

# TRẦM CẢM TRẺ EM: NHỮNG THAY ĐỔI TRONG CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ TIẾP CẬN TRẦM CẢM Ở TRẺ NHỮ NHI

## I. Giới thiệu chung

Trầm cảm trẻ em (Childhood Major Depressive Disorder - MDD) là một rối loạn tâm trạng nghiêm trọng và phổ biến, ảnh hưởng đến cảm xúc, suy nghĩ và hành vi của trẻ. Tỷ lệ hiện mắc đã tăng lên đáng kể trong thập kỷ qua. Dữ liệu gần đây ước tính khoảng 2-5% trẻ em và 8-20% thanh thiếu niên mắc mdd. Nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời, trầm cảm có thể dẫn đến suy giảm chức năng học tập, xã hội và làm tăng nguy cơ tự tử.

## II. Sự thay đổi trong tiêu chuẩn chẩn đoán (thập kỷ qua)

Tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm trẻ em chủ yếu dựa trên Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (DSM). Sự chuyển đổi từ DSM-IV (1994) sang DSM-V (2013) và các cập nhật liên quan đã mang lại những thay đổi quan trọng:

### 1. Sự khác biệt giữa DSM-IV và DSM-V:

Tiêu chí	DSM-IV	DSM-V	Ghi chú về Tác động đến Trẻ Em
<b>Tiêu chí A (Cảm xúc)</b>	Cần phải có tâm trạng buồn hoặc mất hứng thú/niềm vui (anhedonia).	Vẫn giữ 2 tiêu chí chính: Tâm trạng buồn/khó chịu hoặc Mất hứng thú/niềm vui.	Quan trọng: Duy trì tiêu chí tâm trạng khó chịu (irritable mood) thay vì chỉ buồn bã, giúp nhận diện MDD ở trẻ em và thanh thiếu niên tốt hơn, vì chúng thường biểu hiện bằng sự cáu kỉnh thay vì buồn bã rõ rệt.
<b>Tiêu chí E (Loại trừ)</b>	Loại trừ chẩn đoán nếu triệu chứng là do mất mát đáng kể (mất người thân) kéo dài dưới 2 tháng (Trừ lệ).	Bỏ hoàn toàn loại trừ chẩn đoán đối với Tang tóc (Bereavement).	Nhấn mạnh rằng rối loạn trầm cảm có thể xảy ra đồng thời hoặc sau một mất mát lớn. Điều này thúc đẩy việc đánh giá và can thiệp sớm hơn cho trẻ em trải qua mất mát.
<b>Tiêu chí Đồng thời (Comorbidity)</b>	Ít nhấn mạnh vào rối loạn đồng thời.	Nhấn mạnh việc chẩn đoán các rối loạn đồng thời (ví dụ: Rối loạn lo âu, ADHD) thường gặp.	Hướng tới một cái nhìn toàn diện hơn về tâm bệnh lý học nhi khoa.

### 2. Nhấn mạnh vào "rối loạn điều chỉnh tâm trạng gây rối" (Disruptive Mood Dysregulation Disorder - DMDD):

DSM-V đã thêm DMDD để chẩn đoán trẻ em và thanh thiếu niên thường xuyên biểu hiện cơn giận dữ nghiêm trọng, lặp đi lặp lại và dai dẳng cùng với tâm trạng cáu kỉnh giữa các cơn bộc phát, nhưng không đáp ứng tiêu chuẩn của rối loạn lưỡng cực. Tác động: Giảm tỷ lệ chẩn đoán sai rối loạn lưỡng cực cho trẻ có tâm trạng khó chịu và giúp phân biệt giữa MDD (mang tính chu kỳ và rõ rệt hơn) và các vấn đề điều chỉnh tâm trạng nghiêm trọng hơn.

### **III. HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ (THAY ĐỔI TRONG THẬP KỶ QUA)**

Trong thập kỷ qua, hướng dẫn điều trị đã phát triển theo hướng can thiệp phân tầng (stepped-care), kết hợp tâm lý trị liệu và dược lý một cách chiến lược hơn, và cá nhân hóa điều trị.

#### **1. Ưu tiên can thiệp tâm lý trị liệu**

- Trước đây: Thường bắt đầu với thuốc (đặc biệt ở các ca nặng).
- Hiện nay (theo hướng dẫn của Học viện Tâm thần Nhi khoa Hoa Kỳ - AACAP, NICE/UK):
  - Trường hợp nhẹ đến trung bình: Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT) và Liệu pháp hành vi biện chứng (DBT) được điều chỉnh cho trẻ em là lựa chọn can thiệp hàng đầu. Thường được khuyến nghị điều trị tâm lý từ 6-12 buổi trước khi cân nhắc dùng thuốc.
  - Trường hợp trung bình đến nặng: Liệu pháp kết hợp (CBT + Thuốc) là phác đồ được ưa chuộng, cho thấy hiệu quả vượt trội so với đơn trị liệu.

