



PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

BS Nguyễn Thị Huệ
Khoa Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện E

Những vấn đề của ADHD

- “Bác sĩ ơi, con tôi hiếu động quá!”
- “Con tôi nghịch như thế mới là thông minh”



NỘI DUNG TRÌNH BÀY

- Sơ lược về ADHD
- Cách thức tiếp cận chẩn đoán





Attention
Deficit
Hyperactivity
Disorder

LỊCH SỬ ADHD

1775

Weikard described ADHD syndrome in a German textbook.

1845

Hoffman cartoons of 'Fidgety Phillip' and 'Johnny Head-in- the Air'

1910

Still describes "defect of moral control" in The Lancet.

1930s

Bradley shows that benzedrine reduces hyperactivity.

1940s

ADHD-like symptoms described as minimal brain damage.

1980s

DSM-III operationalises diagnostic criteria in 1980's

1990s

DSM-IV refines criteria in 1990's and adult ADHD is recognised as a valid disorder

2013

DSM -V update on ADHD

1775

1845

1910

1930s -1970's

1980s-1990s

2013

1950

In 1950 US FDA approves methylphenidate for depression and narcolepsy.

1968

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition (DSM-II) described the disorder "hyperkinetic reaction of childhood (or adolescence)" in 1968

DỊCH TỄ HỌC

Thế giới

- WHO nghiên cứu dịch tễ học ở 20 quốc gia:
- Tỷ lệ ADHD ở trẻ <18 tuổi là 2,2% (0,1%-8,1%); cao nhất là Mỹ: 8,1%
- Trẻ trai/gái =3:1–5:1
- 50–65% ADHD tồn tại đến tuổi trưởng thành

- Tỷ lệ ADHD ở người 18–44 tuổi tại châu Á, Âu, Mỹ và Trung Đông: 2,8%; cao nhất là Pháp 7,3
- Nam=Nữ
- Thể tăng động và thể phối hợp : Nam > Nữ
- Thể giảm chú ý: Nữ > Nam

Global prevalence of ADHD. Figure developed using data from Fayyad J et al. Atten DeficHyperactDisord2017; 9: 47-65 and EbejerJL et al. PLoSOne 2012; 7:e47404.4,6

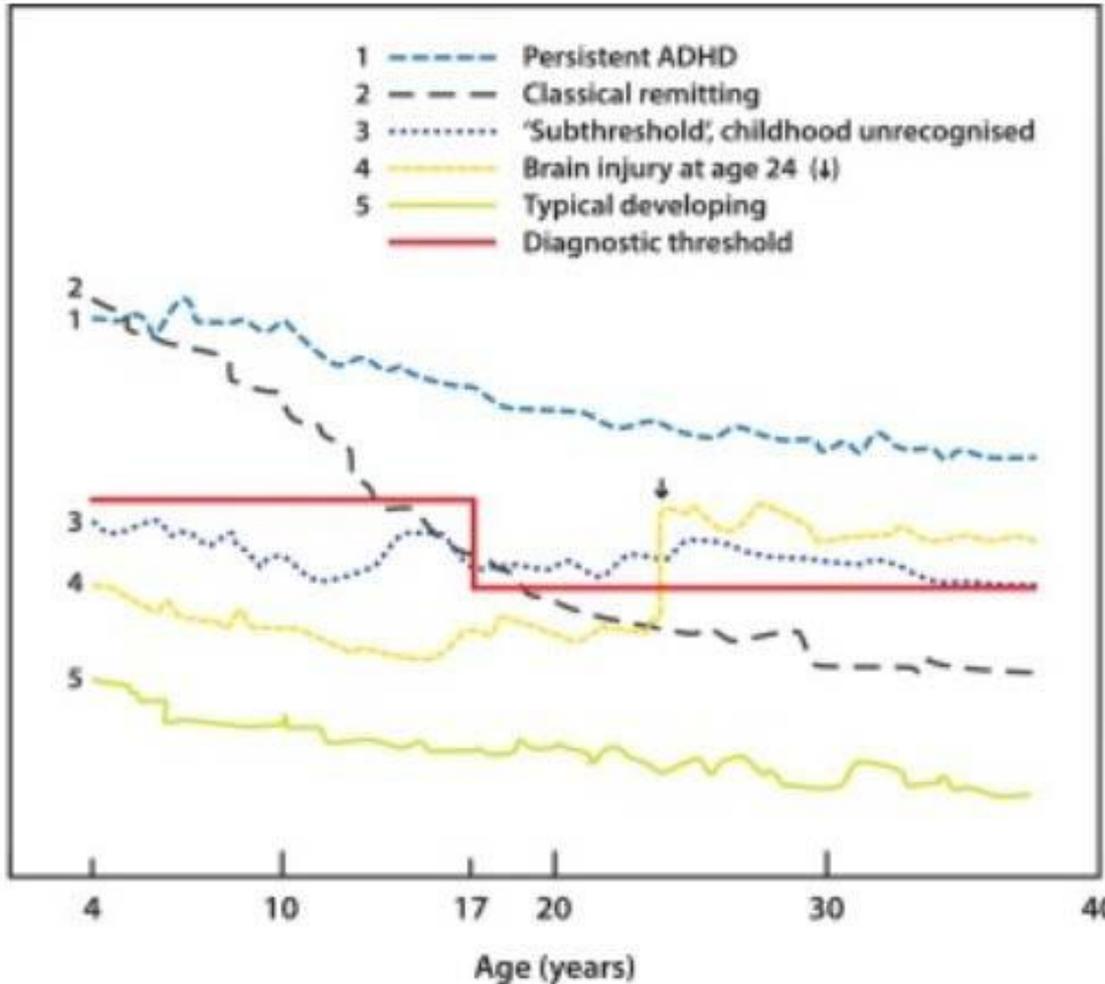
DỊCH TỄ HỌC

Việt Nam

- Đặng Hoàng Minh (2013): Giảm chú ý 4%
- Phạm Danh Hoàng (2015): Vĩnh Long (tiểu học) 7,7%
- Trần Tiến Thịnh (2016): Thái Nguyên (tiểu học) 3,24%

