

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC ĐỐI VỚI RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

Phiên bản tiếng Việt

Hiệu đính: Phạm Minh Triết

Người dịch: Nguyễn Thuý Anh, Trần Kim Phú

**Maite Ferrin, Edmund Sonuga-Barke, David Daley,
Marina Danckaerts, Saskia van der Oord, Jan K. Buitelaar**



Áo thuật với lá bài. John George Brown. Joslyn Art Museum, Omaha, NE, US

TS BS. Maite Ferrin
Phòng Thí Nghiệm Não-
Hành vi Phát triển,
Khoa Tâm Lý, Đại Học
Southampton, Vương
Quốc Anh & Bệnh viện
Huntercombe, Maidenhead,
Vương Quốc Anh

Xung đột lợi ích: đã tham
gia trong “Meeting of Minds
VII”, Stockholm 2015, tài trợ
bởi Shire

TS. Edmund Sonuga-
Barke

Phòng thí nghiệm Não-Hành
vi Phát triển, Khoa Tâm
Lý, Đại Học Southampton,
Vương Quốc Anh & Khoa
Tâm Lý Sức Khỏe & Lâm
Sàng Thực Nghiệm, Đại Học
Ghent, Bỉ

Xung đột lợi ích: Công Ty
Dược Phẩm Shire (chỉ phí
cho báo cáo viên, quỹ dành
cho sự tham vấn, thành viên

Ấn phẩm này hướng tới đối tượng các chuyên gia đào tạo hoặc thực hành trong lĩnh vực Sức khỏe tâm thần và không dành cho cộng đồng nói chung. Ý kiến của các tác giả đưa ra không nhất thiết phải thể hiện quan điểm của Biên tập viên hoặc IACAPAP. Ấn phẩm cung cấp các phương pháp điều trị và thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng khoa học có sẵn tại thời điểm viết sách theo đánh giá của các tác giả và có thể thay đổi so với kết quả của những nghiên cứu mới sau này. Độc giả nên áp dụng kiến thức này cho bệnh nhân theo hướng dẫn và luật pháp của quốc gia đang hành nghề. Một số quốc gia có thể không có đầy đủ các loại thuốc cũng như liều lượng và tác dụng không mong muốn được đề cập đến vì vậy độc giả nên tham khảo thông tin thuốc cụ thể. Chúng tôi có bổ sung thông tin về một số tổ chức, ấn phẩm và trang web được trích dẫn hoặc liên kết để minh họa cho các vấn đề. Điều này không có nghĩa là các tác giả, biên tập viên hoặc IACAPAP tán thành các nội dung đó, người đọc cần đánh giá nghiêm túc các khuyến nghị trên. Trang web cũng có thể đã bị thay đổi hoặc không còn tồn tại.

© IACAPAP 2016. Đây là ấn phẩm truy cập mở theo Giấy phép của tổ chức phi lợi nhuận Creative Commons Attribution. Bất cứ hình thức sử dụng, phát hành và tái bản trong bất kỳ phương tiện được cấp phép nào mà không có sự cho phép trước của tác giả cần đảm bảo điều kiện ấn phẩm gốc được trích dẫn chính xác và sử dụng mang tính chất phi lợi nhuận

Gợi ý trích dẫn: Ferrin M, Sonuga-Barke E, Daley D, Danckaerts M, van der Oord S, Buitelaar JK. Non-pharmacologic treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (phiên bản tiếng Việt; Phạm Minh Triết, Nguyễn Thị Huệ, Trần Kim Phú, eds). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

Chương này là một phần bổ sung và nên được đọc cùng với **Chương D.1** trong sách giáo khoa của IACAPAP. Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)) là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất ở trẻ em, tỷ lệ mắc ước tính trên các trẻ ở độ tuổi đến trường khoảng 5%. Các triệu chứng chính bao gồm giảm chú ý và/hoặc tăng hoạt động/bốc đồng (American Psychiatric Association-Hiệp hội Tâm Thần Học Mỹ, 2013). ADHD thường tiến triển mạn tính, lên tới 65% các trường hợp bị ảnh hưởng có triệu chứng suy giảm chức năng trong suốt giai đoạn trưởng thành (Faraone và cộng sự, 2006). ADHD liên quan chặt chẽ với cả các rối loạn đồng diễn hướng ngoại (rối loạn thách thức chống đối - oppositional defiant disorder, rối loạn cư xử - conduct disorder) và hướng nội (trầm cảm, lo âu). ADHD ảnh hưởng đến chức năng của nhiều lĩnh vực khác nhau của cuộc sống bao gồm: năng lực học tập và làm việc, quan hệ xã hội và các tương tác gia đình (Faraone và cộng sự, 2006).

Dưới các ảnh hưởng và gánh nặng của ADHD, nhiều nỗ lực đáng kể đã được định hướng nhằm phát triển các biện pháp điều trị hiệu quả. Các điều trị đa mô hình, tiếp cận theo hướng kết hợp giữa hóa dược và tâm lý, hiện đang được khuyến cáo (National Institute of Health and Clinical Excellence-Viện Sức khỏe và Lâm sàng Quốc gia, 2008). Các thuốc điều trị ADHD, như thuốc kích thích thần kinh (stimulants) (methyphenidate, d-amphetemine) và không kích thích thần kinh (non-stimulants) (atomoxetine, guanfacine) cho thấy có hiệu quả ngắn hạn và trung hạn trong các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng liên quan tới các triệu chứng cốt lõi, bệnh lý đồng diễn hướng ngoại và chức năng hàng ngày. (Faraone và Buitelaar, 2010; Banaschewski và cộng sự, 2013). Thuốc có thể hạn chế sự suy giảm chức năng thần kinh-tâm lý (neuropsychological impairment): chức năng điều hành (executive functions), trí nhớ điều hành (executive memory) và trí nhớ không điều hành (non-executive memory), thời gian phản ứng (reaction time), biến thiên thời gian phản ứng (reaction time variability), ức chế phản xạ (response inhibition), phần thưởng trì hoãn (delayed reward), và động cơ bên trong (intrinsic motivation) (Ni và cộng sự, 2013; Coghill và cộng sự, 2013).

Mặc dù liệu pháp hóa dược đã được chứng minh mang lại hiệu quả ngắn hạn, việc điều trị theo phương pháp này vẫn còn một vài giới hạn. Bao gồm (Sonuga-Barke và cộng sự, 2013):

- Có tỷ lệ đáp ứng một phần hoặc không đáp ứng trong các ca được điều trị
- Các tác dụng không mong muốn
- Không chắc chắn về lợi ích lâu dài và chi phí điều trị
- Tuân thủ điều trị kém và
- Thái độ tiêu cực của bệnh nhân, cha mẹ hoặc những nhà thực hành lâm sàng đối với thuốc.

Những hạn chế của liệu pháp hóa dược hiện tại đã đặt ra yêu cầu phát triển các can thiệp không dùng thuốc hiệu quả, cho phép cải thiện ngắn hạn và dài hạn các triệu chứng cốt lõi, các suy giảm chức năng thần kinh - tâm lý, hay nói theo cách bao quát hơn là cải thiện các chức năng bị suy giảm. (Graham và cộng sự, 2011; Cortese và cộng sự, 2013). Ngày nay, có rất nhiều biện pháp can thiệp không dùng thuốc có thể được sử dụng để điều trị ADHD, bao gồm: các

ban cố vấn, tham dự hội nghị và hỗ trợ nghiên cứu) ; Janssen Cilag (chi phí cho báo cáo viên). Các khoản tài trợ từ MRC, ESRC, Wellcome Trust, Solent NHS Trust, Liên Minh Châu Âu, Quỹ Nghiên Cứu Sức Khỏe Trẻ em New Zealand, NIHR, Quỹ Nuffield, Fonds Wetenschappelijk Onderzoek – Vlaanderen (FWO)

David Daley

Đơn Vị Tâm Thần và Tâm Lý Học Ứng Dụng, Khoa Y Trường Đại Học Nottingham, Vương Quốc Anh & Viện Sức Khỏe Tâm Thần, Đại Học Nottingham, Vương Quốc Anh

Xung đột lợi ích: đã cung cấp các buổi nói chuyện giáo dục cho Eli Lilly và Shire; đã tham gia ban cố vấn Eli Lilly; đã nhận hỗ trợ đi lại liên quan đến giáo dục từ Eli Lilly, Shire và HP Pharma; đã nhận tài trợ nghiên cứu từ Shire; đã nhận tiền bản quyền từ việc bán sách "Step by Step Help for Parents of Children with ADHD"

TS BS. Marina Danckaerts

Khoa Tâm Thần Trẻ Em và Trẻ Vị Thành Niên, Trung Tâm Tâm Thần Đại Học KU Leuven, Bỉ & Khoa Khoa Học Thần Kinh, KU Leuven, Bỉ.

Xung đột lợi ích: đã là thành viên của ban cố vấn Shire và NeuroTech Solutions và là một báo cáo viên cho Shire, Medici and Novartis (không có sản phẩm liên quan đến bài giảng) trong vòng 3 năm trước đây. Trong thời gian đó, bà đã nhận tài trợ nghiên cứu từ Janssen-Cilag, Shire, EU, FWO và KU Leuven

TS. Saskia van der Oord
Tâm Lý Học Lâm Sàng, Tâm Lý Học & Khoa Học Giáo Dục, KU Leuven, Bỉ

Tâm Lý Học Phát Triển, Đại Học Amsterdam, Hà Lan

Xung đột lợi ích: từng là một báo cáo viên có trả phí (Shire, MEDICE) và là nhà tham vấn (Janssen Cilag). Đồng Tác Giả/Nhà Phát Triển của trò chơi huấn luyện nhận thức "Braingame Brian" và hai phương pháp điều trị nhận thức - hành vi

điều trị tâm lý và chế độ ăn. Một vài nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp đã góp phần chỉ ra tính hiệu quả của các phương pháp này. Tuy nhiên, một số các nghiên cứu trên có nhiều thiếu sót rõ rệt về phương pháp nghiên cứu (thiết kế nghiên cứu không ngẫu nhiên, mẫu quần thể không mắc ADHD, hoặc đầu ra không mắc ADHD) dẫn đến những kết luận rút ra không rõ ràng. (Arns và cộng sự, 2009; Fabiano và cộng sự, 2009; Bloch & Qawasmi, 2011; Nigg và cộng sự, 2012).

Trong chương này, chúng tôi mô tả các phương pháp điều trị không dùng thuốc phổ biến; nguyên lý, cách phân phối, các bằng chứng hiệu quả; các cân nhắc lâm sàng, các hướng nghiên cứu và thực hành trong tương lai. Cần lưu ý rằng các thông tin đề cập dưới đây của chúng tôi không nhằm đưa ra khuyến cáo sử dụng các phương pháp này.

CHẾ ĐỘ ĂN LOẠI BỎ VÀ CÁC THỰC PHẨM BỔ SUNG (EXCLUSION DIETS AND DIETARY SUPPLEMENTS)

Ngày càng có nhiều sự quan tâm về mối liên hệ giữa lối sống, chế độ ăn và sức khỏe tâm thần. Ví dụ, báo cáo từ một nghiên cứu theo dõi dọc từ lúc sinh đã chỉ ra mối liên hệ mật thiết giữa mô hình ăn uống kiểu “phương Tây” (“Western” dietary pattern) - giàu chất béo, đường tinh luyện, muối, và ít chất xơ, folate và các acid béo Omega-3 với ADHD (Howard và cộng sự, 2011). Trong phần này, tác giả tập trung vào 4 can thiệp chế độ ăn và liên hệ lâm sàng của chúng với ADHD bao gồm: chế độ ăn loại bỏ các chất màu nhân tạo và chất bảo quản thực phẩm (exclusion of artificial colors and preservatives); chế độ ăn loại bỏ nghiêm ngặt/ chế độ ăn không chứa chất sinh kháng nguyên (restrictive elimination diets/ oligo-antigenic diets); chế độ ăn bổ sung axit béo omega-3 (supplementation with omega-3 fatty acids); chế độ ăn bổ sung vitamin và vi chất (supplementation with vitamins and micronutrients).

CHẤT MÀU NHÂN TẠO VÀ CHẤT BẢO QUẢN

Feingold là người đầu tiên gợi ý rằng dị ứng với các chất phụ gia màu thực phẩm, hương vị tổng hợp, và các chất bảo quản thực phẩm có thể làm tăng triệu chứng ADHD (Feingold, 1985). Kết luận này được đưa ra dựa trên quan sát của ông ở một vài bệnh nhân: Salicylate không chỉ gây ra hen hoặc eczema mà còn làm tăng phản ứng hành vi như sự gia tăng hành vi tăng động. Vì vậy, ông đã gợi ý về một chế độ ăn không chứa các salicylate tự nhiên, các chất màu và hương vị tổng hợp. Cơ chế được giải thích là do phản ứng dị ứng hoặc nhạy cảm quá mức với salicylates và các chất liên quan.

