

SỞ Y TẾ SƠN LA
BỆNH VIỆN TÂM THẦN

DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỰC HIỆN
TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN

Sơn La, năm 2022

SỞ Y TẾ SƠN LA
BỆNH VIỆN TÂM THẦN

DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỰC HIỆN
TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 121/QĐ-BVTT
Ngày 18 tháng 8 năm 2022 của Giám đốc bệnh viện)*

Sơn La, năm 2022

DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Tên quy trình kỹ thuật	
Trắc nghiệm đánh giá cảm xúc		
1.	Thang đánh giá trầm cảm Beck (BDI)	
2.	Thang đánh giá trầm cảm Hamilton	
3.	Thang đánh giá trầm cảm ở người già (GDS)	
4.	Thang đánh giá trầm cảm sau sinh (EPDS)	
5.	Thang đánh giá hưng cảm Young	
6.	Thang đo lo âu trầm cảm H.A.D	
7.	Thang đánh giá trầm cảm ở trẻ em	
Trắc nghiệm đánh giá hành vi		
8.	Thang đánh giá sự phát triển ở trẻ em (DENVER II)	
9.	Thang sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 18 - 36 tháng (CHAT)	
10.	Thang đánh giá mức độ tự kỷ (CARS)	
11.	Thang đánh giá hành vi trẻ em (CBCL)	
12.	Test tăng động giảm chú ý Vanderbilt	
13.	Thang đánh giá điểm mạnh và khó khăn trẻ em SDQ25 (dành cho trẻ từ 4 - 16 tuổi) có các bản do cha mẹ điền và trẻ em tự điền (từ 11 - 16)	
14.	Trắc nghiệm đánh giá năng lực của trẻ K - ABC	
15.	Thang đánh giá ấn tượng lâm sàng chung (CGI - S)	
16.	Thang đánh giá tâm thần rút gọn (BPRS)	
17.	Thang đánh giá hoạt động hàng ngày (ADLS)	
Trắc nghiệm đánh giá nhận thức		
18.	Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE)	
19.	Trắc nghiệm RAVEN	
20.	Thang đánh giá trí nhớ Wechsler (WMS)	
21.	Trắc nghiệm WAIS	
22.	Trắc nghiệm WICS	
Trắc nghiệm đánh giá Stress		
23.	Thang đánh giá lo âu - trầm cảm - stress (DASS)	
24.	Thang đánh giá lo âu - Zung	
25.	Thang đánh giá lo âu - Hamilton	
26.	Thang đánh giá rối loạn lo âu lan tỏa (GAD7)	
27.	Thang đánh giá lo âu trẻ em Spence (SCAS)	

Trắc nghiệm đánh giá rối loạn giấc ngủ		
28.	Trắc nghiệm rối loạn giấc ngủ (PSQI)	
Trắc nghiệm đánh giá loạn thần		
29.	Thang đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính (PANSS)	
Trắc nghiệm đánh giá nhân cách		
30.	Thang đánh giá nhân cách (MMPI)	
31.	Bảng nghiệm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)	
32.	Thang đánh giá nhân cách Rorschach	
33.	Thang đánh giá nhân cách (CAT)	
34.	Thang đánh giá nhân cách (TAT)	
35.	Thang đánh giá nhân cách catell	
Trắc nghiệm đánh giá sử dụng chất		
36.	Thang đánh giá mức độ sử dụng rượu (Audit)	
37.	Test nhanh phát hiện chất opiats trong nước tiểu	
38.	Test nhanh phát hiện chất gây nghiện trong nước tiểu	
39.	Thang đánh giá mức độ nghiện Himmelbach	
Liệu pháp tâm lý		
40.	Liệu pháp tâm lý nhóm	
41.	Liệu pháp tâm lý gia đình	
42.	Tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình	
43.	Liệu pháp giải thích hợp lý	
44.	Liệu pháp hành vi	
45.	Liệu pháp ám thị	
46.	Liệu pháp nhận thức hành vi	
47.	Liệu pháp nhận thức	
48.	Liệu pháp kích hoạt hành vi (BA)	
49.	Liệu pháp tâm kịch	
50.	Liệu pháp tâm lý động	
51.	Liệu pháp âm nhạc	
52.	Liệu pháp hội họa	
53.	Liệu pháp tái thích ứng xã hội	
54.	Liệu pháp thư giãn luyện tập	
Thăm dò chức năng não trong tâm thần		
55.	Đo điện não vi tính	
56.	Đo điện não video	
57.	Đo lưu huyết não	
58.	Ghi điện não đồ thường quy	

59.	Siêu âm Doppler xuyên sọ	
Can thiệp và điều biến não trong tâm thần		
60.	Kích thích từ xuyên sọ (TMS)	
61.	Sốc điện thông thường	
Xử trí điều trị tích cực		
62.	Xử trí trạng thái loạn trương lực cơ cấp	
63.	Xử trí trạng thái kích động	
64.	Xử trí trạng thái động kinh	
65.	Xử trí trạng thái không ăn	
66.	Xử trí hội chứng an thần kinh ác tính	
67.	Xử trí trạng thái bồn chồn bất an do thuốc hướng thần	
68.	Xử trí trạng thái loạn động muộn	
69.	Cấp cứu tự sát	
70.	Xử trí hạ huyết áp tư thế	
71.	Xử trí ngộ độc thuốc hướng thần	
72.	Xử trí dị ứng thuốc hướng thần	
73.	Xử trí trạng thái sảng rượu	
Điều trị nghiện chất		
74.	Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng các thuốc hướng thần	
75.	Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone	
76.	Điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng naltrexon	
77.	Điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện bằng Clonidine	
78.	Điều trị nghiện chất dạng Amphetamine	
79.	Điều trị nghiện rượu	
Hướng dẫn theo dõi chăm sóc bệnh nhân Tâm thần		
80.	Theo dõi chăm sóc các trường hợp cấp cứu tâm thần	
81.	Phụ giúp bác sĩ khám và làm liệu pháp chữa bệnh tâm thần	
82.	Nguyên tắc dùng thuốc cho người bệnh tâm thần	
83.	Chăm sóc người bệnh hysteria	
84.	Chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt	
85.	Chăm sóc người bệnh động kinh	
86.	Chăm sóc người bệnh rối loạn tâm thần	
87.	Chăm sóc người bệnh rối loạn tâm thần tại cộng đồng	
88.	Quản lý- theo dõi -hỗ trợ người bệnh tâm thần	
89.	Vệ sinh-phòng bệnh tâm thần	

