**HỌC PHẦN: TÂM BỆNH HỌC TRẺ EM VÀ THANH THIẾU NIÊN**

**GVHD: TS. HUỲNH CÔNG DU**

**ĐỀ TÀI:**

**CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN**

**Ở TRẺ EM VÀ THANH THIẾU NIÊN**

**Nhóm thực hiện: NHÓM XẾ CHIỀU**

1. **Phan Nguyễn Kim Ngân**
2. **Phạm Thị Hồng Thanh**
3. **Phan Nhựt Linh**
4. **Nguyễn Chính Huy Hoàng**

**Nội dung:**

**CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN**

**Ở TRẺ EM VÀ THANH THIẾU NIÊN**

1. **Định nghĩa**

***Chậm phát triển tâm thần hao gồm một nhóm bệnh lý không thuần nhất khới phát ở tuổi trẻ em, có bệnh cảnh lâm sàng cơ bản giống nhau nhưng bệnh căn và bệnh sinh rất khác nhau. Các nét lâm sàng đãc trưng là các kỹ năng phát triển trí tuệ, nhận Thức, lời nói, vận động và năng lực xã hội kém hay ngừng phát triển.***

***Ngoài ra, có tất cả các rối loạn tâm thần khác kết hợp như rối loạn cảm xúc, ý chí, vận động... Tỷ lệ các rối loạn tâm thần khác trong dân sô' chậm phát triển tâm thần gấp 3 đến 4 lần tỷ lệ rối loạn tâm thần trong toàn dân***

***Chậm phát triển tâm thần là một trạng thái tương đối ổn định, không phải là một quá trình bệnh tiến triển ngày càng năng***

1. **Đối tượng**

Trẻ em

***Tỷ lệ mắc nời điếm ước tính khoảng 1% dàn số****,* ***mức độ nặng và trầm trọng thườna phát hiện trước tuổi di học có tý lệ 0,3% đến 0,6%; mức độ nhẹ thường phát hiện ớ độ tuổi đi học, có tý lệ 1,5% đến 5,5% (D.Marcelli); tý lệ cao nhất ờ độ tuổi 10-14. Nam có tý lệ gấp 1,5 lần so với nữ***

tý lệ mác CPTTT nặng ở ***các nước phương tây là 3 -5 phần ghìn dân số tré em***

***Tý lệ mác chung ớ các nước thu nhập thấp gấp 2-8 lần tý lệ của các nước công nghiệp phát triển***

***Ở Việt Nam, tỷ lệ CPTTT là 0,49% (Đinh Đãng Hoc và ctv, Gia Sàng, dân sô 8965, chú yếu thê rặng và vừa); là 0.54%*** (Nguyễn Đăng Dung, Trần Văn Cường, Nguyễn Văn Siêm. hai xã Quất Động và Tự Nhiên, dân sỏ 13.366, tháng 1/1\*999

1. **Phân loại mức độ**

* ***Chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ***

***Khi chỉ số thông minh (IQ) giới hạn từ 50-69 ( ở tuổi trưởng thành, tuổi tâm thần từ 9-12 tuổi).***

***Về nhận thức****, người bệnh* ***không thế hình thành các khái niệm trừu tượng phức tạp, chi nhận biết bé ngoài cúa sự vật, có tư duy mô tả cụ thể, không có tư duy so sánh, khái quát hoá, phân tích và tổng hợp***

***Về ngôn ngữ, biết nói chậm, vốn từ có thê đủ để nói chuyện thông thường***

***Về học tập, có the học tập ờ một trường riêng, thường khó tiếp thu, có người học đến lớp 4 nhưng thường phải lưu ban; có thế học và làm một sô việc chân tav hay nứa nghề nghiệp và các kỹ năng xã hội và sống độc lập., tí chăm sóc, thậm chí có thê lập gia đình****.*

***Nhóm này chiếm 85% số người chậm phát triển tâm thần và được xếp vào nhóm có thể theo học tại các trường của Bộ Giáo dục*** (educable group). 10% sỏ' bệnh nhân CPTTT mức độ nhẹ, có thê được đào tạo (trainable group) trong các trường dạy nghể.

