

Chương

Tâm lý

19

RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

I. ĐẠI CƯƠNG

Tự kỷ là một rối loạn phát triển thần kinh phức tạp được định nghĩa lâm sàng với các khuyết điểm hành vi đặc trưng trong 3 lĩnh vực:

- Tương tác xã hội.
- Giao tiếp bằng lời và không lời.
- Hành vi rập khuôn, lặp đi lặp lại.

Thuật ngữ “rối loạn phổ tự kỷ” được dùng để mô tả những dạng tự kỷ từ nhẹ đến nặng. Tỷ lệ mắc bệnh trên toàn cầu là 1/150, tỷ lệ nam: nữ là 3:1.

Nguyên nhân của tự kỷ chưa được biết. Có nhiều yếu tố góp phần như:

- Di truyền: khoảng 80% rối loạn phổ tự kỷ xuất hiện do thừa hưởng gen di truyền.
- Phối hợp với hội chứng X mỏng giòn, Rubella bẩm sinh, Tuberous Sclerosis.
- Kèm theo chậm phát triển trí tuệ (50%), động kinh (30%), tăng động kém tập trung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh sử

Việc tầm soát tự kỷ có thể giúp phát hiện dấu hiệu sớm ở trẻ nhỏ từ 18 tháng tuổi dựa vào công cụ CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) với các câu hỏi then chốt dưới đây:

- Trẻ có đáp ứng với tên gọi không?
- Trẻ thích chơi một mình hay với các bạn khác?
- **Trẻ có dùng ngón trỏ để chỉ cho bạn thấy điều gì không? Trẻ có đem một món đồ chơi để cho bạn xem không?**
- **Trẻ trên 18 tháng tuổi có biết chơi giả bộ không?**
- **Những dấu hiệu báo động là:**
 - Không bập bẹ lúc 9 tháng tuổi.
 - Không có cử chỉ lúc 12 tháng tuổi.
 - Không nói từ đơn lúc 16 tháng tuổi.
 - Không nói cụm 2 từ lúc 24 tháng tuổi.
 - **Mất ngôn ngữ hoặc kỹ năng xã hội ở BẤT KỲ tuổi nào.**

b. Khám lâm sàng

- Trẻ tự kỷ không có dấu hiệu lâm sàng về thể chất. Một số có vòng đầu to. Khám thần kinh và vận động bình thường.
- Tương tác xã hội bất thường: không chú ý liên kết (không chia sẻ sự quan tâm với người khác), không tiếp xúc mắt, khó kết bạn với trẻ đồng tuổi, thích chơi một mình.
- Giao tiếp bất thường: không dùng cử chỉ như chỉ bằng ngón trỏ hoặc vẫy tay lúc 1 tuổi, chậm nói hoặc nhai lời (lặp lại lời nói của người khác).
- Sinh hoạt giới hạn: ít chơi tưởng tượng, chơi rập khuôn (như xếp hàng đồ chơi, thích đập, ngồi đồ vật, nhìn quạt quay). Không thích thay đổi. Tự xoay xung quanh bản thân hoặc xoay bàn tay trước mặt thay vì chơi có ý nghĩa.
- Thuộc lòng giỏi: có thể đếm cả trăm số, đánh vần giỏi, chơi lắp ráp, nhưng không có khả năng giao tiếp.
- Kém hoặc quá nhạy cảm về giác quan: ví dụ bịt tai với một số tiếng động, không chấp nhận một số thức ăn hoặc quần áo, không biết đau.
- Kết hợp với một số bệnh lý như: rối loạn lo âu, ám ảnh cưỡng bức, hành vi tự hủy, hung hăng, rối loạn giấc ngủ và ăn uống.
- Mức độ nặng nhẹ của tự kỷ có thể được dựa trên thang đánh giá hành vi CARS (Childhood Autism Rating Scale) được chấm điểm từ 1 đến 4 điểm cho 15 tiêu chí sau đây: quan hệ xã hội, bắt chước, đáp ứng cảm xúc, sử dụng thân thể, sử dụng đồ vật, thích nghi với sự thay đổi, đáp ứng thị giác, đáp ứng thính giác, vị giác-khứu giác-xúc giác, sợ sệt-lo âu, giao tiếp bằng lời, giao tiếp không lời, mức độ hoạt động, mức độ trí tuệ và cảm tưởng chung.
- Có 3 mức độ tự kỷ: 15 - 27 điểm: không tự kỷ, 30 - 36 điểm: tự kỷ nhẹ, 39-60 điểm: tự kỷ nặng.

c. Đề nghị xét nghiệm

- Không có xét nghiệm đặc hiệu cho rối loạn tự kỷ.
- Kiểm tra thị lực và thính lực.
- Điện não đồ nếu có dấu hiệu động kinh.

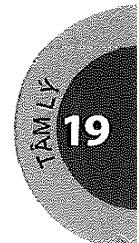
2. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán được thực hiện qua hội chẩn với các chuyên viên nhi khoa, thần kinh nhi, tâm thần nhi, tâm lý và âm ngữ.

a. Chẩn đoán rối loạn tự kỷ điển hình

Dựa trên bảng phân loại DSM-IV/ICD 10, với tối thiểu 6 tiêu chí trong 3 nhóm triệu chứng dưới đây:

- **Khiếm khuyết chất lượng tương tác xã hội:** (*tối thiểu hai tiêu chí*)
 - Thiếu hành vi không lời như tiếp xúc mắt, biểu lộ nét mặt, tư thế và cử chỉ.
 - Không kết bạn với trẻ cùng tuổi.
 - Không chia sẻ niềm vui, sự quan tâm với người khác (không cho xem hoặc chỉ bằng ngón trỏ những đồ vật được quan tâm).
 - Thiếu tương tác xã hội hoặc cảm xúc.



- **Khiếm khuyết chất lượng trong giao tiếp:** (*tối thiểu một tiêu chí*)
 - Chậm nói.
 - Nếu biết nói, thì không có khả năng hội thoại với người khác.
 - Ngôn ngữ rập khuôn, lặp đi lặp lại, không có ý nghĩa.
 - Không chơi giả bộ hoặc không bắt chước chơi xã hội.
- **Hành vi và sinh hoạt giới hạn, rập khuôn và lặp đi lặp lại:** (*tối thiểu một tiêu chí*)
 - Quan tâm đến những sinh hoạt rập khuôn và giới hạn.
 - Bám vào những nghi thức, thói quen không thay đổi.
 - Điệu bộ vận động rập khuôn và lặp đi lặp lại (như lắc bàn tay, xoay tròn thân thể).
 - Quan tâm một số bộ phận của đồ vật.
- b. **Chẩn đoán tự kỷ không điển hình:** khiếm khuyết trong tương tác xã hội, giao tiếp có lời hoặc không lời, hành vi rập khuôn, nhưng không đủ tiêu chí chẩn đoán rối loạn tự kỷ điển hình.
- c. **Chẩn đoán hội chứng Asperger:** trẻ có trí thông minh bình thường, không chậm nói, nhưng có khiếm khuyết về kỹ năng xã hội, giao tiếp và có hành vi rập khuôn.

3. Chẩn đoán phân biệt

- a. **Chậm phát triển tâm thần:** khó phân biệt chậm nhận thức ở trẻ nhỏ chưa biết nói. Chậm nhận thức nặng có thể kèm theo hành vi lặp đi lặp lại.
- b. **Rối loạn ngôn ngữ:** trẻ chậm nói đơn thuần có tương tác xã hội bình thường và chơi phù hợp với tuổi.
- c. **Tồn thương thính giác:** cần được phân biệt như một nguyên nhân gây chậm phát triển ngôn ngữ và xã hội.
- d. **Rối loạn do thiếu tình thương nặng:** ở trẻ nhỏ bị lạm dụng và bạo đái có những triệu chứng giống tự kỷ.
- e. **Rối loạn lo âu/ám ảnh cưỡng bức:** có những triệu chứng giống tự kỷ, mặc dù trẻ lo âu có chú ý liên kết và quan hệ xã hội tốt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Không có thuốc điều trị đặc hiệu.
- Cần phối hợp xử trí nhiều chuyên ngành y tế và giáo dục.
- Đây là bệnh mạn tính, kéo dài suốt đời, ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ.
- Tuy nhiên, nếu được phát hiện sớm và can thiệp sớm, trẻ có cơ may sống tự lập ở tuổi trưởng thành.

2. Can thiệp sớm

Can thiệp sớm ở trẻ dưới 3 tuổi với cách trị liệu hành vi (Applied behavioral analysis - ABA), âm ngữ, giáo dục đặc biệt, điều hòa cảm giác, tâm vận động, với thời gian 25 giờ/tuần trong 12 tháng/năm. Một giáo viên dạy tối đa 2 trẻ.