MỤC LỤC

Số TT	Trang
1. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK (BDI)	2
2. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM HAMILTON	8
3. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI GIÀ (GDS).....	15
4. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM SAU SINH (EPDS).....	19
5. THANG ĐÁNH GIÁ HƯNG CẢM YOUNG.....	23
6. THANG ĐO LO ÂU TRẦM CẢM H.A.D.....	28
7. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở TRẺ EM.....	33
8. THANG ĐÁNH GIÁ SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER-II)	40
9. THANG SÀNG LỌC TỰ KỶ CHO TRẺ NHỎ 18 – 36 THÁNG (CHAT).....	45
10. THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS)	49
11. THANG ĐÁNH GIÁ HÀNH VI TRẺ EM (CBCL).....	58
12. TEST TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý VANDERBILT	65
13. THANG ĐÁNH GIÁ ĐIỂM MẠNH VÀ KHÓ KHĂN TRẺ EM SDQ25 (DÀNH CHO TRẺ TỪ 4 - 16 TUỔI) CÓ CÁC BẢN DO CHA MẸ ĐIỀN VÀ TRẺ EM TỰ ĐIỀN (TỪ 11 - 16)	71
14. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC CỦA TRẺ K - ABC	77
15. THANG ĐÁNH GIÁ ẢN TƯỢNG LÂM SÀNG CHUNG (CGI - S).....	79
16. THANG ĐÁNH GIÁ TÂM THẦN RÚT GỌN BPRS.....	81
17. THANG ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY (ADLS)	83
18. THANG ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE)	86
19. TRẮC NGHIỆM RAVEN	90
20. THANG ĐÁNH GIÁ TRÍ NHỚ WECHSLER (WMS)	140
21. TRẮC NGHIỆM WAIS	147
22. TRẮC NGHIỆM WISC	149
23. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU – TRẦM CẢM – STRESS (DASS)	152
24. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU - ZUNG.....	157
25. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU – HAMILTON.....	161
26. THANG ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ (GAD7)	163
27. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU TRẺ EM SPENCE (SCAS).....	167
28. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN GIẤC NGỦ (PSQI)	174
29. THANG ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG DƯƠNG TÍNH VÀ ÂM TÍNH (PANSS).....	180
30. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH (MMPI)	206
31. BẢNG NGHIỆM KÊ NHÂN CÁCH HƯỚNG NỘI HƯỚNG NGOẠI (EPI) ..	224
32. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH RORSCHACH.....	230
33. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH (CAT).....	233

34. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH (TAT)	236
35. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH CATELL	239
36. THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SỬ DỤNG RƯỢU (AUDIT).....	259
37. TEST NHANH PHÁT HIỆN CHẤT OPIATS TRONG NƯỚC TIỂU.....	264
38. TEST NHANH PHÁT HIỆN CHẤT GÂY NGHIỆN TRONG NƯỚC TIỂU ..	269
39. THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGHIỆN HIMMELBACH	274
40. LIỆU PHÁP TÂM LÝ NHÓM	278
41. LIỆU PHÁP TÂM LÝ GIA ĐÌNH	281
42. TƯ VẤN TÂM LÝ CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH.....	284
43. LIỆU PHÁP GIẢI THÍCH HỢP LÝ.....	287
44. LIỆU PHÁP HÀNH VI.....	289
45. LIỆU PHÁP ÁM THỊ.....	292
46. LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI	294
47. LIỆU PHÁP NHẬN THỨC	297
48. LIỆU PHÁP KÍCH HOẠT HÀNH VI	300
49. LIỆU PHÁP TÂM KỊCH	303
50. LIỆU PHÁP TÂM LÝ ĐỘNG.....	305
51. LIỆU PHÁP ÂM NHẠC	307
52. LIỆU PHÁP HỘI HỌA	310
53. LIỆU PHÁP TÁI THÍCH ỨNG XÃ HỘI.....	312
54. LIỆU PHÁP THƯ GIẢN LUYỆN TẬP	315
55. ĐO ĐIỆN NÃO VI TÍNH	319
56. ĐO ĐIỆN NÃO VIDEO.....	322
57. ĐO LƯU HUYẾT NÃO.....	326
58. GHI ĐIỆN NÃO ĐỒ THƯỜNG QUY.....	330
59. SIÊU ÂM DOPPER XUYÊN SỌ	332
60. KÍCH THÍCH TỪ XUYÊN SỌ (TMS)	336
61. SỐC ĐIỆN THÔNG THƯỜNG.....	341
62. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI LOẠN TRƯƠNG LỰC CƠ CẤP.....	345
63. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI KÍCH ĐỘNG.....	348
64. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH.....	352
65. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI KHÔNG ĂN	355
66. XỬ TRÍ HỘI CHỨNG AN THẦN KINH ÁC TÍNH.....	359
67. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI BỒN CHỒN BẤT AN DO THUỐC HƯỚNG THẦN.....	362
68. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI LOẠN ĐỘNG MUỘN	365
69. CẤP CỨU TỰ SÁT.....	368
70. XỬ TRÍ HẠ HUYẾT ÁP TƯ THỂ.....	371
71. XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC HƯỚNG THẦN.....	379
72. XỬ TRÍ DỊ ỨNG THUỐC HƯỚNG THẦN.....	381