Cung ứng Điều trị và Điều trị Hiện có

Chương trình của Feingold là một kiểu chế độ ăn loại bỏ trong đó các thực phẩm có chứa một số chất phụ gia nhất định được thay thế bằng các thực phẩm không chứa các chất này. Khi chương trình bắt đầu, một vài loại thực phẩm và các sản phẩm không phải thực phẩm có chứa chất hóa học tương tự aspirin được gọi là salicylates được loại bỏ, sau đó được kiểm tra sự dung nạp. Các loại thức ăn này bao gồm:

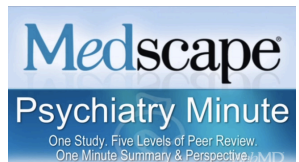
“Plan my Life” và “Solution Focused Treatment”. Các khoản tài trợ nhận được từ ZonMW, FWO (G.0738.14), Kinderpostzegels, Hội Đồng Nghiên Cứu KU Leuven (OT/12/096), Achmea, Nuts-Ohra

TS BS. Jan K. Buitelaar

Khoa Khoa Học Thần Kinh Nhận Thức, Viện Donders về Não Bộ, Nhận Thức Và Hành Vi, Trung Tâm Y Khoa Đại Học Radboud và Trung Tâm Đại Học Tâm Thần Trẻ Em và Trẻ Vị Thành Niên Karakter, Nijmegen, Hà Lan

Xung đột lợi ích: đã từng là cố vấn cho/thành viên ban cố vấn và/hoặc là báo cáo viên cho Janssen Cilag, Medicew, Shire và Servier trong 3 năm qua. Đã nhận các khoản tài trợ nghiên cứu từ Tổ Chức Nghiên Cứu Khoa Học Hà Lan (NWO), ZorgOnderzoek Nederland (ZonMW), Liên Minh Châu Âu và NIMH

Lời cảm ơn:
Chúng tôi cảm ơn toàn bộ các thành viên của EAGG (Nhóm Phác Đồ ADHD Châu Âu) đã đóng góp ý kiến.



Nhấn vào hình ảnh để xem một tóm tắt ngắn gọn về phân tích tổng hợp các phương pháp điều trị ADHD không dùng thuốc của Sonuga-Barke và cs (2013)

- Bạn có câu hỏi nào không?
- Có bình luận nào không?

Nhấn vào đây để đến trang Facebook của cuốn sách, chia sẻ những quan điểm của bạn về chương sách với các độc giả khác, đặt câu hỏi với tác giả, hoặc bày tỏ quan điểm

**HỆ THỐNG ĐÁNH SỐ QUỐC TẾ CHO CÁC CHẤT PHỤ GIA
(THE INTERNATIONAL NUMBERING SYSTEM FOR FOOD ADDITIVES)
(INS)**

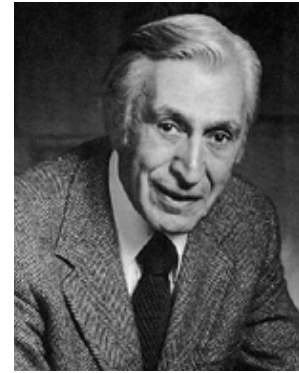
Đây là hệ thống đánh số Châu Âu dành cho các chất phụ gia thực phẩm nhằm cung cấp một kí hiệu ngắn thay cho một tên chất hóa học dài. Hệ thống này được định nghĩa bởi Codex Alimentarius thuộc tổ chức Tiêu chuẩn Thực Phẩm Quốc Tế. Thông tin này được xuất bản trong tài liệu “Phân loại tên và Hệ thống đánh số quốc tế các chất phụ gia thực phẩm” ([Class Names and the International Numbering System for Food Additives](#)). INS là một danh sách mở, bao gồm việc thêm vào các chất phụ gia hoặc loại bỏ đi chất hiện có. Số INS bao gồm 3 đến 4 ký tự. Tại Liên Minh Châu Âu, các chất phụ gia thực phẩm đã được cấp phép in trên bao bì đóng gói bằng tiếp đầu ngữ E. Úc và New Zealand không sử dụng tiếp đầu ngữ. Nhìn chung, các số INS tương ứng với các số đứng sau ký tự E cho cùng một hợp chất (VD, INS 102 (tartrazine) cũng là E102). Các số INS không phải là duy nhất, và trên thực tế, một số có thể được gán cho một nhóm các hợp chất giống nhau. Mỹ không sử dụng hệ thống đánh số INS (Wikipedia).

- Chất tạo màu nhân tạo (các thuốc nhuộm hóa dầu)
- Hương vị nhân tạo và các chất tạo mùi
- Một số chất bảo quản
- Các chất tạo ngọt nhân tạo
- Các thực phẩm và sản phẩm chứa salicylate.

Ban đầu, chế độ ăn trên được dùng như là một công cụ chẩn đoán để xác định xem có sản phẩm nào trong danh sách loại bỏ trên gây ra một vài hoặc tất cả các vấn đề quan sát được. Khi thành công, người ta có thể tiếp tục sử dụng chế độ ăn như một phương pháp điều trị và có thể kết hợp với các phương pháp điều trị thuốc khác.

Hiệu quả

Một phân tích gộp dựa trên 20 nghiên cứu về chế độ ăn hạn chế với 794 người tham gia, dựa trên các báo cáo của cha mẹ, cho thấy hệ số ảnh hưởng nhỏ (effective size) - 0,18; kết quả này giảm xuống còn 0.12 sau khi cân nhắc các sai số xuất bản (publication bias) (Nigg và cộng sự, 2012). Hiệu quả dựa trên các báo cáo của giáo viên và các đo lường của người quan sát là không đáng kể (Nigg và cộng sự, 2012). Khoảng 8% trẻ ADHD được đánh giá có triệu chứng liên quan tới chất màu thực phẩm. Một phân tích gộp từ 8 nghiên cứu khác với 294 người tham gia đã chỉ ra hệ số ảnh hưởng tương tự (0.32 đến 0.42 phụ thuộc vào người cung cấp thông tin). Tuy nhiên, hệ số ảnh hưởng trở nên không có ý nghĩa khi các phân tích chỉ giới hạn ở một vài nghiên cứu không



Benjamin F Feingold (1899, 1982) là một bác sĩ nhi khoa người Mỹ. Ông đã đưa ra đề xuất rằng salicylates và các chất phụ gia thực phẩm như chất tạo màu, các hương vị tổng hợp có thể là nguyên nhân gây tăng hoạt động ở trẻ em. Loại bỏ các chất này khỏi thức ăn (chế độ ăn Feingold) có thể làm giảm triệu chứng tăng động.

Bảng D.1.1.1 Các chất bảo quản thực phẩm được loại bỏ khỏi chế độ ăn (www.feingold.com)

VIẾT TẮT	TÊN	E-NUMBER*
BHA	Butylated hydroxyanisole	E 320
BHT	Butylated hydroxytoluene	E 131
TBHQ	Tertiary butylhydroquinone	E 319

*Mã số của các chất phụ gia thực phẩm được cấp phép tại Liên Minh Châu Âu và Thụy Sĩ (xem trong hộp).

điều trị hoặc ít điều trị hóa dược đồng thời (Sonuga-Barke và cộng sự, 2013). Hiện không có các nghiên cứu dài hạn.

Ứng dụng Lâm sàng

Mặc dù vẫn có các cuộc tranh luận kéo dài về ảnh hưởng của màu thực phẩm và chất bảo quản lên triệu chứng ADHD, bằng chứng hiện có vẫn chưa đầy đủ. Hầu hết các nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, cơ chế cũng như yếu tố tiên lượng sự đáp ứng vẫn là ẩn số, các chất hóa học và liều lượng tác dụng trên lâm sàng chưa rõ ràng. Thêm vào đó, hệ số ảnh của phương pháp chế độ ăn loại bỏ đối với triệu chứng ADHD tương đối nhỏ, không đủ lớn để khẳng định là như một phương pháp điều trị đơn độc. Đây có thể là một phương pháp điều trị hỗ trợ có ích trong một vài trường hợp.

Quyết định để ứng dụng lâm sàng chế độ ăn này trên một vài cá nhân cụ thể nên được cân nhắc cẩn thận dựa trên những khó khăn và chi phí (khó áp dụng tại gia đình có một vài trẻ, đòi hỏi theo dõi chặt chẽ việc tuân thủ và bản thân chế độ ăn này có thể làm ảnh hưởng tiêu cực đến mối quan hệ giữa cha mẹ-trẻ, tìm kiếm các nguồn thực phẩm không có chất phụ gia đòi hỏi chi phí cao).

Định hướng Tương lai

- Cần các nghiên cứu chặt chẽ trên quy mô lớn về ảnh hưởng của chất tạo màu và các chất bảo quản thực phẩm lên triệu chứng ADHD, các hành vi liên quan như hung hăng, chống đối và cảm xúc không ổn định
- Mặc dù trên khía cạnh lâm sàng, hệ số ảnh hưởng của chế độ ăn loại bỏ là không đáng kể; nhưng trên góc nhìn của dân số chung, hệ thống chăm sóc sức khỏe, chính sách thực phẩm, con số này có thể có giá trị. Nghịch lý phòng ngừa (prevention paradox) phát biểu rằng, nếu hầu hết các trường hợp là các cá nhân có nguy cơ thấp và có một hiệu ứng bảo vệ tương đối nhỏ trên một quần thể dân số rộng lớn, có thể làm giảm số ca mắc bệnh nhiều hơn so với một can thiệp trên các ca lâm sàng hoặc các cá nhân có nguy cơ cao (Rose, 1981)

CHẾ ĐỘ ĂN LOẠI BỎ NGHIÊM NGẶT HOẶC

CHẾ ĐỘ ĂN KHÔNG CÓ KHÁNG NGUYÊN

(RESTRICTIVE ELIMINATION OR OLIGOANTIGENIC DIETS)

Các phản ứng bất lợi của cơ thể (eczema, hen, viêm mũi dị ứng và vấn đề về tiêu hóa) đối với một số thức ăn đã dẫn đến giả thuyết về sự ảnh hưởng của một loại thức ăn nhất định đối với não bộ, từ đó tạo ra những tác động bất lợi lên hành vi. Trong chế độ ăn không có kháng nguyên, sự chú ý tập trung vào thực phẩm thay vì chất tạo màu hoặc chất bảo quản, thực phẩm có thể kích hoạt những triệu chứng ADHD bằng cách đóng vai trò như những kháng nguyên thực phẩm hoặc dị nguyên. Các thực phẩm thường gây dị ứng bao gồm: sữa bò, phomai, trứng, sôcôla, các loại hạt. Vì vậy, xây dựng chế độ ăn loại bỏ nghiêm ngặt hoặc chế độ ăn loại bỏ kháng nguyên riêng biệt cho từng cá nhân có thể là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với ADHD (Nigg và cộng sự, 2012; Pelsser và cộng sự, 2011).

Dị ứng thức ăn điển hình là phản ứng của cơ thể đối với thức ăn, có sự tham gia của các kháng thể đặc hiệu (ví dụ IgE). Giả thuyết được đưa ra rằng, trong các phản ứng với thức ăn không qua trung gian IgE, xác định sự hiện diện của IgG có thể là một phương pháp hỗ trợ hữu ích, và các xét nghiệm IgG trong máu được tiến hành rộng rãi nhằm đánh giá mối quan hệ giữa thức ăn và triệu chứng ADHD, đặc biệt trong các môi trường y học bổ sung (Complementary Medicine Settings). Theo giả thuyết IgG-ADHD, ăn các loại thức ăn liên quan với nồng độ cao IgG có thể dẫn đến suy giảm hành vi rõ rệt, trong khi các thức ăn liên quan với nồng độ IgG thấp có thể không gây ra vấn đề này. Tuy nhiên, giá trị của các xét nghiệm này vẫn còn thiếu bằng chứng. Thêm vào đó, trong một nghiên cứu về chế độ ăn loại bỏ nghiêm ngặt, sự xấu đi của các triệu chứng ADHD xuất hiện độc lập với nồng độ IgG trong một vài loại thực phẩm trên, vì vậy vai trò của cơ chế thông qua trung gian IgG bị nghi ngờ (Pelsser và cộng sự, 2011).