3. Huấn luyện và nâng đỡ cha mẹ

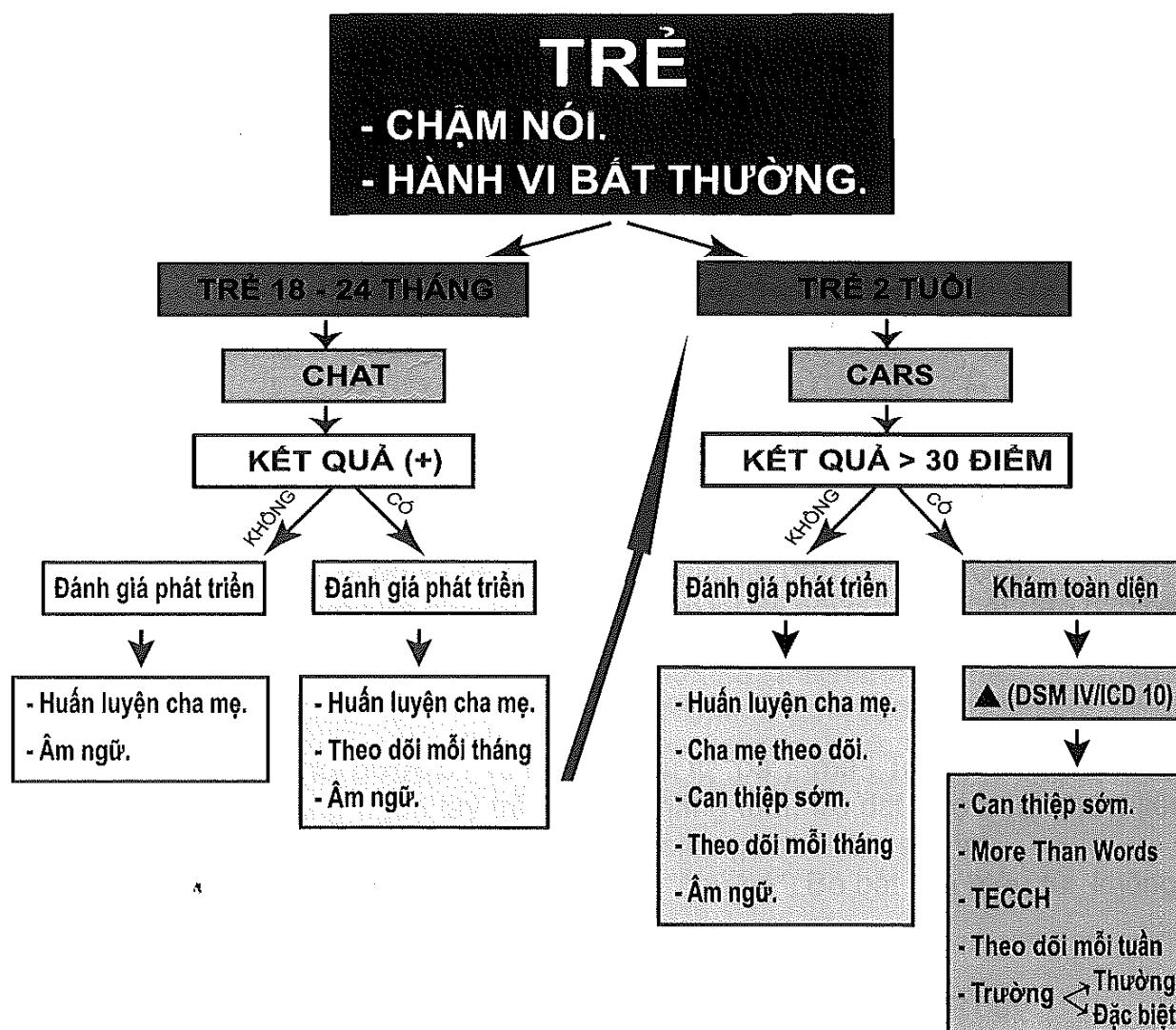
Cha mẹ rất đau khổ khi được biết con bị tự kỷ. Họ cần được cộng đồng và các nhà chuyên môn nâng đỡ và hướng dẫn cách vượt qua stress và cách xử trí đối với trẻ tự kỷ.

4. Thuốc

Thuốc chỉ được sử dụng để điều trị những rối loạn kèm theo:

- **Tăng động kém tập trung:** Clonidin 1 - 6 µg/kg liều uống mỗi 8 - 12 giờ.
- **Hành vi hung bạo và xâm hại:** Risperidon 0,02 mg/kg/liều uống mỗi 12 giờ.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ RÓI LOẠN TỰ KỶ Ở TRẺ EM



Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Mối tương quan giữa yếu tố di truyền và môi trường với rối loạn phát triển kinh tế trong một nghiên cứu đoàn hè ở 5 quốc gia thuộc Bắc Âu.	II	Mạnh	Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort (Published July 17 in the journal JAMA Psychiatry).

RỐI LOẠN NGÔN NGỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôn ngữ là hệ thống biểu tượng để tích trữ và trao đổi thông tin.
- Ngôn ngữ diễn đạt liên quan đến khả năng phát ra những biểu tượng qua thị giác (viết, ra dấu) hoặc thính giác (lời nói).
- Ngôn ngữ cảm nhận liên quan đến khả năng giải mã (vd: biết ý nghĩa) lời nói của người khác bằng kỹ năng thị giác (hiểu điều được đọc hoặc ra dấu) hoặc thính giác (hiểu qua lắng nghe).
- Lời nói liên quan đến khía cạnh cơ học của việc phát âm.
- Rối loạn ngôn ngữ liên quan đến khiếm khuyết trong khả năng giải mã thông tin qua ý nghĩa biểu tượng.
- Rối loạn lời nói liên quan đến khiếm khuyết phát âm.
- Đây là rối loạn phát triển thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm khoảng 10% trẻ trước tuổi đi học.

II. SỰ PHÁT TRIỂN NGÔN NGỮ BÌNH THƯỜNG

1. Truớc ngôn ngữ (chào đời đến 12 tháng tuổi)

- Khi mới chào đời, trẻ khóc để biểu lộ sự khó chịu sinh lý (đói, khát, ướt tã..) đồng thời bày tỏ cảm giác (giận dữ, không kiên nhẫn, đau đớn, thỏa mãn, thích thú).
- Từ 1 tháng tuổi: bi bô và bé phát âm để đáp lại những kích thích.
- Từ 6 - 8 tháng tuổi: trẻ nhại lời nghĩa là lặp lại lời nói của mẹ, bắt đầu bập bẹ: "ba-ba-ba".

2. Ngôn ngữ nhỏ

- 12 tháng tuổi: nói được 5 - 10 từ, bắt đầu từ "ba", "má". Trẻ bắt đầu chỉ đồ vật trẻ yêu cầu bằng ngón tay trỏ. Từ 14 tháng tuổi, trẻ đạt được sự chú ý liên kết: vừa chỉ đồ vật trẻ quan tâm, vừa nhìn người chăm sóc trẻ.
- Từ 18 tháng tuổi: cụm 2 từ như "đi ba", "ngủ bé". Bé bắt đầu hiểu từ "không" và có thể chống đối.
- 2 tuổi: 200 từ với ngôn ngữ hiểu trước ngôn ngữ nói.
- Cha mẹ cần nói chuyện với bé để bé có thể "tắm trong ngôn ngữ".

3. Ngôn ngữ

Trẻ bắt đầu nói thành câu từ 3 tuổi với chủ ngữ “con” hoặc tự xưng tên bé. Ngôn ngữ gia tăng về số lượng (1.500 từ) và chất lượng. Nếu có sự tương tác và kích thích với người khác, thì trẻ sẽ mau tiến về ngôn ngữ hiểu và nói. Giữa 4 và 5 tuổi, trẻ có thể giao tiếp với người khác bằng ngôn ngữ tương đối chuẩn về văn phạm và từ vựng.

III. RỐI LOẠN NGÔN NGỮ

1. Rối loạn phát âm

Trẻ có thể nói ngọng đến 5 tuổi, đặc biệt ở trẻ bị dị tật sút môi và hở hàm ếch. Trẻ cũng có thể nói ngọng hay nói đót trong bối cảnh chống đối hoặc thoái lui, khi trẻ mới có em nên muốn nhỏ hoài để được mẹ tiếp tục chăm sóc như một bé sơ sinh.

2. Chậm nói đơn thuần

Trẻ chậm nói đơn thuần khi không kèm theo chậm phát triển tâm thần, điếc nặng hoặc bệnh loạn tâm (như tự kỷ). Trẻ nói cụm 2 từ sau 3 tuổi, không biết dùng từ đúng thứ tự trong câu nói, lỗi văn phạm, không biết dùng chủ ngữ, động từ. Ít khi chậm nói đơn thuần kéo dài quá 5 tuổi nếu trẻ được kích thích ngôn ngữ.

Nguyên nhân chậm nói đơn thuần có thể do:

- Não kém phát triển (như trẻ sinh non).
- Thiếu kích thích về số lượng và chất lượng ngôn ngữ vì môi trường xã hội-kinh tế không thuận lợi (xem truyền hình nhiều giờ trong ngày).
- Thiếu quân bình tâm lý tình cảm.
- Chất lượng quan hệ tình cảm không tốt (thiếu tình thương, thiếu tương tác mẹ-con, mẹ nói ít vì trầm cảm...).

Giai đoạn 3 - 5 tuổi là thời gian quan trọng để giúp trẻ tập nói. Cần cho trẻ tập âm ngữ và tâm vận động để trẻ có khái niệm về không gian-thời gian và về sơ đồ cơ thể.

3. Loạn ngôn ngữ nặng

Đây là trường hợp trẻ chậm hiểu và chậm nói kéo dài quá 6 tuổi. Lúc 3 tuổi có khoảng 3 - 8% trẻ (2/3 trai, 1/3 gái) có rối loạn ngôn ngữ. Từ 6 tuổi trở lên, có 1 - 2% trẻ có rối loạn ngôn ngữ đơn thuần, không kèm theo chậm phát triển tâm thần. Trẻ có thể giao tiếp bình thường qua ánh mắt, cử chỉ, điệu bộ. Tuy nhiên, trẻ có thể có những khó khăn tình cảm kèm theo: dễ cảm xúc, thay đổi tình cảm, giận dữ và loạn dùng động tác.

Các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết là: đo thính lực, MRI để phát hiện những bất thường về não, điện não đồ (hội chứng Landau-Kleffner gồm loạn ngôn ngữ nặng kèm theo động kinh ở trẻ từ 3 - 5 tuổi).

Trẻ cần được can thiệp sớm về âm ngữ.

4. Vụng đọc-vụng viết chính tả

Theo một số tác giả, có 5 - 15% trẻ khó đọc và viết từ 7 tuổi trở lên. Những khó khăn này kèm theo chậm nói, rối loạn trật tự chức năng phải trái, rối loạn tổ chức không gian-thời gian.

Yếu tố gây bệnh:

- Yếu tố di truyền.
- Sinh ngặt, sinh non, hồi sức sơ sinh đưa đến sự kém phát triển não.
- Rối loạn cảm nhận (thị giác).
- Quân bình tâm lý tình cảm.
- Môi trường xã hội-văn hóa.
- Trí thông minh.
- Cách giáo dục.

5. Bệnh lý đặc biệt

a. Nói lắp (cà lắp)

Thường gặp ở 1% trẻ (trai gấp 3 - 4 gái). Nói lắp có thể kèm theo nhăn mặt, tic, cử chỉ đa dạng của mặt, bàn tay, chi dưới, biểu lộ cảm xúc (đỏ mặt, khó chịu, mồ hôi tay) ở trẻ 3 - 5 tuổi. Ở trẻ vị thành niên, nói lắp có thể xảy ra sau một sang chấn tình cảm. Trẻ cũng có thể nói lắp khi bị căng thẳng thần kinh (trước cha mẹ, thầy cô hoặc người lạ). Trẻ nói lắp thường sống trong môi trường đặc biệt: mẹ lo âu và quá bao bọc hoặc xa cách và lạnh lùng, mẹ thiếu an toàn và không thoải mái.

