại như bình thường, sự thèm ăn lại được khôi phục. Sau bữa tối không nên dùng Ritalin, bởi vì thuốc này có tác dụng kích thích trung khu làm cho trẻ khó

ngủ và dễ tỉnh giấc, ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ.

Ngoài ra, Ritalin còn có thể gây nên sự khó chịu ở bụng, đau dạ dày, ghê cổ và các triệu chứng như tim đập nhanh và loạn nhịp, huyết áp tăng cao, đau đầu, thay đổi tâm tình. Khi giảm lượng thuốc dùng hoặc sau khi dùng thuốc thì lập tức biến mất. Có tài liệu nói tim đập nhanh và loạn nhịp huyết áp hơi tăng cao do Ritalin gây nên, không có ý nghĩa lâm sàng, cho dù người lớn uống Ritalin trong một thời gian dài cũng không thấy tác dụng phụ tâm huyết quản.

Ritallin có thể gây nên sự phát tác của bệnh động kinh, bởi thế trẻ bị bệnh động kinh nghiêm cấm sử dụng Ritalin, trừ khi sử dụng thuốc chống động kinh có hiệu quả hoàn toàn khống chế sự phát tác của bệnh động kinh. Ritallin có thể gây nên và làm nặng thêm co giật đa phát (chứng tổng hợp Tunrette), vì vậy, trẻ bị bệnh nếu như có sử gia tộc bị bệnh này hoặc đồng thời kèm theo co giật đa phát, thì cấm dùng Ritalin và Clonidine. Nhưng cũng có báo cáo nói (Sverd, 1989) dùng Ritalin để điều trị đồng thời bệnh hiếu động và chứng co giật đa phát ở trẻ thì co giật giảm rõ rệt. Vì vậy, có những ý kiến khác nhau về việc có nên cấm sử dụng

Ritalin để điều trị bệnh co giật. Ritalin liệu có ảnh hưởng đến sự sinh trưởng và phát triển thì hiện chưa thống nhất giữa các ý kiến. Có người cho rằng Ritalin có thể ảnh hưởng đến chu kỳ bài tiết của hormon sinh trưởng trong cơ thể, nếu như uống thuốc với số lượng lớn trong một thời gian dài (mỗi ngày trên 20mg, quá 3 năm) có thể ảnh hưởng đến chiều cao. Nhưng đa số các nhà nghiên cứu lại vẫn chưa phát hiện ra sự ảnh hưởng của Ritalin đến chiều cao, kinh nghiệm của chúng tôi cũng ủng hộ quan điểm sau.

Ritalin có gây nghiện? Đa số các tư liệu nghiên cứu đều không ủng hộ quan điểm Ritalin gây nghiện. Còn quan điểm Ritalin “làm hại não” thì chỉ là một truyền thuyết trong dân gian, là không chính xác. Nhưng cần phải nhấn mạnh rằng, liều lượng thuốc không nên tăng một cách tùy tiện. Chúng tôi thường gặp phải trường hợp như thế này : Do liều lượng thuốc của bác sĩ không có hiệu quả, vì vậy mà cha mẹ tự ý tăng liều thuốc Ritalin, một ngày hơn 40mg (4 viên), sau khi liên tục uống một lần xuất hiện “phản ứng tinh thần do thuốc”, trẻ tỏ ra cứng nhắc đờ đẫn. Sau khi dừng dùng thuốc không lâu thì khôi phục lại trạng thái bình thường.

Điều trị bằng thuốc kích thích, có tác dụng phụ không?

Có một số tác dụng phụ phổ biến và điển hình của thuốc kích thích đa số có liên quan tới liều

lượng của thuốc, hơn nữa những tác dụng phụ này thường xuất hiện mấy ngày đầu khi dùng thuốc hoặc mấy tuần đầu. Dường như tất cả các tác dụng phụ này khi giảm liều lượng thuốc thì nó cũng giảm theo và mất dần khi dùng dùng thuốc. Những tác dụng phụ của thuốc kích thích pemoline có một số phản ứng điển hình (như ngứa da, viêm gan hoá học, suy kiệt chức năng gan hiếm gặp), ngoài ra các phản ứng khác đều tương tự như nhau. Có một số nghiên cứu chỉ ra rằng methemfetamine ức chế sự thèm ăn và khó ngủ hơn là Ritalin và pemoline. Ngoài ra, chúng ta cũng nên biết rằng tác dụng phụ có sự khác biệt cá thể tương đối lớn.

Ba loại tác dụng phụ thường gặp là: Sự thèm ăn giảm (kèm theo sự giảm cân), mất ngủ, buồn vui khác thường và u uất. Khi dùng lượng thuốc lớn thì thỉnh thoảng xuất hiện hiện tượng đau đầu, đau dạ dày. Có rất nhiều trẻ dùng thuốc kích thích điều trị thành công đã từng phải chịu những tác dụng phụ như trên. Tác dụng phụ là điều khó tránh được, nên khi xuất hiện tác dụng phụ có liên quan đến thuốc, các bậc cha mẹ chú ý một số điểm sau:

1. Sự thèm ăn giảm: Ức chế sự thèm ăn là một tác dụng phụ thường gặp trong quá trình sử dụng thuốc kích thích. Tác dụng này có liên quan rõ rệt đến liều lượng thuốc, trong thời kỳ đầu sử dụng thuốc thì điều đó càng rõ rệt, nhưng mọi người vẫn có thể tiếp nhận một quá trình chữa bệnh hoàn

chỉnh. Trẻ em uống thuốc tốt nhất là vào 8 giờ sáng, sự thèm ăn vào buổi trưa ngày hôm đó thường giảm nhưng khi thuốc giảm thì sự thèm ăn lại được khôi phục và sau khi tan học trẻ có thể ăn thêm. Nếu như giảm cân thì tình hình này càng rõ ở trẻ có số cân nặng và trẻ có số cân nhẹ. Các bậc cha mẹ cũng nên có sự xem xét và chăm sóc định kỳ. Bởi vì tình trạng dinh dưỡng của trẻ hợp lý, cung cấp thường xuyên các loại vitamin cho trẻ có thể giảm đi những nỗi lo lắng của cha mẹ, cũng có thể giảm nguy cơ thiếu dinh dưỡng.

2. Khó ngủ: Rất nhiều trẻ bị bệnh hiếu động trước khi dùng thuốc kích thích đã có những vấn đề liên quan đến giấc ngủ. Tuy nhiên, mất ngủ là một tác dụng phụ có liên quan đến liều lượng thuốc trong khi sử dụng thuốc kích thích. Mấy ngày đầu khi dùng thuốc kích thích, tác dụng phụ này càng rõ rệt, nhưng thông thường đều duy trì trong cả quá trình điều trị. Đối với những trẻ hay đi ngủ sớm (trước 9 giờ đã đi ngủ) thì đó là một vấn đề lớn, còn đối với trẻ đi ngủ muộn (10 giờ hoặc muộn hơn) thì vấn đề có vẻ tốt hơn một chút. Cho dù như vậy thì tác dụng phụ làm mất giấc ngủ liên quan đến thuốc kích thích thường từ 30-40 phút, nhưng có một số trẻ khi sử dụng một loại hoặc nhiều loại thuốc kích thích đặc biệt nhạy cảm, tình trạng mất ngủ có thể kéo dài đến nửa đêm hoặc muộn hơn. Điều thú vị là, trong một nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng nếu như

sau khi nghỉ học dùng thêm một lần thuốc thì không hề làm chứng mất ngủ nặng thêm. Tuy việc này có thể có, nhưng theo kinh nghiệm của chúng tôi thì sau khi nghỉ học cho trẻ dùng thuốc sẽ làm cho vấn đề mất ngủ của một số bệnh nhân nặng thêm.

Cho dù có một số thuốc có thể làm cho giấc ngủ của trẻ muộn từ 30 - 45 phút, nhưng hiệu quả đối với nhiều người lại rất tốt. Cần phải nói rằng, với một số bậc cha mẹ, con của họ không thể ngủ đúng giờ, vì vậy mà giấc ngủ của họ cũng phải muộn một chút. Trong những trường hợp này, nên để cho trẻ tự mình làm những điều chỉnh cần thiết có tính quy luật giấc ngủ. Có thể cho phép trẻ đọc sách một chút trước khi đi ngủ, có khi uống thêm một chút thuốc lại có lợi cho giấc ngủ, như diphenhydramine (12,5 - 25mg) hoặc có thể clonidine (0,05 - 0,1mg). Đây là những thuốc bổ hắc tố, là thuốc không phải kê đơn vì vậy mà được sử dụng rất rộng rãi, được coi là thuốc tự nhiên và phù hợp với sinh lý. Cho dù thuốc này với liều lượng nhỏ (0,5 - 3mg) cũng được xác định là có hiệu quả, nhưng tính an toàn của việc mỗi tối cho thêm lượng hormon ngoài cơ thể với trẻ vẫn chưa được nghiên cứu.

3. Buồn vui thất thường và dễ cáu giận: Khi giảm lượng thuốc kích thích này, trẻ có thể xuất hiện một số hiện tượng như tâm lý không ổn định,

dễ khóc hoặc dễ cáu gắt, hiện tượng này thường xuất hiện sau khi nghỉ học, kéo dài khoảng 30 - 60 phút, các bậc phụ huynh nên chuẩn bị trước chuyện này. Xuất hiện hiện tượng thay đổi này là do tính giới hạn, nhưng không gây nên những tổn thương rõ rệt. Chúng tôi nhắc các bậc cha mẹ việc xuất hiện những điểm này không hề ảnh hưởng đến trẻ. Sau khi nghỉ học, nên để cho trẻ ăn uống vừa phải và cho phép chúng nghỉ ngơi một chút trước khi làm bài tập ở nhà. Nếu như thời gian thay đổi tâm lý như dễ khóc, dễ cáu gắt kéo dài hoặc ngắt quãng thì có 3 cách có thể giải quyết:

- Sau khi nghỉ học lập tức dùng thêm một liều thuốc với liều lượng nhỏ, thuốc hiệu quả nhanh.