Cung ứng Điều trị và Điều trị Hiện có

Các can thiệp chế độ ăn loại bỏ nghiêm ngặt thường thay đổi toàn bộ chế độ ăn trong một khoảng thời gian tạm thời (2-5 tuần), trẻ chỉ được phép ăn một vài loại thực phẩm ít gây dị ứng (ví dụ: gạo, gà tây, rau xà lách, lê, và nước). Nếu các triệu chứng ADHD giảm dần (thể hiện sự “nhạy cảm đối với thức ăn”), người ta lập lại một giai đoạn kéo dài 12-18 tháng nhằm tìm ra loại thức ăn là yếu tố khởi phát các triệu chứng ADHD. Nguyên lý của phương pháp là một người có thể có những phản ứng bất lợi đối với nhiều loại thức ăn khác nhau, và quan trọng là cần xác định sự nhạy cảm của cá nhân đối với các thực phẩm đặc hiệu có thể gây phản ứng này.

Hiệu quả

Một phân tích tổng hợp từ 6 thử nghiệm kiểm soát có đối chứng trên 195 người tham gia chỉ ra hệ số ảnh hưởng là 0.29, từ đó kết luận khoảng 1/3 trẻ ADHD có đáp ứng rất tốt (giảm >40% triệu chứng) (Nigg và cộng sự, 2012). Ở một phân tích tổng hợp khác, hệ số ảnh hưởng của hầu hết các đánh giá gần (proximal assessment) là 1.48 (đánh giá được thực hiện bởi người đang áp dụng điều trị). Tuy nhiên, hệ số hiệu quả giảm còn 0.51 khi người đánh giá bị làm mù (blind rater) (Sonuga-Barke và cộng sự, 2013). Do có sự khác biệt trong thiết kế nghiên cứu cũng như mức độ nghiêm ngặt trong chế độ ăn loại bỏ, kết quả thu được giữa các nghiên cứu không đồng nhất. Số lượng người tham gia trong các nghiên cứu ít. Không có nghiên cứu nào báo cáo hiệu quả trung và dài hạn cũng như hiệu quả của chi phí điều trị.

Cần nhắc Lâm Sàng

- Chế độ ăn loại bỏ có giám sát nghiêm ngặt (strictly supervised elimination diet) là một tiếp cận có ích trong việc đánh giá trẻ mắc ADHD liệu có thể do nhạy cảm thực phẩm hay không. Vì xét nghiệm IgG trong máu không cung cấp thông tin về loại thực phẩm có thể thúc đẩy triệu chứng ADHD, việc chỉ định chế độ ăn dựa trên các xét nghiệm này không được khuyến khích
- Trẻ ADHD và cha mẹ quan tâm đến các chế độ ăn hạn chế cần được giám sát chặt chẽ bởi sự tuân thủ chế độ ăn đòi hỏi nỗ lực và động lực của cả gia đình

KHÁNG THỂ

Kháng thể được tạo nên từ các chuỗi nhẹ ngắn (trọng lượng phân tử thấp) và chuỗi nặng dài (trọng lượng phân tử cao). Có 5 loại chuỗi nặng và các loại kháng thể khác nhau được quy định bởi sự có mặt của các loại chuỗi nặng này (IgG, IgM, IgA, IgD, IgE).

IgE được cho rằng có liên quan đến phản ứng miễn dịch với các loại ký sinh trùng và gần đây được biết đến như là yếu tố chính trong các loại dị ứng, ví dụ như viêm mũi dị ứng. IgG là kháng thể chính trong máu. Đây là kháng thể duy nhất có thể đi xuyên qua nhau thai, và IgG truyền từ người mẹ giúp bảo vệ đứa trẻ một tuần sau sinh. IgG phân bố trong máu và các mô, có vai trò trong bảo vệ cơ thể.

- Áp dụng chế độ ăn này đòi hỏi một thay đổi mạnh mẽ trong lối sống, sự thành công sẽ phụ thuộc vào kỹ năng tổ chức của cả gia đình, mức độ kiểm soát của cha mẹ đối với chế độ ăn của trẻ

Định hướng Tương lai

- Cần các thử nghiệm lâm sàng trên quy mô lớn và nhiều nơi, đánh giá tính khả thi, tính hiệu quả, và hiệu quả chi phí của chế độ ăn loại bỏ dành cho trẻ ADHD. Các nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố tiên lượng sự đáp ứng và tạo lập hiệu quả điều trị lâu dài
- Nghiên cứu trong tương lai có thể nhắm đến hệ vi sinh vật đường ruột hoặc sự liên kết não bộ như là một cơ chế tiềm năng bên dưới hiệu quả của chế độ ăn loại bỏ

BỔ SUNG CÁC AXIT BÉO OMEGA-3 VÀ OMEGA-6 (SUPPLEMENTATION WITH OMEGA-3 AND OMEGA-6 FATTY ACIDS)

Khoảng 25-30% các loại acid béo trong não là các acid béo không bão hòa đa. Chúng đóng vai trò quan trọng trong cấu trúc và chức năng của màng tế bào thần kinh của não, võng mạc và bao myelin. Hai loại acid béo, còn được gọi là “thiết yếu” bao gồm α -linolenic (một acid béo omega-3) và linoleic (một acid béo omega-6) con người không thể tự tổng hợp được, đòi hỏi phải tiêu hóa qua thức ăn, (xem bảng D.1.1.1). Trong khi α -linolenic phân bố rải rác trong dầu đậu nành, dầu hạt cải, dầu hạt lanh, thì acid linoleic lại dồi dào; khoảng 50% tất cả các loại acid béo được tìm thấy trong các loại đậu nành, dầu ngô và dầu hướng dương là acid linoleic. Acid béo omega-6 và omega-3 không thể thay thế lẫn nhau; omega-6 có đặc tính của chất chống viêm (anti-inflammatory), trong khi đó omega-3 là chất xúc tiến viêm (pro-inflammatory).

Một vài nghiên cứu đã phát hiện nồng độ omega-3 ở huyết tương và màng hồng cầu của trẻ em và người trưởng thành mắc ADHD thấp hơn so với nhóm chứng (Bloch 2011). Sự thấp bất thường của các acid béo cần thiết ở trẻ mắc ADHD có thể do giảm hấp thu, giảm chuyển các acid béo cần thiết thành các acid béo không bão hòa đa, và tăng chuyển hóa các acid béo không bão hòa đa; tuy nhiên không có sự thay đổi nào ở trên được nghiên cứu một cách thỏa đáng. (Millichap và cộng sự, 2012).

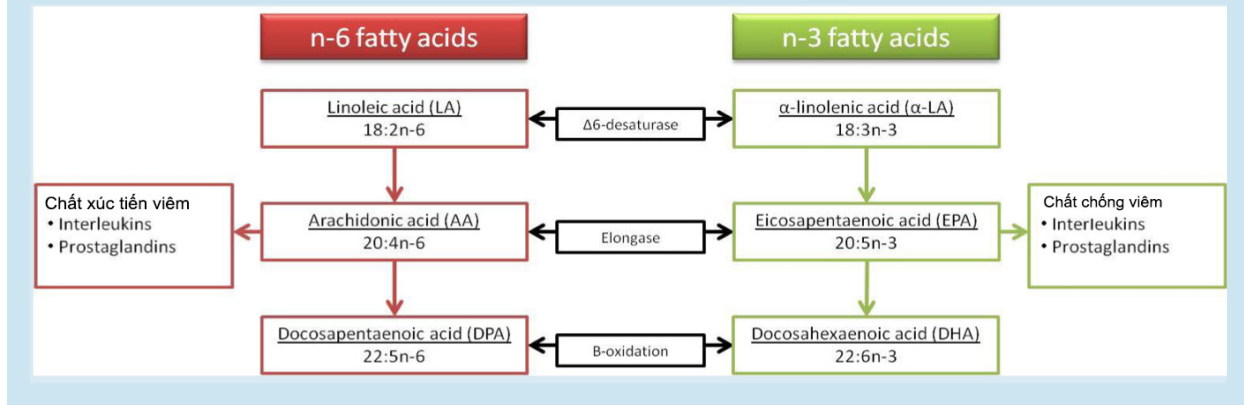
Cung ứng Điều trị và Điều trị Hiện có

Có rất nhiều dạng sản phẩm thương mại (gel, viên, chất lỏng) có thể cung cấp acid béo omega-3 trong chế độ ăn. Hầu hết trong số chúng cung cấp eicosapentaenoic acid (EPA) và docosahexaenoic acid (DHA) (xem Hình D.1.1.1) và có hàm lượng chênh lệch nhau đến 10 lần. Ngoài ra, nhiều sản phẩm còn bao gồm các vi chất dinh dưỡng và vitamin với giả thuyết cho rằng các chất này bị thiếu hụt trên những bệnh nhân rối loạn hành vi.

Hiệu quả

Kết luận từ hai phân tích tổng hợp cho thấy bổ sung các acid béo này có liên quan đến sự giảm bớt các triệu chứng ADHD dù nhỏ nhưng đáng tin cậy, với hệ số ảnh hưởng nhỏ, từ 0.18 đến 0.31 (Sonuga-Barke và cộng sự, 2013;

Hình D.1.1.1 Con đường tổng hợp axit béo



Bloch, 2011). Bổ sung liều cao omega-3 liên quan rõ rệt với sự giảm mạnh hơn các triệu chứng ADHD (Bloch, 2012). Một phần ba các phân tích tổng hợp không tìm thấy sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê giữa nhóm được bổ sung các acid béo và nhóm dùng giả dược, dựa trên đánh giá cha mẹ và giáo viên về các triệu chứng ADHD (Gilles và cộng sự, 2012). Không có nghiên cứu nào theo dõi nồng độ của các acid béo tự do trong huyết tương. Điều này và các hạn chế khác trong phương pháp luận dẫn đến cần thận trọng khi giải thích tầm quan trọng của những tác động này. Không có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả dài hạn và hiệu quả chi phí.

Cần nhắc Lâm sàng

- Sự liên quan về mặt lâm sàng của việc bổ sung acid béo trong điều trị ADHD vẫn chưa rõ ràng. Một số nhà nghiên cứu gợi ý rằng đây chỉ là một biện pháp điều trị bổ sung khi trẻ đáp ứng một phần với điều trị hóa dược. Liều khuyến cáo là 300-600 mg/ngày đối với omega-3 và 30-60 mg/ngày đối với omega-6, kéo dài trong ít nhất 2-3 tháng, hoặc dài hơn nếu cần (Millichap và cộng sự, 2012). Do các hệ số ảnh hưởng thấp, cần thận trọng theo dõi xem liệu rằng việc bổ sung có đem lại lợi ích hay không và chỉ tiếp tục sử dụng cho những trường hợp có hiệu quả
- Tác dụng phụ thường nhỏ, bao gồm vị và mùi tanh của cá, cảm giác khó chịu ở dạ dày, đi phân lỏng và buồn nôn

Định hướng Tương lai

- Cần tiến hành những nghiên cứu chất lượng cao, cỡ mẫu lớn, có đối chứng, trong đó tiến hành bổ sung acid béo cho bệnh nhân ở các độ tuổi khác nhau (tiền học đường, học đường, thanh thiếu niên); theo dõi nồng độ các acid béo trong huyết tương ở thời điểm ban đầu và trong suốt quá trình điều trị.

BỔ SUNG CÁC LOẠI VI CHẤT

SUPPLEMENTATION WITH MICRO-NUTRIENTS

Chuyển hóa các chất dẫn truyền thần kinh cần có các enzyme, và chức năng của enzyme này lại phụ thuộc vào sự hiện diện đầy đủ về lượng của các coenzym (các cofactor), ví dụ như vitamin và muối khoáng. Các tình trạng

như ADHD và các rối loạn tâm thần khác có thể liên quan đến suy giảm chức năng chuyên hóa, thể hiện ở việc hạn chế sự có mặt của cofactor vitamin và muối khoáng, kết quả làm chậm hoạt động chuyển hóa chất (Kaplan và cộng sự, 2007; Ames và cộng sự, 2002). Quá trình này có thể được điều chỉnh bởi việc bổ sung các vi chất dinh dưỡng. Thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng có thể đóng vai trò trong suy giảm nhận thức ở ADHD (Mikirova và cộng sự, 2013; Sarris và cộng sự, 2011; Scassellatti và cộng sự, 2012). Ngoài ra, chất lượng dinh dưỡng được cung cấp những năm đầu đời liên quan đến nhận thức cũng như khả năng học tập của trẻ sau này (Nyaradi và cộng sự, 2013; Prado & Dewey, 2014).