ADHD diễn tiến suốt đời

ADHD symptoms/impairment



Late-Onset ADHD Reconsidered With Comprehensive Repeated Assessments Between Ages 10 and 25

Margaret H. Sibley, Ph.D., Luis A. Rohde, M.D., James M. Swanson, Ph.D., Lily T. Hechtman, M.D., Brooke S.G. Molina, Ph.D., John T. Mitchell, Ph.D., L. Eugene Arnold, M.D., Arthur Caye, Traci M. Kennedy, Ph.D., Arunima Roy, Ph.D., Annamare Stehli, M.P.H., for the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) Cooperative Group

Objective: Adolescents and young adults without childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) often present to clinics seeking stimulant medication for late-onset ADHD symptoms. Recent birth-cohort studies support the notion of late-onset ADHD, but these investigations are limited by relying on screening instruments to assess ADHD, not considering alternative causes of symptoms, or failing to obtain complete psychiatric histories. The authors address these limitations by examining psychiatric assessments administered longitudinally to the local normative comparison group of the Multimodal Treatment Study of ADHD.

Method: Individuals without childhood ADHD (N=239) were administered eight assessments from comparison baseline (mean age=9.89 years) to young adulthood (mean age=24.40 years). Diagnostic procedures utilized parent, teacher, and self-reports of ADHD symptoms, impairment, substance use, and other mental disorders, with consideration of symptom context and timing.

Results: Approximately 95% of individuals who initially screened positive on symptom checklists were excluded from late-onset ADHD diagnosis. Among individuals with impairing late-onset ADHD symptoms, the most common reason for diagnostic exclusion was symptoms or impairment occurring exclusively in the context of heavy substance use. Most late-onset cases displayed onset in adolescence and an adolescence-limited presentation. There was no evidence for adult-onset ADHD independent of a complex psychiatric history.

Conclusions: Individuals seeking treatment for late-onset ADHD may be valid cases; however, more commonly, symptoms represent nonimpairing cognitive fluctuations, a comorbid disorder, or the cognitive effects of substance use. False positive late-onset ADHD cases are common without careful assessment. Clinicians should carefully assess impairment, psychiatric history, and substance use before treating potential late-onset cases.

Am J Psychiatry 2018; 175:140-149; doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17050926

In recent years, an influx of adolescents and young adults without documented childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) have presented to clinics with complaints of inattention and/or hyperactivity/impulsivity symptoms, often inquiring about stimulant medication (1-3). It remains unclear whether this trend is driven by typically developing individuals seeking stimulant medication for cognitive enhancement or by individuals with late-onset ADHD that warrants medical treatment. Recent birth cohort studies support the phenomenon of late-onset ADHD, reporting a 2.5%-10.7% prevalence for a form of ADHD that first emerges in adolescence or adulthood (4-7). These studies claim that most adult ADHD cases (67.5%-90.0%) do not involve the experience of symptom onset in childhood. This claim is contrary to decades of

research characterizing ADHD as a chronic neurodevelopmental disorder with symptoms that appear before age 12 (8-11). The authors speculate that late-onset ADHD may appear spontaneously, but critics suggest that these cases may also represent individuals with undetected childhood symptoms (i.e., late-identified rather than late-onset) (12-14).

Critics also suggest that late-onset ADHD prevalence may be inflated by methodological artifacts, such as reliance on ADHD screening instruments, inability to detect symptoms that emerged in long gaps between assessments, a false-positive paradox, and failure to consider other mental disorders, health problems, or substance abuse as the source of symptoms (12-14). If many late-onset cases are false positives, this may misinform the field's understanding of ADHD as a