- Liều thuốc dùng vào buổi trưa có thể đổi thành thuốc có hiệu quả lâu dài.

- Loại thuốc hiệu quả ngắn chuẩn bị dùng ở trường có thể hơi giảm một chút. Tình hình hoạt động nhiều tương đối ít nhưng lại có phản ứng với thuốc hưng phấn hiệu quả nhanh và liều lượng nhỏ.

4. Dựa vào thuốc: Cho dù trong sách tham khảo bác sĩ nội khoa có miêu tả đến sự ỷ lại về tâm lý, nhưng trẻ hoặc thanh thiếu niên uống thuốc kích thích đều không có hiện tượng nghiện. Ngược lại, có tồn tại hiện tượng rất ít ỷ lại vào thuốc đặc biệt

rõ rệt ở thanh thiếu niên. Chúng tôi có thể nói như vậy vì sự điều khiển thành công sức chú ý của trẻ không chỉ dựa vào việc dùng thuốc mà nên xem đó là kết quả sự cố gắng của trẻ.

5. Trở ngại sinh trưởng: Việc tiếp tục điều trị bằng thuốc kích thích có thể gây nên sự chậm trễ trong sinh trưởng. Tình trạng này thường có thể thay đổi theo việc ngừng dùng thuốc, nhưng không có tài liệu nào nói đến việc ảnh hưởng đến khi trưởng thành sau này.

6. Độc tính nhận biết và hành vi: Thỉnh thoảng một số trẻ khi dùng thuốc với liều lượng lớn cũng trở nên quá tập trung hay tập trung vào một vấn đề hoặc một suy nghĩ nào đó. Có một số trẻ tỏ ra không tự nhiên, gò bó hoặc lạnh nhạt, phản ứng này rất ít xuất hiện khi dùng thuốc với liều lượng nhỏ hoặc vừa, cắn môi và gặm móng tay cũng có thể gặp, có thể thuộc co giật tính vận động. Một số bệnh tinh thần tính tạm thời thỉnh thoảng cũng có thể xảy ra với trẻ dùng thuốc kích thích. Cách giải quyết những vấn đề này chủ yếu là dùng thuốc.

7. Co giật: Có một số trẻ bị bệnh hiếu động điều trị bằng thuốc kích thích có thể bị co giật. Nếu như hiện tượng này xảy ra, nên sớm dừng việc dùng thuốc lại. Việc co giật điển hình thường xảy ra trong vài tuần. Căn cứ vào phản ứng lâm sàng và

mức nghiêm trọng của co giật thì có thể xét đến việc thay đổi dùng thuốc loại không kích thích, dùng loại thuốc kích thích khác nhau hoặc nên bắt đầu lại từ một liều lượng nhỏ. Có lúc chứng co giật do thuốc gây nên có thể là biểu hiện ban đầu của chứng tổng hợp Tourette, đồng thời có kèm theo co giật và phát âm lớn. Tóm lại, không đến 1% trẻ dùng thuốc kích thích phát triển đến mức trở ngại co giật. Các bậc cha mẹ có thể không cho rằng cần môi và thanh cổ họng là biểu hiện của chứng co giật mà cho những biểu hiện này là do khí hậu, đây là một nhận thức sai lầm.

8. Tác dụng lẫn nhau của thuốc: Thuốc kích thích có thể làm giảm chậm sự thay thế của một số thuốc chống liệt, khi trẻ sử dụng thuốc an thần hoặc thuốc chống tổ hợp amine thì nên xét đến sự điều chỉnh lượng thuốc và mức thuốc kích thích. Thuốc kích thích có thể ức chế tác dụng của thuốc chống tổ hợp amine và 2 - Bromazepam, có thể tăng cường tác dụng của các thuốc thần kinh giao cảm. Nếu như người bị bệnh trong khi sử dụng thuốc monoamine oxidase để ức chế thuốc chống trầm cảm, thì nên tránh việc dùng thuốc kích thích.

9. Tim đập nhanh thất thường: Tất cả các thuốc kích thích đều có thể gây nên sự thất thường của nhịp tim. Cho dù đại đa số đều là tính lành,

nhưng nếu như trẻ có hiện tượng tim đập nhanh và loạn nhịp thì nên đưa trẻ đi kiểm tra điện tâm đồ, đây là một việc rất cần thiết.

Khi đồng thời có kèm theo các trở ngại tâm lý thì nên dùng thuốc như thế nào?

Chúng tôi thường gặp trẻ đồng thời có tồn tại các trở ngại tâm lý (đặc biệt là tuổi đi học), hoặc đồng thời tồn tại nhiều bệnh tâm lý. Ở đây chúng tôi xin giới thiệu làm thế nào để sử dụng đúng thuốc khi đồng thời xuất hiện các trở ngại tâm lý.

1. Bệnh hiếu động kèm theo trở ngại co giật: Phát bệnh vào thời đi học, đồng thời bị bệnh hiếu động và trở ngại co giật là rất nhiều. Nguy cơ trẻ đồng thời bị hai bệnh là rất lớn. Theo những tài liệu của nước ngoài và kinh nghiệm thực tiễn của chúng tôi, thì tỷ lệ phát sinh là 25% thậm chí cao hơn. Một số trẻ sử dụng thuốc kích thích điều trị chứng hiếu động nhưng lại làm nặng thêm chứng co giật, vì thế nên hết sức tránh việc sử dụng thuốc kích thích.

2. Bệnh hiếu động kèm theo trở ngại trí tuệ: Đối với trở ngại trí tuệ loại vừa trở lên, về ý nghĩa thì một số biểu hiện của nó như xung động và khả năng tự khống chế thấp, thiếu sức chú ý và hay gây chuyện lại không phải là biểu hiện của bệnh hiếu động mà là một hình thức biểu hiện của trở ngại trí lực. Nhưng đối với trở ngại trí tuệ loại nhẹ thì vẫn có

thể giáo dục, nếu như hành vi phá hoại và công kích không nghiêm trọng thì thuốc kích thích trung khu thần kinh với liều lượng nhỏ có thể làm cho tâm lý trẻ ổn định, tăng khả năng tự điều khiển và nâng cao hiệu quả giáo dục, nâng cao kết quả học tập.

3. Bệnh hiếu động có kèm theo trở ngại đạo đức: Sử dụng thuốc kích thích trung khu thần kinh.

4. Bệnh hiếu động kèm theo trở ngại tâm lý: Lấy điều trị về tâm lý là chính.

Thuốc Đông y có thể điều trị bệnh hiếu động ở trẻ không?

Việc điều trị bệnh hiếu động bằng Đông y cũng có điểm rất độc đáo. Chúng tôi đã dùng cam mạch đại táo thang để trị bệnh hiếu động ở trẻ em và đạt được hiệu quả chữa trị tương đối tốt.

Thành phần đơn thuốc: Hoài tiểu mạch 20g, cam thảo 4-5g, táo 6g.

Đây là liều lượng dùng cho người lớn, còn trẻ nhỏ thì có thể gia giảm theo tuổi. Thông thường 10-12 tuổi dùng 2/3 lượng thuốc trên, 6 tuổi dùng 1/2, 1-3 tuổi dùng 1/3 lượng thuốc trên.

Cách dùng: Mỗi ngày một thang, chia làm hai lần uống, hai tháng là một đợt trị bệnh, sau khi bệnh khỏi vẫn có thể tiếp tục sử dụng.

Phân tích và đánh giá dược lý: Cam mạch đại táo thang xuất xứ từ “*Kim quy yếu lược*”. Cam thảo

tính ngọt bình, bổ tỳ ích khí sinh tân, hoà trong, thanh nhiệt giải độc, nhuận phế đàm và có tác dụng điều hoà được tính. Hoài tiểu mạch có tác dụng dưỡng tâm an thần, “tâm” trong Đông y nói tương đương với não và thần kinh trong y học hiện đại. Táo đỏ tính ngọt ấm, kiện tỳ vị, điều hoà các vị thuốc. Tổng kết lại thang thuốc trên có tác dụng an thần, có thể làm cho dễ ngủ.

Gần 10 năm trở lại đây, tại các bệnh viện lớn chuyên khoa nhi và khoa nhi bệnh viện tổng hợp ở Thượng Hải đã sử dụng thuốc chế Đông y “tiểu linh đồng” chủ yếu do 15 vị thuốc Đông y hợp thành. Theo kinh nghiệm của chúng tôi thì thuốc này có hiệu quả tương đối tốt với việc điều trị bệnh hiếu động trẻ nhỏ, có thể tiến cử làm một bài thuốc dùng để trị bệnh này.

Bệnh hiếu động kèm theo bệnh thiếu máu do thiếu sắt thì nên điều trị thế nào?

Đối với bệnh hiếu động kèm thiếu máu do thiếu sắt thì trước tiên phải điều trị bệnh thiếu máu do thiếu sắt trước đã. Khi bệnh này đã được chữa rồi thì các triệu chứng như hoạt động nhiều, sức chú ý không tập trung sẽ dần dần biến mất.