Cung ứng Điều trị và Điều trị Hiện có

Hiện nay có rất nhiều loại sản phẩm thương mại khác nhau trên thị trường, theo xu hướng “tiếp cận phổ rộng” (Broad Spectrum Approach) bằng cách bổ sung nhiều thành phần và/hoặc đa vitamin, tự cho là có hiệu quả trong việc giảm triệu chứng ADHD và các bệnh lý tâm thần khác như rối loạn lưỡng cực, rối loạn lo âu và trầm cảm.

Hiệu quả

Các thử nghiệm điều trị vi chất rất đa dạng nhưng đa phần đều tập trung vào các chất đơn lẻ như sắt, magie, kẽm. Kết quả cho thấy mức độ hiệu quả từ ít đến không đáng kể (Cortese và cộng sự, 2012; Ghanizadeh và cộng sự, 2013; Rucklidge và cộng sự, 2009). Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đôi, có thiết kế nghiên cứu tốt cho thấy sự cải thiện đáng kể triệu chứng ADHD ở người lớn sau khi điều trị bằng vitamin-muối khoáng phổ rộng (Rucklidge và cộng sự, 2014). Một thử nghiệm thí điểm không mù (open label pilot trial), sử dụng cùng một công thức bổ sung vi chất cho 14 trẻ ADHD nhận thấy có sự cải thiện đáng kể các triệu chứng dựa trên báo cáo của cha mẹ (Gordon và cộng sự, 2015).

Cần nhắc Lâm sàng

- Mặc dù liều lượng và sự đa dạng thành phần trong phương pháp bổ sung vi chất có thể đóng vai trò quan trọng trong thay đổi hiệu quả điều trị ADHD, không có hướng dẫn cụ thể nào được đưa ra do còn thiếu dữ liệu nghiên cứu
- Mặc dù các nghiên cứu hiện tại không nêu cao vấn đề an toàn, nhưng các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng liều rất cao (mega doses) có thể gây độc và không đem lại hiệu quả. (Arnold và cộng sự, 1978).

Định hướng Tương Lai

- Cần có các nghiên cứu bổ sung vi chất có chất lượng tốt, cỡ mẫu lớn có đối chứng trong đó các bệnh nhân ở nhiều độ tuổi khác nhau
- Những nghiên cứu này nên được kết hợp với các đánh giá về sinh hóa để thăm dò các thiếu hụt thực sự và kiểm tra hiệu quả của việc bổ sung vi chất kết hợp với các can thiệp chế độ ăn khác.

ĐIỀU TRỊ TÂM LÝ XÃ HỘI

CÁC CAN THIỆP HÀNH VI

Điều trị tâm lý xã hội dựa trên nguyên lý học tập xã hội và điều chỉnh hành vi (social learning and behavior modification principles) đã được sử dụng rộng rãi, thường tiếp cận thông qua nền tảng tập huấn cho cha mẹ. Can thiệp hành vi có thể được định nghĩa rộng là các phương pháp trị liệu sử dụng nguyên lý học tập nhằm tới các hành vi ADHD hoặc hành vi có liên quan tới ADHD (Sonuga-Barke và cộng sự, 2013).

Điều trị tập trung vào hành vi có thể được thực hiện bởi các nhà trị liệu, cha mẹ, hoặc những người hỗ trợ khác (giáo viên). Người hỗ trợ được hướng dẫn sử dụng các nguyên lý cơ bản điều kiện hóa từ kết quả (operant conditioning principles) - hành vi được điều chỉnh thông qua củng cố thêm vào (positive reinforcement) (ví dụ như khen) và củng cố lấy ra (negative reinforcement) (ví dụ như phạt lỗi những hành vi không phù hợp) - từ đó định hình nhiều hơn các hành vi phù hợp ở trẻ. Đây còn gọi là “quản lý dự phòng” (contingency management).

Thẻ báo cáo hàng ngày (daily report) là một công cụ ví dụ được xây dựng dựa trên nguyên lý học tập từ kết quả (operant learning principle); giáo viên củng cố các hành vi phù hợp ở trường học bằng cách đưa ra phản hồi cho các hành vi này (dán các ngôi sao hoặc “mặt cười” trên tấm thẻ báo cáo). Ngoài ra, công cụ này có thể mang từ nhà đến trường và ngược lại, do đó hỗ trợ cho sự tương tác và giao tiếp giữa cha mẹ với giáo viên (xem Hình D.1.1.2).

Một mục tiêu khác của phương pháp điều trị tập trung vào hành vi là làm giảm hành vi kém thích ứng (maladaptive behavior). Để đạt được điều này, cha mẹ và giáo viên cần được tập huấn để sử dụng thường xuyên các tiếp cận có cấu trúc hơn khi giải quyết các vấn đề hàng ngày của trẻ ADHD - ví dụ đưa ra các chỉ dẫn rõ ràng, duy nhất một chỉ dẫn mỗi lần, hoặc đưa ra kế hoạch ngày hôm đó một cách thực tế và rõ ràng cụ thể vào mỗi buổi sáng - điều này giúp trẻ hiểu được chúng cần phải làm gì. Cuối cùng, một khía cạnh quan trọng của phương pháp điều trị này là giúp gia tăng thích thú trong việc nuôi dạy trẻ cũng như tương tác tích cực giữa cha mẹ và con cái, vì vòng tròn cưỡng chế tiêu cực (negative coercive cycle) thường phát triển trong tình huống này (Van der Oord & Daley, 2015). Những can thiệp trên chủ yếu được sử dụng ở trẻ tiền học đường và tiểu học hơn là lứa tuổi vị thành niên.

Hình D.1.1.2 Ví dụ về bảng báo cáo hàng ngày

Thẻ báo cáo hàng ngày của: Hoàng Ngày: _____

Hành vi mục tiêu	Tập Đọc	Chính tả	Toán	Mỹ Thuật
Viết tên vào giấy làm bài	★	★	★	★
Xin phép trước khi mượn đồ của bạn	★			★
Đem sách vở và bút		★	★	

7 ngôi sao = 1 phần thưởng như trong danh sách thưởng Tổng số ngôi sao: 8

Nhấp vào đây để xem những lời khuyên của giáo viên về cách thức thiết kế những bảng báo cáo hàng ngày

Các can thiệp dựa trên kỹ năng cho rằng các cá nhân mắc ADHD có suy giảm cốt lõi một số kỹ năng nhất định (ví dụ như lập kế hoạch, tổ chức) và tìm cách cải thiện những kỹ năng này trực tiếp trên trẻ hoặc thông qua phụ huynh và giáo viên (Evans và cộng sự, 2014). Các can thiệp này thường được cung cấp ngay tại nơi khám bệnh (Abikoff và cộng sự, 2015; Boyer và cộng sự, 2015) hoặc tại trường học, chủ yếu thông qua các chương trình ngoại khóa, (Evans và cộng sự, 2016), tập trung vào nâng cao các kỹ năng như lập kế hoạch, tổ chức, và tương tác xã hội. Phương pháp này hiệu quả đối với cả các trẻ trong độ tuổi đi học và trẻ vị thành niên.



Nhấp vào hình để truy cập vào một đoạn video nói về huấn luyện cho phụ huynh và giáo viên về ADHD

Các can thiệp nhận thức ở trẻ ADHD có thể hướng đến những nhận thức (schemas) hoặc suy nghĩ tiêu cực ở trẻ dựa trên lập luận rằng suy nghĩ, cảm nhận và hành vi có liên quan đến nhau, và sự thay đổi một thành phần này có thể sẽ điều chỉnh những thành phần khác (Antshel & Olszewski, 2014). Phương pháp can thiệp này thường được can thiệp cá nhân và đặc biệt có hiệu quả đối với thanh thiếu niên.

Cung ứng Điều trị và Điều trị Hiện có

Các điều trị hành vi nên được tiến hành theo nhóm hoặc cá nhân, ở nhà, ở trường hay trong các dịch vụ sức khỏe tâm thần? Các phương pháp thay thế chi phí thấp khác như các can thiệp tự thân (self-help intervention) liệu có hiệu quả?

Tập huấn cho cha mẹ

Viện Quốc Gia về Sức Khỏe và Chất Lượng Lâm Sàng (The National Institute for Health and Clinical Excellence) của Vương Quốc Anh (2008) khuyến cáo các can thiệp nhóm tập huấn cho cha mẹ tập trung vào hành vi ([xem chương A.12](#)). Các can thiệp này có hiệu quả đối với trẻ mắc hoặc có nguy cơ mắc ADHD (Webster-Stratton và cộng sự, 2011; Jones và cộng sự, 2007), nhưng không có bằng chứng nào gợi ý rằng can thiệp theo nhóm hiệu quả hơn can thiệp cá nhân.

Bản thân cha mẹ của trẻ mắc ADHD thường có những biểu hiện của ADHD và có thể gặp khó khăn trong việc sắp xếp tham gia những buổi can thiệp nhóm tại nơi khám bệnh hoặc tại cộng đồng. Để nâng cao hiệu quả, các phương pháp điều trị cần được điều chỉnh phù hợp với nhu cầu của nhóm mục tiêu và được thực hiện trong môi trường xuất hiện hành vi kém thích ứng (Kazdin & Blase, 2011). Một nghiên cứu chưa được công bố của Sonuga-Barke và cộng sự đã so sánh hiệu quả tương đối (relative efficacy) trên đối tượng trẻ tiền học đường có nguy cơ mắc ADHD, giữa chương trình can thiệp cá nhân dành cho cha mẹ trẻ ADHD tại gia đình (individual home-based parenting program) (New Forest Parenting Program) và can thiệp theo nhóm dành cho cha mẹ tại cộng đồng (a group-based intervention) (Incredible Years) với nhóm điều trị thông thường cho nhóm lớn phụ huynh khó tham gia và điều trị. Kết quả gợi ý rằng không có ưu thế rõ ràng của việc can thiệp tại nhà đối với mức độ nặng của triệu chứng, nhưng can thiệp cá nhân đem lại hiệu quả chi phí cao hơn. Tuy nhiên, các can thiệp cá nhân tại nhà lại được cha mẹ ưa chuộng hơn (xem bài thảo luận về các điều trị ưa thích của cha mẹ, Wymbs và cộng sự, 2015).

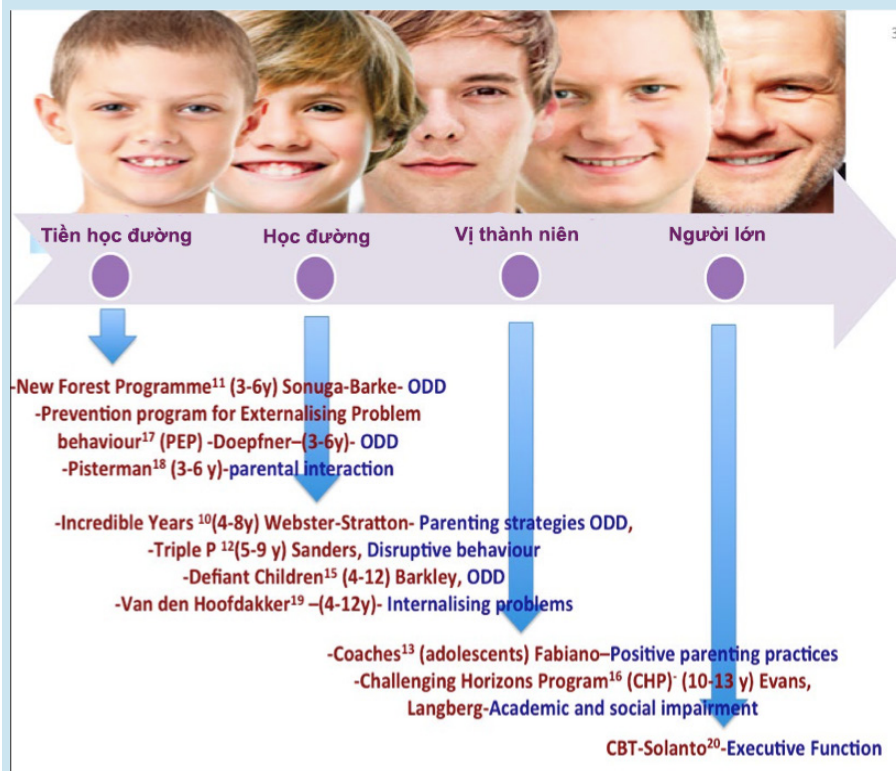
Các can thiệp tại trường học

Các can thiệp tại trường học rất đa dạng và là một thách thức để có thể đề đi đến kết luận chung. Không phải tất cả các điều trị tại trường học đều hướng đến giảm triệu chứng ADHD, một vài can thiệp nhằm giải quyết các vấn đề học tập thường xuất hiện ở trẻ ADHD.