Cần điều trị âm ngữ càng sớm càng tốt giữa 5 và 7 tuổi. Sau 10 tuổi, việc điều trị sẽ khó khăn hơn và kết quả không khả quan.

b. Cảm nín

- Cảm nín hoàn toàn sau một cú sốc tình cảm ở trẻ vị thành niên một cách thoáng qua, sau đó có thể nói thì thầm và nói lắp tạm thời.
- Cảm nín chọn lọc kéo dài: có thể trong hoặc ngoài gia đình lúc 6 - 7 tuổi, có thể kéo dài nhiều năm kèm theo: ức chế vận động, chống đối, tiêu dầm... Ở trường, trẻ có thể cảm nín nhưng vẫn tiếp tục viết (chính tả, làm toán) và học được.
- Về tâm bệnh học: cảm nín có thể là biểu hiện của hysteria, loạn tâm, bí mật gia đình (con vô thừa nhận, bệnh điên, tử vong...).
- Điều trị tâm lý cá thể trong những rối nhiễu sang chấn.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Những dấu hiệu cảnh báo các vấn đề ngôn ngữ

- Không bập bẹ, không chỉ bằng ngón trỏ hoặc làm điệu bộ lúc 10 - 12 tháng tuổi.
- Không hiểu lệnh đơn giản lúc 18 tháng tuổi.
- Không dùng từ nào lúc 18 - 21 tháng tuổi.
- Không kết hợp từ lúc 24 tháng.
- Lời nói khó hiểu đối với phụ huynh lúc 24 - 36 tháng tuổi.



- Lời nói khó hiểu đối với người khác lúc 36 - 48 tháng tuổi.
- Trẻ tránh tình huống nói chuyện.
- Nói lắp mặc dù không bị căng thẳng.
- Thoái lùi ngôn ngữ hoặc kỹ năng xã hội ở bất kỳ tuổi nào.

2. Chẩn đoán

- a. **Đánh giá tâm lý:** việc đánh giá tâm lý nhằm xác định khả năng nhận thức không lời để xác định trẻ có bị chậm phát triển trí tuệ và các hành vi xã hội của trẻ để xác định rối loạn tự kỷ. Ngoài ra cần đánh giá các rối loạn cảm xúc như lo âu, trầm cảm, rối loạn khí sắc, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, khó khăn học tập và kém chú ý-tăng động.
- b. **Đánh giá âm ngữ:** việc đánh giá âm ngữ bao gồm ngôn ngữ cảm nhận và ngôn ngữ diễn đạt, đánh giá những cấu trúc thể chất như chức năng miệng, hô hấp và chất lượng giọng nói.
- c. **Đánh giá thính lực:** việc đánh giá thính lực tìm hiểu khả năng nghe của trẻ.
- d. **Đánh giá y khoa**
- Tìm hiểu lịch sử gia đình về chậm nói hoặc khó khăn học tập, có thể gợi ý yếu tố di truyền của rối loạn ngôn ngữ. Lịch sử thai kỳ có thể cho thấy những yếu tố nguy cơ của những bất thường phát triển bào thai, như đa ối hoặc thai cử động yếu. Rối loạn ngôn ngữ cũng có thể xảy ra ở trẻ có cân nặng lúc sinh thấp, có triệu chứng viêm não sơ sinh hoặc có khó khăn trong việc ăn bằng miệng. Lịch sử phát triển tập trung vào các mốc phát triển ngôn ngữ.
 - Khám lâm sàng bao gồm cân nặng, chiều cao, vòng đầu, tìm những bất thường trong cơ thể, sút mõi, hở hàm ếch. Sự tăng hoặc giảm trương lực cơ cũng có thể ảnh hưởng đến việc kiểm soát thần kinh cơ của lời nói.
- e. **Xét nghiệm:** không cần xét nghiệm đối với chậm nói đơn thuần. Khi chậm nói là một phần của rối loạn nhận thức hay thể chất, thì nên lượng giá di truyền, MRI não và điện não đồ nếu có chỉ định lâm sàng.

3. Chẩn đoán phân biệt

Chậm nói đơn thuần cần được phân biệt với:

- Chậm phát triển tâm thần: bao gồm kém khả năng nhận thức và hành vi thích ứng. Nếu trẻ có chậm phát triển tâm thần, thì trẻ có số điểm thấp về cả hai lĩnh vực có lời và không lời, trong khi trẻ chậm nói có số điểm không lời trong giới hạn bình thường.
- Rối loạn tự kỷ: trẻ chậm nói quan tâm đến tương tác xã hội trong khi trẻ tự kỷ ít quan tâm xã hội hơn. Trẻ chậm nói có thể có bốn hành vi không lời then chốt mà trẻ tự kỷ không có: chú ý liên kết, chơi giả bộ, trao đổi tình cảm và bắt chước.

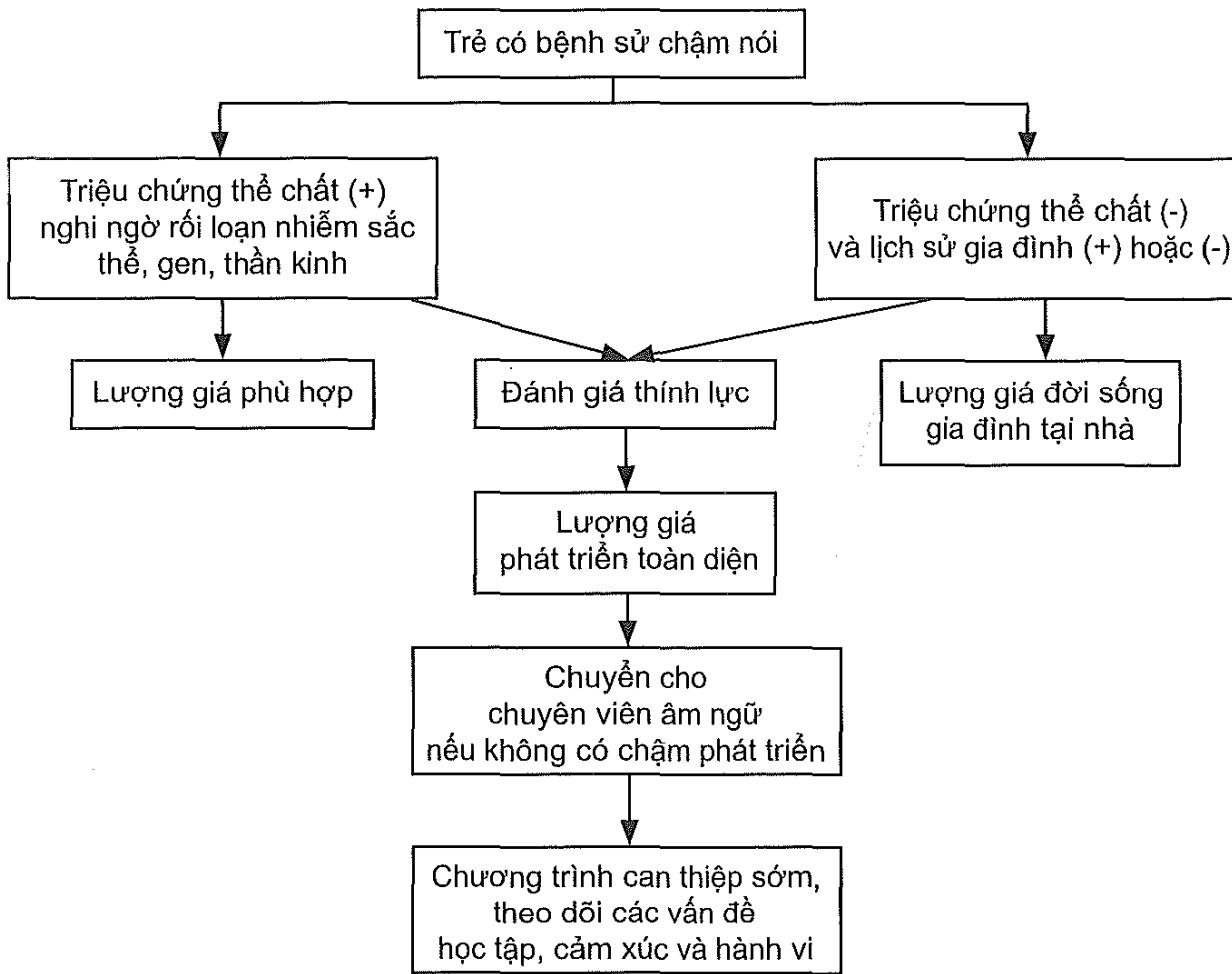
V. ĐIỀU TRỊ

Trẻ cần được can thiệp sớm trước 3 tuổi để tập những kỹ năng giao tiếp sớm như: chú ý, luân phiên, lắng nghe, bắt chước, chơi theo lứa tuổi, hiểu lời nói và giao tiếp bằng cử chỉ, điệu bộ.

Trong trường hợp khiếm khuyết ngôn ngữ nặng, có thể dùng cách giao tiếp qua hình ảnh (Picture Exchange Communication System-PECS).

Phụ huynh được hướng dẫn tương tác với trẻ từ lúc mới sinh qua ánh mắt, nụ cười, bắt chước âm thanh của trẻ, tương tác với trẻ qua trò chơi và tránh cho trẻ xem truyền hình trong 2 năm đầu đời. Phụ huynh vừa chăm sóc trẻ vừa nói với trẻ về việc chăm sóc để trẻ luôn được tiếp cận với ngôn ngữ đầu đời là ngôn ngữ của mẹ.

CÁC BƯỚC LƯỢNG GIÁ VÀ XỬ TRÍ TRẺ CHẬM NÓI



VI. TIỀN LƯỢNG

Đa số trẻ cải thiện khả năng giao tiếp với thời gian, tuy nhiên 50 - 80% trẻ ở tuổi mẫu giáo có chậm nói và thông minh không bình thường có thể gặp khó khăn cho đến 20 tuổi. Chậm nói sớm có thể dẫn đến khó khăn trong việc đọc sau này. Khoảng 50% trẻ chậm nói sớm sau này sẽ khó đọc và 55% trẻ khó đọc có tiền sử

chậm phát triển ngôn ngữ nói. Đến 5 tuổi, nếu trẻ còn chậm nói thì sẽ có khó khăn học tập sau này.

Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Liệu pháp tương tác giao tiếp giữa cha mẹ và trẻ trong việc điều chỉnh kỹ năng ngôn ngữ đóng vai trò quan trọng việc phát triển vốn ngôn ngữ cho trẻ trong tương lai.	III	Khuyến cáo	The Journal of Speech and Language pathology and Applied Behavior Analysis (2006 - 2010)

HỘI CHỨNG TĂNG ĐỘNG KÉM TẬP TRUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Tăng động kém tập trung là một rối loạn hành vi thần kinh mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em trong khoảng 5 - 12 tuổi. Tỷ lệ mắc là 3 - 18% tùy theo từng quốc gia. Rối loạn này có thể ảnh hưởng đến việc học tập, mối quan hệ trong gia đình và xã hội, cũng như đến sự kém tự tin của trẻ. Rối loạn này có thể kèm theo một số rối loạn tâm thần khác như rối loạn chống đối, rối loạn cùi xù, khó khăn học tập và rối loạn lo âu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Bệnh sử của mẹ lúc mang thai và tình trạng của trẻ trong lúc sinh và sau sinh
- Hành vi bất thường xảy ra trước 7 tuổi, kéo dài tối thiểu 6 tháng và ở tối thiểu 2 môi trường (vd: ở nhà và ở trường).
- Sự tập trung: trẻ có mơ mộng, khó hoàn thành bài tập, khó tuân thủ lệnh của người lớn.
- Tính bốc đồng: trẻ hành động mà không suy nghĩ, cắt ngang câu chuyện của người khác.
- Hiếu động: không thể ngồi yên, không sợ hành vi nguy hiểm, nói nhiều.
- Tình trạng học vấn trong trường.
- Bệnh sử phát triển và bệnh sử y khoa của trẻ.
- Bệnh sử tâm lý xã hội của gia đình: bất hòa, ly dị, căng thẳng, lạm dụng, bỏ rơi, nghiện rượu, xì ke.
- Cách ứng xử của gia đình và nhà trường.

b. Khám

- Quan sát hành vi của trẻ như không ngồi yên, hung hăng, dễ chia trai, kém tập trung. Cần yêu cầu gia đình và giáo viên trả lời bảng câu hỏi về tăng động kém tập trung dựa trên những triệu chứng của bảng phân loại DSM-IV.
- Khám y khoa để loại trừ những bệnh lý thể chất.

c. Xét nghiệm: không có xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán tăng động kém tập trung. Chỉ có thể tìm nồng độ chì trong máu và xét nghiệm về tuyến giáp để loại trừ các bệnh lý này.

2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa trên các tiêu chí theo bảng phân loại DSM-IV.

Tối thiểu 6 trong các triệu chứng kém tập trung dưới đây kéo dài ít nhất 6 tháng tới mức không thích nghi với mức độ phát triển:

Kém tập trung

- Thường không chú ý chi tiết và hay phạm lỗi do lơ đãng.
- Thường khó tập trung chú ý khi học/choi.
- Thường có vẻ không nghe khi được nói trực tiếp.
- Thường không tuân thủ mệnh lệnh và không hoàn thành công việc.
- Thường khó tổ chức công việc.
- Thường tránh né, không thích làm việc cần tập trung trí tuệ.
- Thường làm mất đồ.
- Thường dễ lo ra bởi những kích thích bên ngoài.
- Thường quên công việc hằng ngày.

Tối thiểu 6 trong các triệu chứng tăng động-bốc đồng dưới đây kéo dài ít nhất 6 tháng tới mức không thích nghi với mức độ phát triển.

Tăng động

- Thường cựa quậy tay chân hoặc tò vò lúng túng trên ghế.
- Thường bỏ ghế lúc đang học/làm việc.
- Thường chạy hay leo không thích hợp.
- Thường khó chơi một cách yên lặng.
- Thường đi hoặc làm như “đang ngồi trên xe máy”.
- Thường nói quá nhiều.

Bốc đồng

- Thường thốt ra câu trả lời trước khi chấm dứt câu hỏi.
- Thường khó chờ đến phiên.
- Thường cắt ngang hoặc xâm lấn người khác.
 - Một số triệu chứng tăng động, bốc đồng hoặc kém tập trung gây trở ngại đã xuất hiện trước 7 tuổi.
 - Một số trở ngại do triệu chứng gây ra ở tối thiểu 2 môi trường (như trường học và gia đình).
 - Cần có chứng cứ trở ngại có ý nghĩa lâm sàng trong chức năng xã hội, học tập hoặc việc làm.
 - Không xảy ra cùng với rối loạn tự kỷ, tâm thần phân liệt hoặc rối loạn tâm thần khác.

3. Chẩn đoán có thể

Có 3 dạng rối loạn:

- a. **Dạng rối loạn phối hợp kém tập trung và tăng động** (đủ tiêu chí cho cả 2 rối loạn trong 6 tháng qua).
- b. **Dạng rối loạn chủ yếu kém tập trung** (nếu chỉ có đủ tiêu chí kém tập trung trong 6 tháng qua).
- c. **Dạng rối loạn chủ yếu tăng động-bốc đồng** (chỉ có đủ tiêu chí tăng động - bốc đồng trong 6 tháng qua).

4. Chẩn đoán phân biệt

a. Rối loạn tâm thần

- Rối loạn chống đối.
- Rối loạn cư xử.
- Rối loạn tính khí.
- Rối loạn lo âu.
- Tự kỷ.
- Rối loạn học tập.
- Rối loạn stress sau chấn thương.
- Chậm phát triển tâm thần.

b. Vấn đề tâm lý xã hội

- Lạm dụng hoặc bỏ rơi.
- Suy dinh dưỡng.
- Bạo lực gia đình.
- Bắt nạt ở trường học.

c. Bệnh lý y khoa

- Kém thính lực hoặc thị lực.
- Bất thường gen (như nhiễm sắc thể X mỏng giòn).
- Thuốc an thần hoặc hoạt hóa.
- Bất thường tuyến giáp.
- Ngộ độc kim loại nặng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

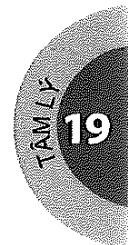
Mục tiêu điều trị là cải thiện mối quan hệ của trẻ trong gia đình cũng như ngoài xã hội và kết quả học tập của trẻ tại trường. Việc điều trị có thể kết hợp giữa thuốc và tâm lý trị liệu. Thuốc có thể hiệu quả trong 70-80% trẻ có tăng động kém tập trung. Tuy nhiên cần theo dõi tác dụng phụ của thuốc và điều chỉnh liều thích hợp cho từng bệnh nhân.

2. Can thiệp tâm lý xã hội

- Can thiệp hành vi trong gia đình:** hướng dẫn cha mẹ dùng hình thức khen thưởng để khuyến khích những hành vi tốt và hình thức phạt (cô lập trẻ ở một nơi yên tĩnh) để giảm những hành vi xấu.
- Can thiệp tại trường:** bố trí cho trẻ ngồi hàng ghế đầu, phương pháp dạy chia ra từng phần nhỏ cho trẻ dễ tiếp thu, đưa ra những mệnh lệnh ngắn gọn và rõ ràng, hạn chế ánh sáng và tiếng động trong lớp học.

3. Theo dõi

Khi sử dụng thuốc chống trầm cảm, cần theo dõi các tác dụng phụ như bực dọc, khó ngủ, mệt mỏi, đau bụng, choáng váng, khô miệng, tim đập nhanh. Theo dõi



điện tâm đồ và lượng thuốc trong huyết thanh. Sau khi liều thuốc được ổn định, hẹn tái khám bệnh nhân mỗi 3 tháng.

IV. TIÊN LƯỢNG

Rối loạn tăng động kém tập trung ở trẻ em thường kéo dài suốt đời. 60-80% trẻ được chẩn đoán vẫn tiếp tục có triệu chứng ở tuổi vị thành niên và 40 - 60% trẻ vị thành niên có triệu chứng kéo dài đến tuổi trưởng thành. Rối loạn tăng động kém tập trung ở người lớn có thể dẫn đến những hành vi nguy hiểm như rối loạn tình dục, hành vi phạm pháp, lạm dụng chất gây nghiện, khó khăn học tập, khó tìm việc làm và khó kết bạn.

Vấn đề	Mức độ chứng có	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Liệu pháp hành vi trị liệu được xem là phương pháp điều trị chọn lựa ưu tiên đầu tiên ở trẻ nhỏ dưới 6 tuổi bị hội chứng ADHD, trước khi áp dụng phương pháp được trị liệu ở trẻ bị ADHD.	II	Mạnh	CDC's Information on ADHD, and National Resource Center on ADHD (September 2017)

RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ

I. ĐẠI CƯƠNG

Các rối loạn dạng cơ thể là biểu hiện tái diễn các triệu chứng cơ thể cùng với những yêu cầu dai dẳng đòi khám xét về y tế, mặc dù kết quả âm tính nhiều lần và thầy thuốc đảm bảo rằng các triệu chứng này không có cơ sở bệnh cơ thể; Các yếu tố tâm lý được quy là nguyên nhân gây ra các triệu chứng.

Rối loạn dạng cơ thể là các rối loạn liên quan đến tâm lý với những đặc điểm chính yếu như sau:

- Những triệu chứng gợi ý một tình trạng bệnh lý nhưng không phù hợp với bệnh thực thể và không do việc dùng thuốc hoặc rối loạn tâm thần.
- Những triệu chứng này ảnh hưởng nặng hoặc làm suy giảm rõ rệt chức năng sinh hoạt, học tập, làm việc và những lĩnh vực khác.
- Triệu chứng này không do cố ý tạo ra.

Các triệu chứng thường được ghi nhận ở người bệnh bị "Rối loạn dạng cơ thể":

- Liệt cơ hoặc nhược cơ ở một bên.
- Tê cứng.
- Dáng đi kỳ quặc hoặc không đi được.
- Mất cảm giác bộ phận nào đó.
- Mất tiếng.
- Mù một hoặc hai mắt.
- Điếc một hoặc hai tai.
- Ù tai.
- Run và động kinh giả: đây là tình trạng co giật nhưng không gây ra bởi rối loạn xung điện não mà do sang chấn tâm lý.

Những triệu chứng có thể nặng hay nhẹ, nhanh khỏi hay kéo dài tùy vào thể trạng và mức độ chấn động tâm lý.

Có nhiều thể rối loạn, bài này chỉ đề cập đến những rối loạn dạng cơ thể thường gặp ở trẻ em là: rối loạn đau dạng cơ thể dai dẳng, rối loạn phân ly [chuyển di] và bệnh suy nhược thần kinh.

Tuổi và giới: hầu hết các trường hợp bắt đầu xuất hiện ở trẻ nhỏ và giai đoạn đầu vị thành niên. Các biểu hiện đau bụng có thể thường xuyên xuất hiện từ 3 tuổi đến 9 tuổi và tăng dần cho đến tuổi vị thành niên. Biểu hiện đau đầu thường gặp ở trẻ học từ cấp 1. Rối loạn đau thường xuất hiện ở nữ trong độ tuổi từ 11 - 19 tuổi; ở nam, tuổi xuất hiện trung bình dưới 13 tuổi. Rối loạn dạng cơ thể thường gặp nhiều ở nữ hơn nam.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh: nên phỏng vấn riêng trẻ và người chăm sóc.