* ***Chậm phát triển tâm thần mức độ trung bình***

***Chỉ số IQ giới hạn 35-49 ( ở người trưởng thành , tuổi tâm thần từ 6 đến dưới 9 tuổi).***

***vể nhận thức, hình thành được các biểu tượng (hình ảnh ghi nhớ trong não) nhưng khó hình thành khái niệm, khó hiểu cái mới****.****Về ngôn ngữ, chậm biết nói, chậm nghe hiểu và sử dụng ngôn ngừ, vốn từ ít, thường nói ngọng, nói các câu ngắn và nói lặp đi lặp lại.***

***Vể học tập, một sô' người có thể học tại các trường riêng, học đọc, học viết, học tính đơn giản đến lớp 1 hay lớp 2****, nhưng thường phải lưu ban.* ***Đến tuổi thanh thiếu niên, khó nhận thức các quy ước xã hội trong quan hộ với trẻ em cùng độ tuổi****.* ***Đến tuổi trưởng thành, có thể học các công việc không kỹ nãng hay nửa kỹ năng. Họ dễ bị ám thị, vì vậy nếu bị bọn người xấu lợi dụng, sai khiến thì có thể gây hậu quả tai hại.***

***vể hành vi, có những người linh lợi, hoạt bát, cũng có những người lờ đờ, bàng quan. Về tính nết, có những người hiền lành, niểm nở, dễ gần; có những người ngang bướng, có thể có cơn xung động, tấn công độc ác.***

***Chậm phát triển tâm thần mức độ nặng***

***Khi chỉ số thông minh giới hạn từ 20 đến 34 ( ở người trưởng thành , tuổi tâm thần từ 3 đến dưới 6 tuổi).***

Nhóm này thường có nhiéu thiếu sót rất nặng về tâm thần và cơ thể. ***Mức độ nặng có thế có biếu tượng đơn gián: ghi nhớ dược một vài kinh nghiệm như biết tránh dụng vào lửa, vào nước nóng, biết gán bó với nạười chãm sóc mình, tập luyện được một số thói quen tự chăm sóc sơ đắng***

***Mức độ trẩm trọng hầu như không có nhận thức, tré em không phản ứng với xung quanh, cá với tiếng động lớn, ánh sáng chói, nóng lạnh, cái gì trong tầm tay cũng cầm cho vào miệng. Cám giác giảm, thậm chí mất (bị kin châm không biết đau) khỏng biết tự mặc quần áo, không biết cầm thìa xúc cơm. Vé xúc cám, không biết khóc cười, vui mừng thích hợp với hoàn :ảnh, có khi nối các cơn giận dữ, độc ác, tự cào cấu, cắn xé, xoắn vận tóc mình hay tấn công người khác. Vể vận động, phát triển rất chậm, có kh không đi được, phải bò hay thậm chí phải ngồi một chỗ; có khi có các vận động thô sơ, vụng về***

**Hầu hết bệnh nhân cùa nhóm này thường có cãn nguyên thực tổn, có các thiếu sót trầm trọng về thần kinh và cơ thể, như mù, điếc, các cơn động kinh hay không thể vận động được**

**Các khuvết tật thể chất thuờng gập là: các bất thường cúa sọ não (chứng đẩu to, chứng đầu nhỏ, chứng đầu hình náp); dị dạng của mật, sứt môi, râng khểnh, sứt hàm, sứt vòm miệng, tổn thưorng mắt; thân hình rất lớn hoặc rất nhỏ; béo phì, giảm nâng hoặc tăng năng sinh cục; tật sáu ngón, tật dính ngón, dị tật nội tạng**. Các rối loạn thần kinh rất đa dạng: rối loạn tuần hoàn dịch não tuỷ (tràn dịch não), liệt dây thần kinh sọ não (sụp mi, rung giật nhãn cầu, lác mắt, rối loạn thính giác, rối loạn thị giác, liệt mật);

Các bất thường ớ não có thể là rối loạn về khối lượng và cấu trúc não, các vùng não không cân xứng, hồi não teo nhỏ hoặc biến mât, hồi não phình to, ranh giới chất trắng và chất xám bất thường; mất thê chai, biến đối thần kinh đệm.

1. **Bệnh căn và bệnh sinh**

**Bệnh căn**

***Các nhân tố gây bệnh có tác động riêng rẽ hoặc kết hợp như nhân tố di truyền, nhân tố sinh học, môi trường và kinh nghiệm nuôi con nhỏ.*** - Nhóm CPTTT liên quan đến các bất thường nhiễm sắc thể y à chuyển hóa 25% số trường hợp CPTTT là do bất thường nhiễm sắc the và chuyển hoá (hội chứng Down, hội chứng X mỏng mảnh, chứng phenylceton - niệu). Các trường hợp này có thể được chẩn đoán rất sớm thậm chí ngay sau khi lọt lòng mẹ

Nhóm CPTTT liên quan đến sức khỏe tâm lý, thể chất và dinh dưỡng của mẹ Các vấn để sức khoẻ của mẹ nhất là trong thời kỳ mang thai có tác động quan trọng đến phát triển não thai và trẻ em.