Thiếu máu do thiếu sắt là một loại bệnh thiếu máu sắc tố tiểu tế bào thấp do thiếu nguyên tố vi lượng trong cơ thể gây nên sự hợp thành Hb trong huyết dịch của trẻ bị bệnh giảm, đồng thời có thể

làm hoạt tính của một số men trong cơ thể giảm, ảnh hưởng đến sự hợp thành và phân giải chất môi giới thần kinh, biểu hiện lâm sàng có xuất hiện một số sự thay đổi hành vi tinh thần thần kinh và bị chẩn đoán là bệnh hiếu động.

Việc điều trị bệnh thiếu máu do thiếu sắt bao gồm 2 mặt. Một là trừ bỏ nguyên nhân gây nên bệnh thiếu máu, hai là uống thuốc sắt (viên sắt).

Đối với việc ăn uống thì nên điều chỉnh cho phù hợp, thay đổi những thói quen ăn uống không hợp lý và những thực phẩm hàng ngày. Sắt chủ yếu là từ gan, lòng đỏ trứng, đậu đỗ, các loại thịt, rau xanh, hạnh nhân, đào, sữa có hàm lượng rất ít, đặc biệt là sữa dê càng ít.

Việc điều trị bằng thuốc sắt có thể chia làm hai cách là uống và tiêm, thông thường là uống, thuốc tiêm xuất hiện những phản ứng không tốt, vì vậy mà rất ít sử dụng.

Thuốc sắt uống thường dùng có (hàm lượng sắt là 20%), axít sắt (hàm lượng sắt là 10%), Ferrous gluconate (hàm lượng sắt là 11%). Thông thường liều lượng là 1 - 2mg/kg cân nặng cơ thể, mỗi ngày 2 - 3 lần. Uống thuốc sắt cần chú ý mấy điểm sau:

- Tốt nhất là nên uống vào giữa 2 bữa ăn, một là để giảm sự kích thích của thuốc đối với niêm mạc dạ dày, hai là để lợi cho việc hấp thu.

- Đồng thời uống với vitamin C để thúc đẩy sự hấp thu sắt.

- Sau khi uống 3 tuần, cần kiểm tra máu thường quy để đánh giá hiệu quả của thuốc.

- Những người đã có hiệu quả thì nên tiếp tục dùng thuốc cho đến khi lượng Hb đạt đến mức độ bình thường, khoảng 2 tháng sau thì ngừng dùng thuốc. Mục đích là để bổ sung đầy đủ lượng sắt.

Làm thế nào để tránh trúng độc chì?

Các mục trước chúng tôi cũng đã đề cập đến trúng độc chì có thể gây ra bệnh thiếu máu, đặc biệt là vào thời đại mà giao thông không ngừng phát triển, lượng ô nhiễm chì trong không khí đã trở thành một vấn đề không thể tránh được.

Cần phải đề phòng nguy cơ nhiễm độc chì, có thể bằng các phương pháp sau:

1. Phải luyện thói quen rửa tay trước khi ăn, bởi vì bụi chì trong môi trường không khí có thể nhiễm vào tay trẻ, các nguyên liệu vẽ của trẻ cũng có hàm lượng chì, sự ô nhiễm của nhiên liệu đốt trong nhà cũng có thể làm cho tay trẻ bị nhiễm chì.

2. Phải cắt móng tay thường xuyên, vì đây cũng là nơi có chứa bụi chì.

3. Hết sức hạn chế đi đến những nơi có nhiễm chì, ví dụ như nhà vừa sơn xong sau một thời gian tương đối dài mới nên chuyển tới.

4. Nếu cha mẹ làm những công việc có liên quan đến chì, khi về nhà nên rửa tay và thay áo.

5. Nên ít ăn những thực phẩm có lượng chì cao như vỏ trứng, gạo rang.

6. Trong thức ăn nên có đủ hàm lượng iốt, sắt, canxi và kẽm. Can xi có trong các thực phẩm như rau xanh, sữa, trứng. Hàm lượng canxi trong đậu tương thấp hơn so với sữa bò. Hàm lượng sắt có trong gan, máu động vật, thịt, trứng, rất phong phú. Thực phẩm có hàm lượng kẽm phong phú là các loại thịt, hải sản (đặc biệt là động vật nhuyễn thể), gia cầm, ngũ cốc, phôi lúa mạch, đậu, trong đó kẽm trong thực phẩm động vật được dùng tương đối cao.

Khi chẩn đoán lâm sàng là trẻ bị trúng độc chì, nên căn cứ vào mức chì trong máu mà phân loại, sau đó căn cứ vào sự phân cấp khác nhau mà tiến hành điều trị khác nhau.

Cấp I: Chì trong máu (BPb) mức $\geq 0,43 \mu\text{mol/L}$ ($9 \mu\text{g/dl}$)

Không cần điều trị lâm sàng.

Cấp IIa: BPb từ $0,48-0,67 \mu\text{mol/L}$ ($10-14 \mu\text{g/dl}$) khám lâm sàng, nên tránh nơi có nhiễm chì, không cần điều trị lâm sàng.

Cấp IIb: BPb từ $0,72 - 0,91 \mu\text{mol/L}$ ($15-19 \mu\text{g/dl}$), nên kiểm tra mức chì mỗi tuần một lần, bác sĩ lâm sàng

nên có những biện pháp tương ứng để điều trị bệnh, nếu như tìm ra nguyên nhân mà không có cách để tránh xa thì nên có những hướng dẫn về dinh dưỡng sức khoẻ, ăn nhiều thực phẩm giàu sắt, kẽm, can xi, vitamin C.

Cấp III: BPb từ 0,96–2,11 $\mu\text{mol/L}$ (20–44 $\mu\text{g/dl}$), nên kiểm tra mức chì mỗi tuần một lần, nếu như vẫn trong phạm vi đó thì nên có những biện pháp điều trị tương ứng.

- Giống với cấp IIb

- Làm thí nghiệm trừ chì: Lượng chì thải ra trong nước tiểu $> 0,6$ là dương tính, nên có những điều trị để loại trừ chì. Nếu lượng thải chì ≤ 6 thì nên mỗi tháng đến khám một lần.

Cấp IV: BPb từ 2,16 - 3,31 $\mu\text{mol/L}$ (45–69 $\mu\text{g/dl}$), nên nằm viện điều trị.

Cấp V: BPb $\geq 3,38$ $\mu\text{mol/L}$ (70 $\mu\text{g/dl}$), nên lập tức khám bệnh và điều trị.

Trong trường hợp nào thì nên xét đến việc dùng thuốc chống trầm cảm?

Trong phòng khám, cha mẹ của trẻ thường đưa ra một số câu hỏi, những câu hỏi này chỉ ra rằng việc phân loại và đặt tên các thuật ngữ chuyên ngành của thuốc đã làm cho các bậc cha mẹ sinh ra nhiều nghi hoặc. Ví dụ như: “thuốc kích thích làm sao có thể thích hợp cho việc điều trị quá khích của

con tôi?”, “Con tôi không có chứng trầm cảm, tại sao bác sĩ lại dùng thuốc chống trầm cảm”, “ Tôi xem một số hướng dẫn sử dụng thuốc, cảm thấy rất khó hiểu, bác sĩ có thể nói một cách đơn giản dễ hiểu cho tôi cái gì là serotonin tái hút lấy thuốc ức chế?”. Đây là một số câu hỏi mà chúng tôi thường gặp hàng ngày.

Thường thì đa số các loại thuốc được các bậc phụ huynh hiểu rõ đều là dựa vào tác dụng điều trị bệnh để phân loại, như thuốc tiêu hoá, thuốc trừ đờm, thuốc chống cao huyết áp... hoặc dựa vào kết cấu hoá học để gọi, như serotonin tái hút thuốc ức chế.

Ngoài ra, có rất nhiều loại thuốc được coi là loại đặc định, như thuốc chống cao huyết áp dùng để chữa bệnh cao huyết áp nhưng chúng tôi lại dùng để trị bệnh hiếu động, thuốc chống trầm cảm cũng được sử dụng tương tự như vậy.

Sự hiểu biết của các bậc cha mẹ về những cách phân loại thuốc này thường giúp cho chính bản thân họ trở thành một người có tri thức chuyên môn. Trong việc điều trị hiện nay, trẻ có thể gặp những bác sĩ khác nhau, vì vậy mà sự hiểu biết của các bậc cha mẹ về việc dùng thuốc của trẻ càng nhiều thì càng đảm bảo cho hiệu quả chữa trị.

Cách làm thông thường của chúng tôi là thông qua kiểm tra kỹ lưỡng, đối với những trẻ xác định

chắc chắn là bị bệnh hiệu động thì khi đó mới bắt đầu xét đến việc dùng thuốc. Trước tiên là thuốc kích thích trung khu thần kinh, nhưng khi xuất hiện những trường hợp dưới đây thì nên xét đến việc sử dụng thuốc chống trầm cảm:

1. Dùng thuốc kích thích trung khu không có hiệu quả, hiệu quả của thuốc này đa số là từ 85 - 90%, nếu hiệu quả chỉ từ 10 - 15% thì có thể dùng thuốc chống trầm cảm.

2. Người đã từng bị bệnh động kinh (bao gồm cả chứng co giật, sốt cao) thì không nên dùng thuốc kích thích trung khu thần kinh, bởi thuốc này có thể làm tái phát bệnh động kinh, vì thế nên sử dụng thuốc chống trầm cảm.