- Triệu chứng

Thời điểm xuất hiện sự kiện tâm lý cùng khoảng thời gian phát bệnh, yếu tố khởi phát, yếu tố làm nặng thêm, yếu tố giảm nhẹ và những triệu chứng đi kèm. Những thông tin thu nhận được thường sẽ cho thấy rõ vai trò quan trọng của yếu tố tâm lý:

- Triệu chứng xuất hiện sau một sự kiện hoặc sang chấn tâm lý.
- Triệu chứng nặng thêm có liên quan đến sang chấn tâm lý.
- Triệu chứng giảm khi loại bỏ sang chấn tâm lý.
- Triệu chứng không phù hợp với đánh giá của y khoa.
- Hậu quả của triệu chứng không phù hợp với tình trạng thực thể của triệu chứng.
- Triệu chứng xuất hiện thứ phát (sau một tình trạng bệnh lý có sẵn).
- Các yếu tố nguy cơ
 - Gia đình
 - + Có bệnh thực thể.
 - + Có bệnh tâm thần.
 - + Cha/mẹ có rối loạn dạng cơ thể.
 - + Bảo bọc trẻ quá mức.
 - + Có cảm xúc hoặc lo lắng quá mức.
 - + Khả năng diễn đạt cảm xúc giới hạn.
 - + Hoàn cảnh gia đình có nhiều yếu tố gây căng thẳng kéo dài.
 - Trẻ
 - + Tiền căn về bệnh lý thực thể.
 - + Chú ý quá mức về các cảm giác của cơ thể.
 - + Có nhân cách kiểu: lo lắng, nhạy cảm, dễ tổn thương, chu đáo.
 - + Lo lắng nhiều về mối quan hệ với bạn cùng lứa.
 - + Tự đặt mục tiêu cao.
 - Môi trường
 - + Có nhiều yếu tố gây căng thẳng: mối quan hệ với giáo viên, bị chọc ghẹo, bị bắt nạt.
 - + Áp lực học tập.

b. Thăm khám

- Trẻ cần được khám để tìm bệnh thực thể trước khi nghĩ đến rối loạn dạng cơ thể.
- Đối với bệnh nhân nội trú, trước khi cho trẻ đến khám tại khoa Tâm lý, bác sĩ tại khoa nội trú cần:
 - Đánh giá đầy đủ những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng cần thiết.
 - Giải thích cho người chăm sóc trẻ lý do trẻ cần được khám tâm lý.
- Thăm khám tâm lý: đánh giá các vấn đề trong phần các yếu tố nguy cơ.
- Đánh giá các bệnh lý liên quan đến tâm thần đi kèm nếu nghi ngờ.

c. Chỉ định xét nghiệm

- Không có xét nghiệm để chẩn đoán xác định. Chỉ định khi cần chẩn đoán phân biệt hoặc nghi có bệnh đi kèm.
- Tâm lý: dùng bảng kiểm triệu chứng cơ thể (Patient Health Questionnaire Physical Symtoms - PHQ 15) và Chỉ số Chức năng (Functional Disability Index) để đánh giá mức độ và theo dõi điều trị.

2. Chẩn đoán

Có 2 nhóm:

- Rối loạn dạng cơ thể không kèm bệnh lý thực thể.
- Rối loạn dạng cơ thể kèm bệnh lý thực thể: trẻ có vấn đề thực thể nhưng biểu hiện lâm sàng không phù hợp với vấn đề thực thể.

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Rối loạn dạng cơ thể

- Có nhiều biểu hiện tái phát, thường xuyên thay đổi trong khoảng thời gian 2 năm.
- Đã được khám nhiều nơi, nhiều chuyên khoa, trong một thời gian dài, có nhiều đánh giá không tìm thấy bệnh phù hợp.
- Triệu chứng có thể ở bất kỳ bộ phận cơ thể nào.
- Diễn tiến bệnh thường dao động và mạn tính.
- Thường liên quan đến sự đỗ vỡ trong mối quan hệ với mọi người, gia đình và xã hội.

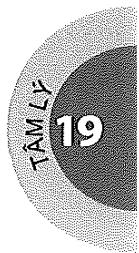
2.1.2. Rối loạn đau dạng cơ thể dai dẳng

- Biểu hiện nổi bật là tình trạng đau dai dẳng, trầm trọng và gây đau khổ.
- Không thể giải thích được một cách đầy đủ bằng sinh lý học và rối loạn thực thể.
- Biểu hiện xuất hiện có liên quan đến xung đột tâm lý hoặc các vấn đề tâm lý xã hội đủ để cho phép kết luận chúng là nguyên nhân chủ yếu gây ra rối loạn.
- Kết quả thường là làm tăng rõ rệt sự hỗ trợ và chú ý, về mặt cá nhân và/hoặc về mặt y khoa.
- Không tính triệu chứng đau do trầm cảm hoặc tâm thần phân liệt.

2.1.3. Rối loạn phân ly [chuyển di]:

có nhiều thể lâm sàng trong rối loạn này, thường gặp là Quên phân ly, Rối loạn vận động phân ly, Co giật phân ly, Rối loạn phân ly [chuyển di] hỗn hợp.

- Mất một phần hoặc hoàn toàn sự hợp nhất bình thường giữa: trí nhớ về quá khứ, ý thức về bản thân với những cảm xúc trực tiếp và sự kiểm soát những vận động của cơ thể.
- Thăm khám y khoa không cho thấy bất thường về thực thể hoặc về thần kinh.
- Có liên hệ mật thiết với sang chấn tâm lý và thường xuất hiện đột ngột.



- Chỉ đề cập đến những rối loạn chức năng được kiểm soát chủ ý hoặc rối loạn cảm giác.
- Khả năng xuất hiện sau những bệnh lý thực thể nặng hoặc rối loạn tâm thần nặng cần được chú ý.

2.1.4. Bệnh suy nhược thần kinh (neurasthenia)

- Biểu hiện mệt mỏi xuất hiện sau một cơn gắt trí óc, biểu hiện: cảm giác khó chịu khi suy nghĩ, khó tập trung, suy nghĩ không hiệu quả.
- Hoặc biểu hiện suy giảm thể lực, kiệt sức sau một cơn gắt tối thiểu thường đi kèm: đau nhức cơ, không thể thư giãn.
- Thường có các triệu chứng: đau căng đầu, chóng mặt, cảm giác không ổn định toàn thân. Ngoài ra, còn kèm các biểu hiện lo lắng về sức khỏe thể chất và tinh thần, dễ bị kích thích, mất hứng thú, biểu hiện nhẹ của lo âu và trầm cảm, rối loạn giấc ngủ.

2.2. Chẩn đoán có thể

Cần nghĩ đến khả năng trẻ có thể có Rối loạn dạng cơ thể nếu:

- Có sự liên quan về thời gian giữa sang chấn tâm lý với sự xuất hiện của triệu chứng.
- Diễn tiến, mức độ nặng hoặc hậu quả của triệu chứng không thể giải thích được bằng sinh bệnh học.
- Có tình trạng rối loạn tâm thần đi kèm.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn lo âu chia ly hoặc các rối loạn lo âu khác.
- Trầm cảm.
- Cảm nín chọn lọc.
- Giả bệnh.

2.4. Bệnh lý đi kèm thường gặp

- Rối loạn lo âu.
- Trầm cảm.
- Vấn đề liên quan đến học tập: tăng động kém tập trung (rối loạn hoạt động và chú ý), chậm phát triển, rối loạn chống đối bướng bỉnh, rối loạn cư xử.

Chẩn đoán Rối loạn dạng cơ thể được ưu tiên khi:

- Triệu chứng cơ thể nặng nề hơn triệu chứng về hành vi và cảm xúc.
- Triệu chứng cơ thể là nguyên nhân chính ảnh hưởng đến sinh hoạt, học tập.
- Triệu chứng cơ thể là nguyên nhân chính làm (thân nhân) bệnh nhân nghĩ là có bệnh và đi khám nhiều lần.

Khi có bệnh lý thực thể đi kèm, cần phân loại những triệu chứng phù hợp với bệnh lý đó và những triệu chứng có thể do các sang chấn tâm lý gây ra để theo dõi hiệu quả điều trị và có hướng can thiệp phù hợp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cần có sự phối hợp giữa y khoa - tâm lý - xã hội và gắn kết gia đình vào tiến trình điều trị.
- Điều trị tâm lý là chủ yếu, mục đích: (i) giảm tình trạng bệnh, (ii) phục hồi khả năng tâm lý, xã hội, (iii) hạn chế khả năng tái phát.
- Liệu pháp tâm lý được xem như là liệu pháp điều trị chủ đạo nhằm giúp BN giải quyết các xung đột nội tâm hoặc tạo cảm giác thư giãn giúp kiểm soát triệu chứng khó chịu cũng như lo âu. Cần sử dụng các liệu pháp tâm lý thích hợp với từng nhóm bệnh, từng BN cụ thể để thu được kết quả điều trị tốt nhất.
- Phương pháp thư giãn luyện tập có tác dụng điều trị tốt đồng thời cũng có tác dụng phòng bệnh rất hiệu quả.
- Những trường hợp có diễn biến nặng, phức tạp cần phải được điều trị nội trú ở BV chuyên khoa và luôn luôn chú ý dự phòng các biến chứng bất thường xảy ra.
- Điều trị thuốc:
 - Điều trị triệu chứng thường ít có hiệu quả rõ ràng.
 - Chủ yếu điều trị rối loạn đi kèm: trầm cảm, rối loạn lo âu.
- Điều trị các rối loạn đi kèm (nếu có).

2. Gắn kết gia đình vào tiến trình đánh giá và điều trị: bác sĩ và chuyên viên tâm lý cần:

- Tìm hiểu nhận thức của gia đình về: bệnh tình của trẻ, mức độ tin tưởng về nguyên nhân thực thể của bệnh, sự thỏa mãn về các đánh giá y khoa và ý kiến về khả năng áp dụng điều trị tâm lý, tâm thần.
- Không hỏi về độ xác thực của triệu chứng.
- Công nhận là tình trạng bệnh của trẻ là có thật và có ảnh hưởng đến gia đình.
- Thăm dò những giải thích khác của gia đình về triệu chứng.
- Thảo luận đầy đủ về những lo lắng của gia đình và những kết quả đánh giá về mặt y khoa đã thực hiện.
- Giải thích theo sinh bệnh học các triệu chứng của trẻ.
- Thông báo cho gia đình biết là có một tỷ lệ (2 - 10%) triệu chứng không có liên quan đến y khoa, nhằm giúp cho gia đình yên tâm là triệu chứng của trẻ không phải do nguyên nhân thực thể.
- Tránh thông báo chẩn đoán về rối loạn dạng cơ thể hay rối loạn tâm thần vì điều này có thể làm gia đình thêm bối rối.
- Nhấn mạnh là các triệu chứng này có thể điều trị được nhưng cần nhiều thời gian.
- Giúp đỡ gia đình và trẻ những phương pháp đối phó với triệu chứng và cải thiện những ảnh hưởng của triệu chứng đối với sinh hoạt, học tập của trẻ và gia đình.