BỆNH NGUYÊN

Yếu tố Di truyền

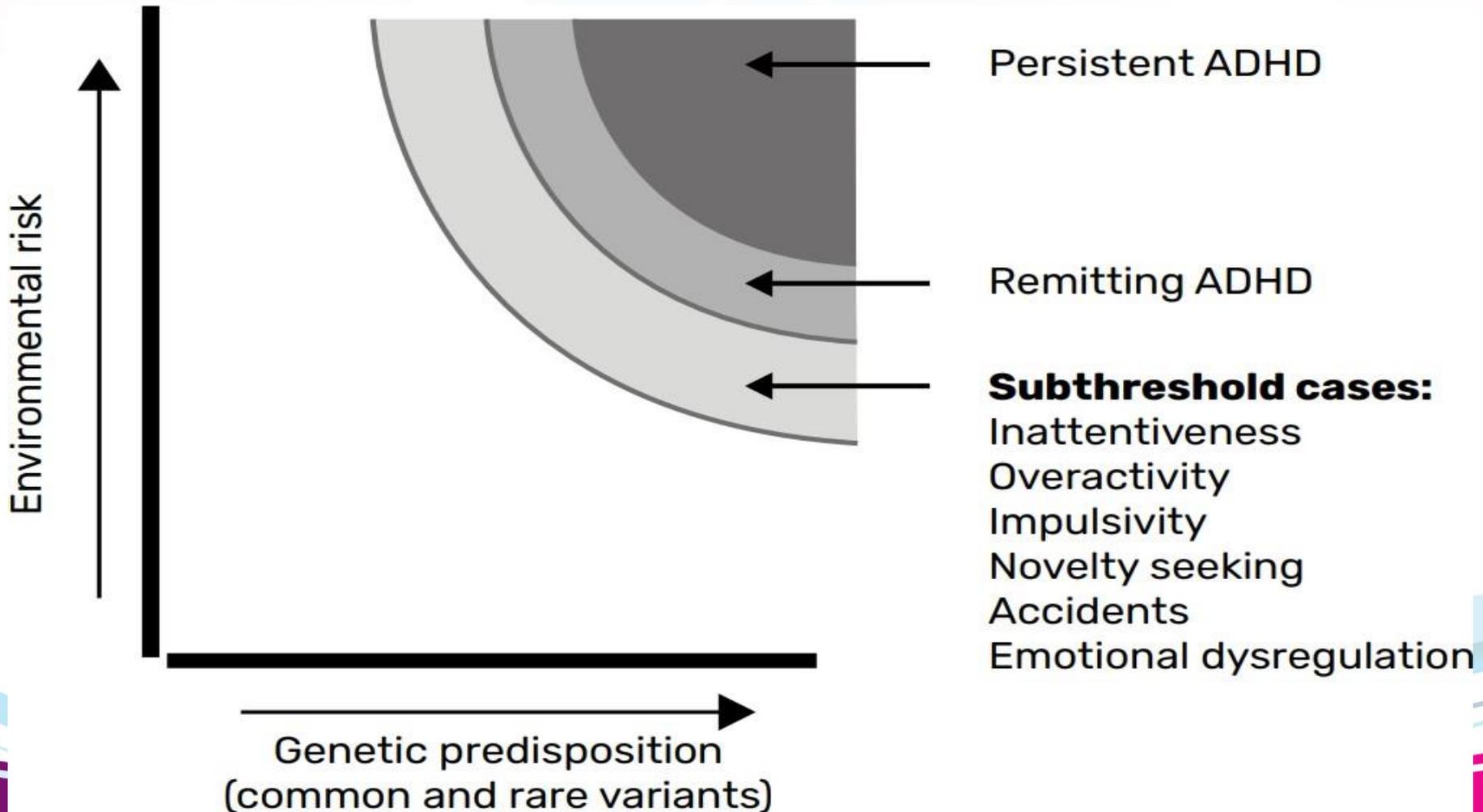
- RL có tính chất gia đình; người thân thế hệ thứ nhất của BN có nguy cơ phát triển ADHD tăng gấp 5 đến 10 lần khi so sánh với dân số chung. Nghiên cứu song sinh đã chứng minh hệ số di truyền từ 70% đến 80% ở cả trẻ em và người lớn (Thapar & Cooper, 2016; Posner và cộng sự, 2020).
- Một nghiên cứu lớn trên toàn bộ bộ gen, bao gồm 20.000 cá thể mắc và hơn 35.000 người không mắc ADHD đã tìm thấy ít nhất 12 locus khác nhau, với nhiều biến thể nguy cơ di truyền liên quan đến sự phát triển ADHD.

BỆNH NGUYÊN

Yếu tố Môi trường

- Tương tác giữa gen và môi trường có thể là cơ chế chính khiến các yếu tố môi trường làm tăng nguy cơ phát triển rối loạn.
- Di truyền biểu sinh (epigenetics)
- *Các yếu tố trước sinh và chu sinh*: nhẹ cân, sinh non, béo phì ở mẹ, tăng huyết áp, hút thuốc lá, rượu, thuốc được kê đơn (ví dụ: acetaminophen, valproate) và các chất cấm.
- *Các chất độc từ môi trường* (trong tử cung hoặc trong thời thơ ấu sớm): chì, thuốc trừ sâu organophosphate, và polychlorinated biphenyl
- *Thiếu hụt dinh dưỡng*: kẽm, magie, sắt, axit béo không bão hòa đa
- *Dư thừa dinh dưỡng*: đường, chất tạo màu thực phẩm nhân tạo, thực phẩm có lượng IgG thấp hoặc cao.
- *Yếu tố tâm lý xã hội*: thu nhập thấp, hoàn cảnh gia đình bất lợi, cách nuôi dạy.