3. Trẻ bị bệnh cao huyết áp, bệnh tâm huyết quản, không nên sử dụng thuốc kích thích, có thể dùng thuốc chống trầm cảm.

4. Chức năng tuyến giáp trạng phát triển quá mức bình thường, không nên dùng thuốc kích thích, nên xét đến việc sử dụng thuốc chống trầm cảm.

5. Sau khi trẻ uống thuốc kích thích, xuất hiện những triệu chứng đường tiêu hoá như bụng khó chịu, ghê cổ, buồn nôn, ảnh hưởng đến ăn uống, thông qua một giai đoạn điều chỉnh nhưng vẫn không thể thích nghi được, ảnh hưởng đến học tập, cuộc sống và sự sinh trưởng phát triển, nên xét đến việc sử dụng thuốc chống trầm cảm.

6. Sau khi uống thuốc kích thích xuất hiện đau đầu, mặt đỏ rực, tim đập nhanh, miệng khô, huyết áp tăng cao, nhịp tim thất thường, nên xét đến việc sử dụng thuốc chống trầm cảm.

7. Đối với trẻ bị chứng co giật cũng không nên dùng thuốc kích thích, bởi vì sau khi dùng thuốc này sẽ làm cho chứng co giật của trẻ nặng thêm.

8. Trong những gia đình 2 – 3 thế hệ đã từng bị bệnh tâm thần phân liệt hoặc bản thân trẻ bị bệnh tâm thần phân liệt thì cấm dùng thuốc kích thích bởi vì thuốc này sẽ gây ra khả năng phát chứng tâm thần phân liệt.

Tại sao thuốc chống trầm cảm lại có thể trị bệnh hiếu động ở trẻ?

Theo tư liệu nghiên cứu mới nhất của một cơ quan có thẩm quyền quốc tế, bệnh hiếu động thường đồng thời xuất hiện với trở ngại ngang bướng (chiếm 40 - 60% ca bệnh), trở ngại đạo đức (chiếm 10-20% ca bệnh). Những nghiên cứu mới hơn nữa còn cho thấy bệnh hiếu động đồng thời xuất hiện với trở ngại tình cảm (chiếm 10 - 20% ca bệnh) và trở ngại lo lắng (chiếm 35% ca bệnh). Trẻ bị bệnh hiếu động thường có liên quan đến các vấn đề tâm lý, hành vi, đạo đức phức tạp khác.

Triệu chứng của mỗi đứa trẻ bị bệnh hiếu động là khác nhau, tức là trong một thời gian rất dài, trong

các giai đoạn, trong các môi trường khác nhau biểu hiện cũng khác nhau. Ví dụ như đối với những trẻ đặc trưng chủ yếu là khó khăn về sức chú ý thì đồng thời có những vấn đề khó khăn trong học tập, biểu hiện là trong giờ học lơ đãng, rất khó khăn trong việc hoàn thành bài tập, nhưng ở nhà và chung sống với các bạn khác thì vẫn có biểu hiện bình thường. Ngược lại, một số trẻ bị bệnh mà lấy trở ngại hành vi là chính thì chúng có biểu hiện tốt ở trường học nhưng khi ở nhà hoặc các môi trường khác lại không tốt, như dễ cáu gắt, thường xuất hiện hành vi xung động.

Do hình thức biểu hiện hoạt động nhiều của trẻ không giống nhau, lại có liên quan đến các vấn đề như tâm lý, hành vi, đạo đức, mấy năm gần đây các chuyên gia đã sử dụng một số loại thuốc chống trầm cảm, trong khi điều trị có hiệu quả cho một số trẻ có trở ngại tâm lý, trở ngại hành vi, trở ngại đạo đức đồng thời cũng tồn tại một số biểu hiện trên cơ thể như thiếu sức chú ý trong học tập, không thể nào tập trung được, học tập không có hứng thú, thiếu lòng tin, gây nên kết quả học tập thấp cũng được cải thiện theo một cách rõ rệt. Vì thế chúng tôi cho rằng, một số phát sinh của bệnh hiếu động không có liên quan lớn đến tâm lý của trẻ. Trong khi dùng thuốc chữa vấn đề tâm lý của trẻ thì đồng thời cũng giải quyết được các vấn đề về học tập.

Sử dụng thuốc chống trầm cảm có gây nên sự phụ thuộc vào thuốc?

Một số trẻ trở ngại tâm lý có kèm theo sức chú ý không tập trung (sau khi qua một thời gian điều trị bằng thuốc chống trầm cảm), tâm lý u uất và lo lắng có những chuyển biến rõ rệt, khi học tập trẻ có thể tập trung, tính tích cực trong học tập và hiệu suất học tập cũng được nâng cao đáng kể, các bậc phụ huynh và các giáo viên rất hài lòng. Tuy nhiên, với diễn biến có lợi cho trẻ này, các bậc phụ huynh đã không qua sự đồng ý của bác sĩ mà tự ý dừng uống thuốc, không lâu sau các triệu chứng cũ như sự lo lắng, u uất của trẻ, khi lên lớp chú ý lại xuất hiện lại, khi cha mẹ đưa trẻ đến khám, bác sĩ nói rằng thời gian dùng thuốc của trẻ vẫn chưa đủ, cần phải tiếp tục dùng thuốc. Lúc đó một số cha mẹ lại có những suy nghĩ sai lầm: Liệu trẻ có bị nghiện thuốc này sinh ra sự phụ thuộc vào thuốc không? Việc học tập từ nay về sau liệu có phải dựa vào thuốc để duy trì không? Uống nhiều thuốc như vậy liệu có sinh ra một số ảnh hưởng không tốt?

Câu trả lời của chúng tôi là không. Do một số trở ngại tâm lý nào đó như u uất và lo lắng, hơn nữa lại đồng thời xuất hiện một số vấn đề về học tập như khi lên lớp tư tưởng không tập trung, hiệu quả học tập thấp, kết quả học tập không như mong

muốn. Sau khi sử dụng thuốc chống trầm cảm và thông qua sự điều tiết thể dịch thần kinh nên đã đạt được hiệu quả điều trị, nhưng quá trình điều chỉnh rất chậm chạp. Tuy có thể xuất hiện những biểu hiện lâm sàng có chuyển biến tốt trong một thời gian rất ngắn nhưng tình trạng vẫn không ổn định hoàn toàn, sự điều chỉnh bên trong vẫn không được tiếp tục, vì vậy mà xuất hiện sự lặp đi lặp lại của tình trạng này. Như vậy thì cần phải dùng thuốc bao nhiêu thời gian thì tâm lý mới có thể ổn định trở lại?

Theo kinh nghiệm của chúng tôi, thông thường khi một đứa trẻ xuất hiện sự ưu uất, lo lắng đồng thời có hiện tượng sức chú ý không tập trung trong học tập, qua một thời gian điều trị, tâm lý cơ bản đã ổn định, tập trung trong học tập, hiệu quả học được nâng cao, thành tích cũng được nâng cao thì từ đây bắt đầu tiếp tục uống thuốc nửa năm đến một năm, không có giới hạn thời gian trong việc dùng thuốc. Do vậy, không thể nói dùng thuốc chống trầm cảm sẽ gây sự phụ thuộc vào thuốc.

Những loại thuốc chống trầm cảm thường gặp nào để trị bệnh hiếu động?

Thuốc chống trầm cảm có rất nhiều loại, nó được gọi là thuốc chống trầm cảm là vì chúng đều

dùng để trị tâm lý trầm cảm. Đối với những trẻ bị bệnh, ngoài tác dụng chống trầm cảm ra còn có rất nhiều cách dùng khác nhau, vì thế trẻ bị bệnh hiếu động cũng có thể dùng thuốc này để trị bệnh.

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng là loại thuốc chống trầm cảm chủ yếu, kết cấu hoá học chủ yếu của nó là do 3 vòng tạo thành. Nó phát huy tác dụng thông qua sự chuyển giao chất của hệ thần kinh. Loại thuốc chống trầm cảm 3 vòng thường dùng có amitriptyline, dosepin, clomipramine hydrochlorode tablets.

Thuốc chống trầm cảm thế hệ mới gọi là Serotonin tái hút thuốc ức chế bao gồm placebo, Seroxat - Paroxetine hydrochlorode, Zoloft (sertraline hydrochlorode), Trazodone... Một số phụ huynh chần chừ do dự không biết có nên dùng những loại thuốc được sử dụng rộng rãi này. Trong quá trình điều trị thực tiễn chúng rất có hiệu quả, những thuốc này thông qua điều tiết hệ thống serotonin để đạt được hiệu quả điều trị chống trầm cảm.

Sử dụng thuốc chống trầm cảm phải chú ý những gì?

Cũng giống như nhiều thuốc khác, tình hình thay thế của trẻ đối với thuốc chống trầm cảm 3 vòng này cũng có những sai khác cá thể nhất định. Đối với trẻ thì không có một quy định tiêu chuẩn thống nhất. Nếu như con bạn phải thông qua lượng

thuốc cần điều chỉnh tương đương với người lớn thì cũng đừng nên kinh ngạc, đó là do chức năng thay thế của trẻ vượt quá mức của người lớn.

