

ẢNH HƯỞNG TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TỚI RỐI LOẠN THÁCH THỨC CHỐNG ĐỐI Ở TRẺ 6-12 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2014

Thành Ngọc Minh, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Tăng động giảm chú ý (gọi tắt là ADHD) có tỷ lệ mắc cao với khoảng 5% theo DSM-5, tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng tại Mỹ và chi phí điều trị cao. Một số nghiên cứu tại nước ngoài cho thấy ADHD có ảnh hưởng đến rối loạn thách thức chống đối, rối loạn nhân cách và rối loạn chống đối xã hội. Nhằm làm rõ hơn mối liên quan giữa ADHD với rối loạn thách thức chống đối chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang 81 trẻ khám, chữa bệnh tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 9-10/2014, sử dụng thang đo và biểu mẫu NICHQ Vanderbilt, kết quả phân tích cho thấy:

- ADHD thể giảm chú ý nổi trội không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các hành vi thách thức chống đối ($p>0,05$).

- ADHD thể trội về tăng động-bồng bột có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các hành vi chống đối xã hội bao gồm: Khó kiểm chế, nóng tính; Không tuân theo/từ chối yêu cầu, quy định người lớn; Quấy rầy làm phiền người khác; Giận giữ hoặc bực bội ($p<0,05$).

- Đánh giá theo thang điểm NICHQ Vanderbilt cho thấy ADHD các dạng tăng động, giảm chú ý đều có ảnh hưởng đến rối loạn thách thức chống đối.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

ADHD có tỷ lệ mắc cao, theo DSM-5 hiện có 5% số trẻ mắc ADHD [1]. Tại Mỹ tỷ lệ ADHD luôn tăng từ 7,8% năm 2003 đến 9,5% năm 2007 và 11% năm 2011 [2]. Chi phí điều trị ADHD cũng rất tốn kém, tại Mỹ chi cho mỗi ca khoảng 12.005 đến 17.458 Đô la Mỹ [3].

Trẻ mắc ADHD gặp nhiều khó khăn trong các mối quan hệ với bố, mẹ, với bạn bè và với thầy cô giáo. Một số nghiên cứu cho thấy trẻ mắc ADHD có các hành vi chống đối, thách thức gia đình, xã hội và có nguy cơ lạm dụng các chất [5],[7],[8].

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương mỗi tháng có hàng trăm ca được khám, điều trị ADHD, các trẻ khi được đưa đến bệnh viện thường có các biểu hiện bệnh ở mức độ trầm trọng, gặp các khó khăn trong mối quan hệ với gia đình và xã hội. Do vậy,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm có thêm bằng chứng về mối liên quan giữa ADHD với các chứng rối loạn thách thức chống đối.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ có độ tuổi 6-12 tuổi, đến khám và điều trị tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần- Bệnh viện Nhi Trung ương tại thời điểm tháng 9-10/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Kỹ thuật và tiêu chuẩn chẩn đoán: Theo thang đo NICHQ Vanderbilt mẫu đánh giá dành cho các bậc cha, mẹ [4], các tiêu chuẩn của thang đo NICHQ được đánh giá trên cơ sở DSM-V. Cụ thể việc đánh giá ADHD có 2 tiêu chuẩn (A) và (B).

A) Tồn tại ít nhất 6 triệu chứng giảm chú ý

trong thời gian tối thiểu là 6 tháng, đến độ không thích nghi và không phù hợp với trình độ phát triển:

- 1) Không chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cấu thả với công việc được giao
 - 2) Khó khăn khi phải duy trì chú ý vào nhiệm vụ/ hoạt động
 - 3) Dường như không chú ý nghe khi hội thoại
 - 4) Không tuân theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ /bài vở (không phải do chống đối hoặc không hiểu).
 - 5) Khó khăn trong tổ chức nhiệm vụ /hoạt động
 - 6) Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia các công việc đòi hỏi sự nỗ lực trí tuệ.
 - 7) Mất những đồ dùng cần thiết trong công việc / học tập
 - 8) Dễ bị xao nhãng bởi kích thích bên ngoài
 - 9) Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày
- B) Tồn tại ít nhất 6 triệu chứng tăng động - bồn độn bột trong thời gian ít nhất là 6 tháng, đến độ không thích nghi và không phù hợp với trình độ phát triển:

- 1) Cựa quậy chân tay hoặc vận vẹo, ngồi không yên
- 2) Ra khỏi chỗ ngồi ở những nơi cần phải ngồi yên
- 3) Chạy hoặc leo trèo quá mức ở những nơi cần phải ngồi yên
- 4) Khó khăn khi chơi hoặc tham gia các hoạt động tĩnh
- 5) Hoạt động luôn chân tay hoặc hành động như thể được “gắn động cơ”
- 6) Nói quá nhiều
- 7) Bộn bột trả lời khi người khác chưa hỏi xong
- 8) Khó khăn khi chờ đợi đến lượt mình
- 9) Ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/ cuộc hội thoại của người khác

Trẻ mắc ADHD được phân ra thành ADHD dạng trội giảm chú ý nếu đảm bảo tiêu chuẩn A, trẻ mắc ADHD trội tăng động-bồn độn bột nếu đảm bảo tiêu chuẩn B, trẻ mắc ADHD dạng kết hợp nếu có cả tiêu chuẩn A và tiêu chuẩn B.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm stata 13.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả khám xác định trẻ mắc ADHD

Đánh giá ADHD		Tần số	Tỷ lệ
ADHD trội về giảm chú ý	Mắc	30	37,04
	Không	51	62,96
ADHD trội về tăng động-bồn độn bột	Mắc	23	28,4
	Không	58	71,6
Đánh giá chung ADHD	ADHD trội về giảm chú ý	12	14,81
	ADHD trội về tăng động-bồn độn bột	5	6,17
	ADHD cả tăng động-bồn độn bột và giảm chú ý	18	22,22
	Không mắc ADHD	46	56,79
Tổng		81	100

Trong tổng số 81 trẻ được khám xác định ADHD, có 37,04 trẻ mắc ADHD trội về giảm chú ý, 28,4% số trẻ mắc ADHD trội về tăng động. Đánh giá chung trẻ mắc ADHD có 14,81% trội về tăng động-bồn độn bột, 6,17% trội tăng động-bồn độn bột, 22,22% trẻ mắc cả 2 dấu hiệu tăng động-bồn độn bột và giảm chú ý.

Bảng 2. Ảnh hưởng ADHD trội về giảm chú ý tới các hành vi chống đối, thách thức ở trẻ

Các hành vi chống đối, thách thức	ADHD	ADHD trội về giảm chú ý				P	OR (95%CI)
		Mắc ADHD		Không mắc			
		n	%	N	%		
Cãi lại người lớn	Có	11	36,67	19	63,33	0,958	0,975 (0,34-2,72)
	Không	19	37,25	32	62,75		
Khó kiểm chế, nóng tính	Có	17	44,74	21	55,26	0,177	0,187 (0,68-5,15)
	Không	13	30,23	30	69,77		
Không tuân theo /từ chối yêu cầu, quy định người lớn	Có	20	45,45	24	54,55	0,087	2,25 (0,80-6,47)
	Không	10	27,03	27	72,97		
Quấy rầy làm phiền người khác	Có	14	48,28	15	51,72	0,118	2,1 (0,74-5,93)
	Không	16	30,77	36	69,23		
Đổ lỗi cho người khác về lỗi hoặc hành vi sai của mình	Có	9	37,50	15	62,50	0,955	1,03 (0,33-3,04)
	Không	21	36,84	36	63,16		
Dễ nổi giận hoặc bực tức với người khác	Có	12	46,15	14	53,85	0,243	1,76 (0,60-5,07)
	Không	18	32,73	37	67,27		
Giận giữ hoặc bực bội	Có	12	50,00	12	50,00	0,117	2,17 (0,73-6,42)
	Không	18	31,58	39	68,42		
Hành học và muốn trả thù	Có	7	53,85	6	46,15	0,171	2,28 (0,58-9,18)
	Không	23	33,82	45	66,18		
Tổng		30	37,04	51	62,96		

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các hành vi chống đối, thách thức với tình trạng mắc ADHD trội về giảm chú ý ở trẻ ($p > 0,05$).