73.	XỬ TRÍ TRẠNG THÁI SẢNG RƯỢU.....	384
74.	ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN	388
75.	ĐIỀU TRỊ THAY THỂ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG THUỐC METHADONE.....	390
76.	ĐIỀU TRỊ CHỐNG TÁI NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG NALTREXON	393
77.	ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CAI CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG CLONIDINE	396
78.	ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG AMPHETAMINE	398
79.	ĐIỀU TRỊ NGHIỆN RƯỢU	403
80.	THEO DÕI-CHĂM SÓC CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU TÂM THẦN.....	406
81.	PHỤ GIÚP BÁC SĨ KHÁM VÀ LÀM LIỆU PHÁP CHỮA BỆNH TÂM THẦN.....	412
82.	NGUYÊN TẮC DÙNG THUỐC CHO NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN.....	419
83.	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HYSTERIA.....	423
84.	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT.....	429
85.	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH.....	435
86.	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN TÂM THẦN.....	441
87.	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG.....	445
88.	QUẢN LÝ-THEO DÕI-HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN.....	450
89.	VỆ SINH-PHÒNG BỆNH TÂM THẦN.....	454

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ CẢM XÚC

1. Thang đánh giá trầm cảm Beck (BDI)
2. Thang đánh giá trầm cảm Hamilton
3. Thang đánh giá trầm cảm ở người già (GDS)
4. Thang đánh giá trầm cảm sau sinh (EPDS)
5. Thang đánh giá hưng cảm Young
6. Thang đo lo âu trầm cảm H.A.D
7. Thang đánh giá trầm cảm ở trẻ em

1. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK (BDI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá trầm cảm Beck (Beck Depression Inventory - BDI) là bảng câu hỏi tự đánh giá được tác giả Aaron T. Beck (Mỹ) xây dựng lần đầu tiên năm 1961, sau đó được chuẩn hóa năm 1969. BDI là bộ câu hỏi được xây dựng để đánh giá cường độ, mức độ và sự tự nhận thức về trầm cảm ở những người bệnh có chẩn đoán rối loạn tâm thần.

Phiên bản gốc của BDI gồm 21 câu hỏi, trong đó mỗi câu hỏi sẽ đưa ra bốn mức độ của triệu chứng. Mỗi triệu chứng được ấn định một điểm số từ 0 đến 3, chỉ báo mức độ tăng dần của mỗi triệu chứng. Mỗi câu hỏi tương ứng với một triệu chứng của rối loạn trầm cảm nói riêng và cảm xúc nói chung thông qua sự tự đánh giá của người bệnh. Các câu hỏi từ 1 đến 14 đánh giá các triệu chứng về nhận thức – xúc cảm, trong khi các câu hỏi từ 15 đến 21 đánh giá các triệu chứng cơ thể. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ trầm cảm.
- Người bệnh có các biểu hiện trầm cảm
- Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiền hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Bước 2: Hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian người bệnh thực hiện trắc nghiệm: 15 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 25 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhân, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm Tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.

3. Aalto A.M., Elovainio M., Kivimaki M., Uutela A., Pirkola S. (2012). The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Research*.197:163–171.
4. Beck Aaron T., Steer Robert A., Garbin M. G., (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 8(1):77-100.
5. P.Richter, J.Werner, A.Heerlein, A.Kraus, H.Sauer. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review.*Psychopathology*. 31(3):160-168.
6. R.J.Bosscher, H.Koning, R.Van Meurs (1986). Reliability and validity of the Beck Depression Inventory in a Dutch college population. *Psychological Reports*. 58(3):696-698.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK (BDI)

Trong bảng này gồm 21 đề mục, mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Ở mỗi đề mục hãy chọn ra một câu mô tả gần giống nhất tình trạng mà bạn cảm thấy trong khoảng 1 đến 2 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà bạn chọn. Đừng bỏ sót đề mục nào!

1. 0 Tôi không cảm thấy buồn.
 1 Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn.
 2 Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn.
 3 Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được.

2. 0 Tôi không nản lòng về tương lai.
 1 Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai hơn trước.
 2 Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả.
 3 Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi.

3. 0 Tôi không cảm thấy như bị thất bại.
 1 Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác.
 2 Nhìn lại cuộc đời, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại.
 3 Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại.

4. 0 Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích.
1 Tôi ít thấy thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường ưa thích.
2 Tôi còn rất ít thích thú về những điều trước đây tôi vẫn thường thích.
3 Tôi không còn chút thích thú nào nữa.
5. 0 Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả.
1 Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội.
2 Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình có tội.
3 Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội.
6. 0 Tôi không cảm thấy đang bị trừng phạt.
1 Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt.
2 Tôi mong chờ bị trừng phạt.
3 Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt.
7. 0 Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia.
1 Tôi không còn tin tưởng vào bản thân.
2 Tôi thất vọng với bản thân.
3 Tôi ghét bản thân mình.
8. 0 Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia.
1 Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia.
2 Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình.
3 Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra.
9. 0 Tôi không có ý nghĩ tự sát.
1 Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện.
2 Tôi muốn tự sát.
3 Nếu có cơ hội tôi sẽ tự sát.
10. 0 Tôi không khóc nhiều hơn trước kia.
1 Tôi hay khóc nhiều hơn trước.
2 Tôi thường hay khóc vì những điều nhỏ nhặt.
3 Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được.
11. 0 Tôi không dễ bòn chôn và căng thẳng hơn thường lệ.
1 Tôi cảm thấy dễ bòn chôn và căng thẳng hơn thường lệ.