Các hướng dẫn cụ thể trong chỉ dẫn và tài liệu ở trường có ảnh hưởng tích cực lên hiệu quả học tập của trẻ ADHD (ví dụ: ngồi gần giáo viên, đưa ra các nhiệm vụ ngắn, hướng dẫn cách ghi chú, hỗ trợ đọc miệng (assisted oral reading), nguyên tắc và thời gian biểu có cấu trúc, xen kẽ các bài tập khó với các bài tập dễ hơn, cho phép các khoảng nghỉ đều đặn, các kích thích trong bài tập (intra-task stimulation) bằng cách thêm vào màu sắc hoặc các kích thích có độ hấp dẫn cao (Raggi & Chronis, 2006; Schultz và cộng sự, 2011). Đôi bạn cùng tiến (ví dụ như một học sinh ADHD đi kèm sự hỗ trợ của học sinh khác) (DuPaul và cộng sự, 1998), cũng như học tập hỗ trợ bằng máy tính (computer enhanced learning), áp dụng tiếp cận đa giác quan (multi-sensory approach) và phản hồi tức thì (immediate feedback) (Clarfield & Stoner, 2005; Ota beneficial & DuPaul, 2002) đã cho thấy những tác động có lợi, tuy nhiên chưa được nghiên cứu có đối chứng.

Một tổng hợp nghiên cứu trong 32 năm đã xác định trên 50 nghiên cứu (bao gồm 36 nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát) về các can thiệp không dùng thuốc tại trường học nhắm đến các triệu chứng ADHD (Richardson và cộng sự, 2015). Đối tượng chính của các nghiên cứu hướng đến trẻ em tiểu học. Bốn loại

Hình D.1.1.3 Tóm tắt các can thiệp hành vi được đề xuất cho ADHD theo lứa tuổi*



*Với sự cho phép từ M Ferrin.

can thiệp đã được xác định dựa trên các thành phần phổ biến:

1. Phần thưởng và hình phạt (quản lý dự phòng)
2. Đào tạo các kỹ năng và tự quản lý
3. Các trị liệu dựa trên sáng tạo và
4. Các điều trị vật lý

Quản lý dự phòng đã được nghiên cứu nhiều nhất, tiếp đến là đào tạo các kỹ năng học tập, đào tạo các kỹ năng cảm xúc, tự điều chỉnh, phản hồi sinh học, thẻ báo cáo hàng ngày, đào tạo các kỹ năng xã hội, đào tạo các kỹ năng nhận thức, hòa nhập với môi trường học tập, trị liệu âm nhạc, niềm tin động lực, tâm lý giáo dục, trò chơi trị liệu, mát xa. Phần lớn các can thiệp được thực hiện bởi giáo viên trong lớp học, nhưng thường có sự tham gia của nhân viên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Thời gian của các can thiệp rất khác nhau (từ 1-156 tuần, trung bình khoảng 15.5 tuần). Thông qua các biện pháp can thiệp khác nhau, có một số tác động hiệu quả trên nhóm triệu chứng giảm chú ý và tăng động/bốc đồng dựa trên các đánh giá nhiệm vụ nhận thức thần kinh và sự mất tập trung theo đánh giá của giáo viên (Richardson và cộng sự, 2015). Tuy vậy các biện pháp trên lại có rất ít tác động lên triệu chứng ADHD dựa trên quan sát của cha mẹ. Các bài kiểm tra thành tích đã chuẩn hoá (standardized achievement tests) và báo cáo triệu chứng hướng ngoại của giáo viên cho các biện pháp này có hiệu quả với mức độ nhỏ.

Hiệu quả của Can thiệp Hành vi

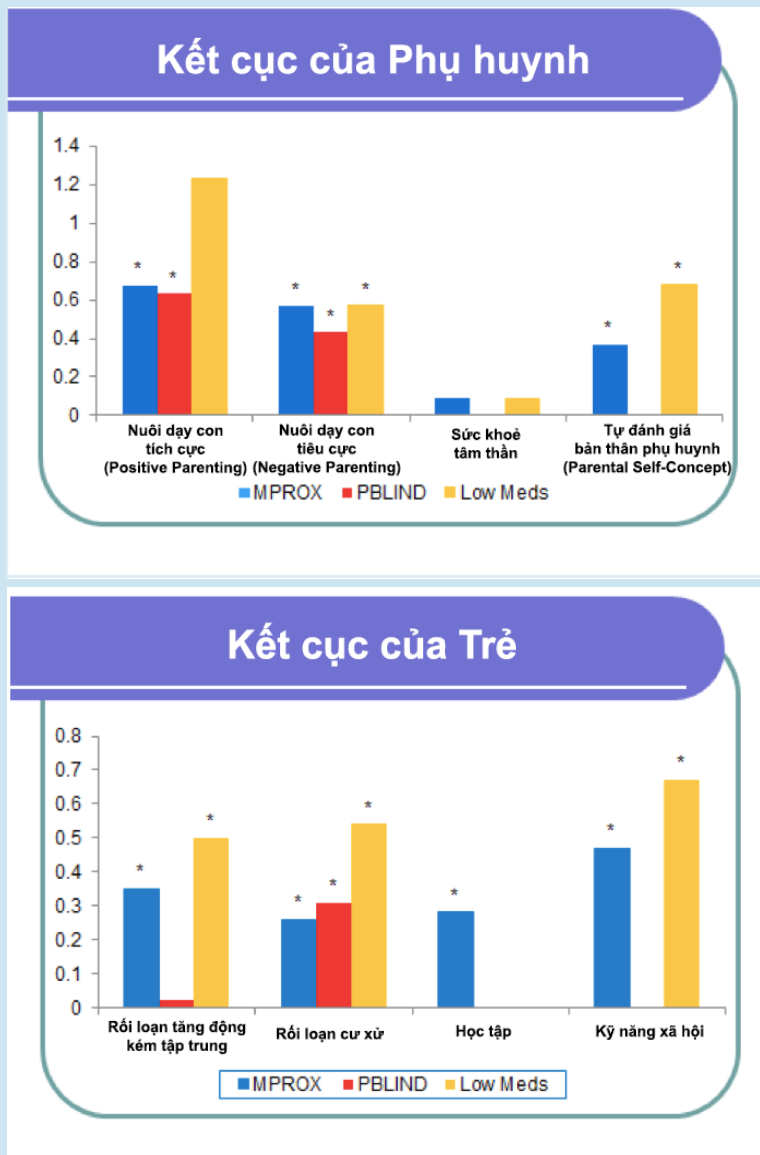
Hai phân tích tổng hợp cho thấy có hiệu quả ngắn hạn của các can thiệp hành vi (định nghĩa theo cách rộng) so với với nhóm chứng. (Sonuga-Barke và cộng sự, 2013; Daley và cộng sự, 2014). Các kết quả được trình bày riêng bao gồm: (1) kết cục có thể bị sai số do đánh giá có lợi vì có sự tham gia điều trị của người đánh giá (ví dụ, đánh giá từ cha mẹ) và (2) kết cục khác đại diện cho các đánh giá mang tính khách quan hơn (ví dụ như đánh giá từ giáo viên). Kết quả (Hình D.1.1.4) chỉ ra sự cải thiện đáng kể các triệu chứng ADHD khi xem xét báo cáo từ những người áp dụng điều trị (“gần nhất” “most proximal”), nhưng lại không có sự khác biệt từ báo cáo từ người cung cấp thông tin khách quan (“hầu như mù” “probably blind”). Tuy nhiên, cả hai nhóm cung cấp thông tin đều chỉ ra lợi ích đáng kể đối với các vấn đề cư xử, nuôi dạy con cái tích cực (positive parenting), và làm giảm các hành vi nuôi dạy con cái tiêu cực (negative parenting). Hiệu quả đáng kể cũng được nhận thấy ở các kỹ năng xã hội và năng lực học tập; tuy nhiên các nghiên cứu lại không bao gồm kết cục của các biến trên dựa trên người đánh giá khách quan (mù). Cuối cùng, không tìm thấy tác động nào đến sức khỏe tinh thần của cha mẹ.

Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả dài hạn của can thiệp hành vi còn rải rác và thường là các nghiên cứu theo dõi tự nhiên (naturalistic follow-up) kết hợp với các phương pháp điều trị khác (thuốc). Vì vậy, khó để tách biệt tác động đặc hiệu lâu dài của can thiệp hành vi. Trong tập huấn cha mẹ, các tác động tích cực lên hành vi nuôi dạy con cũng như hành vi của trẻ từ báo cáo của cha mẹ được duy trì 3 tháng đến 3 năm sau điều trị, tùy từng nghiên cứu (Lee và cộng sự, 2012).

Cần nhắc Lâm sàng

- Dựa trên phần lớn các nghiên cứu, đối tượng hưởng lợi từ can thiệp hành vi là nhóm trẻ đồng thời có rối loạn thách thức chống đối (ODD)/ rối loạn cư xử (CD) và trẻ đồng thời có rối loạn lo âu
- Các hệ số ảnh hưởng lớn hơn được quan sát thấy ở nhóm tiền học đường và trẻ em không sử dụng thuốc (Daley và cộng sự, 2014)
- Cha mẹ có học vấn thấp hơn, cha mẹ có nhiều vấn đề về sức khỏe tâm thần hơn và trẻ có nhiều các bệnh phức tạp và đồng diễn hơn thường liên quan đến kết cục nghiên cứu xấu hơn (Daley & O'Brien, 2013)

Hình D.1.1.4 Kết quả đầu ra của trẻ và cha mẹ sau can thiệp hành vi theo người cung cấp thông tin*. MPROX dựa trên các báo cáo của cá nhân, có thể bị nhiễu do đánh giá có lợi từ người tham gia điều trị (báo cáo của cha mẹ); PBLIND dựa trên các kết quả khách quan hơn (báo cáo của giáo viên). Low Meds đại diện cho kết quả của nghiên cứu có dưới 30% các trẻ trong mẫu nghiên cứu nhận được điều trị bằng hóa dược.



*Với sự cho phép từ Daley và cộng sự

- Một thách thức cho hướng tiếp cận hành vi là khái quát hoá được lợi ích trên từ bối cảnh điều trị sang những bối cảnh khác
- Vì hiệu quả đáng tin cậy ghi nhận trên đánh giá nhận thức thần kinh và thành tích học tập, được đo lường tương đối khách quan, điều này chứng minh lợi ích của việc điều trị không dùng thuốc trong phạm vi trường học. Và cũng bởi vì nhiều gói can thiệp hoặc phối hợp các can thiệp khác nhau được sử dụng, do đó khó có thể xác định được thành phần can thiệp nào thực sự có hiệu quả
- Rào cản của trị liệu này là chi phí điều trị cao, cả về khía cạnh tài chính lẫn thời gian, và phụ huynh cần có động lực tham gia
- Bằng chứng ủng hộ cho hiệu quả của các can thiệp giáo dục cùng với cha mẹ (Ferrin và cộng sự, 2014; Ferrin và cộng sự, 2016) và các can thiệp giúp đỡ tự thân của riêng cá nhân hoặc kết hợp hỗ trợ qua điện thoại hoặc phương tiện truyền thông (Sanders và cộng sự, 2007). Theo một tổng hợp trên Cochrane (Montgomery và cộng sự, 2006) các can thiệp giúp đỡ tự thân có thể: (i) giảm thời gian các nhà trị liệu phải dành cho mỗi ca; (ii) tăng cơ hội được tiếp cận can thiệp; (iii) giảm thời gian lâm sàng để tập trung hơn vào các ca phức tạp; (iv) giảm hoặc loại bỏ các chi phí, các khó khăn về đi chuyên và thời gian cho gia đình.

Định hướng Tương lai

- Cần nhiều hơn bằng chứng từ các nghiên cứu mù đôi trước khi can thiệp hành vi được khuyến cáo là điều trị đầu tay cho các triệu chứng cốt lõi ADHD
- Mặc dù có rất nhiều các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá các can thiệp tại trường học cho trẻ ADHD chỉ ra sự cải thiện đáng kể khi so sánh với các báo cáo trước đây (DuPaul và cộng sự, 1998) — vẫn cần phải có các nghiên cứu được thiết kế tốt hơn (Richardson và cộng sự, 2015)
- Các tiếp cận giúp đỡ tự thân có thể tốt nhất trong mô hình chăm sóc lâm sàng theo bậc, các can thiệp này mục tiêu giúp đỡ cho phụ huynh nằm trong danh sách chờ được tiếp cận với điều trị trực tiếp. Ngoài ra, giúp đỡ tự thân cũng có thể sử dụng kết hợp với điều trị trực tiếp hoặc ở các cơ sở phân loại (triage basis). Đây cũng có thể coi là can thiệp bước đầu và vừa đủ hiệu quả dành cho các cha mẹ có trình độ học vấn cao hoặc phụ huynh của các trẻ ít các vấn đề phức tạp
- Cần thêm các nghiên cứu hướng dẫn cách cha mẹ tham gia vào các can thiệp giúp đỡ tự thân, đồng thời làm rõ đối tượng được hưởng lợi nhiều nhất từ can thiệp này.