Bảng 3. Ảnh hưởng ADHD dạng trội về tăng động đến các hành vi chống đối, thách thức

Các hành vi chống đối, thách thức		ADHD		ADHD trội tăng động-bồng bột				p	OR (95%CI)
				Mắc		Không mắc			
		n	%	n	%				
Cãi lại người lớn	Có	12	40,00	18	60,00	0,076	2,42 (0,80-7,32)		
	Không	11	21,57	40	78,43				
Khó kiểm chế, nóng tính	Có	17	44,74	21	55,26	0,002	4,99 (1,54-17,6)		
	Không	6	13,95	37	86,05				
Không tuân theo/từ chối yêu cầu, quy định người lớn	Có	17	38,64	27	61,36	0,026	3,25 (1,02-11,42)		
	Không	6	16,22	31	83,78				
Quấy rầy làm phiền người khác	Có	16	55,17	13	44,83	<0,001	7,91 (2,39-27,29)		
	Không	7	13,46	45	86,54				
Đổ lỗi cho người khác về lỗi hoặc hành vi sai	Có	9	37,50	15	62,50	0,238	1,84 (0,57-5,71)		
	Không	14	24,56	43	75,44				
Dễ nổi giận hoặc bực tức với người khác	Có	11	42,31	15	57,69	0,056	2,63 (0,84-8,06)		
	Không	12	21,82	43	78,18				
Giận giữ hoặc bực bội	Có	12	50,00	12	50,00	0,0051	4,18 (1,31-13,33)		
	Không	11	19,30	46	80,70				
Hằn học và muốn trả thù	Có	6	46,15	7	53,85	0,121	2,57 (0,61-10,24)		
	Không	17	25,00	51	75,00				
Tổng		23	28,40	58	71,60				

Kết quả nghiên cứu cho thấy ADHD thể trội về tăng động - bùng bột có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các hành vi chống đối xã hội bao gồm: khó kiểm chế, nóng tính; Không tuân theo/từ chối yêu cầu, quy định người lớn; Quấy rầy làm phiền người khác; Giận giữ hoặc bực bội ($p < 0,05$).

Bảng 4. Ảnh hưởng ADHD đến rối loạn chống đối, thách thức theo thang đo NICHQ Vanderbilt

Các dạng ADHD		Rối loạn	Rối loạn chống đối, thách thức				P	OR (95%CI)
			Mắc		Không mắc			
			n	%	n	%		
ADHD trội giảm chú ý	Mắc	13	43,33	17	56,67	<0,001	7,04 (1,93-28,4)	
	Không	5	9,80	46	90,20			
ADHD trội tăng động-bồng bột	Mắc	14	60,87	9	39,13	<0,001	21 (4,89-102,29)	
	Không	4	6,90	54	93,10			
Xác định mắc ADHD	Mắc	16	45,71	19	54,29	<0,001	18,53 (3,65-174,92)	
	Không	2	4,35	44	95,65			
Tổng		18	22,22	63	77,78			

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ADHD các dạng trội về giảm chú ý, trội tăng động- bồng bột và rối loạn thách thức chống đối theo thang đo NICHQ Vanderbilt ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Trẻ được xác định ADHD theo thang đo NICHQ Vanderbilt; các dấu hiệu ADHD theo DMS-5, trẻ cần có ít nhất một dấu hiệu yếu kém về kết quả học tập chung, kết quả môn đọc tiếng việt, toán, viết; yếu kém trong mối quan hệ với bố, mẹ, bạn bè, anh chị em, và trong các hoạt động nhóm.

Cũng theo thang đo NICHQ Vanderbilt, các hành vi chống đối thách thức được đo lường theo các tiêu chí như bảng 1 và bảng 2, trong đó trẻ được xác định là rối loạn hành vi thách thức chống đối khi trẻ có rối loạn ở 4 trong 8 tiêu chí và có ít nhất một dấu hiệu yếu kém về học tập và các mối quan hệ như đánh giá ADHD.

Nghiên cứu cho thấy ADHD dạng trội về tăng động có nguy cơ rối loạn thách thức chống đối cao nhất với OR=21 (CI 95% 4,89-102,29), trong khi đó ADHD trội giảm chú ý với OR=7,04 (CI95% 1,93-28,4), mắc ADHD là 18,53% (95%CI 3,65-174,92).

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt rõ ràng về mối liên quan giữa các hành vi thách thức chống đối và các dạng ADHD, trong đó ADHD dạng trội về giảm chú ý không có mối liên quan đến các hành vi thách thức chống đối, trong khi đó ADHD dạng trội về tăng động có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với 4/8 tiêu chí đánh giá về rối loạn thách thức chống đối.