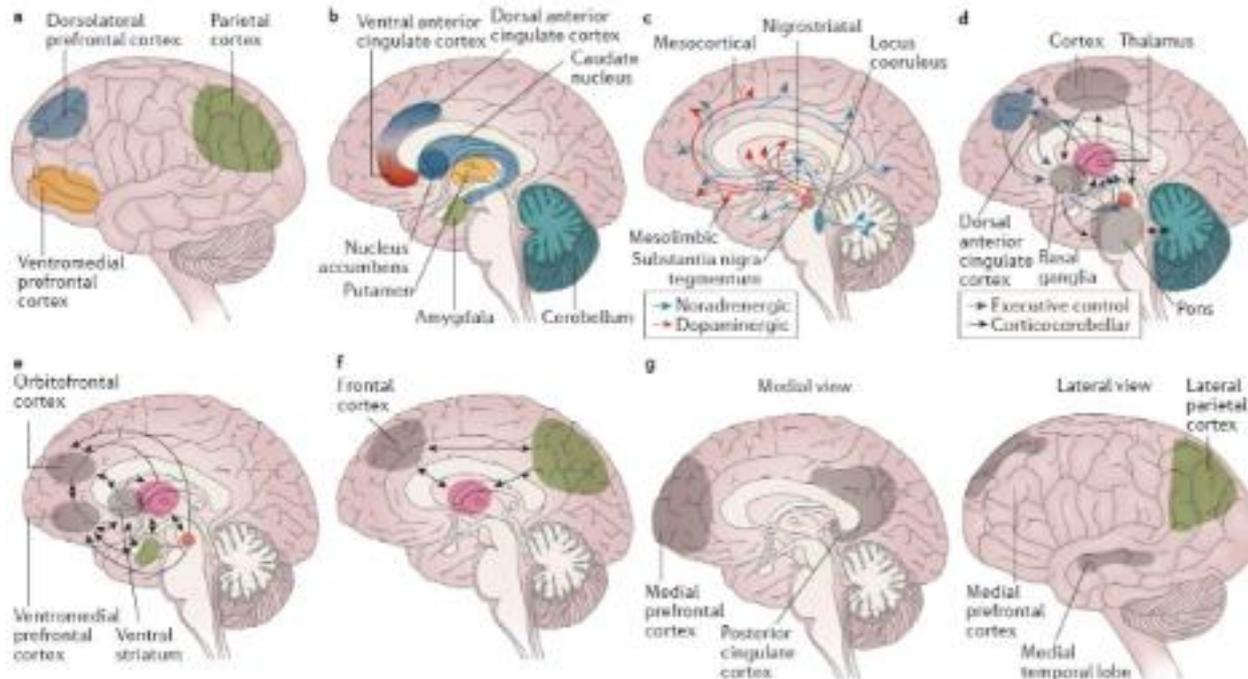
BỆNH NGUYÊN



SINH LÝ HỌC THẦN KINH ADHD

- **Bất thường chất dẫn truyền thần kinh**
 - ✓ Dopamine
 - ✓ Noradrenaline Serotonin
 - ✓ Histamine Glutamate
 - ✓ Nicotine-Acetylcholine
 - ✓ GABA
- **Bất thường trong kết nối hệ thống thần kinh**
 - ✓ Sự phát triển các sợi/tua tế bào thần kinh
 - ✓ Hệ thống nội mạc

Hình ảnh học TK cấu trúc và chức năng

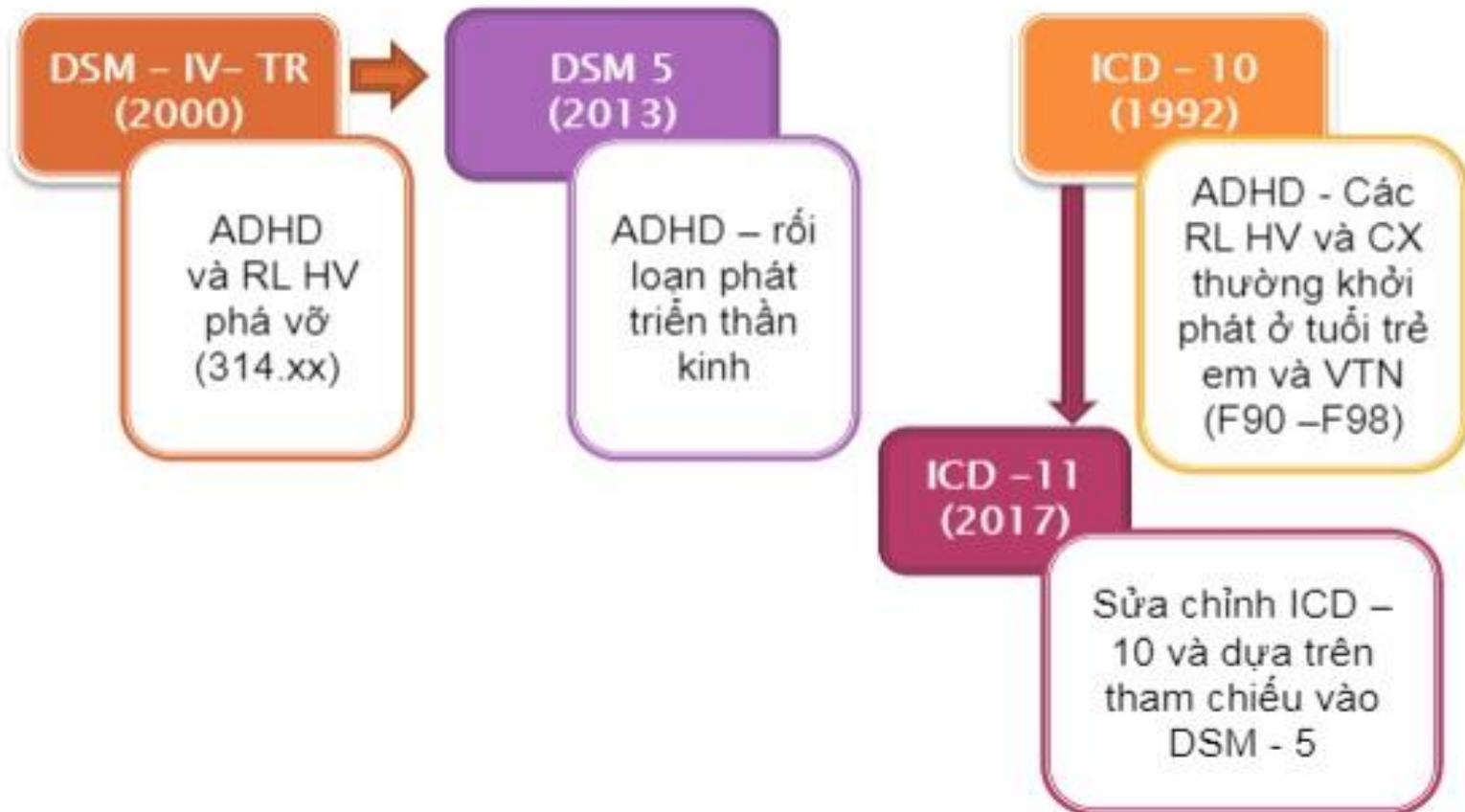


Những vùng não liên quan cơ chế thần kinh trong ADHD
 Sự thay đổi một cách nhất quán trong hạch nhân cơ bản và
 số lượng các vùng dưới vỏ
 (vùng chú ý ở mặt bụng và mạng lưới trán – thái dương)