Phản ứng không tốt ngắn kỳ thường gặp của thuốc chống trầm cảm 3 vòng bao gồm: Khô miệng, táo bón, trầm tĩnh, đau đầu, dạ dày khó chịu, nổi mẩn và nhìn không rõ. Khi trẻ uống thuốc này cũng có thể xuất hiện nổi mẩn ngứa đỏ, thông thường có thể lan ra ở trán, nổi mẩn không có sự nguy hiểm nào đến tính mạng, thường thì có thể chịu được, vẫn có thể tiếp tục uống thuốc nhưng nên quan sát cẩn thận sự phát triển của mẩn mụn, trong trường hợp bình thường có thể uống 12,5mg – 25mg diphenhydramine (thuốc chống dị ứng), nó có lợi cho việc giảm nhẹ ngứa và đỏ trên da. Nếu như mẩn mụn tiếp tục không giảm thì nên kịp thời uống các thuốc loại chống trầm cảm 3 vòng. Sử dụng thuốc này quá lượng có thể dẫn đến tử vong, vì vậy cần phải cẩn thận khi sử dụng thuốc, nên để thuốc vào những nơi trẻ không thể với tới được.

Loại thuốc serotonin tái hút thuốc ức chế thường sử dụng hiện nay, do ảnh hưởng của loại thuốc này đối với cơ thể rất nhỏ cho nên so với loại thuốc loại 3 vòng chúng rất ít gây nên tác dụng trấn tĩnh, rất ít xuất hiện tác dụng phụ tâm huyết quản, trong quá trình sử dụng không cần kiểm tra trắc nghiệm nồng độ thuốc trong huyết dịch, cũng không cần những trắc nghiệm máu thường quy.

Omega - 3 có thể trị bệnh hiếu động không?

Thành phần chủ yếu của Omega - 3 là DHA, nó là thành phần chủ yếu cấu thành vỏ tuỷ tế bào não, có thể thúc đẩy quá trình hợp thành, kích hoạt đường truyền dẫn thông tin màng tế bào não, từ đó làm cho tư duy minh mẫn, sức chú ý tập trung, tăng trí nhớ. Nó cũng là một chất dinh dưỡng quan trọng để duy trì chức năng bình thường của não người. Đầu thập kỷ 90 của thế kỷ này, có một nhóm các nhà khoa học khi nghiên cứu một hòn đảo nhỏ ở Nhật Bản đã phát hiện ra một xóm chài chỉ có 200 hộ và trong thực phẩm cá ở đảo này có chứa rất nhiều DHA.

Bản thân DHA không thể hợp thành trong cơ thể người, vì vậy cần phải bổ sung từ bên ngoài mới có thể đáp ứng nhu cầu của cơ thể. Nếu như các bà mẹ khi mang thai mà thiếu chất này thì sẽ gây nên sảy thai hoặc đẻ non, nếu đứa trẻ may mắn còn sống thì do trở ngại tế bào não mà gây nên trí tuệ thấp ở những mức độ khác nhau. DHA có thể thông qua máu não, thông qua nhau thai đến não của thai nhi. Một tư liệu thống kê mới nhất cho thấy vào thời kỳ cho con bú, hàm lượng DHA trong sữa là: Nước Mỹ 70mg/L, Australia là 100mg/L, Nhật Bản là 220mg/L. Nói chung, chỉ số thông minh của trẻ ở những nước ở ven biển vượt qua chỉ số thông minh của những trẻ ở những nước lục địa.

Vậy DHA trong sữa mẹ có được từ đâu? Bản thân người mẹ không thể tự tạo ra DHA, như vậy khẳng định là nó được hấp thu từ bên ngoài, hay nói cách khác nó có nguồn gốc từ thực phẩm. Vậy hàm lượng DHA trong những loại thực phẩm nào là nhiều nhất? Kết luận là những đồ hải sản tươi, đặc biệt là các loại cá. Nhưng do kết cấu hoá học của DHA không ổn định, nếu như thời gian tồn trữ của hải sản quá lâu hoặc nhiệt độ nấu quá cao thì sẽ làm mất lượng DHA.

Nhằm nâng cao tố chất của người dân, năm 1990 Nhật Bản đã thông qua một bộ luật là tất cả thức ăn của trẻ cần phải thêm DHA. Điều này cho thấy chỉ đơn thuần dựa vào thực phẩm hải sản để bổ sung DHA cho trẻ thì không thể đảm bảo nhu cầu của cơ thể, mà còn phải cung cấp những chế phẩm có DHA cao.

Những nghiên cứu về DHA của Nhật Bản phát triển bắt đầu từ đầu thập kỷ 90, và cho ra đời công thức chế biến là: Lấy 2 phương thức là thực phẩm đảm bảo sức khỏe và thuốc thêm thực phẩm nhập vào thị trường, sau đó đã có hơn 80 loại sản phẩm DHA xuất hiện. DHA là thuốc tăng thêm thực phẩm hiện được dùng vào bánh mì, đồ ăn nhanh, lập xường, sữa bò, đậu tương, đậu phụ và các thực phẩm đóng hộp, theo sự phát triển của kỹ thuật hóa sữa cũng đã có kế hoạch đưa DHA tạo thành dạng

bột, nó có thể mở rộng sử dụng vào các đồ uống lạnh. Ở Nhật Bản vẫn có rất nhiều công ty thuốc lớn và công ty công nghệ sinh học sản xuất DHA dưới dạng viên con nhộng.

DHA là một loại axit béo không no được gọi là docosahexenoic, lại thường tồn tại với một loại axit béo không no khác là EPA eicosapentaenoic.

Trên thị trường thực phẩm bảo vệ sức khỏe của Trung Quốc, DHA xuất hiện rất nhiều loại Omega -3 với các nhãn hiệu khác nhau. Khi chúng ta chọn Omega - 3 cho trẻ, nên đọc hướng dẫn sử dụng cẩn thận, kiểm soát nghiêm ngặt tỷ lệ DHA : EPA ở mức 4:1, thành phần DHA có thể cao hơn một chút. Do EPA không thể vào tổ chức não, nếu như trẻ hấp thu quá nhiều lượng EPA thì không những vô tác dụng, mà còn có thể gây nên một số tác dụng phụ.

Một thông tin rất hữu ích, dầu cá biển là một loại thực phẩm bảo vệ sức khỏe có thể có tác dụng trợ giúp cho việc phòng trị bệnh hiếu động ở trẻ.

Điều trị hành vi có tác dụng với bệnh hiếu động không?

Về tâm lý học, điều trị hành vi là một trong những phương pháp chủ yếu để điều trị bệnh hiếu động. Nó là một phương pháp điều trị tâm lý được phát triển dần dần từ thập kỷ 60 của thế kỷ XX.

Trong rất nhiều phương pháp điều trị hành vi, đối với bệnh hiếu động để điều trị có hiệu quả thường được dùng nhất là “phương pháp mạnh hoá dương tính”. Quá trình cụ thể là: Trước khi điều trị nên có sự hợp tác của trẻ và gia đình, nếu như cha mẹ trẻ hoặc trẻ không tin vào phương pháp điều trị này thì không thể hợp tác một cách đầy đủ, hoặc có thái độ hoài nghi thì đều không thích hợp để tiến hành điều trị. Trên cơ sở hợp tác đầy đủ đó, tìm hiểu tính cách của trẻ, sở thích và thói quen hàng ngày của trẻ. Nếu như tính cách của trẻ trầm, thì tính tự tôn rất cao, khi điều trị nên chú ý tôn trọng lòng tự tôn của trẻ. Sự quan tâm, chủ động, cổ vũ động viên là một trong những điều kiện cần thiết, có hiệu quả để tạo một mối quan hệ tốt có tín nhiệm. Ngoài ra, còn nên tìm hiểu thái độ quản lý giáo dục của gia đình và cha mẹ đối với trẻ và thái độ của trẻ đối với cha mẹ thường ngày. Bước tiếp theo là xác định “hành vi bia ngắm”. Điều trị hành vi nhấn mạnh “nơi đó lúc đó”, cũng chính là triệu chứng trước khi điều trị (hành vi ngắm bắn), vì thế khi bắt đầu điều trị phải tìm hiểu rõ mỗi hành vi, những hành vi bia ngắm này càng cụ thể càng tốt, nếu như mục tiêu lựa chọn không đúng thì việc điều trị sẽ không có hiệu quả. Sau khi xác định được “hành vi bia ngắm” cần phải để cha mẹ, thầy giáo và trẻ xác định rõ ràng mục tiêu điều trị. Ví dụ như một đứa trẻ bị

bệnh hiếu động về học tập rất dễ phân tâm, không thể tập trung, thì “hành vi bia ngắm” đầu tiên là sự phân tâm khi làm bài tập, thường có lỗi sai. Hoặc tìm hiểu sở thích của trẻ là thích đá bóng, vì thế có thể lấy đó làm một phần thưởng, chẳng hạn yêu cầu trẻ thực hiện tốt hành vi là chú ý vào làm bài tập, không nên có những sai sót do vụng về lơ đãng, có thể thưởng cho trẻ nửa giờ đi đá bóng, qua nhiều lần như vậy có thể dần dần khắc phục vấn đề sức chú ý không tập trung khi làm bài tập. Cần phải chú ý là chất và lượng của hành vi được lựa chọn phải có tính khả thi, không thể vừa bắt đầu đã yêu cầu nâng cao. Đối với một số vấn đề có thể phân giai đoạn hoặc chia làm nhiều triệu chứng, dần dần sửa chữa.

Sau khi các hành vi mà các bậc cha mẹ, giáo viên kỳ vọng được thiết lập, nhằm duy trì những hành vi này thì phải có những phần thưởng động viên thích đáng với trẻ, có thể là vật chất và cũng có thể là tinh thần, những phần thưởng dành cho trẻ phải để trẻ tự xác định rõ ràng.

Việc điều trị gia đình có tác dụng đối với bệnh hiếu động không?