- 2 Tôi cảm thấy bồn chồn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được.
- 3 Tôi thấy rất bồn chồn và kích động đến mức liên tục phải đi lại hoặc làm việc gì đó.
12. 0 Tôi không mất sự quan tâm đến những người xung quanh hoặc các hoạt động khác.
- 1 Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước.
- 2 Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh.
- 3 Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa.
13. 0 Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước.
- 1 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước.
- 2 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều.
- 3 Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì cả.
14. 0 Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng.
- 1 Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia.
- 2 Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh.
- 3 Tôi cảm thấy mình là người hoàn toàn vô dụng.
15. 0 Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sức lực như trước đây.
- 1 Sức lực của tôi kém hơn trước.
- 2 Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa.
- 3 Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa.
16. 0 Không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi.
- 1a Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước.
- 1b Tôi ngủ hơi ít hơn trước.
- 2a Tôi ngủ nhiều hơn trước.
- 2b Tôi ngủ ít hơn trước.
- 3a Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày.
- 3b Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được.
17. 0 Tôi không dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
- 1 Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
- 2 Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước rất nhiều.
- 3 Lúc nào tôi cũng dễ cáu kỉnh và bực bội.

18. 0 Tôi ăn vẫn ngon miệng như trước.
 1a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước.
 1b Tôi ăn ngon miệng hơn trước.
 2a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều.
 2b Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều.
 3a Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả.
 3b Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn.
19. 0 Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước.
 1 Tôi không thể tập trung chú ý được như trước.
 2 Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất kỳ điều gì.
 3 Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất kỳ điều gì nữa.
20. 0 Tôi không mệt mỏi hơn trước.
 1 Tôi dễ mệt mỏi hơn trước.
 2 Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi.
 3 Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì.
21. 0 Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục.
 1 Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước.
 2 Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục.
 3 Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng tổng điểm các đề mục.
- Lưu ý câu 9 về ý tưởng, hành vi tự sát.

Đánh giá mức độ:

BECK	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có trầm cảm	0 – 13	
Trầm cảm nhẹ	14 – 19	
Trầm cảm vừa	20 – 29	
Trầm cảm nặng	≥ 30	

2. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM HAMILTON

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá trầm cảm Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS) hay còn gọi là thang HAM-D là một thang phỏng vấn sâu được tác giả M.Hamilton xây dựng vào năm 1960 tại Mỹ, sửa đổi vào năm 1967, được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của các triệu chứng trầm cảm. HDRS thường được sử dụng cho những bệnh nhân đã được chẩn đoán là mắc bệnh trầm cảm.

HDRS là một bảng phỏng vấn sâu gồm 21 câu hỏi, tuy nhiên khi đánh giá để phân loại mức độ của trầm cảm, chỉ tính điểm 17 câu hỏi đầu. Các câu hỏi của HDRS bao gồm các vấn đề chủ yếu của rối loạn trầm cảm gồm các triệu chứng cảm xúc, các triệu chứng cơ thể, vấn đề nhận thức và các ý tưởng bị hại. Người bệnh sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi của người cán bộ trắc nghiệm theo một bảng hỏi có sẵn nhằm định lượng mức độ trầm trọng của các triệu chứng trầm cảm trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ trầm cảm.
- Người bệnh có rối loạn trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực – giai đoạn trầm cảm.
- Đánh giá người bệnh trong và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng ở người bệnh.
- Bước 2: Tiến hành phỏng vấn người bệnh bằng tài liệu trắc nghiệm, ghi điểm đánh giá vào tờ ghi kết quả trắc nghiệm. Trong quá trình đánh giá, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để đảm bảo đánh giá đúng nhất mức độ triệu chứng mà người bệnh đang gặp phải. Có thể phỏng vấn thêm người nhà người bệnh để thu thập thêm thông tin bổ sung cho kết quả đánh giá.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian phỏng vấn người bệnh: 20 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 30 phút

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng. NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn (2010). Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm Tâm lý. Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.

3. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23(1): 56-62.
4. Hedlund J.L., Viewig B.W. (1979). The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*. 10:149-165.
5. Jose A. Lopez-Pina, Julio Sanchez-Meca, Ana I. Rosa-Alcazar (2009). The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 9(1):143-159.
6. Mark Zimmerman, Jennifer H. Martinez, Diane Young, Iwona Chelminski, Kristy Dalrymple (2013). Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*. 150(2):384-388.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM HAMILTON

MỤC	NỘI DUNG	ĐIỂM
1	Khí sắc trầm	
	- Không có cảm giác khó chịu và dấu hiệu trầm cảm.	0
	- Có cảm giác buồn hoặc lo lắng nhất thời, không có dấu hiệu trầm cảm rõ nét.	1
	- Tỏ ra buồn, thấy đau khổ, bi quan, thỉnh thoảng khóc lóc, ý tưởng tự sát thoáng qua, hoạt động sút kém.	2
	- Có dấu hiệu cơ thể của trầm cảm: chậm chạp hoặc có chút kích động, cảm giác tuyệt vọng; nội dung trầm cảm chiếm ưu thế, có ý tưởng tự sát.	3
2	- Trầm cảm nặng với các dấu hiệu cơ thể lan tỏa rõ rệt, hoang tưởng liên quan đến cái chết, tự sát. Bất động hoặc kích động, hành vi bị hủy hoại.	4
	Cảm giác tội lỗi	
	- Không có cảm giác tội lỗi.	0
	- Có một số hối hận nhỏ về hành vi đã qua. Có xu hướng tự buộc tội mình về những chuyện lật vật.	1
	- Cảm giác tội lỗi, nghiến ngấm, tự quở trách mình vì những sai lầm hoặc hành vi tội lỗi.	2
	- Tin rằng mình bị bệnh là do bị trừng phạt; hoang tưởng bị buộc tội. Chiếm ưu thế trong suy nghĩ và hành vi của người bệnh là mình bị	3