Tâm lý học thần kinh

- Sự thiếu hụt trong kiểm chế hành vi gồm suy giảm trí nhớ công việc, sự chú ý duy trì, kiểm soát vận động và điều hoà cảm xúc. (Barkley, 1997)
- Khó khăn trong việc điều chỉnh sự thức tỉnh để đáp ứng với các hoàn cảnh môi trường.
 - > Lâm sàng: triệu chứng ADHD trầm trọng hơn khi thực hiện các công việc kéo dài và tẻ nhạt (Posner và CS, 2020).
- Suy giảm nhận thức: mối liên hệ giữa khả năng đọc và chỉ số IQ thấp với ADHD cũng như sự suy giảm lớn về năng lực học toán và chính tả. Frazier và CS(2004)

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN



Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM - 5

- Trong nhóm Rối loạn phát triển thần kinh
- Chẩn đoán:
 - ✓ 6 (5 với người lớn) trên 9 triệu chứng Kém tập trung/Tăng động-Xung động
 - ✓ Liên tục ít nhất 6 tháng
 - ✓ Nhiều hơn 1 môi trường
 - ✓ Trước 12 tuổi
 - ✓ Không giải thích được bằng rối loạn khác
 - ✓ Ảnh hưởng chức năng

Chẩn đoán theo DSM - 5



9 biểu hiện của Giảm chú ý

1. Thường xuyên khó tập trung cao đến các chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả.
2. Thường xuyên gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động
3. Thường xuyên dường như không chú ý nghe khi được nói/ đối thoại trực tiếp
4. Thường không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ ở trường hoặc nơi làm việc
5. Thường gặp khó khăn trong việc tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động
6. Thường né tránh, không thích hoặc không muốn tham gia vào các hoạt động đòi hỏi phải duy trì nỗ lực chú ý, trí tuệ...
7. Thường mất những thứ cần thiết cho công việc hoặc hoạt động (đồ chơi, bài tập được giao về nhà, bút, sách hay dụng cụ học tập)
8. Dễ bị sao nhãng bởi những kích thích bên ngoài, không liên quan
9. Thường hay quên trong các hoạt động hàng ngày

Chẩn đoán theo DSM - 5



9 biểu hiện của Tăng động – Xung động

1. Thường cựa quậy, cử động tay hoặc chân hay cựa quậy trên ghế ngồi
2. Thường rời khỏi chỗ ngồi trong các tình huống cần phải ngồi yên
3. Chạy/leo trèo quá mức trong các tình huống không phù hợp (ở VTN hoặc người lớn, có thể biểu hiện bồn chồn)
4. Thường không thể chơi hoặc tham gia vào các hoạt động giải trí một cách yên tĩnh
5. Thường xuyên trong trạng thái vận động di chuyển hoặc hoạt động liên tục “như được gắn động cơ”
6. Thường nói quá nhiều
7. Thường đưa ra câu trả lời trước khi nghe hết câu hỏi
8. Khó chờ đợi đến lượt mình trong các hoạt động lần lượt
9. Thường làm gián đoạn hay can thiệp vào các hoạt động của người khác

Thay đổi triệu chứng ADHD theo tuổi

	TRẺ TIỀN HỌC ĐƯỜNG	TRẺ TIỂU HỌC	THANH THIẾU NIÊN	NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH
Giám chú ý	<ul style="list-style-type: none"> Khoảng chơi ngắn (< 3 phút) Bỏ dở các hoạt động Không lắng nghe 	<ul style="list-style-type: none"> Các hoạt động ngắn (< 10 phút) Thay đổi hoạt động liên tục Dễ quên, thiếu tổ chức, dễ bị xao nhãng từ môi trường 	<ul style="list-style-type: none"> Ít kiên trì hơn so với bạn cùng tuổi (< 30 phút) Thiếu tập trung vào các chi tiết công việc Khó lập kế hoạch trước khi làm 	<ul style="list-style-type: none"> Không hoàn thành chi tiết công việc Quên các cuộc hẹn Thiếu tầm nhìn
Tăng động	<ul style="list-style-type: none"> “Phá phách quá mức” 	<ul style="list-style-type: none"> Bồn chồn trong tình huống cần bình tĩnh 	<ul style="list-style-type: none"> Ngo ngoạy 	<ul style="list-style-type: none"> Cảm giác bồn chồn
Xung động	<ul style="list-style-type: none"> Không lắng nghe Không cảm nhận được sự nguy hiểm 	<ul style="list-style-type: none"> Không chờ tới lượt, ngắt lời những trẻ khác và đưa ra câu trả lời Vì phạm quy định một cách thiếu suy nghĩ Làm phiền bạn, gặp tai nạn 	<ul style="list-style-type: none"> Khả năng kiểm soát kém Liều lĩnh, bất chấp hậu quả 	<ul style="list-style-type: none"> Tai nạn liên quan tới vận động và các tai nạn khác Ra quyết định sớm và thiếu khôn ngoan Thiếu kiên nhẫn