ĐÀO TẠO NHẬN THỨC (COGNITIVE TRAINING)

ADHD liên quan đến một loạt các khiếm khuyết thần kinh tâm lý, bao gồm nhiều mạng lưới tại não bộ được biết đến như là nền tảng của vô số quá trình nhận thức và thúc đẩy (Willcutt và cộng sự, 2008). Phương pháp này ngày càng được quan tâm và tận dụng các huấn luyện nhận thức dựa trên máy tính như là một cách điều trị ADHD, với nhiều cách tiếp cận đa dạng nhắm đến các khiếm khuyết thần kinh tâm lý khác nhau (đó là trí nhớ công việc, chú ý, kiểm soát). Đào tạo nhận thức căn cứ trên nguyên lý về tính mềm dẻo thần kinh, sự tái tổ chức cấu trúc và chức năng não bộ ở bệnh nhân có các suy giảm do tổn thương tại não và suy giảm nhận thức (Jolles & Crone, 2012; Willis & Schaie, 2009). Các mô hình dựa trên giả định rằng một số suy giảm thần kinh tâm lý đặc thù là trung gian trong cơ chế bệnh sinh ADHD, và việc tập luyện lập đi lập lại một nguồn nhận thức bị giới hạn rốt cuộc có thể làm nguồn nhận thức đó mạnh hơn và cải thiện chức năng. Tuy nhiên, mô hình sinh học thần kinh đặc hiệu giải thích cho hiệu quả của của phương pháp đào tạo nhận thức sử dụng cho bệnh nhân ADHD vẫn còn chưa đầy đủ.

Cung ứng Điều trị và Điều trị Hiện có

Đào tạo nhận thức trong ADHD thường được thực hiện bằng máy tính. Các buổi đào tạo có thể được tổ chức tại trường học, tại nhà, hoặc tại nơi khám bệnh. Thời lượng mỗi buổi, số buổi, và tần suất có thể rất khác nhau tùy phương thức cụ thể được sử dụng - chúng thường bao gồm một số lượng lớn các buổi trải dài trong nhiều tuần. Mức độ khó được tự động điều chỉnh bởi hệ thống phần mềm ở mỗi buổi để phù hợp với việc cải thiện trí nhớ công việc của đối tượng ở mỗi bài tập, từ đó giúp người học đạt được hiệu suất tốt hơn trong quá trình đào tạo. Điều này bao gồm một lịch trình phần thưởng cá nhân hóa. Bảng D.1.1.2 chỉ ra các chương trình đào tạo nhận thức trên máy tính đã được sử dụng phổ biến.

Hiệu quả

Thử nghiệm có nhóm chứng đầu tiên nhằm đánh giá lợi ích của đào tạo nhận thức trên ADHD được báo cáo bởi Klingberg và các cộng sự (2005). Họ báo cáo rằng có tác động tích cực lớn dựa trên báo cáo của phụ huynh về ADHD nhưng điều này không khái quát hóa đối với các đánh giá từ giáo viên. Một phân tích tổng hợp của Sonuga-Barke và cộng sự (2013) báo cáo từ dữ liệu của 126 người tham gia và 123 người đối chứng. Nhìn chung, sau khi kết thúc điều trị, ghi nhận hiệu quả mức độ trung bình và đáng kể khiến điều trị này được ủng hộ. Tuy nhiên, khi được đánh giá bởi người đánh giá mù (blind rater), hiệu quả giảm đáng kể và trở nên không ý nghĩa. Các kết quả tương tự cũng được ghi nhận ở một phân tích tổng hợp khác (Cortese và cộng sự, 2015).

Cần nhắc Lâm sàng

- Không có bằng chứng xác định về hiệu quả của đào tạo nhận thức trên nhóm đối tượng ADHD
- Đào tạo nhận thức có thể cải thiện trí nhớ công việc, tuy nhiên tác động của nó lên chức năng học tập thì chưa xác định được (Cortese



Nhấn vào hình ảnh ở trên để xem ví dụ về cách chương trình đào tạo nhận thức Cogmed được đề xuất thực hiện

Bảng D.1.1.2. Chương trình đào tạo nhận thức trên máy tính được sử dụng phổ biến*

CHƯƠNG TRÌNH	CHỨC NĂNG MỤC TIÊU
AixTent (CogniPlus)	Chú ý: chọn lọc, phân chia, tập trung và duy trì
Captain's Log	Chú ý, trí nhớ công việc, chức năng thị giác vận động, giải quyết vấn đề
Cogmed (RoboMemo)	Thị giác không gian và trí nhớ ngắn hạn về ngôn ngữ-không gian
CogniPlus	Chú ý, trí nhớ công việc, chức năng thị giác vận động, chức năng điều hành, trí nhớ dài hạn
Locu Tour	Chú ý thính giác, thị giác và ngôn ngữ, chức năng điều hành, trí nhớ thính giác và thị giác
Play Attention	Chú ý
RehaCom	Chú ý, trí nhớ, chức năng điều hành, chức năng thị giác vận động
Braingame Brian (tiếng Hà Lan)	Đào tạo trí nhớ công việc, kiểm chế và linh hoạt

*Thích ứng từ Sonuga và cs, 2014. Nhấn vào tên của chương trình để đánh giá.

và cộng sự, 2015)

- Các chống chỉ định và tác dụng phụ của các điều trị này vẫn chưa được biết rõ

Định hướng Tương lai

- Cách tiếp cận dựa vào đa quá trình tâm lý thần kinh có thể tối ưu hóa việc chuyển đổi tác động của suy giảm nhận thức sang các triệu chứng lâm sàng, nhưng lại đòi hỏi các nghiên cứu tiếp theo
- Cần tiến hành các nghiên cứu đánh giá giá trị tương đối của việc kết hợp giữa đào tạo nhận thức với thuốc, chế độ ăn, và các tiếp cận tâm lý khác (Vinogradov và cộng sự, 2012)
- Các nghiên cứu trong tương lai cũng cần tìm hiểu vai trò của đào tạo nhận thức trong tiếp cận can thiệp sớm cho trẻ ADHD
- Các thử nghiệm trong tương lai cần so sánh đáp ứng của các thể dưới lâm sàng và các phân nhóm thần kinh tâm lý với các hình thức đào tạo khác nhau.

PHẢN HỒI THẦN KINH (NEUROFEEDBACK)

Phản hồi thần kinh được xem là một phương pháp điều trị hứa hẹn cho các triệu chứng cốt lõi của ADHD dựa trên kết quả của một số nghiên cứu có kiểm soát (Arns và cộng sự, 2009). Sự chấp nhận ngày càng tăng xem phản hồi thần kinh như là một phương pháp điều trị ADHD bắt nguồn từ việc quan sát thấy các hoạt động não bị thay đổi ở nhiều trẻ ADHD thông qua các nghiên cứu

điện não đồ và hình ảnh học. Phản hồi thần kinh dựa trên nguyên lý rằng các dạng sóng ghi nhận bởi EEG đại diện cho các trạng thái tâm lý khác, ví dụ như liệu bệnh nhân đang tập trung vào một hoạt động hay là đang bị xao nhãng, mơ mộng. Bằng cách đưa ra thông tin thời gian thực về loại sóng não được quan sát tại một thời điểm bất kỳ và các phần thưởng, trẻ được dạy cách tạo ra các mô hình sóng não liên quan đến sự tập trung vào một nhiệm vụ. Điều này sẽ làm giảm các triệu chứng của ADHD.

Hai quy trình khác nhau trong điều trị hiện có thể được dụng để giải quyết các hoạt động vỏ não sai lệch ở trẻ ADHD:

- *Đào tạo dải tần số EEG (EEG frequency band training)*, nhằm làm giảm hoạt động của sóng chậm và tăng hoạt động nhanh (sóng alpha)
- *Đào tạo điện thế vỏ não liên quan đến sự kiện (Event-related cortical potentials training)*. Điện thế liên quan đến sự kiện cho phép đánh giá các đáp ứng điện phản ánh quá trình chuẩn bị và tiền chú ý (preparatory and preattentive processes), chú ý thính giác và thị giác (auditory and visual attention), kiểm chế vùng trán (frontal inhibition), và xử lý theo thời gian (time processing). Ở biên độ thấp hơn, thời gian tiềm tàng dài hơn và địa hình khác biệt (different topography) của thành phần P300 (P300 component) được phát hiện nhiều nhất ở trẻ ADHD so với nhóm chứng khỏe mạnh (Brandeis và cộng sự, 2002). Đặc tính của P300 và các thành phần khác của điện thế gợi (evoked potential) được sử dụng trong phản hồi thần kinh.

Cung ứng Điều trị và Điều trị Hiện có

Quy trình phản hồi thần kinh quy ước để giảm sự kém chú ý và bốc đồng bao gồm khen thưởng sự kìm nén hoạt động theta và sự tăng cường hoạt động beta. Sử dụng phản hồi thị giác, người được đào tạo nhận được lượng lớn các phần thưởng trong suốt quá trình đào tạo. Trong một vài chương trình, các hoạt động vỏ não được trình bày dưới dạng chiều cao hoặc tốc độ của vật thể, ví dụ như một quả bóng, một chiếc máy bay, hoặc một nhân vật hoạt hình chuyển động ngang qua màn hình. Nếu hoạt động EEG được điều chỉnh theo cách thức mong muốn, vật thể có thể nâng lên, hạ xuống, hoặc tịnh tiến nhanh hơn. Trong các hoạt động khác, bệnh nhân được yêu cầu xem một bộ phim, hoặc thay đổi màu sắc của đồ vật trên màn hình bằng cách tạo ra các hoạt động sóng não mục tiêu. Các thử nghiệm thành công ngay lập tức được khen thưởng bằng một âm thanh, một khuôn mặt cười, đồng xu, hoặc điểm. Các thông số cá nhân được điều chỉnh trong suốt quá trình đào tạo để đảm bảo các phản hồi tích cực trong một vài thử nghiệm, trong khi các thử nghiệm khác không có phản hồi, từ đó đảm bảo mở rộng kết quả này trong cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân.

Hiệu quả

Một vài nghiên cứu có kiểm soát cho thấy sự cải thiện ngắn hạn triệu chứng cốt lõi ADHD, chức năng thần kinh tâm lý, và các tương quan điện sinh lý liên quan ADHD đạt được sau phản hồi thần kinh (Gevensleben và cộng sự, 2012; Fabiano và cộng sự, 2009; Nigg và cộng sự, 2012; Sonuga-Barke và cộng sự, 2013; Micoulaud-Franchi và cộng sự, 2014). Tuy nhiên, các phân tích tổng hợp gần đây không tìm thấy sự giảm các triệu chứng cốt lõi hoặc bất kỳ kết cục thần kinh tâm lý như đã phát hiện trước đó (ví dụ, giảm chú ý và ức chế



Nhấp vào hình trên để xem Bs. Selim R. Benbadis bàn luận liệu ADHD có thể được chẩn đoán bởi EEG không?