- Các nhân tố tác hại ở thời kỳ cliu sinh: rong huyết, bong rau sớm, rau tiển đạo, đẻ non, ngạt, forceps, đẻ thiếu cân; tương kỵ máu mẹ - máu con (mẹ có yếu tô' Rhesus âm tính). Tất cả các nhãn tố trên đểu có thê gây tổn thương hệ thần kinh trung ương cùa thai nhi. - Các Iiliân tố tác hại đến não trẻ em ở những năm dầu sau khi sinh như viêm màng não, viêm não, chấn thương sọ cũng thường gặp nhiều

**Bệnh sinh**

Chậm phát triển tâm thần là một nhóm rối loạn có bệnh sinh không đồng nhất và hết sức phức tạp. Nhiều nhân tô độc hại khác nhau có thê 170 gây ra các dị dạng khác nhau. Nhiêu khi một nhân tố độc hại nhưng tác động ớ các giai đoạn phát trien khác nhau (phôi, thai) có thể gây ra các dị dạng khác nhau.

Hình thức và mức độ tổn thưưng tùy thuộc vào: . tính chất, cường dộ. thời điếm và thời lượng lác động của yếu tô độc hại; . ớ thời kỳ bào thai và trẻ em dang tuổi phát triển về thế chất và sinh hóa (các enzym), các nhân tỏ gây hại tác động chủ yếu vào các giai đoạn càng sớm cùa quá trình phát trien (phôi, thai, ba năm đầu sau khi sinh) thì tốn thương càng nặng

Cơ chế sinh bệnh chù yếu là: . giám oxi-mô, giám ỏxi-não gây ra phát trien bất thường của hệ thẩn kinh trung ương; . tổn thương cư giới tác dộng lên não thai nhi, gây ra sự phát trien bất thường và các di chứng

1. **Các thể chậm phát triển tâm thần**

**Mức độ chậm phát triển tâm thần**

* ***Mức độ trầm trọng: IQ < 20***

Tư duy: bệnh nhân đường như không có ngôn ngữ, tư duy chưa có hoặc chỉ ở dạng cụ thể, thô sơ, ý thức về bản thân lờ mờ.

Cảm xúc: chỉ số cảm xúc rất thấp, chỉ liên quan đến các nhu cầu cơ bản của cơ thể như đói – lạnh sẽ la hét, no - ấm thì dễ chịu, bình tĩnh.

Hành vị: không quan tâm đến xung quanh, thường chỉ có các hành vi theo bản năng.

Các dị dạng: ở thần kinh, da, giác quan, mắt – tai – răng, hệ thống xương...

* ***Mức độ nặng: 20 < IQ < 34***

Các biểu hiện tương tự với mức độ nghiêm trọng.

* ***Mức độ vừa: 35 < IQ < 49***

Tư duy: có ngôn ngữ nhưng ít vốn từ, ngữ pháp đơn giản, thường phát âm sai; trẻ thường gặp khó khăn trong hoạt động viết, không nhận thức được toàn thể.

Cảm xúc: bất ổn, cung bậc cảm xúc đa dạng và biến hóa nhanh.

Hành vi: đa dạng ở các đối tượng khác nhau. Một số trẻ có thể hung hăng, cũng có một số trẻ lầm lì, ít nói.

* ***Mức độ nhẹ: 50 < IQ < 69***

Tư duy: khó phân biệt so với trẻ bình thường, nhưng khả năng học tập thường kém hơn so với bạn bè, thiếu sáng kiến và khả năng tổng hợp không tốt.

Cảm xúc: thiếu tự lập, không đủ năng lực để giải quyết các vấn đề.

Hành vi: tùy theo hoạt động giáo dục và cách đối xử với trẻ. Nếu như có phương pháp giáo dục không phù hợp, trẻ dễ bị lệch lạc về hành vi và tư duy.

Ngoài ra, còn có những dấu hiệu khác như: Ngồi, bò hoặc đi muộn hơn những đứa trẻ khác;

* Gặp vấn đề học nói hoặc khó nói rõ ràng;
* Gặp vấn đề về trí nhớ;
* Không có khả năng hiểu được hậu quả của các hành động;
* Không có khả năng suy nghĩ logic;
* Có hành vi trẻ con không phù hợp với lứa tuổi;
* Thiếu tò mò;
* Khó khăn trong học tập;
* Không có khả năng có một cuộc sống độc lập hoàn toàn do những thách thức trong giao tiếp, chăm sóc bản thân hoặc tương tác với người khác.
* Hiếu chiến
* Phụ thuộc
* Rút khỏi các hoạt động xã hội
* Hành vi gây sự chú ý
* Trầm cảm ở trẻ vị thành niên và thanh thiếu niên
* Thiếu kiểm soát xung động
* Thụ động
* Khuynh hướng tự gây thương tích
* Bướng bỉnh
* Tự trọng thấp
* Dễ dàng chấp nhận thất bại
* Rối loạn tâm thần
* Khó khăn trong việc tập trung.