3. Điều trị tâm lý

- Cùng thảo luận để trẻ và gia đình đồng thuận về kế hoạch trị liệu. Kế hoạch có mục tiêu rõ ràng, khả thi (cần điều chỉnh những mong đợi quá mức của gia đình cho phù hợp).
- Sử dụng nhật ký điều trị để theo dõi hiệu quả điều trị, điều này có thể khích lệ gia đình và trẻ tuân thủ điều trị.
- Cần chú ý là những triệu chứng có thể trầm trọng hơn trong giai đoạn đầu của tiến trình trị liệu và cần ghi nhận những lo lắng của gia đình và trẻ trong giai đoạn này.
- Chuyển dần trách nhiệm điều trị của trẻ từ chuyên viên sang gia đình và trẻ.
- Trị liệu theo Nhận thức hành vi:
 - Thảo luận về tiến trình và kết quả đánh giá, can thiệp về y khoa - tâm lý.
 - Khuyến khích việc tự điều chỉnh cơn đau.
 - Củng cố hành vi mong đợi.
 - Phát triển những kỹ năng xử lý triệu chứng: thư giãn, tự động viên (positive self-talk), tưởng tượng tích cực, đánh lạc hướng.
 - Phát triển những kỹ năng ứng phó.
 - Khuyến khích trẻ tham dự vào những hoạt động hàng ngày.
 - Giảm sự chú ý của người chăm sóc đối với những triệu chứng cơ thể.
 - Giả tăng sự chú ý khi trẻ không có triệu chứng trong lúc tham gia những hoạt động giải trí.
- Trị liệu Gia đình (hệ thống): việc tham gia của gia đình rất quan trọng trong việc điều trị cho trẻ.
 - Hỗ trợ phù hợp nhằm giúp trẻ phát triển những kỹ năng ứng phó.
 - Thay đổi những hành vi gây ra (hoặc làm nặng thêm) các triệu chứng ở trẻ.
 - Giải quyết những vấn đề liên quan đến gia đình như: cấu trúc, sự vận hành của gia đình, các vấn đề bệnh lý, sang chấn tâm lý.

4. Kết hợp xã hội

- Liên kết với trường học:
 - Kết hợp với nhà trường, gia đình cùng giải quyết những khó khăn của trẻ có liên quan đến trường học.
 - Điều chỉnh chương trình học của trẻ nhằm giúp trẻ ứng phó với triệu chứng của mình (ví dụ: giảm giờ học).
 - Trong tình huống trẻ phải nghỉ học, cần giúp trẻ tái thích nghi dần với môi trường học tập nhằm ngăn ngừa triệu chứng tái phát. Đồng thời, duy trì lớp học cá nhân cho trẻ trong thời gian nằm viện.
- Liên kết với các tổ chức xã hội:
 - Trẻ có sang chấn tâm lý liên quan đến việc bạo hành, lạm dụng tình dục cần được sự hỗ trợ, giám sát và bảo vệ của các tổ chức có trách nhiệm bảo vệ quyền trẻ em.
 - Nếu việc bạo hành, lạm dụng có liên quan đến thành viên trong gia đình, cần xem xét khả năng trẻ được điều trị ở môi trường tách khỏi gia đình.

5. Nhập viện khi

- Trẻ bị suy giảm nặng các chức năng.
- Trẻ cần được theo dõi chặt chẽ (ví dụ: co giật, thở mệt, không chịu ăn uống).
- Có liên quan chặt chẽ với tình trạng tâm thần.
- Điều trị ngoại trú thất bại.

6. Phòng ngừa tái phát

- Cần rèn luyện về sức chịu đựng các stress tâm lý trong cuộc sống, sinh hoạt, làm việc và học tập, sẵn sàng thích ứng với các điều kiện không thuận lợi.



**SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1
KHOA TÂM LÝ**

CHƯƠNG 19: TÂM LÝ

HỌ VÀ TÊN TRẺ:
NGÀY SINH: / /
SỐ HỘ SỐ: / /
NGƯỜI ĐÁNH GIÁ: mÈ , BA , Khác:

NAM _ NỮ _ / /
NGÀY ĐÁNH GIÁ: / /
NGƯỜI ĐÁNH GIÁ: mÈ , BA , Khác:

Xin vui lòng khoanh tròn vào mức độ thích hợp mà con anh/chị có trong 2 tuần qua.
Lưu ý: Anh/chị chỉ đánh giá mức độ thực hiện những hoạt động này liên quan đến lý do thể chất.

BẢNG ĐÁNH GIÁ SUY GIÃM CHỨC NĂNG (PHỤ HUYNH)

Trong 2 tuần qua, con anh/chị có gặp khó khăn về hoạt động nào sau đây không?	Không	Ít khó khăn	Khó khăn	Khó khăn nhiều	Không thể thực hiện	Người khám
1. Đi vào phòng vệ sinh	0	1	2	3	4	
2. Đi lên cầu thang	0	1	2	3	4	
3. Chơi với bạn	0	1	2	3	4	
4. Làm việc nhà	0	1	2	3	4	
5. Ăn uống	0	1	2	3	4	
6. Hoạt động cẩn ngay mà không cần nghỉ ngơi	0	1	2	3	4	
7. Ngồi trên xe	0	1	2	3	4	
8. Ở trường cẩn ngay	0	1	2	3	4	
9. Tập thể dục	0	1	2	3	4	
10. Làm bài tập	0	1	2	3	4	
11. Xem tivi	0	1	2	3	4	
12. Đi bộ khoảng 100m	0	1	2	3	4	
13. Chạy bộ khoảng 100m	0	1	2	3	4	
14. Đi mua sắm	0	1	2	3	4	
15. Vào giấc ngủ và duy trì giấc ngủ	0	1	2	3	4	
Tổng điểm thô						
Điểm điều chỉnh = (Tổng điểm thô x 15) / số câu trả lời						

Dịch từ: the Functional Disability Inventory (FDI) developed Walker and Greene (1991)

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHÌ ĐÔNG 1
 KHOA TÂM LÝ

HỌ VÀ TÊN TRẺ:
 NGÀY SINH: / / NAM _ NỮ _
 SỐ HỒ SƠ: NGÀY ĐÁNH GIÁ: / /

“

BẢNG ĐÁNH GIÁ SUY GIÃM CHỨC NĂNG (TRẺ)

Lưu ý: Anh/chị chỉ đánh giá mức độ thực hiện những hoạt động này liên quan đến lý do thê chât.

Trong 2 tuần qua, bạn có gặp khó khăn về hoạt động nào sau đây không?	Không	Ít khó khăn	Khó khăn	Khó khăn nhiều	Không thể thực hiện	Người khám
1. Đi vào phòng vệ sinh	0	1	2	3	4	
2. Đi lên cầu thang	0	1	2	3	4	
3. Chơi với bạn	0	1	2	3	4	
4. Làm việc nhà	0	1	2	3	4	
5. Ăn uống	0	1	2	3	4	
6. Hoạt động cá nhân mà không cần nghỉ ngơi	0	1	2	3	4	
7. Ngồi trên xe	0	1	2	3	4	
8. Ở trường cá nhân	0	1	2	3	4	
9. Tập thể dục	0	1	2	3	4	
10. Làm bài tập	0	1	2	3	4	
11. Xem tivi	0	1	2	3	4	
12. Đi bộ khoảng 100m	0	1	2	3	4	
13. Chạy bộ khoảng 100m	0	1	2	3	4	
14. Đi mua sắm	0	1	2	3	4	
15. Vào giấc ngủ và duy trì giấc ngủ	0	1	2	3	4	
Tổng điểm thô						
Điểm điều chỉnh = (Tổng điểm thô x 15) / Số câu trả lời						

Dịch từ: the Functional Disability Inventory (FDI) developed Walker and Greene (1991) (4).



HỌ VÀ TÊN TRẺ:
NGÀY SINH: / / NAM/NỮ
SỐ HỘ SỐ: / / /
NGƯỜI ĐÁNH GIÁ: mẸ , BA , Khác:

BẢNG ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG CƠ THỂ (PHỤ HUYNH TRẺ 6 - 17 TUỔI)

Trong 7 ngày qua, con anh/chị có bị những triệu chứng sau đây không?	Không	Ít	Nhiều	Người khám
1. Đau bụng (hoặc đau dạ dày)	0	1	2	
2. Đau lưng	0	1	2	
3. Đau tay, chân hoặc đau khớp	0	1	2	
4. Đau đầu (nhức đầu)	0	1	2	
5. Đau ngực	0	1	2	
6. Chóng mặt	0	1	2	
7. Cơn ngất	0	1	2	
8. Cảm thấy tim đập mạnh hoặc nhanh	0	1	2	
9. Khó thở	0	1	2	
10. Táo bón, đi tiêu nhiều lần hoặc tiêu chảy	0	1	2	
11. Muốn ói, đầy hơi hoặc ăn không tiêu	0	1	2	
12. Mệt mỏi hoặc không có sức lực	0	1	2	
13. Khó ngủ	0	1	2	
				Tổng điểm thô
				Điểm điều chỉnh = (Tổng điểm thô x 13)/số câu trả lời

Nếu < 10 câu hỏi được trả lời: phỏng vấn lại những câu chưa trả lời hoặc Không áp dụng kết quả.
Nặng (>14) , vừa , nhẹ (<10)
Dịch từ: LEVEL 2—Somatic Symptom—Parent/Guardian of Child Age 6-17 (adapted from PHQ-15)

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1
KHOA TÂM LÝ

HỌ VÀ TÊN TRẺ:
NGÀY SINH: / /
SỐ HỘ SƠ: NGÀY ĐÁNH GIÁ: / /

MỨC ĐỘ 2: TRIỆU CHỨNG CƠ THỂ (TRẺ 11 - 17 TUỔI)

Trong 7 ngày qua, con/em có bị những triệu chứng sau đãy không?	Không	Ít	Nhiều	Người khám
1. Đau bụng (hoặc đau dạ dày, bao tử)	0	1	2	
2. Đau lưng	0	1	2	
3. Đau tay, chân hoặc đau khớp	0	1	2	
4. Đau đầu (nhức đầu)	0	1	2	
5. Đau ngực	0	1	2	
6. Chóng mặt	0	1	2	
7. Cơn ngất	0	1	2	
8. Cảm thấy tim đập mạnh hoặc nhanh	0	1	2	
9. Khó thở	0	1	2	
10. Táo bón, đi tiêu nhiều lần hoặc tiêu chảy	0	1	2	
11. Muốn ối, đầy hơi hoặc ăn không tiêu	0	1	2	
12. Mệt mỏi hoặc không có sức lực	0	1	2	
13. Khó ngủ	0	1	2	
				Tổng điểm thô
				Điểm điều chỉnh = (Tổng điểm thô x 13) / số câu trả lời

Nếu < 10 câu hỏi được trả lời: phỏng vấn lại những câu chưa trả lời hoặc không áp dụng kết quả.