#### **2. Thay đổi về dược lý (sử dụng thuốc)**

Trong thập kỷ qua, đã có sự củng cố rõ rệt về loại thuốc được chấp thuận và khuyến cáo:

- Thuốc Ưu tiên:
  - Fluoxetine (Prozac): Vẫn là lựa chọn hàng đầu và thuốc duy nhất được FDA chấp thuận cho trẻ em (8 tuổi trở lên).
  - Escitalopram (Lexapro): Được chấp thuận cho thanh thiếu niên (12 tuổi trở lên).
- Nguyên tắc Sử dụng: Luôn bắt đầu với liều thấp và tăng dần một cách chậm rãi. Theo dõi sát sao các tác dụng phụ, đặc biệt là nguy cơ ý tưởng tự tử (hộp đen cảnh báo) trong những tuần đầu điều trị.

#### **3. Vai trò của liệu pháp can thiệp gia đình và trường học**

Sự nhận thức về tầm quan trọng của bối cảnh sinh thái đã tăng lên:

- Can thiệp Gia đình: Các liệu pháp tập trung vào mối quan hệ (ví dụ: Liệu pháp Hệ thống Gia đình) được khuyến khích để cải thiện kỹ năng giao tiếp và hỗ trợ của cha mẹ.
- Trường học: Xây dựng Kế hoạch 504 hoặc Chương trình Giáo dục Cá nhân hóa (IEP) để hỗ trợ trẻ về mặt học tập và xã hội trong môi trường trường học.

#### **4. Khuyến nghị về tự tử và tự gây hại**

- Trong thập kỷ qua, các hướng dẫn đã tăng cường sự nhấn mạnh vào đánh giá nguy cơ tự tử liên tục ở mọi giai đoạn điều trị.
- Sử dụng các công cụ sàng lọc chuẩn hóa (ví dụ: Columbia-Suicide Severity Rating Scale - C-SSRS) trở thành tiêu chuẩn chăm sóc (standard of care).

#### **IV. Trầm cảm ở trẻ nhũ nhi và công cụ đánh giá**

##### **1. Quan điểm nền tảng**

- Trẻ nhũ nhi không có cấu trúc nhận thức và ngôn ngữ để mô tả khí sắc, nên trầm cảm trong giai đoạn này được hiểu là mẫu hành vi–sinh lý suy giảm, thường liên quan đến:
  - mất người chăm sóc chính (maternal separation, emotional deprivation),
  - thiếu đáp ứng chăm sóc (neglect),
  - stress kéo dài (ví dụ môi trường chăm sóc thiếu ổn định),
  - rối loạn phát triển hệ điều hòa cảm xúc–hệ giao cảm–trục HPA.

Ta đánh giá qua hành vi, giấc ngủ, bú, vận động, giao tiếp, và đặc biệt là chất lượng gắn bó (attachment).

##### **2. Khung đánh giá thường dùng trong lâm sàng**

###### **(1) Quan sát hành vi – affect (cảm xúc biểu lộ)**

Dấu hiệu gợi ý “trạng thái trầm cảm / emotional withdrawal”:

- Giảm nét mặt, rất ít biểu lộ hứng thú.
- Ít hoặc không nhìn theo người chăm sóc (poor eye contact).
- Ít đáp ứng với kích thích xã hội (nói chuyện, chơi đùa...).
- “Frozen face” – nét mặt bất động, khó đánh giá cảm xúc.
- Cười rất ít, hầu như không chủ động giao tiếp.

###### **(2) Giảm tương tác xã hội (social engagement)**

- Không chủ động tìm kiếm người chăm sóc.
- Không đưa tay đòi bú, không hướng về giọng người thân.
- Thụ động khi chơi, không chuyển đổi trạng thái linh hoạt.

###### **(3) Biểu hiện sinh lý – điều hòa cơ thể**

Những thay đổi mang tính “depression-like physiology”:

- Rối loạn giấc ngủ (ngủ quá nhiều hoặc rất nông).
- Giảm bú: bú chậm, bú ít, không chủ động tìm vú/núm.
- Tăng hoặc giảm trương lực bất thường (floppy hoặc cứng).
- Tăng cortisol nền (nếu xét nghiệm), phản ứng stress quá mức.

###### **(4) Hiện tượng “failure to thrive” không do bệnh lý nội / dinh dưỡng**

- Tăng cân kém dù không có bệnh lý tiêu hóa/dinh dưỡng.
  - Mệt mỏi, giảm hoạt động vận động thô (rolling, kicking...).
- Trong môi trường thiếu tương tác cảm xúc thường hay gặp.

###### **(5) Hành vi rút lui cảm xúc – thang DEPRESSIVE-LIKE trong 0–3 years**

Hai công cụ hay dùng:

**a) ADBB – Alarm Distress Baby Scale (Brazelton/Guedeney)**

- Dùng cho 2–24 tháng
- Đánh giá 8 mục:
  1. Giao tiếp mắt
  2. Nét mặt
  3. Hoạt động mức độ cơ thể
  4. Hú/bú, vocalization
  5. Khả năng đáp ứng khi kích thích
  6. Tương tác xã hội
  7. Chú ý
  8. Hoạt động chung

Điểm  $\geq 5$  gợi ý **emotional withdrawal**.