Các khuyết tật thể chất thường gặp là:

Các bất thường của sọ não (chứng đẩu to, chứng đầu nhỏ);

Dị dạng của mặt, sứt môi, sứt hàm, sứt vòm miệng, tổn thương mắt;

Thân hình rất lớn hoặc rất nhỏ; béo phì, giảm nâng hoặc tăng năng sinh cục; tật sáu ngón, tật dính ngón, dị tật nội tạng.

Các rối loạn thần kinh rất đa dạng:

Rối loạn tuần hoàn dịch não tuỷ (tràn dịch não), liệt dây thần kinh sọ não (sụp mi, rung giật nhãn cầu, lác mắt, rối loạn thính giác, rối loạn thị giác, liệt mặt );

(1) Chậm phát triển tâm thần do nhân tố di truyền

***Nhóm rối loạn do bất thường nhiễm sắc thể gồm hội chứng Down, hội chứng X mong manh, hội chứng Rett, hội chứng tiếng mèo kêu. Nhóm CPTTT do rối loạn chuyển hoá bẩm sinh gây chứng phenyỉceton - niệu.***

***(a) Hội chứng Down***

Hội chứng này có CPTTT mức độ trung bình và nặng, thường gặp, xác định ở người bệnh Down có ba nhiễm sắc thê 21. Ớ các bà mẹ trên 32 tuổi, chứng ba thế nhiễm sắc 21 có tần xuất là 1 trên 100 lần sinh; khi có chuyển vị nhiễm sắc thể, nguy cơ mắc là 1 trên ba lần sinh. Hội chứng Down thường gặp ở con của các cặp cha mẹ (nhất là mẹ) đã đứng tuổi (35-45 tuối) hay bị tác hại của phóng xạ.

***Ở trẻ sơ sinh, phản xạ Moro yếuhay không có và có rất nhiều dấu vết (trên 100) trên cơ thê. Các dấu hiệu đặc trưng là giảm trương lực cơ, khe mắt xếch, hai mắt cách xa, sọ nhỏ dẹp. da cổ dày, gò má cao, răng thưa, lưỡi to dày và thè lè trước miệng; bàn tay to và dày, chi có một nếp gấp ngang gan bàn tay, các ngón tay nhó, ngắn và cong vào trong.*** Hiện nay chưa có biện pháp điều trị hiệu quả. Phòng bệnh là biện pháp quan trọng nhất.

***(b) Hội chứng tiếng mèo kêu***

***Hội chứng này có CPTTT mức độ nâng, do thiếu một phần nhiễm sắc thể thứ 5; có nhiều vết và nhiều tật trên cơ thể (đầu nhỏ, tai thấp, khe mi xếch, hai mắt cách xa, cằm nhô). Do bất thường của thanh quản nên tiếng kêu giống tiếng mèo, khi trẻ lớn lên sẽ hết.***

***(c) Hội chứng X mỏng mảnh***

***Kiểu hình đặc trưng là đầu to, tai to, mặt dài và hẹp, vóc người thấp, sau tuổi dậy thì có tinh hoàn to. Chậm phát triển tâm thần từ trung bình thấp đến nặng. Có thể kèm theo giảm chú ý tăng động và các rối loạn đặc hiệu tuổi phát triển.*** Phụ nữ mang mầm bệnh thường ít bị rối loạn hơn nam giới bị hội chứng X mỏng mảnh; bất thường điển hình vể thể chất và châm phát triển tâm thần mức độ nhẹ.