	buộc tội nặng, bị trừng phạt. - Có ảo thanh buộc tội hoặc tố giác. Có ảo thị đe dọa.	4
3	Tự sát - Không có. - Chán sống, ý tưởng tự sát thoáng qua. - Có ý tưởng tự sát. Coi tự sát cũng là một giải pháp tốt. - Có ý tưởng tự sát rõ rệt. Đã có dự định tự sát. - Có kế hoạch và tích cực chuẩn bị tự sát hoặc có mưu toan tự sát nghiêm trọng.	0 1 2 3 4
4	Mất ngủ - Giấc ngủ đầu (khó đi vào giấc ngủ) - Không có dấu hiệu. - Đôi khi - Thường xuyên.	0 1 2
5	Mất ngủ - Giấc ngủ giữa (Phản nản vì bị quấy rầy và có cảm giác không yên suốt đêm) - Không có dấu hiệu. - Đôi khi - Thường xuyên.	0 1 2
6	Mất ngủ - Giấc ngủ cuối (thức dậy nhiều giờ vào sáng sớm và không ngủ lại được) - Không có dấu hiệu. - Đôi khi - Thường xuyên.	0 1 2
7	Công việc và hoạt động - Hoạt động bình thường. - Kém nhiệt tình, dè dặt, thụ động, dễ chán nản. Có ý nghĩ và cảm giác bất lực liên quan đến hoạt động. - Cảm thấy công việc là một gánh nặng. Lơ là trong việc chăm sóc bản thân. - Phải gắng sức trong mọi công việc. Phải hủy bỏ nhiều việc đã dự định. Chăm sóc bản thân rất kém. - Không có khả năng làm việc. Có thiếu sót, lú lẫn trong chăm sóc bản thân. Không tham gia các hoạt động khác ngoại trừ một vài công việc lặt vặt trong buồng bệnh.	0 1 2 3 4
8	Chậm chạp - Không có phản nản gì về sự tập trung chú ý và hiệu suất công việc.	0

	- Có sự giảm thiểu tâm lý – vận động. Đối tượng thừa nhận đôi lúc chậm chạp, không hoạt động, mất định hướng với xung quanh. - Giọng nói đều đều, trả lời câu hỏi chậm chạp, gần như ngồi im, song trả lời đúng câu hỏi. - Cuộc phỏng vấn bị kéo dài; thường bỏ sót câu trả lời hoặc trả lời những câu không phù hợp. - Không thể phỏng vấn được.	1 2 3 4
9	Kích động - Không có các dấu hiệu kích động. - Đứng, ngồi không yên và tăng động khi phỏng vấn. - Tăng động rõ rệt, luôn di chuyển chỗ ngồi, tay bấu vào tay, bấu vào quần áo hoặc vận vẹo tay. - Đứng bật dậy khi đang phỏng vấn. - Vừa đi đi, lại lại, vừa rút tóc, quần áo, nhặt đồ lặt vặt.	0 1 2 3 4
10	Lo âu – triệu chứng tâm lý - Không có phản nản gì - Chỉ kể ra khi được hỏi. Có cảm giác khó chịu, dễ kích thích hoặc căng thẳng, thể hiện ở mức độ nhẹ. Có xu hướng quá lo lắng vì những chuyện nhỏ hoặc có lo âu liên quan đến những tình huống đặc biệt. - Cảm thấy dễ bị kích thích, căng thẳng, không an tâm, dễ bị bối rối và các trạng thái này diễn ra trong một thời gian dài... - Luôn có cảm giác “bàng hoàng”, “kinh hãi” hoặc có cơn lo âu. - Có các triệu chứng trầm trọng: liên tục cảm thấy sợ hãi, hoảng sợ do chờ đợi sự mất mát, bị bỏ rơi, tàn phế...	0 1 2 3 4
11	Lo âu – triệu chứng cơ thể (Các rối loạn chức năng dạ dày, ruột, tim mạch, hô hấp, tiết niệu, bài tiết mồ hôi...) - Không có phản nản gì. - Triệu chứng nhẹ và ít gặp, không cản trở các hoạt động thường ngày. - Có cơn rối loạn về cơ thể mức độ vừa, thường xuyên hơn. - Liên tục cảm thấy ít nhiều bị ốm do những triệu chứng gây rối loạn giấc ngủ và công việc thường ngày. - Các triệu chứng gây bất lực.	0 1 2 3 4
12	Các triệu chứng cơ thể và dạ dày – ruột, sự ngon miệng - Không có phản nản gì.	0