Phân loại



1

Thể giảm chú ý

30% - 40%

Đáp ứng tiêu chuẩn giảm chú ý nhưng không có xung động & tăng động



2

**Thể tăng động
xung động**

10%

Đáp ứng tiêu chuẩn xung động & tăng động nhưng không giảm chú ý

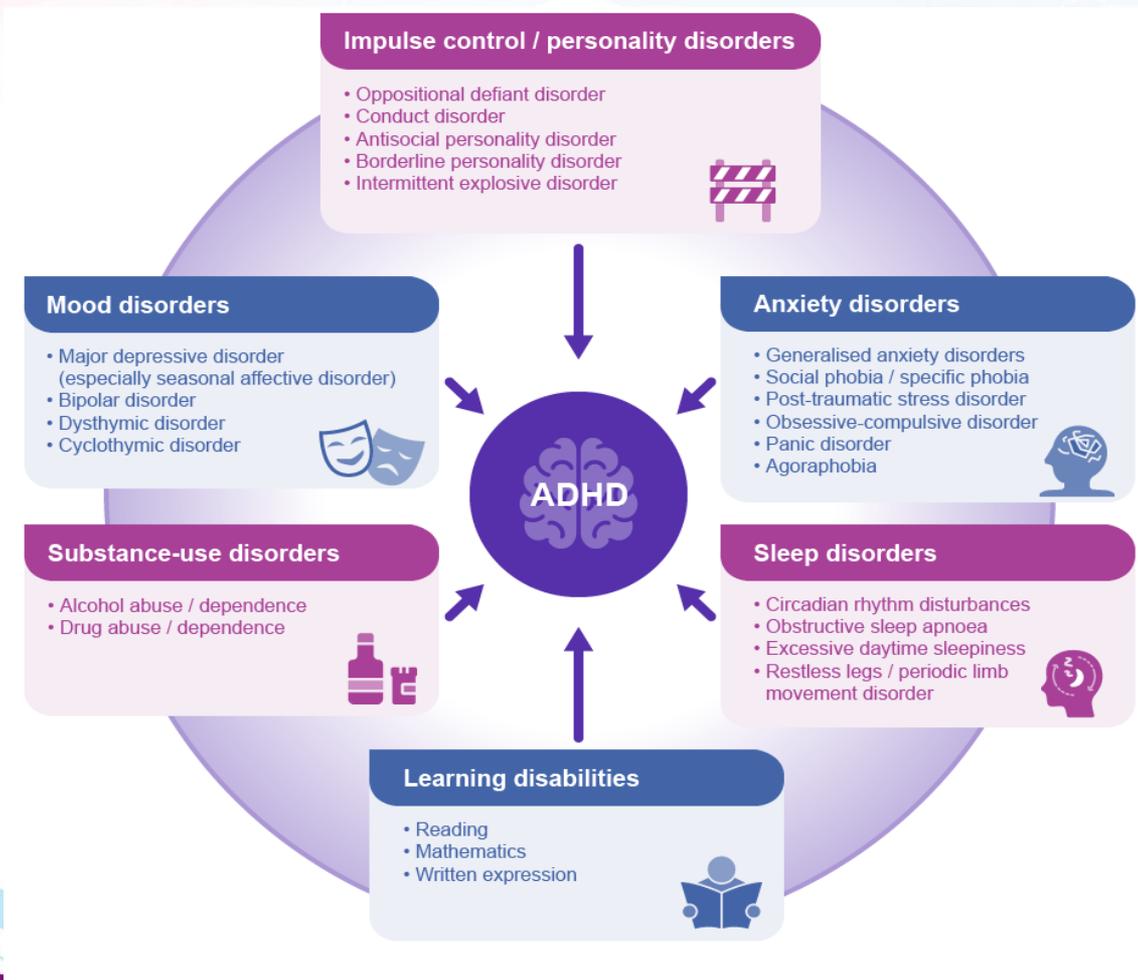


3

Thể phối hợp

50% - 60%

Đáp ứng tiêu chuẩn giảm chú ý và xung động tăng động



Hầu hết các trường hợp, ADHD không tồn tại đơn độc:

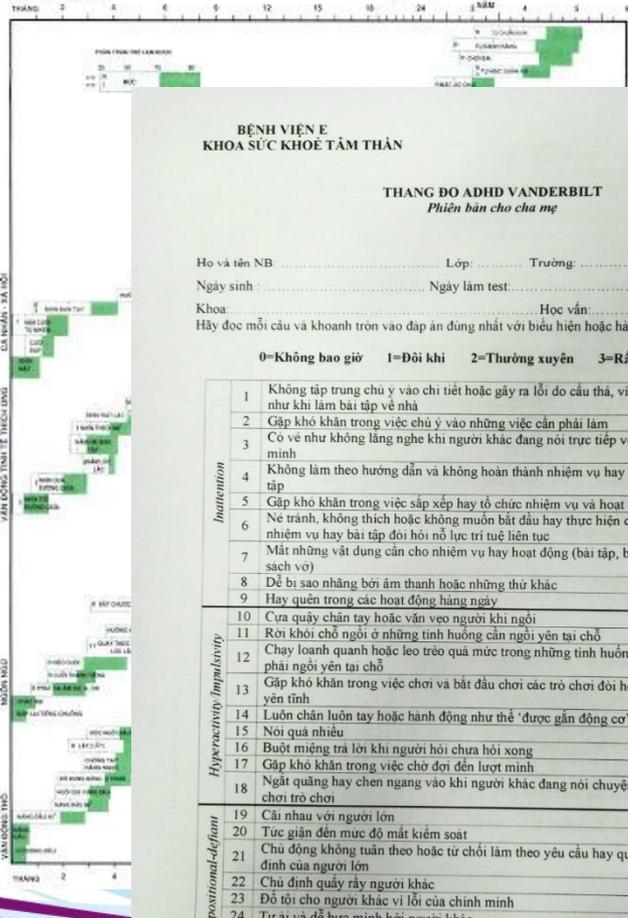
- 50–90% trẻ ADHD có ít nhất 1 RL đồng diễn
- Gần ½ số trẻ ADHD có ít nhất 2 RL đồng diễn
- 85% người lớn ADHD đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán 1 RL đồng diễn