ĐIỆN NÃO ĐỒ (ELECTROENCEPHALOGRAM - EEG)

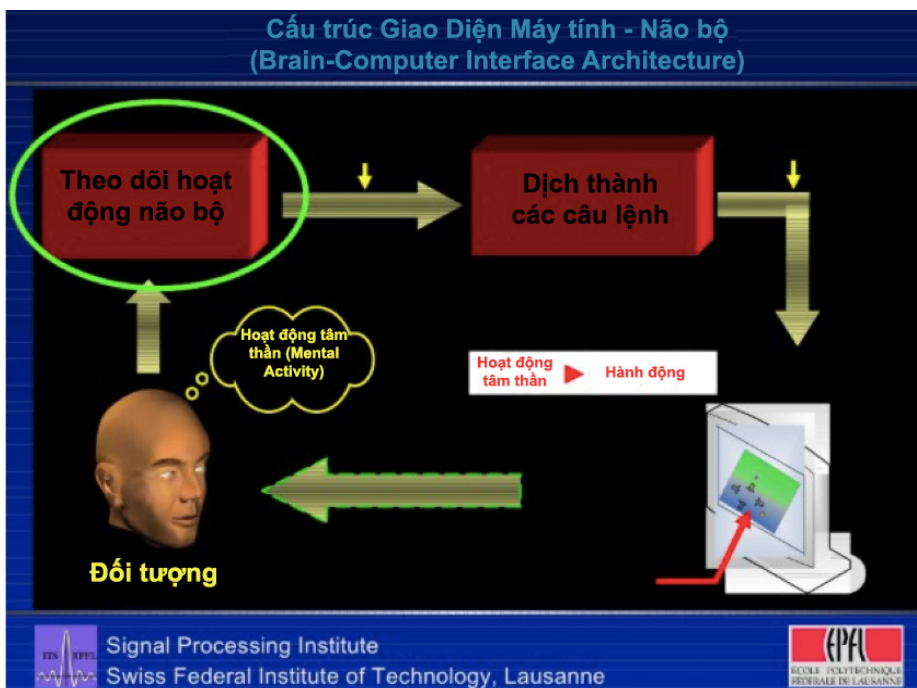
Điện não đồ đề cập đến quá trình ghi lại hoạt động điện của não bộ. Hoạt động điện não đồ thường được ghi lại từ việc đặt điện cực trên da đầu, không khác biệt nhiều với quá trình ghi điện tâm đồ. EEG đo lường dao động điện áp từ các dòng điện ở các vùng não, không phải ở các neuron riêng biệt. Các kỹ thuật liên quan là điện thế gọi hoặc điện thế liên quan đến sự kiện, chính là việc đo lường đáp ứng điện lặp lại của bộ não với các kích thích cảm giác, nhận thức, vận động đặc hiệu. Điện thế gọi được ghi nhận bằng cách lấy hoạt động EEG trung bình, kích gọi bởi sự hiện diện của các kích thích (thị giác, cảm giác cơ thể, hoặc thính giác).

Năm dải tần số được xác định trên bản ghi EEG: delta (1.5-3.5 Hz), theta (3.5-7.5 Hz), alpha (7.5- 12.5 Hz), beta (12.5 - 30.5 Hz), và gamma (30-70Hz). Các loại hoạt động sóng não ghi được phụ thuộc vào nhiều yếu tố, ví dụ như người bệnh thức hay đang trong các giai đoạn khác nhau của giấc ngủ, họ đang làm gì, và mở mắt hay nhắm mắt.

EEG định lượng (qEEG) còn được gọi là lập bản đồ não (brain mapping) và lập bản đồ hoạt động điện não bộ (brain electrical activity mapping - BEAM) - là một phương pháp phân tích hoạt động điện não hiển thị dưới dạng địa hình và phân tích các dữ liệu điện sinh lý não. Ý nghĩa lâm sàng các dạng hoạt động khác nhau của sóng não vẫn chưa được biết rõ, giá trị của EEG định lượng trong chẩn đoán và điều trị ADHD cũng như các bệnh lý khác chưa được chứng minh đầy đủ.

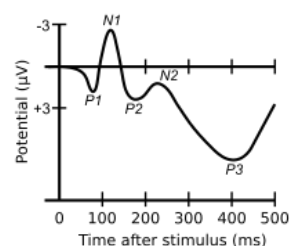
EEG ở trẻ em khác với EEG ở người lớn do sự trưởng thành về mặt phát triển - các dải tần số thấp hơn hay gặp nhất trong suốt những năm đầu đời, giảm dần khi độ tuổi tăng lên. Một tỷ lệ đáng kể trẻ ADHD có hoạt động chậm cao (theta và delta) ở vùng trán. Gia tăng tỷ lệ theta/alpha và theta/beta được cho là thước đo đáng tin cậy cho sự có mặt của ADHD (Monastra và cs, 1999). Tuy nhiên, biểu hiện trên lại có độ đặc hiệu thấp và tính hữu dụng của tỉ lệ theta/beta như là một marker đặc hiệu cho ADHD vẫn còn là một câu hỏi.

HÌNH D.1.1.5 Hình dưới đây mô tả các giai đoạn của cấu trúc giao diện não bộ - máy tính (brain-computer interface architecture): theo dõi hoạt động não bộ, dịch câu lệnh, các tín hiệu điện sinh lý, đối tượng được ra lệnh và phản hồi hành động.



P300

Sóng P300 (P3 ở hình bên dưới) của một điện thế năng liên quan đến sự kiện đã nhận được sự chú ý nhất định trong mối liên quan với ADHD. P300 là một phức hợp sóng dương, xuất hiện khoảng 300-500 mili giây sau kích thích. Sóng này ghi nhận được khi cá nhân tập trung chú ý vào một tín hiệu hiếm, đặc biệt nếu tín hiệu ấy có ý nghĩa động lực hoặc cảm xúc. P300 được cho là phản ánh quá trình có liên quan đến đánh giá hoặc phân loại các kích thích. Nó thường được khơi gợi bằng cách dùng “mô hình khác thường - oddball model”, ở đó kích thích ít khi xảy ra được trộn lẫn với kích thích thường xảy ra và không phải đối tượng mục tiêu (hoặc đối tượng tiêu chuẩn). Ví dụ, trong một nhiệm vụ thị giác khác thường, hình vuông (tiêu chuẩn) xuất hiện 95% thời gian và hình tròn (khác thường) chiếm 5%. Khi mục tiêu (ví dụ: hình tròn) xuất hiện, người được đo thực hiện một đáp ứng, ví dụ như nhấn nút hoặc cập nhật số lần đếm nhầm (mental count). Đặc tính của sóng P300 trong tình huống này thường được sử dụng để đo lường chức năng nhận thức trong việc ra quyết định.



phản ứng) (Cortese và cộng sự, ấn bản). Các kết quả này khó lý giải do thiết kế thực nghiệm yếu kém của nhiều nghiên cứu (ví dụ, thiếu nhóm chứng, phân bố không ngẫu nhiên hoặc sử dụng các đo lường không làm mù). Không có sự khác biệt nào được quan sát thấy khi sử dụng EEG định lượng hoặc các điện thế gọi giống như nền tảng của phản hồi sinh học (Gevensleven và cộng sự, 2009). Các thử nghiệm so sánh phản hồi thần kinh với hoá dược đơn độc hoặc kết hợp cả hai đưa đến kết quả mâu thuẫn (Duric và cộng sự, 2012; Meisel và cộng sự, 2013; Li và cộng sự, 2013; Ogrim và cộng sự, 2013).

Cần nhắc Lâm sàng

- Có nhiều yếu tố có thể đóng góp vào đáp ứng lâm sàng, bao gồm cường độ đào tạo, số lượng buổi, cảm thụ hình ảnh (visual imagery) của từng cá nhân, kiểu nuôi dạy con cái cha mẹ, sử dụng kỹ thuật củng cố tại nhà, và động lực (nỗ lực, sự chú ý, và thời gian đầu tư)
- Động kinh có thể là một chống chỉ định
- Các tác dụng phụ tiềm tàng bao gồm đau đầu và mệt mỏi

Định hướng Tương lai

- Liệu rằng một quy trình đào tạo này có hiệu quả hơn quy trình khác hay không vẫn là một câu hỏi chưa được giải quyết (Holtmann và cộng sự, 2014)
- Các kỹ thuật như phản hồi thần kinh quang phổ hấp thụ cận hồng ngoại (near-infrared spectroscopy) và phản hồi thần kinh fMRI có thể mang lại các lợi thế như nhắm đến những vùng não đã được xác định rõ (Mihara và cộng sự, 2012). Đáng chú ý, fMRI thời gian thực có thể góp phần mở ra khả năng học tập nhanh hơn để điều chỉnh các cấu trúc sâu như vùng não giữa sản xuất và chịu ảnh hưởng bởi dopamine trong ADHD (Cortese và cộng sự, 2012).



Nhấp vào hình trên để xem phản hồi thần kinh được thực hiện như thế nào trong thực hành lâm sàng

- Bạn có câu hỏi nào không?
- Có bình luận nào không?

Nhấn vào đây để đến trang Facebook của cuốn sách, chia sẻ những quan điểm của bạn về chương sách với các độc giả khác, đặt câu hỏi với tác giả, hoặc bày tỏ quan điểm



Ma Haifang. Trẻ em tại trường.

NHÓM HIỆU ĐỈNH, DỊCH THUẬT

Hiệu đỉnh	Phạm Minh Triết	Bác sĩ Y khoa, Thạc sĩ tâm lý lâm sàng Nghiên cứu sinh Tâm lý lâm sàng trẻ em Trường Nghiên cứu Tâm lý – Đại học Quốc Gia Úc
Dịch thuật	Nguyễn Thuý Anh	Thạc sĩ, Bác sĩ Y khoa Khoa Nhi - Bệnh viện Tâm Thần Hà Nội
Dịch thuật	Trần Kim Phú	Bác sĩ Y khoa Khoa Tâm lý – Bệnh viện Nhi đồng 1

Xin chân thành cảm ơn sự tham gia đóng góp nhiệt tình, tinh thần trách nhiệm của tất cả các thành viên tham gia hiệu đỉnh và dịch thuật, cùng sự cố vấn, hỗ trợ tâm huyết từ các đồng nghiệp.

Bên dưới là một số thuật ngữ ít gặp hoặc chưa có sự thống nhất trong việc dịch sang tiếng Việt được tóm tắt thành bảng để quý đồng nghiệp tiện theo dõi và góp ý. Mọi ý kiến đóng góp và phản hồi để giúp cho tài liệu được hoàn thiện hơn đều được trân trọng. Vui lòng gửi ý kiến đóng góp về địa chỉ email: vnacapap@gmail.com

DANH MỤC THUẬT NGỮ

English	Tiếng Việt
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder	Rối loạn tăng động giảm chú ý
Blind rater	Người đánh giá được làm mù
Complementary Medicine	Y học Bổ sung
Conduct disorder	Rối loạn cư xử
Effective size	Hệ số ảnh hưởng
Exclusion Diets And Dietary Supplements	Chế độ Ăn Loạn Bỏ và Chế Độ Ăn Bổ Sung
Executive functions	Chức năng điều hành
Intrinsic motivation	Động cơ nội tại/bên trong
Maladaptive behavior	Hành vi kém thích ứng
Negative reinforcement	Củng cố lấy ra - lấy ra hoặc giảm đi yếu tố gây khó chịu, dẫn đến việc hành vi được củng cố và tiếp tục xuất hiện trong tương lai
Negative coercive cycle	Vòng tròn cưỡng chế tiêu cực
Neuropsychological impairment	Suy giảm chức năng thần kinh tâm lý
Operant conditioning principles	Nguyên lý điều kiện hoá từ kết quả
Operant learning principle	Nguyên lý học tập từ kết quả
Oppositional defiant disorder	Rối loạn thách thức chống đối
Positive reinforcement	Củng cố thêm vào - thêm vào hoặc tăng lên yếu tố dễ chịu, dẫn đến việc hành vi được củng cố và tiếp tục xuất hiện trong tương lai
Prevention paradox	Nghịch lý phòng ngừa

Pro-inflammatory	Chất xúc tiến viêm
Proximal assessment	Đánh giá gần
Publication bias	Sai số xuất bản
Reaction time variability	Biến thiên trong thời gian phản ứng
Relayed reward	Phần thưởng bị trì hoãn
Response inhibition	Ứng chế phản xạ
Restrictive Elimination diets/ Oligo-antigenic Diets	Chế độ ăn Loại bỏ Nghiêm ngặt/Chế độ ăn không chứa chất sinh kháng nguyên
Schema	Nhận thức
Stimulants	Thuốc kích thích thần kinh
Triage basis	Cơ sở phân loại
Visual imagery	Cảm thụ hình ảnh