	- Giảm ngon miệng. Số lần đại tiện có thay đổi.	1
	- Mất ngon miệng, táo bón nặng.	2
13	Triệu chứng cơ thể chung (Các cảm giác nặng nề, đau, mỏi...): - Không có triệu chứng. - Phàn nàn khi có các triệu chứng ở mức độ nhẹ và vừa nhưng không gây sự bất lực và rối loạn. - Phàn nàn khi có các triệu chứng ở mức độ nặng, cản trở hoạt động hoặc gây bất lực.	0 1 2
14	Triệu chứng sinh dục (Khả năng hoạt động sinh dục, điều hòa kinh nguyệt...) - Không có gì phàn nàn. - Giảm hứng thú, sự đáp ứng và tần số hoạt động tình dục giảm. - Hoàn toàn mất hứng thú, mất đáp ứng và thực sự chán ghét hoạt động tình dục. Mất kinh nguyệt không phải là do nguyên nhân nội tiết.	0 1 2
15	Nghi bệnh - Không có gì phàn nàn. - Phàn nàn về rối loạn ở mức độ nhẹ, quá lo lắng đến sức khỏe cơ thể của mình. - Bận tâm nhiều đến sức khỏe cơ thể, cho là mình có bệnh thực tổn. - Phàn nàn tập trung vào các triệu chứng cơ thể, đòi được giúp đỡ. Ám ảnh sợ bị bệnh ung thư, giang mai... Tin chắc là mình bị bệnh thực tổn. - Hoang tưởng có nội dung kì quái (cơ thể bị thối rữa, bị đè nén...), lo âu rõ rệt; sợ hãi, tuyệt vọng, chờ đợi cái chết hoặc bị tàn phế nghiêm trọng.	0 1 2 3 4
16	Sút cân - Không có phàn nàn về sút cân. - Sút cân nhẹ hoặc có nghi ngờ sút cân. - Sút cân rõ rệt/trầm trọng (được đánh giá một các khách quan).	0 1 2
17	Nhận thức - Thừa nhận bị trầm cảm và bị “bệnh tâm thần” (suy sụp thần kinh...). - Thừa nhận bị bệnh về trạng thái thần kinh nhưng đổ lỗi cho tình trạng cơ thể. - Cho là mình không có gì “trục trặc” trong hoạt động thần kinh (tâm thần), mà chỉ bị bệnh cơ thể.	0 1 2

18	Thay đổi trong ngày đêm (Các triệu chứng xấu hơn về buổi sáng hoặc buổi tối). - Không có một mô hình dao động nhất định trong ngày và đêm. - Có sự thay đổi nhưng chưa rõ rệt. Tự thấy có thay đổi rõ rệt.	0 1 2
19	Giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại - Không có các dấu hiệu này. - Cảm thấy một các mơ hồ về sự thay đổi trong cơ thể. - Cảm giác rõ nét và dai dẳng về sự thay đổi cơ thể hoặc có cảm giác không thực về cơ thể của mình.	0 1 2
20	Các triệu chứng paranoid, ý tưởng bị hại - Không có các dấu hiệu này. - Có ý thức về bản thân, dong thiếu tin tưởng vào người khác. Có ý nghĩ liên hệ mơ hồ; có xu hướng nghi ngờ người khác cười nhạo, chống lại mình về những chuyện vặt vãnh. Vẫn đáp ứng được sự động viên, trấn an của người xung quanh. - Thái độ paranoid; ý tưởng liên hệ bị truy hại một cách mơ hồ. Khí sắc hoang tưởng nhẹ và không hệ thống hoặc có ý nghĩ cho là người khác muốn làm hại mình. - Hoang tưởng paranoid thực sự, có hệ thống và đầy cảm xúc hoặc có khí sắc hoang tưởng. Người bệnh tin chắc là người khác muốn làm hại mình. - Hệ thống hoang tưởng paranoid được người bệnh nhào nặn một cách phong phú; khí sắc hoang tưởng mãnh liệt, có ảo giác.	0 1 2 3 4
21	Triệu chứng ám ảnh và cưỡng bức - Không có các triệu chứng này. - Có nghi ngờ, lo âu nhưng không nặng. - Triệu chứng lo âu rõ ràng.	0 1 2

Hướng dẫn tính điểm:

- Tính tổng điểm các câu từ 1 đến 17. Lưu ý câu 3 về ý tưởng hành vi tự sát.

Đánh giá mức độ:

HAM-D	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có dấu hiệu trầm cảm	0 – 7	
Trầm cảm mức độ nhẹ	8 - 13	
Trầm cảm mức độ vừa	14 - 18	
Trầm cảm mức độ nặng	19 - 22	
Trầm cảm mức độ trầm trọng	≥ 23	

3. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI GIÀ (GDS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá trầm cảm ở người già (Geriatric Depression Scale - GDS) là bảng câu hỏi tự đánh giá được tạo ra bởi Yesavage và cộng sự năm 1982 để nhận biết và lượng giá trầm cảm ở người già. GDS bản đầy đủ là một bảng tự đánh giá gồm 30 câu hỏi, trong đó những người bệnh được yêu cầu trả lời “có” hoặc “không” liên quan đến cảm giác của người bệnh trong khoảng thời gian 1 tuần tính đến thời điểm đánh giá.

GDS dạng rút gọn bao gồm 15 câu hỏi được phát triển vào năm 1986. GDS rút gọn dễ dàng thực hiện trên những người bệnh có bệnh lý nền, sa sút trí tuệ nhẹ và trung bình, những người bệnh mệt mỏi nhiều, giảm tập trung chú ý. Nó đã được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở chăm sóc cộng đồng, nơi điều trị cấp tính (nội trú) và điều trị ngoại trú.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người trên 65 tuổi có biểu hiện trầm cảm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người có bệnh lý nền nặng, sa sút trí tuệ mức độ nặng không thể thực hiện trắc nghiệm.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người già cần sàng lọc.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người được sàng lọc:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người được chỉ định thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Bước 2: Hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian hoàn thành trắc nghiệm

- Thời gian phỏng vấn người bệnh: 15 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian hoàn thành trắc nghiệm: 25 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám/điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện trắc nghiệm (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, hành vi...)
- Báo cáo với bác sĩ khám/điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brink T.L., Yesavage J.A., Lum O., Heersema P., Adey M.B., Rose T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*. 1: 37-44.
2. Lyness J.M., Noel T.K., Cox C., King D.A., Conwell Y., Caine E.D. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Archives of internal medicine*. 157(4):449-454.
3. Parmelee, P., Lawton, M., & Katz, I. (1989). Psychometric properties of the Geriatric Depression Scale among the institutionalized aged. *Psychological Assessment*. 1(4):331-338.