**(d) Chậm phát triển tâm thần do bệnh phenylceton - niệu**

Chứng phenylceton - niệu được mô tả lần đầu tiên bởi Asbjom Foiling (1934). Đây là rối loạn chuyển hoá di truyển một nét nhiễm sắc thể thân đơn thuần và lặn kiểu Mendel, có tỷ lệ 1 trên 10.000 - 15.000 lần sinh còn sống. Do thiếu men phenylalanin - hydroxylaze, phenylalanin (một acid amin cần thiết) không chuyển thành tyrosin mà thành acid phenylpyruvic (có thể dễ dàng phát hiện trong nước tiểu). Chậm phát triển tâm thần ở đây năng; một số trường hợp có mức trí tuệ ranh giới bình thường. ***Hơn 30% số trường hợp có biểu hiện chàm, nôn, cơn giận dữ đột ngột, tăng động, các vận động kỳ dị, điệu bộ văn bàn tay. Giao tiếp lời nói hay phi ngôn ngữ bị rối loạn nặng hay không có, rối loạn tri giác rõ. Phát hiện bằng cách nhỏ dung dịch clorua sắt III 10% trên các vết nước tiểu của tã lót trẻ nhỏ. Phản ứng dương tính nếu xuất hiện màu xanh lá cây.***

***(d) Bệnh Menkes hay bệnh nước tiểu màu si rô lá thích***

***Rối loạn này xuất hiện trong tuần lễ đầu tiên sau khi lọt lòng mẹ.***

***Biếu hiện: suy thoái nhanh, cứng mất não, rối loạn hô hấp, giảm đường huyết, mất phối vận động, chậm phát triển tâm thần mức độ từ nhẹ đến nâng. Không điêu trị, bệnh nhân có thể chết trong 2-3 tháng.***

***(2) Chậm phát triển tâm thần liên quan đến sức khoẻ thể chất, tâm lý và dinh dưỡng của mẹ***

***(a) Chậm phát triển tâm thần do tương kỵ máu mẹ - máu con***

***Khi máu mẹ không có yếu tố Rh (Rhesus âm tính) và bố có yếu tố Rh thì con thừa hướng những đặc điểm của bố nên có yếu tố Rhesus dương tính. Trong máu mẹ sẽ sản xuất ra kết tố chống Rhesus làm tan hồng cầu của thai, gây chậm phát triển tâm thần với các triệu chứng lác mất, rung giật nhãn cầu, tổn thương thính giác, mất phối vận động, múa vờn, cơn co giật, liệt nửa người.***

***(b) Chậm phát triển tâm thần hậu quả của bệnh phôi Rubella***

***Nguy cơ của bệnh phôi hay thai do virut rubella ở 2 tháng đầu thời kỳ mẹ có mang. Ngoài thiếu sót trí tuệ, có tam chứng đặc trưng của bệnh phôi rubella: đục nhân mắt, mắt nhỏ, khuyết tật của tim và điếc bẩm sinh.***

Có thê có cơn co giật, tật đầu nhỏ và chứng lỗ não. 10% đến 15% sơ sinh bị tổn thương nếu bị nhiểm virut rubella trong 3 tháng đầu thời kỳ mang thai; tỷ lệ là 50% nếu nhiễm khuẩn ở tháng thứ nhất thời kỳ mang thai. Bênh phôi rubella có thể dự phòng bằng tiêm chủng.

***(c) Chậm phát triển tâm thần do bệnh tế bào mang thể virut cự bào (cytomegalic inclusion disease)***

***Nhiều trường hợp, bệnh thể vùi virut cự bào vẫn nằm im trong người mẹ. Một số trẻ em chết ngay khi lọt lòng mẹ. Số còn sống bị, não nhỏ, gan lách to. Trẻ em bị chậm phát triển tâm thần loại này có các vết ngấm vôi trong não, não nhỏ, não nước.***

***(d) Chậm phát triển tâm thần do bệnh toxoplasma***

***Ký sinh trùng toxoplasma truyền từ mẹ sang thai gây rối loạn phát triển cơ thể, dị dạng não và chậm phát triển tâm thần mức độ trung bình và nặng. Chấn đoán dựa vào:***

***- Bệnh cảnh điển hình là CPTTT và tam chứng Sabin (tràn dịch não, viêm hắc - võng mạc và các ổ ngấm vôi trong não).***

***(đ) Chậm phát triển tâm thần do giang mai bẩm sinh***

***Chậm phát triển tâm thần do giang mai thường kết hợp với mất trí và cơn động kinh. Giang mai bẩm sinh có nhiều triệu chứng đặc trưng: Hutchinson (vết sứt hình bán nguyệt ở các răng cửa hàm trên), mũi hình yên ngựa, các vết màu trắng hình tia quanh góc mép, viêm giác mạc nhu mỏ, viêm hắc - võng mạc, teo thị thần kinh, tổn thương thính giác, đám da trắng quanh cổ, hộp sọ biến dạng, rụng tóc từng mảng, chân vòng kiềng, tổn thương nội tạng. Khi phát hiện một trong các triệu chứng trên kết hợp với CPTTT thì phải nghĩ đến giang mai bẩm sinh .*** Các triệu chứng đồng tử và thần kinh cũng đặc trưng: đồng tử co hay giãn, hai bên không đều, biến dạng; mất phản ứng co hẹp phản xạ với ánh sáng, còn có phản xạ với hội tụ, liệt các dây thần kinh sọ não.