Nặng (>14) , vừa , nhẹ (<10)

Dịch từ: LEVEL 2—Somatic Symptom—Child Age 11–17 (adapted from the PHQ-15)



Văn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Liệu pháp hành vi nhận thức trị liệu có hiệu quả trong việc điều trị những bệnh nhân bị Rối loạn dạng cơ thể (<i>Cognitive behavior therapy is effective in treating patients with somatoform disorders</i>) (1)	II	Mạnh	Oliver Oyama, Catherine Paltoo, and Julian Greenberg. <i>Somatoform Disorders</i> . Am Fam Physician. 2007 Nov 1.
Tâm lý trị liệu qua thăm vấn giúp cải thiện những ảnh hưởng của chứng rối loạn dạng cơ thể trên bệnh nhân (<i>Psychiatric consultation helps improve the effects of somatoform disorders</i>) (1).	II	Mạnh	Oliver Oyama, Catherine Paltoo, and Julian Greenberg. <i>Somatoform Disorders</i> . Am Fam Physician. 2007 Nov 1.

HÀNH VI TỰ TỬ Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tự tử là hành động có ý giết chết bản thân mình. Các yếu tố nguy cơ của tự tử gồm các rối loạn tâm lý và một số bệnh thể chất như: ung thư, nhiễm HIV/AIDS... Những hành vi tự tử gây nguy hiểm cho nạn nhân và thường để lại nhiều di chứng trên cơ thể, chấn thương tâm lý lâu dài.

1. Các khái niệm cơ bản

- Tự tử là hành vi tự gây nguy hiểm đến tính mạng của bản thân, cần được nhân viên y tế phân biệt với ý nghĩ muốn chết hay hành vi tự gây thương tích có tiền lượng lành tính ở đa số trẻ vị thành niên thường có.
- Tự tử bằng thuốc ở trẻ vị thành niên khác với uống thuốc quá liều (drug overdoses) thường gặp ở người già hay uống nhầm thuốc ở trẻ em.
- Cấp cứu bệnh nhi tự tử cần có can thiệp của bác sĩ nhi khoa Phát triển Hàng vi hay chuyên viên tâm lý để cung cấp dịch vụ giáo dục về sức khỏe cộng đồng hay trị liệu tâm lý cho cả gia đình để có tiếp cận phù hợp phòng ngừa hành vi tự tử tái phát.
- Vị thành niên: từ 11 - 21 tuổi chia làm 3 giai đoạn:
Vị thành niên sớm (early): 10 - 13 tuổi. Vị thành niên giữa (middle): 14 - 16 tuổi. Vị thành niên trễ (late): 18 - 21 tuổi.

2. Thuật ngữ

- Ý nghĩ tự tử (suicidal ideation): suy nghĩ gây hại bản thân đến chết.
- Hành vi tự tử (suicidal attempt/gesture): hành vi có chủ ý gây hại bản thân gây ra ảnh hưởng nghiêm trọng, có hoặc không có tác hại y khoa nhưng không bao gồm hậu quả chết.
- Tự tử hoàn thành (suicidal completion): hành vi gây hại bản thân hậu quả chết.
- Ngộ độc (poisoning): hiện tượng do một hay vài chất xâm nhập vào cơ thể qua đường uống, chích hay hít ảnh hưởng chức năng vận hành bình thường của các cơ quan cơ thể.

II. DỊCH TỄ

- Tự tử là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 ở độ tuổi 15 - 24 sau tai nạn giao thông và nhiễm HIV/AIDS (theo báo cáo Tổ chức Y tế Thế giới 2012). Tại Hoa Kỳ tự tử là nguyên nhân tử vong cũng đứng hàng thứ 3 ở trẻ vị thành niên sau tai nạn giao thông, giết người.
- Nghiên cứu của Unicef được báo cáo năm 2018 tại Hà Nội cho thấy có 8 - 29% trẻ em và trẻ vị thành niên Việt Nam mắc các vấn đề về sức khoẻ tâm thần, 2,3% trẻ vị thành niên tự tử.
- Theo thống kê của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Mỹ, mỗi năm có gần 43.000 người Mỹ tự tử do trầm cảm. Tổ chức Y tế Thế giới lưu ý đến ba nhóm người thường tự tử do trầm cảm là nhóm vị thành niên và thanh niên, phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (đặc biệt là sau khi sinh con) và người cao tuổi (trên 60 tuổi).
- Tại Hoa Kỳ, trẻ vị thành niên nữ có hành vi tự tử gấp đôi trẻ nam nhưng trẻ nam tự tử hoàn thành gấp 5 trẻ vị thành niên nữ.

III. YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ NHỮNG DẤU HIỆU BÁO ĐỘNG TỰ TỬ

1. Yếu tố nguy cơ

- **Stress cuộc sống hoặc giao tiếp:** hành vi tự tử hầu hết xuất hiện sau cơn xung đột của trẻ với bạn bè, bạn trai/gái, kết quả học tập thấp, liên quan vấn đề luật pháp và xác định định hướng giới tính ở trẻ đồng tính.
- **Phát triển:** theo tuổi
 - Dưới 10 tuổi: hiếm xảy ra tự tử hoàn thành ở tuổi này tuy nhiên vẫn có thể gặp hình thức thắt cổ và đâm đầu vào xe gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng.
 - Trên 10 tuổi: thường gặp bắt đầu hiểu biết về hành vi gây hại và sự chết.
- **Sinh học:** giả thiết bất thường về Norepinephrine và Serotonin ở người có hành vi tự tử cũng như tự tử hoàn thành, kết hợp với trầm cảm, hưng cảm và hành vi gây hấn.
- **Môi trường vật chất và xã hội:** hành vi tự tử xuất hiện theo xung động dựa vào môi trường kích tính nếu có sẽ làm nặng lên hành vi tự tử.

2. Những dấu hiệu báo động tự tử

- Nói hoặc đùa về việc sẽ tự tử.
- Nói về chết một cách tích cực hoặc lăng mạn hóa việc chết.
- Viết chuyện, thơ về cái chết, việc chết hoặc tự tử.
- Tham dự các hành vi liều lĩnh hoặc có rất nhiều lần bị tai nạn dẫn đến thương tích; tự làm đau bản thân.
- Cho đi những vật sở hữu có giá trị.
- Tâm trạng tốt lên bất ngờ và không có lý do sau khi bị trầm cảm hoặc thu mình.

- Nói tạm biệt với bạn, gia đình như là chia tay mãi mãi.
- Không chú ý đến hình thức, vẻ ngoài hoặc vệ sinh cá nhân.
- Tìm vũ khí, thuốc hoặc những dụng cụ, cách thức khác có thể tự hại bản thân.

IV. CHẨN ĐOÁN - ĐÁNH GIÁ

- Cần tìm bệnh sử trầm cảm, lạm dụng rượu, loạn thần và hành vi tự tử trước đây.
- Hầu hết trẻ vị thành niên đều có vài dấu hiệu báo trước đó không lâu khi có hành vi tự tử hoàn thành như vài dòng, một cursive và câu nói với ai đó quan trọng với họ để dựa vào đó để phòng ngừa.

1. Phòng vấn trẻ: cần thực hiện ở nơi yên tĩnh, riêng tư không bị quấy rầy.

Các vấn đề bao gồm:

- Mức độ nặng của mục đích vào thời điểm nảy sinh hành vi.
- Tình huống tồn thương nếu có.
- Xung động/bốc đồng của hành vi.
- Tiền sử, hiện diện nguy cơ và yếu tố bảo vệ.
- Tình trạng tâm thần, mức độ nguy hiểm của hành vi tự tử.

2. Phòng vấn cha mẹ: thông tin nên được hỏi từ càng nhiều người thân của trẻ càng tốt. Mặc dù trong quá trình chăm sóc bệnh nhi, bảo mật cần được cam kết và giải quyết mâu thuẫn sự quan tâm giữa cha mẹ và trẻ vị thành niên có thể tạo nên cơn xung động nhưng đây là vấn đề sống còn nên cần thông báo cho gia đình ngay cả ngược lại với mong muốn của trẻ vị thành niên vì trong tình huống nguy hiểm của cuộc sống.

Vấn đề cần khám phá:

- Hiểu biết của gia đình với áp lực căng thẳng hiện nay của cuộc sống bệnh nhi.
- Thái độ của cha mẹ với bệnh nhi.
- Có bất kỳ người thân của bệnh nhi có tiền sử tự tử, nghiện rượu, lạm dụng chất gây nghiện, trầm cảm và bạo lực gia đình.
- Sự sẵn lòng của gia đình tìm cách giúp bệnh nhi.

3. Quan sát hành vi

- Hành vi của trẻ có thể lộ ra dấu hiệu lo âu, trầm cảm.
- Biểu lộ cảm xúc và sự hợp tác của trẻ với cha mẹ và với nhân viên y tế để tìm hiểu mong muốn được giúp đỡ của trẻ.
- Đánh giá sự đáng tin cậy của lời trẻ hứa sẽ không tự làm tổn thương trong tương lai nữa.



4. Yếu tố nguy cơ tiên đoán mức độ nguy hiểm của hành vi tự tử ở trẻ em và trẻ vị thành niên

Dịch tễ

- Nam > nữ.
- Trẻ vị thành niên lớn tuổi > nhỏ tuổi.
- Gia đình có thành viên tự tử.

Trầm trọng:

- Mong muôn chết mau.
- Kế hoạch cụ thể, thực tế.
- Được cứu sống nhưng không mong đợi.
- Có tiền sử tự tử đặc biệt là thời gian gần đây.

Cách tự tử:

- Mức độ nặng: dùng súng, treo cổ, xe cộ, nhảy lầu.
- Mức độ nhẹ: dùng quá liều thuốc, cắt tay, khí ngạt

Vấn đề kèm theo:

- Nghịent rượu, trầm cảm, lưỡng cực, rối loạn ám sợ.
- Stress sau sang chấn, loạn thần và bệnh sử ẩn đả với người khác.

Môi trường xã hội và sang chấn:

- Bị bỏ mặc, thiếu gần gũi của gia đình.
- Mất mát và thất vọng gần đây.
- Vấn đề luật pháp gần đây.
- Nạn nhân của lạm dụng tình dục, bạo hành và lạm dụng khác.
- Có người thân hay người quen có hành vi tự tử.
- Xấu hổ, miễn cưỡng đe cập đến vấn đề.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu ban đầu

- Tránh yếu tố gây nguy hiểm từ môi trường cho bệnh nhi như: vật sắc nhọn, hóa chất, lầu cao, xe cộ...
- Thiết lập mối quan hệ với bệnh nhi và với người nhà, kế tiếp dùng mối quan hệ này để khích lệ bệnh nhi và gia đình tầm quan trọng của việc tái khám và điều trị.
- Xác định nhanh vấn đề cốt lõi để chuyển bệnh khi cần thiết: loạn thần hay có lạm dụng và bạo hành kèm theo.
- Mục tiêu lâu dài có thể bao gồm thay đổi kiểu giao tiếp giữa trẻ và các thành viên trong gia đình, trị liệu gia đình, điều trị nhận thức hành vi cá nhân và dùng thuốc đối với rối loạn cảm xúc hay lạm dụng chất.