Nghiên cứu qua việc tổng hợp 80 bài báo được đăng trên EMBASE, PsycINFO và Medline, trong đó có 18 bài báo tìm ra sự khác biệt trong mối liên quan giữa ADHD với các rối loạn chống đối xã hội, nhân cách và tội phạm, cũng theo kết quả tổng hợp này cho thấy một số bài báo chỉ ra rằng có mối liên hệ giữa ADHD với rối loạn thách thức chống đối và là nguyên nhân dẫn tới sự rối loạn phát triển nhân cách ở trẻ, dự báo cho rối loạn chống đối xã hội [8].

Theo McBurnett K, Pfiffner LJ thì chống đối xã hội và rối loạn nhân cách trong nhóm trẻ mắc

ADHD lần lượt là 50% và 20% [5]. Một nửa số mắc ADHD, rối loạn thách thức chống đối hoặc rối loạn nhân cách phát triển thành rối loạn chống đối xã hội ở người trưởng thành [6][7].

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cùng với sự tham khảo của các đồng nghiệp cho thấy vấn đề thách thức chống đối, rối loạn nhân cách và xa hơn nữa là rối loạn chống đối xã hội không đơn thuần chỉ là vấn đề xã hội học mà y học trong đó điều trị ADHD và các chứng rối loạn tâm thần khác đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển ở trẻ để thành người có sức khỏe tốt, người có ích cho gia đình, cho xã hội.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi qua việc đánh giá, phân tích các trẻ đến khám, chữa bệnh ADHD tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 9-10 năm 2014 cho thấy có mối liên quan giữa ADHD với các chứng rối loạn về thách thức chống đối ở trẻ, đặc biệt là ADHD dạng trội về tăng động.

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy trẻ cần được khám phát hiện sớm và điều trị ADHD nhằm đảm bảo cho sự phát triển bình thường, tránh nguy cơ trẻ mắc các chứng rối loạn nhân cách và rối loạn chống đối xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition: DSM-5. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
2. Visser S, Danielson M, Bitsko R, et al (2013),

Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD disorder: United States, 2003–2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013

3. Pelham WE1, Foster EM, Robb JA. (2007), The economic impact of attention - deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents, *J Pediatr Psychol.* 2007 Jul;32(6):711-27

4. Wolraich ML, Lambert W, Doffing MA (2003), Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population, *Journal of Pediatric Psychology* 2003; 28(8): 559–568.

5. McBurnett K, Pfiffner LJ (2009), Treatment of aggressive ADHD in children and adolescents: conceptualization and treatment of comorbid behavior disorders, *Postgrad Med* 121 (6): 158 65. doi:10.3810/pgm.2009.11.2084. PMID 19940 426.

6. Krull, K.R (2008), Evaluation and diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children, Uptodate. Retrieved 12 September 2008.

7. Hofvander B, Ossowski D, Lundström S (2009), Continuity of aggressive antisocial behavior from childhood to adulthood: The question of phenotype definition, *Int J Law Psychiatry* 32 (4): 224 234. doi:10.1016/j.ijlp.2009 .04.004. PMID 19428109.

8. Storebø OJ, Simonsen E (2013), The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD) A Review.

ABSTRACT

**AFFECTS OF ADHD ON OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER IN CHILDREN AGED 6-12
AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS IN 2014**

Thành Ngọc Minh, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng
National Hospital of Pediatrics

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has high morbidity which accounts for 5% according to DSM-5 and has tendency of increasing in the US with high treatment cost. Some studies showed that ADHD affects oppositional defiant disorder (ODD), personality disorder, antisocial disorder. In order to clarify the relationship between ADHD and ODD, we carry out a cross-sectional study on 81 patients at Psychology department, National Hospital of Pediatrics from September to October 2014, using NICHQ Vanderbilt Assessment scales. The study shows that:

- ADHD predominantly inattentive type has no relationship with ODD, which has no statistical significance ($p > 0,05$).
- ADHD hyperactive-impulsive type has relationship with ODD including getting tempered, not follow regulations of adults; disturbing other people, getting angry or frustrated ($p < 0,05$).
- Evaluations based on NICHQ Vanderbilt assessment scales shows kinds of ADHD have affect on ODD.