***(e) Chậm phát triển tâm thần do mẹ bị AIDS***

***Các triệu chứng thần kinh có thế gặp ở trẻ em bị nhiễm HIV/AIDS là thoái hoá não và CPTT do não bị xâm hại bởi virut HIV và các nhiễm trùng cơ hội.***

***( ê) Chậm phát triển tâm thần do mẹ bị các bệnh nhiễm trùng khác (cúm, các bệnh virut, viêm phối, nhiễm trùng tiết niệu...) đang được nghiên cứu.***

***(3) Chậm phát triển tám thần do các bệnh nội tiết: chứng độn tuyến giáp***

***Hình dạng điển hình: vóc người lùn, mình dài, chân ngấn; đầu bẹt; mặt phù; cổ ngắn và phù; lưỡi dài thè ra ngoài miệng; hai mắt cách xa; mũi ngắn, gốc mũi rộng và dẹp; răng thưa và dễ sứt mẻ.***

***Chậm phát triển tâm thần trầm trọng, biểu hiện lờ đờ, hết sức chậm chạp, vô tình cảm, rối loạn ngôn ngữ nặng, câm, điếc.***

***(4) Chậm phát triển tâm thần do các biến chứng sản khoa***

***Rất nhiều nguyên nhân dẫn đến các biến chứng sản khoa. Nhiễm độc thai nghén, nhiẻm độc do các bệnh của mẹ (bệnh gan. bệnh thận, đái tháo dường không dược kiểm soát), lạm dụng rượu, nghiện ma tuý (trẻ em sinh ra bị hội chứng rượu thai có thê có CPTTT với nhiều dấu vết và khuyết tật cơ thê như chứng não nhỏ, giảm sản vùng giữa mặt, khe mi ngắn, tật tim bẩm sinh), mẹ dùng chất gây đọa thai, các thuốc có thê gây quái thai (điển hình là gây "bi kịch thalidomide - thalidomide tragedy"), mẹ bị tác động của tia xạ.***

***Nhiễm trùng, chấn thương, thiếu dinh dưỡng trong thời gán mẹ mang thai là các nhân tố gây hại trầm trọng đối với thai, tác hại trên não trẻ em theo rất nhiều cơ chế. Nói chung có 2 nhân tố chính là giảm oxi- mô gây thiếu oxi-não và tổn thương cơ giới gây huỷ hoại hay thái hoá các phần não khác nhau.***

***(5) Chậm phát triển tâm thần do các tác hại ở thời kỳ sau khi sinh***

***Ở độ tuổi 1-3, trẻ em có thể bị nhiều tác nhân gây hại. Các nguyên nhân nhiễm khuẩn và chấn thương sọ não.***

***- Các bệnh nhiễm khuẩn: viêm màng não, viêm não do các vi khuẩn và virut khác nhau.***

***Cơ chế tác hại có thể là:***

***. vi khuẩn tác động trực tiếp lên tế bào thần kinh hay bằng độc tố của nó;***

***. vi khuẩn gây rối loạn tuần hoàn não;***

***. vi khuẩn gây hại theo cơ chế dị ứng.***

***Chấn thương sọ não thường do tai nạn xe cộ, nhất là tai nạn sinh hoạt gia đình, có khi do tệ nạn hành hạ trẻ em có thể dẫn đến tổn thương nào và chậm phát triển tâm thần***

***- Chậm phát triển tâm thần do một số nguyên nhân khác như trường hợp nhiễm độc chì mãn tính, do sơ suất để trẻ em tiếp xúc với loại sơn có pha chì, các bình ắc qui cũ, các pin đã qua sứ dụng.***

***(6) Chậm phát triển tâm thần do các nhân tố môi trường và văn hoá xã hội***

***Trong thời gian có mang thai mẹ thiếu sự chăm sóc về tình cảm và về y tế, thiếu dinh dưỡng. Trong nhóm này cần kể các trường hợp có mang vị thành niên, thường có biến chứng thai sản, đẻ non, đẻ thiếu cân. Mẹ có ít kiến thức để tạo các kích thích tốt cho con phát triển. Cha mẹ bị bệnh tâm thần nặng (tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc) nên khả năng chăm sóc và kích thích cho con phát triển bị hạn chế.***

1. **Chuẩn đoán**

Chẩn đoán CPTTT mức độ nặng và trung bình ở độ tuổi trước khi đi học thường không khó lắm. Chẩn đoán CPTTT mức độ nhẹ thường phức tạp hơn nhiều và thường chỉ xác định được ở các trẻ em độ tuổi đi học.