THAM KHẢO

- Abikoff HB, Thompson M, Laver Bradbury C et al (2015). Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56:618-631
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Ames BN, Elson-Schwab I, Silver E (2002). High-dose vitamin therapy stimulates variant enzymes with decreased coenzyme binding affinity (increased Km): relevance to genetic disease and polymorphisms. *American Journal of Clinical Nutrition* 75:616-658
- Antshel KM, Olszewski AK (2014). Cognitive behavioral therapy for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 23:825-842
- Arnold LE, Christopher J, Huestis RD et al (1978). Megavitamins for minimal brain dysfunction: A placebo-controlled study. *JAMA* 240:2642-2643
- Arns M, de Ridder S, Strehl U et al (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and Neuroscience* 40:180-189
- Banaschewski T, Soutullo C, Lecendreux M et al (2013). Health-related quality of life and functional outcomes from a randomized, controlled study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs* 27:829-840
- Bloch MH, Qawasmi A (2011). Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50:991-1000
- Boyer B, Geurts H, Prins P et al (2015). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: The value of planning skills. *European Child and Adolescent Psychiatry* 24:1075-1090
- Brandeis D, Banaschewski T, Baving L, et al (2002). Multicenter P300 brain mapping of impaired attention to cues in hyperkinetic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41:990-998
- Clarfield J, Stoner G (2005). Research brief: the effects of computerized reading instruction on the academic performance of students identified with ADHD. *School Psychology Review* 34:246-254
- Coghill DR, Seth S, Pedroso S et al (2013). Effects of methylphenidate on cognitive functions in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Evidence from a systematic review and a meta-analysis. *Biological Psychiatry* 76:603-615
- Cortese S, Angriman M, Lecendreux M et al (2012). Iron and attention deficit/hyperactivity disorder: What is the empirical evidence so far? A systematic review of the literature. *Expert Review of Neurotherapeutics* 12:1227-1240
- Cortese S, Ferrin M, Brandeis D et al (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 54:164-174
- Cortese S, Ferrin M, Brandeis D et al (in press). Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
- Cortese S, Holtmann M, Banaschewski T et al (2013). Practitioner review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and

- adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54:227-246
- Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, et al (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry* 169:1038-1055
- Daley D, O'Brien M (2013). A small-scale randomized controlled trial of the self-help version of the New Forest Parent Training Programme for children with ADHD symptoms. *European child & adolescent psychiatry* 22:543-552
- Daley D, Van der Oord S, Ferrin M et al (2014) Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53:835-847
- DuPaul GJ, Ervin RA, Hook CL et al (1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis* 31:579-592
- Duric N, Assmus J, Gundersen D, Elgen I (2012). Neurofeedback for the treatment of children and adolescents with ADHD: a randomized and controlled clinical trial using parental reports. *BMC Psychiatry* 12:107
- Evans SW, Langberg JM, Schultz BK et al (2016). Evaluation of a school-based treatment program for young adolescents with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 84:15-30
- Evans SW, Owens JS, Bunford N (2014) Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 43:527-551
- Fabiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK et al (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 29:129-140
- Faraone SV, Biederman J, Mick E (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine* 36:159-165
- Faraone SV, Buitelaar J (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry* 19:353-364
- Feingold BF (1985). *Why Your Child Is Hyperactive*. New York: Random House
- Ferrin M, Moreno-Granados JM, Salcedo-Marin MD et al (2014) Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* 23:637-647
- Ferrin M, Perez-Ayala V, El-Abd S et al (2016). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: Results after a 6-month follow-up. *Journal of Attention Disorders* [Epub ahead of print] PMID: 26838557
- Gevensleben H, Holl B, Albrecht B et al (2009). Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50:780-789
- Gevensleben H, Rothenberger A, Moll GH, Heinrich H (2012). Neurofeedback in children with ADHD: validation and challenges. *Expert Review of Neurotherapeutics* 12: 447-460
- Ghanizadeh A, Berk M (2013). Zinc for treating of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review of randomized controlled clinical trials. *European Journal of Clinical Nutrition* 67:122-124
- Gillies D, Sinn JKh, Lad SS et al (2012). Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review* 11;7:CD007986
- Gordon H, Rucklidge JJ, Blampied N et al (2015). Clinically significant symptom reduction in children with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with micronutrients: an open-label reversal design study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 25:783-798
- Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J et al (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry* 20:17-37
- Holtmann M, Sonuga-Barke E, Cortese S et al (2014). Neurofeedback for ADHD: a review of current evidence. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America* 23: 789-806
- Howard AL, Robinson M, Smith GJ et al (2011). ADHD is associated with a “Western” dietary pattern in adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 15:403-411
- Jolles DD, Crone EA (2012). Training the developing brain: a neurocognitive perspective. *Frontiers in Human Neuroscience* 6:76.
- Jones K, Daley D, Hutchings J et al (2007). Efficacy of the Incredible Years basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development* 33:749-756
- Kaplan BJ, Crawford SG, Field CJ et al (2007). Vitamins, minerals, and mood. *Psychological Bulletin*, 133:747-760
- Kazdin AE, Blasé SL (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science* 6:21-37
- Klingberg T, Fernell E, Olesen PJ et al (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD—a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:177-186
- Lee PC, Niew WI, Yang HJ et al (2012). A meta-analysis

- of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33: 2040-2049.
- Li L, Li Y, Chuan-jun Z et al (2013). A randomised controlled trial of combined EEG feedback and methylphenidate therapy for the treatment of ADHD. *Swiss Medical Weekly* 143:w13838
- Meisel V, Servera M, Garcia-Banda G et al (2013). Neurofeedback and standard pharmacological intervention in ADHD: A randomized controlled trial with six-month follow-up. *Biological Psychology* 94: 12-21
- Micoulaud-Franchi JA, Geoffroy PA et al (2014). EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Human Neuroscience* 8:906
- Mihara M, Miyai I, Hattori N, et al (2012). Neurofeedback using real-time near-infrared spectroscopy enhances motor imagery related cortical activation. *PLoS ONE*, 7:e32234
- Mikirova NA, Rogers AM, Taylor PR et al (2013). Metabolic correction for attention deficit/hyperactivity disorder: a biochemical-physiological therapeutic approach. *Functional Foods in Health and Disease*, 3:1-20.
- Millichap JG, Yee MM (2012). The diet factor in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 129:330-337
- Monastra VJ, Lubar JF, Linden M et al (1999). Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: an initial validation study. *Neuropsychology* 13:424-433
- Montgomery P, Bjornstad GJ, Dennis JA (2006). Media based behavioral treatments for behavioral problems in children. *The Cochrane Library*
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. Clinical guideline 72*
- Ni HC, Shang CY, Gau SSet al (2013). A head-to-head randomized clinical trial of methylphenidate and atomoxetine treatment for executive function in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 16:1959-1973
- Nigg JT, Lewis K, Edinger T et al (2012). Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51:86-97
- Nyaradi A, Li J, Hickling S et al (2013). Diet in the early years of life influences cognitive outcomes at 10 years: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica* 102:1165-1173
- Ogrim G, Hestad KA (2013). Effects of Neurofeedback Versus Stimulant Medication in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Pilot Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 23:448-457
- Ota KR, DuPaul GJ (2002). Task engagement and mathematics performance in children with attention-deficit hyperactivity disorder: effects of supplemental computer instruction. *School Psychology Quarterly* 17:242-257
- Pelsser LM, Frankena K, Toorman J et al (2011). Effects of a restricted elimination diet on the behavior of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet* 377:494-503
- Prado EL, Dewey KG (2014). Nutrition and brain development in early life. *Nutrition Reviews* 72:267-284
- Raggi VL, Chronis AM (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review* 9:85-111
- Richardson M, Moore DA, Gwernan-Jones R et al (2015). Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *NHS Health Technology Assessment* 19 (45)
- Rose G (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 282:1847-1851
- Rucklidge JJ, Johnstone J, Kaplan BJ (2009). Nutrient supplementation approaches in the treatment of ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics* 9: 461-476
- Rucklidge JJ, Frampton CM, Gorman B, Boggis A. (2014). Vitamin-mineral treatment of adhd in adults: a 1-year naturalistic follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*. [Epub ahead of print] PMID: 24804687
- Sanders MR, Bor W, Morawska A (2007). Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of abnormal child psychology* 35:983-998
- Sarris J, Kean J, Schweitzer I et al (2011). Complementary medicines (herbal and nutritional products) in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): a systematic review of the evidence. *Complementary Therapies in Medicine* 19:216-227
- Scassellati C, Bonvicini C, Faraone SV et al (2012). Biomarkers and attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51:1003-1019
- Schultz BK, Storer J, Watabe Y et al (2011). School based treatments of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools* 48:254-262
- Sonuga-Barke EJS, Holtmann M, Brandeis D et al (2014). Computer-based cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of current evidence. In: Faraone SV, Anshel KM, eds. *ADHD: Non Pharmacologic Interventions*, Elsevier.

- Sonuga-Barke E, Brandeis D, Cortese S et al (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry* 170:275-289
- Van der Oord S, Daley D (2015). Moderation and mediation of treatment outcomes for children with ADHD. In: Maric M, Prins P, Ollendick T (eds). *Moderators and Mediators of Youth Treatment Outcomes*. New York: Oxford University Press Oxford University pp123-145
- Vinogradov S, Fisher M, de Villiers-Sidani E (2012). Cognitive training for impaired neural systems in neuropsychiatric illness. *Neuropsychopharmacology* 37:43-76
- Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 40:191-203
- Willcutt EG, Sonuga-Barke EJS, Nigg JT et al (2008). Recent developments in neuropsychological models of childhood psychiatric disorders. In T Banaschewski, LA Rohde (eds): *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments. Advances in Biological Psychiatry*. Basel, Karger, vol 24.
- Willis SL, Schaie KW (2009). Cognitive training and plasticity: theoretical perspective and methodological consequences. *Restorative Neurology and Neurosciences* 27:375-389
- Wymbs FA, Cunningham CE, Chen Y et al (2015). Examining parents' preferences for group and individual parent training for children with ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 20: 1-18

Phụ lục D.1.1.1

BÀI TẬP TỰ HỌC VÀ TỰ ĐÁNH GIÁ

MCQ D.1.1.1 Chế độ ăn loại bỏ nghiêm ngặt trong ADHD:

- Đã được chứng minh là một loại điều trị hiệu quả
- Có ảnh hưởng nhỏ đến triệu chứng ADHD, không đủ lớn để được khuyến cáo là một phương pháp điều trị đơn lẻ
- Chỉ có hiệu quả ở trẻ vị thành niên
- Có hiệu quả trên triệu chứng trầm cảm đi kèm
- Đơn giản và chi phí rẻ để áp dụng điều trị

MCQ D.1.1.2 Chế độ ăn loại bỏ kháng nguyên tập trung vào nhóm thức ăn kích hoạt triệu chứng ADHD hơn là chất tạo màu nhân tạo và chất bảo quản, việc thực thực hiện chế độ ăn này:

- Yêu cầu gia đình cần thực hiện chế độ ăn này
- Không có hiệu quả khi thực hiện dưới 6 tháng
- Thường sẽ loại bỏ sữa bò, phô mai, trứng, socola, gạo và các loại hạt

- Nên được thử điều trị cho mọi trường hợp
- Rất hiệu quả

MCQ D.1.1.3 Bổ sung axit béo cho ADHD:

- Có nhiều tác dụng phụ đáng kể
- Cần bổ sung axit béo omega - 3
- Cần bổ sung axit béo omega-6
- Cần bổ sung cả axit béo omega-3 và omega-6
- Đã được chứng minh không hiệu quả

MCQ D.1.1.4 Các điều trị tâm lý xã hội dựa trên nguyên tắc học tập xã hội và điều chỉnh hành vi đã được sử dụng rộng rãi cho ADHD. Can thiệp có bằng chứng được sử dụng rộng rãi nhất cho trẻ nhỏ là:

- Quản lý dự phòng
- Tập huấn kỹ năng
- Trị liệu dựa trên sáng tạo
- Tự quản lý
- Chương trình tập huấn phụ huynh

MCQ D.1.1.5 **Đối tượng trẻ được hưởng lợi nhiều nhất từ các can thiệp hành vi là:**

- A. Đến từ gia đình có tình trạng kinh tế xã hội thấp
- B. Có cha mẹ có vấn đề về sức khỏe tâm thần
- C. Đồng thời mắc ODD/CD
- D. Trẻ lớn (ví dụ trẻ vị thành niên)
- E. Có xung đột trong gia đình mức độ nặng

MCQ D.1.1.6 **Một hình thức phản hồi thần kinh được gọi là tập huấn dải tần số EEG. Can thiệp này nhằm hướng tới:**

- A. Giảm hoạt động sóng chậm và tăng hoạt động sóng nhanh (sóng alpha)
- B. Điều chỉnh điện thế vỏ liên quan đến sự kiện
- C. Giúp trẻ kiểm soát hoạt động EEG dạng động kinh
- D. Thúc đẩy trưởng thành não bộ
- E. Tăng chuyển hoá neuron

ĐÁP ÁN

MCQ D.1.1.1 **Đáp án: B**

MCQ D.1.1.2 **Đáp án: C**

MCQ D.1.1.3 **Đáp án: D**

MCQ D.1.1.4 **Đáp án: E**

MCQ D.1.1.5 **Đáp án: C**

MCQ D.1.1.6 **Đáp án: A**