4. Rafal A., Angelika K., Sylwia B. (2011). Geriatric Depression Scale (GDS). Validity and reliability of different versions of the scale-review. *Psychiatry Polska*. 45(4):555-562.
5. Wancata J., Alexandrowicz R., Marquart B., Weiss M., Friedrich F. (2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114(6):398-410.
6. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M.B., Leirer V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17(1): 37-49.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM NGƯỜI GIÀ (Geriatric Depression Scale - GDS)

Hãy đánh dấu X vào ô “Đúng” hoặc “Không đúng” tình trạng mà bác cảm thấy trong vòng một tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Đừng bỏ sót đề mục nào!

Stt	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
1	Về cơ bản tôi hài lòng với cuộc sống của mình		
2	Hiện tôi đã từ bỏ nhiều hoạt động và thú vui		
3	Tôi cảm thấy cuộc sống của mình thật là trống rỗng		
4	Tôi thường cảm thấy buồn chán		
5	Tôi cảm thấy tương lai đầy triển vọng		
6	Tôi thấy phiền muộn bởi có những ý nghĩ trong đầu không thể dứt ra được		
7	Hầu hết thời gian tôi thấy thoải mái		
8	Tôi sợ rằng có một điều tồi tệ sẽ xảy đến với mình		
9	Phần lớn thời gian tôi cảm thấy hạnh phúc		
10	Tôi thường cảm thấy không tự lo liệu được		
11	Tôi thường cảm thấy bồn chồn, bất an		
12	Tôi thích ở nhà hơn là đi ra ngoài và làm việc gì đó		
13	Tôi thường thấy lo lắng về tương lai		
14	Tôi cảm thấy mình có nhiều vấn đề về trí nhớ hơn hầu hết những người có cùng độ tuổi		
15	Tôi nghĩ cuộc sống hiện tại thật là tuyệt vời		
16	Tôi cảm thấy chán nản và thất vọng		
17	Tôi cảm thấy khá vô dụng trong tình trạng hiện tại		

18	Tôi lo nghĩ nhiều về quá khứ		
19	Tôi nhận thấy cuộc sống rất thú vị		
20	Tôi thấy khó để bắt đầu những kế hoạch mới		
21	Tôi cảm thấy tràn đầy sinh lực		
22	Tôi cảm thấy tình trạng của mình là tuyệt vọng		
23	Tôi nghĩ hầu hết mọi người đều tốt hơn tôi		
24	Tôi thường thấy bối rối cả với những việc nhỏ nhất		
25	Tôi thường cảm thấy muốn khóc		
26	Tôi có vấn đề về tập trung chú ý		
27	Khi thức dậy vào buổi sáng tôi thấy sáng khoái		
28	Tôi không thích những chỗ hội họp đông người		
29	Tôi dễ dàng đưa ra các quyết định		
30	Trí óc tôi vẫn minh mẫn như trước kia		

Hướng dẫn tính điểm:

- Các câu trả lời “Đúng” được tính 1 điểm: 2, 3 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16 17, 18, 20, 22, 23 24, 25 26, 28.
- Các câu trả lời “Không đúng” được tính 1 điểm: 1, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.
- Cộng tổng điểm.

Đánh giá mức độ:

GDS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có trầm cảm	0 – 9	
Trầm cảm nhẹ	10 – 19	
Trầm cảm nặng	≥ 20	

4. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM SAU SINH (EPDS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá trầm cảm sau sinh (The Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS) được Cox JL. và cộng sự (Anh Quốc) phát triển năm 1987, được sử dụng để sàng lọc những triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ sau sinh từ 6 đến 8 tuần. EPDS là một thang đo có giá trị và hiệu quả trong việc xác định một bệnh nhân có nguy cơ mắc chứng trầm cảm sau sinh.

Thang đánh giá trầm cảm sau sinh EPDS gồm 10 câu hỏi mô tả các triệu chứng trầm cảm mà phụ nữ sau khi sinh có thể mắc phải. Mỗi câu hỏi có 4 phương án trả lời, mỗi phương án tương ứng với một số điểm nhất định. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá. Trong trường hợp nghi ngờ có thể lặp lại thang đánh giá sau 2 tuần.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh sau sinh từ 6 đến 8 tuần được chỉ định đánh giá mức độ trầm cảm.
- Người bệnh sau sinh từ 6 đến 8 tuần có các vấn đề rối loạn tâm thần.
- Đánh giá người bệnh sau sinh trong và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có thời gian sinh xong quá lâu so với đề xuất trong yêu cầu của trắc nghiệm.
- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Nếu người bệnh trong giai đoạn kích động, tri hoãn chỉ định và thực hiện khi người bệnh ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.

- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Bước 2: Hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian người bệnh thực hiện trắc nghiệm: 17 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 8 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 25 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150: 782–786.

2. BC Reproductive Mental Health Program and Perinatal Services BC. (2014). *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*.
3. Katherine L.W., Barbara L.P., Catherine M.P. (2002). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*. 347(3):194-199.
4. Katherine L.W., Dorothy K.Y., Mary C.M., David M.R., Rebecca A.Z., Carolyn L.H., Heather F.E., James F.L., Stephen R.W., Michelle L.C., Andrea L.C., Eydie L.M., Christopher S.F., Barbara H.H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression finding. *JAMA Psychiatry*. 70(5):490-498.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM SAU SINH (EPDS)

Hãy đánh giá trạng thái mà bạn cảm thấy trong một tuần trở lại đây, tính cả ngày hôm nay! Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu bạn chọn ở mỗi đề mục! Đừng bỏ sót đề mục nào!