Điều trị gia đình là một phương pháp điều trị tâm lý mới phát triển từ thập kỷ 70 của thế kỷ XX. Điểm tập trung của phương pháp điều trị này là không chỉ bản thân trẻ mà là cả gia đình. Phương

pháp điều trị này tuy thời gian áp dụng không lâu nhưng đã bước đầu có hiệu quả.

Điều trị gia đình là cách điều trị có hệ thống mà chúng tôi sử dụng, quan điểm chủ yếu là: Đối với bất kỳ vấn đề nào xuất hiện ở bất kỳ một trẻ nào thì đều không nên chỉ coi đó là vấn đề bệnh trên cơ thể trẻ. Trẻ là một thành viên trong gia đình, là một bộ phận trong cả một hệ thống, trong “hệ thống” này ngôn ngữ và hành động của trẻ liên tục ảnh hưởng đến những người xung quanh. Vì vậy, khi tiến hành điều trị tâm lý không nên chỉ tập trung vào bản thân trẻ mà phải tìm hiểu cả bối cảnh phát sinh vấn đề tâm lý và hành vi của trẻ như nhân tố môi trường và ảnh hưởng của môi trường này đối với trẻ. Vì vậy, điều trị là một quá trình tiến hành nhằm vào cả gia đình, nghĩa là khi xử lý vấn đề của trẻ cần phải thay đổi cả “hệ thống”.

Cách làm cụ thể là, bác sĩ tâm lý sau khi tìm hiểu bối cảnh và tình hình quan hệ cả gia đình, đối với những những việc có khả năng liên quan đến vấn đề hành vi tiến hành can dự, chỉ đạo và áp dụng các biện pháp can dự. Sau khi đi sâu tìm hiểu mối quan hệ giữa gia đình và các vấn đề của trẻ, hướng dẫn các bậc cha mẹ thay đổi những nhân tố không hợp lý trong kết cấu “hệ thống”. Ví dụ, trẻ khi học sức chú ý không tập trung, thông qua tìm hiểu được biết rằng gia đình suốt ngày đánh bài, người ra

người vào, hỗn loạn, dẫn đến thiếu một môi trường yên tĩnh, như vậy các bậc cha mẹ nên thay đổi nhân tố môi trường không có lợi cho trẻ này. Tóm lại, nên thiết kế một kế hoạch có tính khả thi nhằm vào đối tượng để đưa ra những sách lược và phương pháp giúp đỡ cho các bậc cha mẹ thay đổi “hành vi” và “tâm lý”.

Trọng điểm của việc triển khai điều trị gia đình là giải quyết vấn đề đang tồn tại, tập trung vào những vấn đề trước mắt.

Có thể nói, điều trị gia đình được triển khai ở Trung Quốc trong một thời gian không dài nhưng là một phương pháp điều trị tâm lý có hiệu quả. Nó đã được nhiều gia đình tiếp nhận, không những có hiệu quả đối với bệnh hiếu động mà còn thích hợp đối với tất cả những trẻ có trở ngại tâm lý (như các vấn đề về tâm lý, hành vi và học tập của trẻ).

Trường dạy học đặc thù có thích hợp cho trẻ bị bệnh hiếu động không?

Ở Trung Quốc, từ năm 1978, tại thành phố Thượng Hải bắt đầu thành lập lớp giáo dục đặc biệt, đối tượng tuyển sinh là những trẻ trí tuệ phát triển kém, lúc đó do sự hạn chế về khoa học nên trong nước vẫn chưa triển khai việc trắc nghiệm trí tuệ, vì vậy mà không có cách nào để trắc nghiệm chỉ số thông minh, chỉ có thể từ những triệu chứng

lâm sàng và kết quả học tập để đưa trẻ đến lớp học đặc biệt này. Rất nhiều trẻ bị bệnh hiếu động do kết quả học tập ở những trường phổ thông thấp, và bị lưu ban, có rất nhiều trẻ bị giáo viên cho là trí tuệ thấp và chuyển đến trường giáo dục đặc biệt hoặc lớp đặc biệt để học. Trong môi trường giáo dục đặc biệt này, so với những trẻ được xác định là trí tuệ yếu kém thì trẻ bị bệnh hiếu động tỏ ra giỏi hơn rất nhiều. Vì vậy có thể nói, đưa những trẻ bị bệnh hiếu động chuyển sang lớp giáo dục đặc biệt học là một hành động sai lầm.

Có 3 trường hợp không nên đưa trẻ vào trường học đặc biệt:

- Chỉ số thông minh <70 , nhưng hành vi thích ứng xã hội bình thường.

- Chỉ số thông minh >85 , nhưng hoạt động ở trường học không thể thích ứng bình thường được.

- Trí tuệ thấp là trở ngại tâm lý do cách giáo dục không đúng, môi trường không tốt, vấn đề hành vi của trẻ hoặc một số bệnh trên cơ thể trẻ, chức năng tâm lý mất điều hòa và bệnh tinh thần gây nên. Trong đó cần phải đặc biệt chỉ ra là: hành vi không tốt, bệnh hiếu động trẻ nhỏ và bệnh tinh thần.

Từ đó cho thấy, trẻ bị bệnh hiếu động nhiều không nên đưa vào các trường giáo dục đặc biệt.

Gia đình “học giúp” trẻ có lợi cho bệnh hiếu động không?

Các bậc cha mẹ đều mong con thành tài, đều mong muốn ở trường, ở lớp con hơn người, thế là liền bắt trẻ học, làm bài tập thậm chí còn làm bài tập cho trẻ, mọi người gọi hiện tượng này là “học giúp”, đối với trẻ bình thường đã rất nguy hiểm, đối với trẻ bị bệnh hiếu động thì càng nguy hiểm hơn.

Có người nói, cha mẹ là thầy giáo đầu tiên của con, cha mẹ có vai trò quan trọng trong quá trình học của con. Phải khẳng định rằng giáo dục ở gia đình có vai trò hết sức quan trọng đối với việc học tập của trẻ.

Quan điểm của chúng tôi là, cha mẹ phải đôn đốc, giúp đỡ và kiểm tra việc học tập của trẻ, nên “buông lỏng tay, không rời mắt”, không nên ngồi cùng trẻ, phải đôn đốc trẻ làm bài tập từ đầu đến cuối, không nên vội vã giúp đỡ giải đáp, phải tạo nên thói quen độc lập suy nghĩ cho trẻ và độc lập hoàn thành bài tập, đặc biệt là đối với những trẻ bị bệnh hiếu động. Giúp trẻ học sẽ làm tăng thêm sự ỷ lại của trẻ vào cha mẹ, trói buộc khả năng độc lập suy nghĩ và giải quyết các vấn đề học, không có lợi cho việc tạo nên cách sống tốt của trẻ, làm mất sự thoải mái và cảm giác thành công của chúng sau khi giải quyết các khó khăn trong học tập, trẻ không nhận ra giá trị và vị trí của mình trong quá trình học tập. Sự kèm cặp thái quá của cha mẹ tạo nên những áp lực

và gánh nặng tâm lí cho trẻ, gây nên hiện tượng mệt mỏi quá độ ở não, làm cho tư tưởng của trẻ không tập trung, tư duy chậm chạp, thiếu tự tin, hiệu suất học tập giảm sút, thậm chí có lúc do ở trong trạng thái áp lực tinh thần trầm trọng một thời gian dài mà xuất hiện các hiện tượng như căng thẳng, lo lắng không yên, chán học.

Từ đó có thể thấy việc “học giúp” đối với trẻ bị bệnh hiếu động là không có lợi.

Hậu quả đối với trẻ bị bệnh hiếu động là gì?

Các biểu hiện của bệnh hiếu động là sức chú ý không tập trung, hoạt động nhiều quá độ, xung động. Những trẻ này nếu như điều trị kịp thời, đa số có thể khôi phục lại trạng thái bình thường, các triệu chứng của bệnh hiếu động biến mất, tăng khả năng tự điều khiển, khi học tập có thể tập trung tinh thần, tâm lý ổn định, theo kinh nghiệm của chúng tôi, 90% trẻ bị bệnh hiếu động có thể đạt được kết quả tốt.

Trẻ bình thường khi vào tuổi học, các tâm lý của chúng như đạo đức, chính nghĩa, lý trí, thẩm mỹ bắt đầu phát triển, khả năng điều khiển tình cảm dần dần được nâng cao, ý chí cũng dần được nâng cao, như tính chủ động, sáng tạo, kiên trì, quyết đoán cũng không ngừng phát triển, ý nghĩ xã hội của hoạt động hành vi đối với bản thân, cơ hội và mục đích

dần dần có ý thức. Các kỹ năng trên sẽ dần dần trở nên thành thục.

Trẻ bị bệnh hiếu động, nếu như không được điều trị kịp thời, thường đi theo hướng xấu. Đối với những trẻ bị bệnh hiếu động nặng đến thời kỳ thanh thiếu niên thì bỏ bê học hành, bị thầy giáo và bạn bè coi thường, gia đình chỉ trích, mất đi lòng tự tôn, xuất hiện hiện tượng đổ vỡ lí tưởng, dần thân trên con đường phạm tội, một số trẻ phạm tội trong xã hội là do nguyên nhân này gây nên, sau khi đến tuổi trưởng thành do khả năng tự điều khiển kém, thích chơi lười lao động, thích hưởng lạc, tỷ lệ phạm tội thường cao, hơn nữa nhiều lần dạy không sửa trở thành việc phạm tội theo thói quen, ảnh hưởng đến an ninh và sự bình yên của xã hội.