**b) DC:0–5 (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood)**

- Đây là hệ thống phân loại tâm thần nhi sớm (0–5 tuổi) được dùng nhiều hơn DSM trong lứa tuổi sơ sinh – nhũ nhi.
- DC:0–5 không dùng thuật ngữ MDD cho trẻ sơ sinh, nhưng mô tả:
  - “*Depressive disorder of infancy and early childhood*” (rối loạn khí sắc trầm ở trẻ nhỏ)
  - Tiêu chuẩn tập trung vào:
    - Giảm hứng thú rõ rệt với tương tác xã hội
    - Ít thể hiện niềm vui
    - Cảm xúc thu hẹp, thụ động
    - Rối loạn điều hòa ăn – ngủ – điều hòa cơ thể
    - Hành vi rút lui kéo dài
    - Quan hệ gắn bó bị gián đoạn hoặc quality-of-care thấp
  - Triệu chứng kéo dài  $\geq 2$  tuần, gây suy giảm giao tiếp – phát triển.

**3. Quy trình đánh giá thực hành**

**Bước 1 – Phỏng vấn người chăm sóc**

- Thời điểm bắt đầu triệu chứng
- Mối quan hệ gắn bó: có bị tách mẹ? mẹ trầm cảm hậu sản?
- Mức độ đáp ứng khi trẻ khóc
- Lịch sinh hoạt: bú – ngủ – vận động
- Mức độ tương tác trong ngày

**Bước 2 – Quan sát trực tiếp**

- 10–20 phút tương tác có cấu trúc giữa trẻ và người chăm sóc
- Ghi video (nếu có): tương tác mắt, nét mặt, vocalization, hoạt động tay–chân
- Đánh giá đáp ứng khi gọi tên, khi mỉm cười, khi chơi

### **Bước 3 – Dùng công cụ chuẩn hóa**

- ADBB (phổ biến nhất)
- DC:0–5 (nếu cơ sở áp dụng hệ thống phân loại này)
- CARE-Index hoặc Crowell Procedure (đánh giá gắn bó) nếu nghi ngờ rối loạn gắn bó

### **Bước 4 – Loại trừ y khoa và phát triển**

- Rối loạn thần kinh – bẩm sinh (bại não, bệnh thần kinh – cơ)
- Rối loạn phổ tự kỷ (đặc biệt nếu sau 6–9 tháng đã có marker cảnh báo)
- Rối loạn giác quan (khiếm thính, nhìn kém)
- Bệnh lý nội khoa gây giảm năng lượng (thiếu máu nặng, bệnh chuyển hóa...)

### **4. Diễn tiến – tiên lượng**

- Trẻ bị “depressive-like withdrawal” kéo dài **ảnh hưởng mạnh phát triển não**, đặc biệt vùng điều hòa cảm xúc – xã hội.
- Can thiệp sớm (nâng chất lượng chăm sóc, tương tác đáp ứng, hỗ trợ mẹ) có thể cải thiện đáng kể trong vài tuần – vài tháng.

### **5. Điều trị và can thiệp (nguyên tắc chính)**

Không dùng thuốc chống trầm cảm cho trẻ dưới 6 tuổi.

#### **a. Tăng tương tác cha mẹ – con (*responsive caregiving*)**

- Skin-to-skin
- Tương tác mặt đối mặt
- Trò chuyện nhịp chậm, eye contact
- Ôm ấp đều, lịch bú/sleep ổn định

#### **b. Điều trị trạng thái tâm lý của mẹ**

- Mẹ trầm cảm hậu sản → can thiệp ngay (đây là yếu tố nguy cơ mạnh nhất của “trầm cảm” ở trẻ).

#### **c. Cải thiện môi trường chăm sóc**

- Giảm luân phiên người chăm sóc
- Tăng thời gian hiện diện cảm xúc (*affective presence*)

#### **d. Can thiệp sớm dạng *dyadic therapy***

- *Parent–Infant Psychotherapy*
- *Child–Parent Psychotherapy (CPP)*
- *Video-feedback intervention*

### **6. Một số “red flags” – dấu hiệu cảnh báo**

- Trẻ quá im lặng, không vocalize gần như cả ngày
- Không đáp ứng khi người chăm sóc quay lại sau khi rời phòng
- Tăng cân kém kéo dài không giải thích được
- Trạng thái “đơ” mặt + ít vận động
- Mẹ/cha đang trầm cảm nặng hoặc môi trường thiếu chăm sóc trầm trọng

Đây là các trường hợp cần khám tâm thần nhi ngay.

Tác giả bài viết: Huỳnh Ngọc Lan Vy