Tỷ lệ các RLTT Đồng diễn với ADHD

RLTT	Trẻ em (2-12T)	Vị thành niên (13-18T)	Người trưởng thành (Trên 18T)
Các RL học tập	> 30%	> 30%	> 30%
RL phổ tự kỷ	11-30%	11-30%	11-30%
RL buồng bình chống đối	> 30%	11-30%	<10%
RL cư xử	11-30%	11-30%	11-30% (RLCĐXH)
Các RL Tíc	11-30%	11-30%	<10%
Lo âu	11-30%	11-30%	> 30%
Trầm cảm	<10%	11-30%	> 30%
RL CX lưỡng cực	<10%	<10%	11-30%
Sử dụng chất	<10%	11-30%	> 30%
RL nhân cách ranh giới		Chưa thống nhất	> 30%
RL ám ảnh cưỡng bức	<10%	<10%	11-30%

ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ

Denver II



BỆNH VIỆN E
KHOA SỨC KHỎE TÂM THẦN

Mã BA:.....
Mã HS:.....

THANG ĐO ADHD VANDERBILT
Phiên bản cho cha mẹ

Họ và tên NB Lớp: Trường:
Ngày sinh: Ngày làm test:
Khoa: Học vấn:
Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào đáp án đúng nhất với biểu hiện hoặc hành vi của con bạn.

0=Không bao giờ 1=Đôi khi 2=Thường xuyên 3=Rất thường xuyên

		0	1	2	3
Inattention	1 Không tập trung chú ý vào chi tiết hoặc gây ra lỗi do cấu trúc, ví dụ như khi làm bài tập về nhà	0	1	2	3
	2 Gặp khó khăn trong việc chú ý vào những việc cần phải làm	0	1	2	3
	3 Có vẻ như không lắng nghe khi người khác đang nói trực tiếp với mình	0	1	2	3
	4 Không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ hay bài tập	0	1	2	3
	5 Gặp khó khăn trong việc sắp xếp hay tổ chức nhiệm vụ và hoạt động	0	1	2	3
	6 Né tránh, không thích hoặc không muốn bắt đầu hay thực hiện các nhiệm vụ hay bài tập đòi hỏi nỗ lực trí tuệ liên tục	0	1	2	3
	7 Mất những vật dụng cần cho nhiệm vụ hay hoạt động (bài tập, bút, sách vở)	0	1	2	3
	8 Dễ bị sao nhãng bởi âm thanh hoặc những thứ khác	0	1	2	3
	9 Hay quên trong các hoạt động hằng ngày	0	1	2	3
Hyperactivity/Impulsivity	10 Cửa quầy chân tay hoặc vấn veo người khi ngồi	0	1	2	3
	11 Rời khỏi chỗ ngồi ở những tình huống cần ngồi yên tại chỗ	0	1	2	3
	12 Chạy quanh hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống cần phải ngồi yên tại chỗ	0	1	2	3
	13 Gặp khó khăn trong việc chơi và bắt đầu chơi các trò chơi đòi hỏi sự yên tĩnh	0	1	2	3
	14 Luôn chân luôn tay hoặc hành động như thể "được gắn động cơ"	0	1	2	3
	15 Nói quá nhiều	0	1	2	3
	16 Buột miệng trả lời khi người hỏi chưa hỏi xong	0	1	2	3
	17 Gặp khó khăn trong việc chờ đợi đến lượt mình	0	1	2	3
Oppositional-Defiant	18 Ngắt quãng hay chen ngang vào khi người khác đang nói chuyện hay chơi trò chơi	0	1	2	3
	19 Cãi nhau với người lớn	0	1	2	3
	20 Tức giận đến mức đỏ mặt kiểm soát	0	1	2	3
	21 Chủ động không tuân theo hoặc từ chối làm theo yêu cầu hay quy định của người lớn	0	1	2	3
	22 Chủ định quấy rầy người khác	0	1	2	3
	23 Đố tối cho người khác vì lỗi của chính mình	0	1	2	3
	24 Tự ái và dễ bực mình bởi người khác	0	1	2	3
	25 Tức giận hoặc chua cay	0	1	2	3

BỆNH VIỆN E
KHOA SỨC KHỎE TÂM THẦN

BẢNG HỎI SỬ DỤNG

Tuổi:
Chân đoan:
Y mỗi câu hỏi dưới đây, hãy đánh dấu X vào tình huống cao nhất của mình, ngay cả khi cháu không tuyệt đối vui và cảm xúc của mình trong 6 tháng qua.

NỘI DUNG

về cảm xúc (....4)
an phận là bị đau đầu, đau bụng hoặc bị ốm.
ều điều lo lắng, thường tỏ ra lo lắng.
ông được vui, buồn bã, mau nước mắt.
p, sợ sệt trong những tình huống mới, dễ mất tự tin.
hải, dễ hoảng sợ.

vi (.....3)
những cơn nổi cáu hoặc tức giận.
hung là ngoan, luôn làm những lời người lớn sai bảo.
g đánh nhau với những đứa trẻ khác hoặc la hét chúng.
ì dối, nói sai, lừa lọc.
ố đồ ở trường học, ở nhà, ở nơi khác.