***Khai thác các thông tin về tiến sử, bệnh sử của người CPTTT*** có ý nghĩa rất quan trọng. Nguồn cung cấp thông tin là cha mẹ hoặc người chăm sóc. Kỹ năng phỏng vấn cấn tinh tế để thu được các thông tin một cách chính xác, đầy đủ.

Các thông tin cần khai thác là tiền sử có mang, đẻ và số, tính đồng huyết thống của cha mẹ, tiền sử di truyển trong gia đình, các mốc phát triển của trẻ em về tâm lý và vận động, hoàn cảnh xã hội văn hoá, không khí cảm xúc trong gia đình.

***Khám xét lâm sàng phát hiện các rối loạn tâm thần, thần kinh và cơ thể (các khuyết tật, biến dạng...). Về tâm thần, chú ý thăm dò sâu phần trì giác, ngôn ngữ và trí năng.***

***Khám xét cận lâm sàng ở các cơ sở chuyên khoa***: test tâm lý (nhất là thương số trí tuệ IQ), khi cần cho các xét nghiệm đặc hiệu như chụp X quang, ghi hình ảnh não, ghi điện não, xét nghiệm sinh hoá, miễn dịch, tế bào, xét nghiệm máu, nước tiểu phát hiện các rối loạn chuyển hoá, các bất thường enzym, các bất thường nhiễm sắc thể, trong các bệnh nhiễm sắc thể cần làm cariotip.

***Khi phỏng vấn bệnh nhân có hai yếu tố quan trọng là thái độ và cách giao tiếp của người phỏng vấn***. Với trẻ em cần có các cử chỉ làm quen trước khi hỏi chuyện thật sự. Đối với thanh thiếu niên và người lớn, tuyệt đối không được xem họ như trẻ con vì họ có tuổi tâm thần thấp. Cần biết rằng khi bị xúc phạm, họ có thể tức giận, không hợp tác, làm cho kết quả thăm khám bị hạn chế rất nhiều.

**Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt CPTTT với các trường hợp có biểu hiện gần giống như CPTTT sau đây.

***Các trạng thái CPTTT giả do thiếu chăm sóc***, thiếu các điều kiện thích đáng để giáo dục. Các trẻ em này hoàn toàn khoẻ mạnh nhưng không được đi học để tiếp thu các thông tin cần thiết và phát triển bình thường về trí tuệ. Nhóm này thường có IQ 70-85. Cần tạo môi trường kích thích tốt cho trẻ em ở độ tuổi 1-3 và độ tuổi mẫu giáo lớn để giúp các em phát triển bình thường

- ***Một số bệnh cơ thể*** kéo dài dẫn đến thiếu dinh dưỡng và suy nhược nặng có thể làm trí năng của trẻ chậm phát triển (do đãng trí, tiếp thu chậm, trí nhớ kém, suy nghĩ chậm chạp).

. ***Một số handicap giác quan*** (khiếm thị, khiếm thính) có thể lắm là CPTTT. Các thiếu sót về lời nói có thể làm cho đứa trẻ có vẻ CPTTT. ***Các hội chứng não mãn tính*** gây các bất lợi đơn thuần như mất đọc, mất viết, mất nói nhưng trí tuệ có thể bình thường. ***Rối loạn phát triển đặc hiệu về đọc, về ngôn ngữ***: các trẻ em này phát triển bình thường trong các lĩnh vực tâm lý khác. Còn trong CPTTT, có chậm toàn diện của nhiều lĩnh vực phát triển.

Chậm phát triển tâm thần và rối loạn lan toả tuổi phát triển thường cùng tồn tại với tỷlệ 70%-75%; số người rối loạn lan toả tuổi phát triển có IQ dưới 70. Rối loạn lan toả tuổi phát triển có các nét riêng: giảm chất lương tương tác xã hội, giảm chất lượng giao tiếp (các nét tư kỵ), các hành vi và động tác định hình dập khuôn và lập đi lập lại.

Chẩn đoán phân biệt khó nhất liên quan đến các trẻ em chậm phát triển tâm thần nâng ***với các trẻ em có tổn thương nào, rồi loan tự kỷ, tam thần phân liệt khởi phát sớm ở tuổi trẻ em***. Những trường hợp này. sự chẩn đoán nhầm thường do thiếu các thông tin tin cây và đây đủ về tiên sử của đứa trẻ. Sự khó khăn còn do chó các rối loạn kẻ trên có nhiều biểu hiện rất giống nhau như hành vi kỳ dị, định hình, mát nói, nói nhại lời, hay hoạt động chậm chạp.