Có cần phải nói với giáo viên về việc dùng thuốc của trẻ?

Trẻ bị bệnh hiếu động, ở vào thời kỳ uống thuốc tốt nhất có thể hợp tác mật thiết với giáo viên. Đó là vì vấn đề của trẻ chủ yếu biểu hiện ở trường, để cho giáo viên biết về tình hình điều trị và các vấn đề của trẻ, có thể làm cho trẻ quan sát bản thân một cách chủ động, các bậc cha mẹ có thể có được một số tin tức phản hồi nhiều hơn.

Làm như vậy, tuy có ưu điểm nhưng các bậc cha mẹ cũng nên lưu ý đến ảnh hưởng mặt trái của

nó, một số giáo viên trình độ không cao sẽ có những cách nhìn phiến diện đối với trẻ, thậm chí còn nói ra chuyện này để cho cả lớp biết rằng trẻ đang uống thuốc. Sai lầm cho rằng: Trẻ có bệnh, việc học tập là dựa vào thuốc để duy trì, làm cho trẻ mặc cảm, hậu quả là trẻ cự tuyệt với việc dùng thuốc, có thể gây ra một vết thương tâm lý mới.

Ý kiến của chúng tôi là, trừ khi thật cần thiết, còn lại kh ông nên nói việc trẻ dùng thuốc cho giáo viên biết để tránh những phiền phức không nên có.

Người lớn có bị bệnh hiếu động không?

Từ năm 1845 học giả Hofman người Đức đã miêu tả hành vi hoạt động nhiều mà không có nguyên nhân. Hiện tượng gây nên bệnh hiếu động ở trẻ em đã gây nên sự chú ý của nhiều học giả các nước. Bệnh hiếu động thường gắn liền với trẻ em, hay gọi chúng là bệnh của trẻ em.

Nhưng trên thực tế trong công tác lâm sàng chúng tôi cũng gặp phải một số người lớn trong công việc, học tập và cuộc sống cũng gặp những khó khăn về sức chú ý, đứng ngồi không yên, tâm lý không ổn định, dễ cáu giận. Biểu hiện lâm sàng cũng giống như bệnh hiếu động ở trẻ em, khái niệm về bệnh hiếu động ở người lớn từ đó ra đời.

Tiêu chuẩn được quốc tế công nhận hiện nay được quy định: bao gồm hoạt động duy trì suốt từ

thời trẻ nhỏ và hiện tượng cơ bản thiếu hụt sức chú ý bắt đầu từ thời kỳ trẻ nhỏ, thêm nữa có hai trong số sáu triệu chứng dưới đây thì có thể chẩn đoán là bệnh hiếu động ở người lớn:

- + Tâm lý không ổn định
- + Không thể hoàn thành công việc
- + Dễ cáu giận
- + Quan hệ với mọi người không tốt.
- + Dễ xúc động
- + Thiếu tính chịu đựng đối với những kích thích từ môi trường bên ngoài.

Nói chung, bệnh hiếu động ở người lớn được bắt đầu từ thời kỳ trẻ nhỏ. Hậu quả là thấp kém trong học tập, văn hoá thấp, thiếu kỹ năng, xung động, khả năng giao tiếp với mọi người kém, vì thế mà các hành động như ăn trộm, cướp giật, đánh nhau có thể xảy ra, ảnh hưởng đến trật tự và sự bình yên của xã hội. Vì thế, tăng cường công việc phòng trị bệnh hiếu động ở trẻ nhỏ là hết sức quan trọng.

Làm thế nào để phòng chống sự phát sinh của bệnh hiếu động?

Công việc phòng trị nên bắt đầu từ thời kỳ mang thai, việc sinh hoạt của người mẹ trong thời gian mang thai phải có quy luật, tránh những thực phẩm có tính kích thích, nếu như nhịp độ công việc

của người mẹ trong thời gian mang thai quá nhanh, trạng thái tinh thần căng thẳng, sẽ có ảnh hưởng không tốt đối với thai nhi. Uống rượu, hút thuốc, vui quá mức cũng ảnh hưởng đến sự phát triển thần kinh của thai nhi.

Điều trị chỉnh hợp cảm giác hiện nay, trong số trẻ bị bệnh hiếu động chiếm khoảng từ 40 - 60%. Vì vậy, phòng trị ở giai đoạn đầu sự mất điều hoà chỉnh hợp cảm giác xuất hiện ở trẻ có ý nghĩa rất quan trọng trong việc giảm thiểu phát sinh bệnh hiếu động. Tỷ lệ xuất hiện sự mất điều hoà cảm giác ở trẻ sinh ra nhờ mổ cao hơn so với trẻ sinh bình thường. Đó là vì trẻ sinh ra nhờ mổ không phải trải qua sự khó khăn của việc sinh nở, không trải qua sự tác động của xúc giác. Ngoài ra, trẻ sau khi sinh phải tham gia nhiều hoạt động, có một số trẻ sống ở những toà nhà cao tầng rất khó có cơ hội tham gia các hoạt động ở bên ngoài, tỷ lệ xuất hiện sự mất điều hoà chỉnh hợp cảm giác tương đối cao. Cũng có một số trẻ quen chơi với những đồ chơi điện tử, so với những đồ chơi truyền thống thì sự rèn luyện khéo léo của một bộ phận nào đó ở tay của trẻ là rất ít, cũng dễ phát sinh sự mất điều hoà chỉnh hợp cảm giác. Một số trẻ sau khi sinh, trong quá trình sinh trưởng và phát triển không trải qua giai đoạn bò, mà vào giai đoạn tập đi. Như vậy sẽ làm là cho cơ thể, chân tay và khả năng điều hoà não phải và trái không được rèn luyện một cách đầy

đủ, cũng dễ xuất hiện sự mất điều hoà cảm giác. Tóm lại, phải động viên, khuyến khích, gợi ý trẻ tham gia vào các hoạt động, chăm chỉ vận động tay chân, động não để tăng cường sự chính xác của động tác.

Trong gia đình, cha mẹ cũng có thể hướng dẫn trẻ một số hoạt động rèn luyện bước đầu, ví như dạy trẻ võ bóng, nhảy dây, đá cầu, làm động tác thăng bằng. Những động tác này có thể hỗ trợ cho cũng có hiệu quả đối với rèn luyện chỉnh hợp cảm giác.

Các bậc cha mẹ nên tìm hiểu những đặc điểm liên quan đến tâm lý của trẻ, hiểu được sự biến đổi tâm lý của trẻ, tích cực xây dựng mối quan hệ cha con để duy trì sự hoà thuận, cho con tình yêu thương, hướng dẫn và giúp đỡ, đặc biệt là phải thể hiện tình yêu một cách hợp lý, dạy bảo một cách hợp lý, coi trọng vấn đề phát triển thể chất và tinh thần của trẻ ở các giai đoạn, phải thật sự phát huy tác dụng của y học hiện đại về xã hội – tâm lý – sinh lý. Duy trì sức khoẻ tâm lý và nhân cách cho thế hệ sau. Xét từ góc độ vĩ mô, nâng cao toàn diện vật chất và văn minh tinh thần của toàn xã hội sẽ rất tích cực cho việc phòng trị bệnh hiếu động ở trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Tâm lý - Giáo dục học, Đề cương bài giảng tâm lý học, Trường Đại học sư phạm I - Hà Nội, 1975.

2. *D.Carnegie* (Nguyễn Hiến Lê và P. Hiến dịch). Đắc nhân tâm, bí quyết thành công, Nxb. Hà Nội, 1994.

3. *N.D. Levitov*. Tâm lý học trẻ em và tâm lý học sư phạm, tập 2, Nxb. Giáo dục. Hà Nội, 1971.

4. *A. A. Xmiecnov*. Tâm lý học, tập 2, Nxb. Giáo dục. Hà Nội, 1975.

5. *Phạm Minh Hạc* (chủ biên). Tâm lý học Liên Xô, Nxb. Tiến bộ. Matxcova, 1975.

6. *V. M. Bleykher, I. V. Kruk*. Chẩn đoán tâm lý bệnh học, Nxb. Zdarovia - Kiep, 1986.

7. *B. V. Zeigarnik*. Tâm lý bệnh học, MGU - Matxcova, 1985.