2. Thuốc

- Chống trầm cảm với các trường hợp trầm cảm, có ý nghĩ và hành vi tự tử.
- Chống loạn thần cần có giám sát chặt chẽ nếu có hành vi tự tử mới được ghi nhận.

3. Tâm lý trị liệu

- Cần thiệp nhận thức hành vi, trị liệu gia đình.
- Cần được kết hợp khám tâm lý càng sớm càng tốt sau nhập viện để có thời gian thiết lập liên minh trị liệu với trẻ và gia đình.

4. Môi trường an toàn trong thời gian tới

- Khuyên cha mẹ phòng ngừa các phương tiện để trẻ có thể tự gây thương tích bằng cách loại bỏ đồ đạc, hóa chất và thuốc uống nguy hiểm trong nhà.
- Cảnh báo với cha mẹ và trẻ về tác hại của rượu và thuốc khi sử dụng lại.
- Kiểm tra và theo dõi có người chăm sóc tích cực ở nhà với trẻ hay không.
- Kiểm tra lịch hẹn tái khám hay số điện thoại liên hệ sẵn sàng khi trẻ cần.

Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Tăng cường sàng lọc nguy cơ tự tử từ chiến dịch phòng ngừa tình trạng tự tử hiệu quả trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu	I	Mạnh	J. John Mann, Alan Aptek, Jose Bertolote, et al., Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review, JAMA, 2005



HỖ TRỢ GIA ĐÌNH VƯỢT QUA ĐAU ĐỚN KHI ĐƯỢC THÔNG BÁO TIN XẤU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tin xấu là gì:** là những tin mà gia đình bệnh nhân hoàn toàn không mong đợi biểu hiện qua những chẩn đoán khuyết tật nặng, bệnh mạn tính nghiêm trọng, bệnh nan y, bệnh nặng hay không còn khả năng cứu chữa.
- Thông báo tin xấu:** là một tiến trình phải được thực hiện trong tình cảnh mà người thầy thuốc phải luôn đối diện với những trăn trở và suy tư, đó cũng là những trách nhiệm thử thách đầy cảm xúc và trí tuệ của bác sĩ lâm sàng phải đổi mới. Do đó, giúp đỡ gia đình hiểu biết, đi đến hợp tác là kết quả xứng đáng của kinh nghiệm cá nhân và sự chuyên nghiệp.
- Quan hệ thầy thuốc với bệnh nhi**
 - Bác sĩ điều trị phải luôn sẵn sàng tâm thế để gặp người nhận tin.
 - Chuẩn bị mọi thứ chu đáo, đôi khi phải thử 1/lần trước khi gặp thân nhân người bệnh.
 - Cởi mở, trung thực, tin cậy.
 - Nâng đỡ và khách quan nhưng không thờ ơ.
 - Được xây dựng, nuôi dưỡng và phát triển theo thời gian.

II. TIẾN TRÌNH CẢM XÚC

Đối với thân nhân và bệnh nhi: theo bác sĩ Elizabeth Kubler-Ross, tiến trình cảm xúc của thân nhân và bệnh nhi từ khi đón nhận tin xấu (tử vong, bệnh ác tính) cho đến khi chấp nhận và thích nghi sẽ trải qua **5 giai đoạn:** chuỗi cảm xúc bắt đầu là từ chối, giận dữ, mặc cả, buồn-tuyệt vọng, cuối cùng là chấp nhận.

- Từ chối không tin đó là sự thật:** trong giai đoạn này, thân nhân và bệnh nhi vẫn nghĩ rằng không có tin xấu xảy ra. Theo họ, có thể xét nghiệm sai, chẩn đoán nhầm hoặc điều trị nhầm.
- Jiận dữ:** Biểu hiện bằng nhiều cách: "Tại sao tin xấu lại xảy ra với tôi/con tôi?" "Tại sao con tôi lại bị như vậy...?"
- Mặc cả:** Giai đoạn này thường xảy ra cùng với giai đoạn từ chối. Thân nhân và người nhà bệnh nhi có thể thương lượng, đe dọa hay mong chờ điều kỳ diệu xảy ra để không còn hay giảm nhẹ ảnh hưởng của tin xấu.
- Trầm cảm:** giống như giận dữ, có nhiều kiểu biểu hiện khác nhau như

không tha thiết làm điều gì, chỉ nằm trên giường, cảm thấy không còn liên lạc với thế giới bên ngoài. Khóc suốt ngày, ngủ có vấn đề hoặc ngủ quá nhiều, ăn kém ngon miệng, Tuyệt vọng thường lan tỏa và suy yếu đuối suy sụp nhanh.

- **Chấp nhận:** ở giai đoạn cuối cùng này, thân nhân có thể cảm nhận nhẹ nhàng hơn với sự mất mát. Điều này không đến ngay mà phải đến dần dần, theo thời gian, đôi khi trở lại với các giai đoạn cảm xúc trước đó. Chấp nhận là cảm nhận an toàn và tích cực với sự mất mát, giúp bệnh nhi hay thân nhân có thể xây dựng mối quan hệ mới và tiến từng bước về phía trước. Đối với một số người, giai đoạn này không bao giờ xảy ra vì vẫn còn đang xoay sở với giai đoạn trước đó.

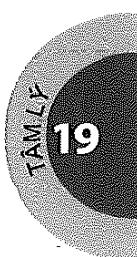
III. TIẾN TRÌNH THÔNG BÁO TIN XẤU

1. Nguyên tắc

- **Thông báo với gia đình càng sớm càng tốt:** ngay khi nghi ngờ có vấn đề sẽ xảy ra, cần cảm giác sẵn sàng chia sẻ thông tin đang có ngay cả khi chưa đầy đủ và chưa chắc chắn.
- **Sắp xếp nơi riêng tư:**
 - Cần được trao đổi trong môi trường an toàn và được bảo vệ. Một nơi yên tĩnh, không có xao nhãng và gián đoạn sẽ tạo cơ hội cho phản ứng của gia đình và cung cấp nâng đỡ ý nghĩa.
 - Tin xấu không nên thông báo qua điện thoại, trong hành lang, trong phòng chờ đông người hay khi có người lạ.
 - Đảm bảo những người quan trọng chăm sóc trẻ tham dự. Cố gắng hết sức để có mặt cả cha mẹ khi thông báo tin xấu của con họ.
 - Mỗi người tham gia đều có chỗ ngồi.
 - Sự hỗ trợ từ đồng nghiệp luôn luôn tốt: khi cần thiết nên mời thêm đồng nghiệp và bác sĩ điều trị cần chuẩn bị tinh thần cá nhân sẵn sàng thông báo tin xấu cho gia đình hay bệnh nhân.
 - Chuẩn bị sẵn những câu trả lời trung thực, ngắn gọn và chính xác có liên quan đến bệnh nhi mà gia đình thường hỏi trong buổi thông báo tin xấu.

2. Tiến trình cụ thể

- a. **Đặt câu hỏi** cho phụ huynh để giúp thân nhân hiểu thêm về tình hình hiện tại của bệnh nhi và giúp bác sĩ điều trị nhận biết mức độ nhận thức của thân nhân bệnh nhi về tình trạng bệnh của con mình. Từ đó tiên lượng phần nào phản ứng cảm xúc của gia đình khi thông báo chẩn đoán.
- b. **Thông báo chẩn đoán** bắt đầu với “Tôi rất tiếc, tôi biết điều này làm anh chị rất đau buồn...”
- c. **Ngưng lại, quan sát và lắng nghe, khơi gợi cảm xúc cho gia đình:** đây là phần quan trọng.



- d. **Trả lời câu hỏi:** nên để thời gian cho đủ trong phần trả lời câu hỏi từ các thành viên trong gia đình, không nóng vội hay thúc ép họ trả lời.
- e. **Bàn luận bước kế tiếp** với sự giải thích có thương lượng và hợp tác, có cam kết hợp tác với kế hoạch rõ ràng.
- f. **Xác định xem gia đình và bệnh nhi nhận được tin xấu chưa trước khi kết thúc** với sự quan sát tinh tế qua những phản ứng hay hành vi hiện tại sau khi gia đình trao đổi với bác sĩ điều trị.

IV. NHỮNG ĐIỀU CẦN TRÁNH

- Không đứng trong lúc nói chuyện với thân nhân.
- Không để thân nhân đứng trong lúc trò chuyện.
- Không sử dụng những từ ngữ quá chuyên môn.
- Không nói “Đừng khóc”... cứ để cảm xúc của người được thông báo diễn ra tự nhiên.
- Cũng không nên gần giọng “Anh chị/gia đình bình tĩnh đi”.
- Không nên nói “Rồi mọi điều sẽ trôi đi”.
- Tránh sử dụng quá nhiều lý luận giải thích cho dù hợp lý vì sẽ làm cho người nghe “nặng nề”.
- Không nên thông báo với gia đình quá đông người với bản thân một mình quá đơn độc (cần có đồng nghiệp trợ giúp).
- Tuyệt đối không thông báo ở nơi đông người vì dễ bị tác động từ môi trường xung quanh.

V. NHỮNG ĐIỀU NÊN LÀM

- Chuẩn bị tâm lý bản thân.
- Chuẩn bị chỗ yên tĩnh, riêng tư.
- Giới thiệu bản thân.
- Mời thân nhân ngồi.
- Cùng ngồi để nói chuyện.
- **Hỏi để giúp thân nhân biết tình trạng của bệnh nhi.**
- Nói rõ ràng, nhẹ nhàng “Tôi biết điều này làm anh chị rất đau khổ”.
“Tôi (cùng các đồng nghiệp) ở đây làm tất cả để giảm đau khổ và hết sức cho cháu và gia đình”.
- Đưa khăn giấy cho thân nhân.
- Lắng nghe cảm xúc của họ với thái độ đồng cảm.
- Trả lời câu hỏi.
- Nói: “Chúng tôi có thể làm gì để giúp anh chị trong thời điểm này”.
- Đồng hành với bệnh nhi và gia đình.

Vấn đề	Mức độ chứng có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Việc sử dụng bệnh nhi chuẩn có tin xấu để giảng dạy cho bác sĩ nội trú nhí và nhân viên khoa cấp cứu để thông báo tin xấu là một quá trình giảng dạy hiệu quả nhằm cung cấp cho người thực hiện sự tương tác với tiến trình bằng kinh nghiệm thực tế hữu ích.	III	Khuyến cáo	Communicating Bad News: A Pediatric Department's Evaluation of a Simulated Intervention. Pediatrics. 1999.