***Một số bệnh tâm thần khởi phát ở tuổi trẻ và tiến triển mãn tính*** (như bệnh tâm thần phân liệt, động kinh, nghiện rượu...) đến giai đoạn cuối cùng có thể bị suy giảm trí nhớ, trí tuệ và cảm xúc bàng quan. Các bệnh này có một số đặc điểm giúp phân biệt với CPTTT: có nhiều năm phát triển bình thường, bệnh lý là một quá trình tiến triển ngày càng nặng chứ không phải là một trạng thái ổn định khởi phát từ những năm mới lọt lòng mẹ.

1. **Điều trị CPTTT**

***Điều trị toàn diện, kết hợp các biện pháp nhằm hai hướng:***

* ***Biện pháp Y - Giáo dục***:

***Loại CPTTT năng cần có cơ sở đặc biệt để nuôi dưỡng và chăm sóc y tế***

***Loại CPTTT nhẹ và vừa cần có các trường riêng để dạy học.***

***Các người CPTTT cần liệu pháp vui chơi và tạo điều kiện tương tác nhóm.***

* ***Liệu pháp hành vi: biện pháp củng cố dương tính có thể giúp cải thiện các hành vi thiếu thích ứng.***
* ***Liệu pháp hóa được:***

***Các thuốc hướng thần (aminazin, halopericol...) có thể cải thiện các hành vi tăng động, xung động hung hãn, thuốc chống trầm cảm cho rối loạn trầm cảm; thuốc an thần nhẹ (Seduxen...) giảm lo âu; lithium, propanolol (Inderal) giảm xung động; naltrexone (Trexan) giảm hành vi tự gây tổn thương; thuốc kháng động kinh cho các cơn co giật.***

* ***Liệu pháp gia đình:***

***Làm cho bố mẹ bộc lộ ưu phiền, thất vọng, lo lắng và bực bội vì rối loạn và tương lai của đứa con. Trên từng ca cụ thể, có ý kiến tư vấn thích hợp.***

1. **Phòng bệnh**

Như đã trình bày trên kia, CPTTT do tác hại của nhiều nhân tố rất khác nhau với cơ chế sinh bệnh phức tạp, hầu hết xảy ra trong thời kỳ thai sản, chu sinh và những năm đầu sau khi sinh. Các nhân tố đó gây ra các tổn thương rất nặng ở não và cơ thể. Các biện pháp điều trị hiện nay cho kết quả rất hạn chế.

***Cách giải quyết tốt nhất là phòng bệnh cấp một, cấp hai và cấp ba.***

***Phòng bệnh cấp 1 nhằm giảm hay loại trừ các nhân tố gây hại cho quá trình phát triển hệ thần kinh trung ương trong các thời kỳ có mang chu sinh, sau khi sinh.***

***Biện pháp:***

***Giáo dục sức khoẻ, nâng cao nhận thức về CPTTT*** (các biểu hiện. các nguyên nhân, cách phòng bệnh, phát hiện sớm, điều trị sớm);

***Hoạch định chính sách y tế thích hợp***: gắn mục tiêu phòng bệnh CPTTT vào các chương trình bảo vệ sức khoẻ bà mẹ và trẻ em (giảm các biện chứng và tác hại thời kỳ thai sản.chu sinh, sau sinh...), chương trình tiêm chủng mở rộng phòng các bệnh nhiễm khuẩn. Chương trình phòng chóng bướu tuyến giáp, chống thuốc lá, bia rượu, chống các tệ nạn xã hội....

***Tư vấn gia đình về phòng tránh các bệnh di truyền, chú ý các gia đình thuộc nhóm nguy cơ*** (hoàn cảnh kinh tế khó khăn, thiếu điều kiện danh dưỡng và chăm sóc y tế, ít tri thức bảo vệ thai sản, có nhân tố di truyền)

***Phòng bệnh cấp 2 và cấp 3 nhằm chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh có ảnh hưởng đến phát triển não.***

***Phòng bệnh cấp 2: Rút ngắn quá trình tiến triển bệnh, đạt mức độ hồi phục.***

***Phòng bệnh cấp 3: Hạn chế tối đa hậu quả bất lợi và di chứng***.

Một số rối loạn chuyển hoá hay nội tiết di truyền (như phenylceton - niệu, giảm năng tuyến giáp), liệu pháp tiết chế và hormon sớm cho kết quả tốt.