MỤC LỤC

Lời giới thiệu	5
----------------------	---

Chương một

BƯỚC ĐẦU TÌM HIỂU VỀ BỆNH HIẾU ĐỘNG Ở TRẺ

Thế nào gọi là bệnh hiếu động?	7
Bệnh hiếu động còn có tên gọi khác không?	9
Diễn biến lịch sử nghiên cứu bệnh hiếu động (MBD)	10
Thế nào gọi là phát triển hành vi tâm lý trẻ em?	12
Sức chú ý của trẻ có đặc điểm gì?	14
Thế nào gọi là sự tập chung chủ động và bị động?	17
Như thế nào được coi là hoạt động nhiều?	19
Chúng hiếu động ở trẻ có phải là một loại bệnh không?	21

Chương hai

NGUYÊN NHÂN HÌNH THÀNH BỆNH HIẾU ĐỘNG Ở TRẺ

Những nguyên nhân gây ra bệnh hiếu động ở trẻ? ..	23
Bệnh hiếu động ở trẻ có liên quan đến nhân tố	

di truyền không?.....	28
Xã hội công nghiệp hoá có làm cho tỷ lệ phát bệnh hiếu động tăng cao không?	29
Bệnh hiếu động ở trẻ có liên quan đến môi trường gia đình không?	30
Làm thế nào để hiểu được lý luận thần kinh sinh hoá bệnh hiếu động ở trẻ?	32
Trúng độc chì có gây bệnh hiếu động ở trẻ không?..	33
Thiếu kẽm có gây nên bệnh hiếu động ở trẻ không?	36
Thuốc chống động kinh có gây nên bệnh hiếu động ở trẻ không?	38
Môi trường có ảnh hưởng đến sự hình thành bệnh hiếu động ở trẻ không?.....	40
Những cơ chế hình thành sự phát bệnh hiếu động ở trẻ?	42
Tổn thương não có liên quan đến bệnh hiếu động ở trẻ không?	46
Tỷ lệ phát bệnh hiếu động ở trẻ có nhiều không?	47

Chương ba

CÁCH NHẬN BIẾT TRẺ BỊ MẮC BỆNH HIẾU ĐỘNG

Trẻ nhỏ có bị mắc bệnh hiếu động không?	49
Biểu hiện của bệnh hiếu động ở trẻ trong độ	

tuổi đi học?	51
Trẻ mới bước vào tiểu học không thích nghi được tốt với môi trường. Liệu đây có giống với bệnh hiếu động không?	54
Có sự khác nhau giữa biểu hiện bệnh ở những trẻ trai và trẻ gái?	55
Các bậc cha mẹ làm thế nào nhận biết trẻ bị bệnh hiếu động?.....	56
Giáo viên làm thế nào để đánh giá xem trẻ có bị bệnh hiếu động hay không?	64
Có phương pháp nào để đánh giá bệnh hiếu động một cách đơn giản, rõ ràng?	68
Thế nào gọi là chứng nhuyễn thể hệ thống thần kinh?	70
Thế nào gọi là trẻ có vấn đề về hành vi?	72
Thế nào gọi là trở ngại nhận thức?	74
Thế nào là hành vi thích ứng xã hội?	76
Liệu Quý Hải có mắc bệnh hiếu động không?	79
Làm thế nào để xác định trẻ bị bệnh hiếu động?.....	82
Trẻ bị bệnh hiếu động có bị ngốc không?	86
Trắc nghiệm IQ trẻ em là gì và những chú ý khi trắc nghiệm IQ?	88

Khi làm trắc nghiệm IQ cần phải chú ý những gì? ...	91
Dùng điện não đồ có chẩn đoán được bệnh hiếu động ở trẻ không?	93
Bệnh hiếu động ở trẻ có liên quan đến loại hình tính cách không?	95

Chương bốn

CÁCH PHÂN BIỆT BỆNH HIẾU ĐỘNG VỚI CÁC BỆNH KHÁC Ở TRẺ BÌNH THƯỜNG

Làm thế nào để phân biệt trẻ bị bệnh hiếu động và trẻ hoạt bát bình thường?	99
Làm thế nào để phân biệt trẻ bướng bỉnh và trẻ bị bệnh hiếu động?	101
Ở Trung Quốc có tiêu chuẩn chẩn đoán trẻ bị bệnh hiếu động không?	103
Hoạt động nhiều ở trẻ chính là bệnh hiếu động?	105
Các biểu hiện của bệnh hiếu động ở trẻ và một số bệnh khác giống nhau không?	108
Sự khác biệt như thế nào giữa trẻ bị bệnh hiếu động và trẻ trí lực yếu?	109
Làm thế nào để phân biệt phát tác nhỏ của động kinh và bệnh hiếu động ở trẻ?	112
Làm thế nào để phân biệt giữa co giật theo thói quen và bệnh hiếu động?	113

Làm thế nào để phân biệt giữa giật cục co giật theo thói quen và bệnh hiếu động?.....	115
Làm thế nào để phân biệt giữa bệnh hiếu động và bệnh co giật đa phát?.....	119
Bệnh hiếu động có liên quan đến bệnh thiếu máu không?	120
Làm thế nào để xác định bệnh hiếu động ở trẻ do trúng độc chì gây nên?.....	123
Tại sao trẻ có trở ngại về tâm lý lại bị lầm cho là bị bệnh hiếu động?	125
Chứng đơn độc ở trẻ có những đặc trưng nào để phân biệt với bệnh hiếu động?.....	129
Chứng đơn độc ở trẻ có cách phán đoán khách quan không?	131
Làm thế nào để phân biệt giữa chứng đơn độc và bệnh hiếu động ở trẻ?	134
Làm thế nào để phân biệt giữa chứng lo lắng và bệnh hiếu động ở trẻ?	137
Làm thế nào để phân biệt chứng “khủng bố trường học” và bệnh hiếu động?	138
Làm thế nào để phân biệt chứng phân liệt tinh thần trẻ nhỏ với bệnh hiếu động?	139
Trẻ em trốn học có liên quan đến bệnh hiếu động không?	142

Trẻ bị bệnh hiếu động còn có kèm theo những biểu hiện về sinh trưởng và phát triển nào giống như trẻ bình thường không?	144
Thế nào gọi là không có khả năng học tập?	147
Những loại hình và biểu hiện của chứng không có khả năng học tập?	149
Làm thế nào để phân biệt giữa chứng không có khả năng học tập và bệnh hiếu động ở trẻ?	152
Bạn đã gặp trẻ không có khả năng học tập chưa?	155
Trẻ bị bệnh hiếu động thì làm thế nào?	159
Làm thế nào để nâng cao sức chú ý của trẻ?	162
Chỉnh hợp cảm giác là gì?	166
Chỉnh hợp cảm giác và bệnh hiếu động	168
Chỉnh hợp cảm giác có thể điều trị bệnh hiếu động ở trẻ nhỏ không?	170
Các bậc cha mẹ và giáo viên làm thế nào để đối xử đúng với trẻ bị bệnh hiếu động?	172
Khi cha mẹ đưa trẻ đến tư vấn tâm lý hoặc điều trị tâm lý, nên chú ý điều gì?	174
Bệnh hiếu động ở trẻ có những loại thuốc chữa nào?	175
Căn cứ vào đâu để xác định là trẻ cần dùng thuốc? ...	177

Hiệu quả điều trị ngắn ngày bằng thuốc kích thích vào trung khu như thế nào?	180
Hiệu quả điều trị lâu dài bằng thuốc kích thích trung khu thần kinh như thế nào?	182
Thế nào là lượng thuốc khởi đầu phù hợp?.....	183
Thông thường làm thế nào để điều chỉnh lượng thuốc?	186
Vào cuối tuần hoặc kỳ nghỉ hè, trẻ có cần điều trị?.....	187
Dùng thuốc kích thích có phải kiêng kị gì không? ...	188
Thuốc Ritalin có tác dụng phụ không?	189
Điều trị bằng thuốc kích thích, có tác dụng phụ không?	191
Khi đồng thời có kèm theo các trở ngại tâm lý thì nên dùng thuốc như thế nào?	198
Thuốc Đông y có thể điều trị bệnh hiếu động ở trẻ không?.....	199
Bệnh hiếu động kèm theo bệnh thiếu máu do thiếu sắt thì nên điều trị thế nào?	200
Làm thế nào để tránh trúng độc chì?	202

Trong trường hợp nào thì nên xét đến việc dùng thuốc chống trầm cảm?	204
Tại sao thuốc chống trầm cảm lại có thể trị bệnh hiếu động ở trẻ?	207
Sử dụng thuốc chống trầm cảm có gây nên sự phụ thuộc vào thuốc?	209
Những loại thuốc chống trầm cảm thường gặp nào để trị bệnh hiếu động?	210
Sử dụng thuốc chống trầm cảm phải chú ý những gì?	211
Omega - 3 có thể điều trị bệnh hiếu động không?	213
Điều trị hành vi có tác dụng với bệnh hiếu động không?	215
Việc điều trị gia đình có tác dụng đối với bệnh hiếu động?	217
Trường dạy học đặc thù có thích hợp cho trẻ bị bệnh hiếu động không?	219
Gia đình “học giúp” trẻ có lợi cho bệnh hiếu động không? ..	221
Hậu quả đối với trẻ bị bệnh hiếu động là gì?	222

Có cần phải nói với giáo viên việc dùng thuốc của trẻ?	223
Người lớn có bị bệnh hiếu động không?	224
Làm thế nào để phòng chống sự phát sinh của bệnh hiếu động?.....	225

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

175 Giảng Võ - Hà Nội - ĐT/FAX: 7366522 - 8515380

Trị Bệnh Hiếm Động ở Trẻ Em

PHAN THANH ANH

(Biên soạn)

Chịu trách nhiệm xuất bản:

PHAN ĐÀO NGUYỄN

Chịu trách nhiệm nội dung:

TRẦN DŨNG

<i>Biên tập</i>	:	TRƯƠNG HỮU THẮNG
<i>Bìa</i>	:	LƯU CHÍ CƯƠNG
<i>Trình bày</i>	:	HASON BOOK
<i>Sửa bản in</i>	:	HOÀNG THÀNH

*In 1000 cuốn, khổ 13 x 19, tại Xưởng in Tin học Đời sống.
Giấy phép xuất bản số 81/1449 CXB cấp ngày 11/10/2004,
In xong và nộp lưu chiểu quý 4 năm 2005.*

Trị bệnh hiếu động

Ở TRẺ EM



CÔNG TY PHÁT HÀNH SÁCH HÀ NỘI
34 Tràng Tiền - Hoàn Kiếm - Hà Nội - Việt Nam
Tel: (84-4) 9349 480 - 8241 615
Fax: (84-4) 8241 617
Website: www.fahasahn.com.vn



Giá: 25.000VNĐ