.....(6)
tôn, quá hiểu đồng, không ở yên một chỗ được lâu.
ic bôn chôn hay lúc nào cũng bứt rứt.
nhằng, thiếu tập trung.
học suy nghĩ mọi chuyện trước khi làm.
hững công việc được giao từ đầu đến cuối, thời gian chờ

ibê (.....3)
i thủ một mình hoặc có xu hướng chơi một mình.
hất một bạn thân.
ung được những đứa trẻ khác thích.
ng trẻ khác trêu chọc hoặc bắt nạt.
đồng với người lớn.

hội (không tính điểm)
ìm đến cảm xúc của người khác.
ng chia sẻ với những trẻ khác (nhường quà, đồ chơi)
ở ai đó bị đau, buồn bực hay bị bệnh.
ới những trẻ nhỏ tuổi hơn.
nguyên giúp đỡ người khác (bố mẹ, thầy cô, bạn bè).

**KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN
RAVEN MÀU**

1947
Bộ A, AB và B
(Progressive Matrices 1947)



TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU TÂM LÝ TRẺ EM
HÀ NỘI - 1992

Hà Nội... ngày ... tháng ... năm 2021

Người đánh giá

Ảnh hưởng

Rối loạn hành vi



- o Có vấn đề trong học tập
- o Khó khăn trong tương tác xã hội
- o Có vấn đề về lòng tự trọng
- o Phạm pháp, nghiện ngập và tổn thương.



- o Thất bại trong sự nghiệp
- o Có vấn đề về lòng tự trọng
- o Có vấn đề trong các mối quan hệ
- o Tổn thương/ tai nạn
- o Nghiện



Tuổi trước đi học

Vị thành niên

Người lớn

Tuổi đi học

Tuổi học đại học



- o Rối loạn hành vi
- o Có vấn đề trong học tập
- o Khó khăn trong tương tác xã hội
- o Có vấn đề về lòng tự trọng



- o Thất bại trong học tập
- o Khó khăn về nghề nghiệp
- o Vấn đề về lòng tự trọng
- o Nghiện
- o Tổn thương/ tai nạn

Ảnh hưởng tới gia đình

Stress



Áp lực, tức giận, chán nản
Mắng, đánh phạt trẻ

Giúp trẻ kiểm soát triệu chứng và giảm biểu hiện
Tạo môi trường an toàn, khích lệ, động viên
Xây dựng bầu không khí bình yên trong gia đình

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

- Phỏng vấn phụ huynh: Quá trình phát triển, Môi trường gia đình, yếu tố thuận lợi – nguy cơ, Điểm mạnh - Khó khăn
- Phỏng vấn trẻ
- Thông tin từ trường
- Quan sát, đánh giá lâm sàng: Khám tổng quát
- Thực hiện đánh giá tâm lý
- Trao đổi nhóm chuyên môn

CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định
 - Chẩn đoán mức độ bệnh
 - Chẩn đoán nguyên nhân và yếu tố nguy cơ
 - Chẩn đoán các rối loạn đồng diễn
- > Phương hướng tiếp cận điều trị và can thiệp.

PHÂN BIỆT TĂNG ĐỘNG VÀ HIẾU ĐỘNG

Trẻ tăng động giảm chú ý (ADHD)



Hoạt động liên tục ở mọi nơi



Không tập trung chú ý trong mọi hoạt động



Dễ bị kích thích với âm thanh



Chậm nhận thức và ngôn ngữ



Rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu



Độ tuổi phát hiện:
4 tuổi

Trẻ hiếu động bình thường



Chỉ hoạt động liên tục ở nơi quen thuộc



Cái gì thích sẽ rất tập trung



Không bị kích thích bởi xung quanh như tiếng ồn



Không chậm phát triển ngôn ngữ hay trí tuệ



Không rối loạn giấc ngủ



Độ tuổi phát hiện sớm:
từ khi biết đi



Những điều bố mẹ nên làm



Khám để được
chẩn đoán chính xác



Dùng thuốc
theo chỉ định của bác sĩ

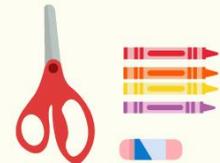


Đặt ra các giới hạn

Không đụng vào điện

Không đánh người khác

Tự thu dọn đồ chơi



Chơi các trò vận động tinh
để tập trung tốt hơn



Kết hợp tập tâm vận động
(tâm lý)



Chế độ ăn giảm đường,
đạm động vật



Khen phạt hợp lý

Bắt bé đứng yên
vài phút, giơ tay lên
trời, tự dọn đồ chơi
mình ném



Thưởng/phạt hợp lý
để thay đổi hành vi ở trẻ



Chia nhỏ nhiệm vụ để trẻ
dễ hoàn thành hơn



Vận động
ngoài trời

KẾT LUẬN

- ADHD rối loạn về chức năng thần kinh khởi phát từ tuổi trẻ em. Tỷ lệ mắc cao, diễn tiến kéo dài tới tuổi trưởng thành.
- Nguyên nhân có mối tương tác giữa gen và môi trường chặt chẽ
- Gây hậu quả tới bản thân trẻ, gia đình và xã hội lâu dài
- Triệu chứng đa dạng, phong phú với 3 thể chính và tỷ lệ bệnh lý đồng diễn cao
- Thay đổi chẩn đoán nhấn mạnh tới vai trò của chức năng và cần chẩn đoán nhiều yếu tố đi kèm
- Điều trị có nhiều phương pháp đã được nghiên cứu: phối hợp dùng thuốc và không dùng thuốc
- Đội ngũ chuyên môn: nhóm đa ngành phối hợp điều trị mang lại hiệu quả và lợi ích tốt nhất cho trẻ và gia đình.



E
Hospital



TAMENPHVN