1. Tôi có thể cười và thấy khía cạnh hài hước của mọi chuyện.

- 0 - Vẫn như trước kia.
- 1- Ít hơn trước kia.
- 2- Hầu như không còn như trước kia.
- 3- Không còn chút nào nữa.

2. Tôi luôn hào hứng mong chờ mọi điều đến với mình.

- 0- Vẫn như trước kia.
- 1- Ít hơn một chút so với trước đây.
- 2- Ít hơn nhiều so với trước đây.
- 3- Rất hiếm khi.

3. Khi mọi chuyện xấu đi tôi thường đổ lỗi cho bản thân.

- 3- Đúng, lúc nào cũng vậy.
- 2- Đúng, vài lần như vậy.
- 1- Hiếm khi như vậy.
- 0- Không bao giờ.

4. Tôi cảm thấy lo âu hoặc lo lắng mà không rõ nguyên nhân.

- 0- Không có.
- 1- Hiếm khi.
- 2- Đúng, thỉnh thoảng.
- 3- Đúng, rất thường xuyên.

5. Tôi cảm thấy hoảng hốt, sợ hãi một cách vô cớ.

- 3- Đúng, phần lớn thời gian.
- 2- Có, một vài lần.
- 1- Không, không nhiều.
- 0- Không có.

6. Mọi thứ đang đè nặng lên vai tôi.

- 3- Đúng, hầu hết thời gian tôi không thể làm được việc gì.
- 2- Đúng, đôi lúc tôi không thể làm được mọi việc như trước đây.
- 1- Không, đa phần tôi vẫn đảm đương tốt mọi việc như trước kia.
- 0- Không, tôi vẫn đảm đương tốt mọi việc như trước kia.

7. Tôi thường thấy không vui và rất khó ngủ.

- 3- Đúng, hầu hết thời gian.
- 2- Đúng, đôi lúc như thế.
- 1- Ít khi.
- 0- Không có.

8. Tôi cảm thấy buồn bã và bất hạnh.

- 3- Đúng, hầu hết là như thế.
- 2- Đúng, đôi lúc như thế.
- 1- Ít khi.
- 0- Không có.

9. Tôi thấy buồn chán đến phát khóc.

- 3- Đúng, hầu hết thời gian.
- 2- Đúng, rất thường xuyên.
- 1- Chỉ tùy từng lúc.
- 0- Không bao giờ.

10. Ý nghĩ tự làm hại bản thân xuất hiện trong đầu tôi.

- 3- Đúng, khá thường xuyên.
- 2- thỉnh thoảng.
- 1- Hiếm khi.
- 0- Không bao giờ.

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng điểm các phương án được chọn bên trái các câu phát biểu.
- Lưu ý câu 10 về ý nghĩ tự hủy hoại.

Đánh giá mức độ:

EPDS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có trầm cảm	0 – 9	
Có dấu hiệu trầm cảm	≥ 10	

5. THANG ĐÁNH GIÁ HUNG CẢM YOUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá hưng cảm Young (Young Mania Rating Scale - YMRS) được phát triển ban đầu bởi Vincent E.Z, và được phổ biến rộng rãi bởi Young Robert từ năm 1978 sử dụng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của hưng cảm và các triệu chứng liên quan, đồng thời đáp ứng với điều trị ở bệnh nhân có rối loạn lưỡng cực loại I và II. YMRS được sử dụng trên cả người lớn và thanh thiếu niên, hỗ trợ đắc lực cho các nhà lâm sàng và nhà nghiên cứu trong chẩn đoán, đánh giá và định lượng các triệu chứng hưng cảm.

YMRS là bảng phỏng vấn gồm 11 câu hỏi đánh giá các triệu chứng chung của hưng cảm. Người phỏng vấn dựa trên báo cáo về triệu chứng chủ quan của người bệnh trong vòng 48 giờ tới thời điểm phỏng vấn, sự quan sát lâm sàng khi phỏng vấn, và thông tin của người chăm sóc để đánh giá mức độ của các triệu chứng hưng cảm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ hưng cảm.
- Người bệnh có các vấn đề rối loạn cảm xúc, rối loạn cảm xúc lưỡng cực loại hưng cảm.
- Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- rong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sỹ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.

- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Bước 2: Tiến hành phỏng vấn theo bảng hỏi của trắc nghiệm và đánh giá mức độ triệu chứng dựa trên báo cáo của người bệnh và những quan sát lâm sàng của người đánh giá. Hỏi thêm thông tin từ người chăm sóc nếu cần.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian người bệnh thực hiện trắc nghiệm: 20 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian hoàn thành trắc nghiệm: 30 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jacek W., et al (2011). Bech-Rafaelsen Mania Scale and Young Mania Rating Scale--comparison of psychometric properties of the two instruments for rating a manic syndrome. *Psychiatria Polska*. 45(1):61-78.
2. Micheal L., Stephanie G., Adeline B., Bruno F., Elena P., Helene S., Mauricio T., Catherine R., Jean-Michel A., Emblem Study Group (2013). Young Mania Rating Scale: how to interpret the numbers? Determination of a severity threshold and of the minimal clinically significant difference in the EMBLEM cohort. *International Journal of methods in psychiatric research*. 22(1):46-58.
3. Moritz M., Christoph E., Patrick K., Christian S., Heinz G., Christian G., Alexandre W., Christoph S. (2011). Reliability and concordance validity of a German version of the Young Mania Rating Scale (YMRS-D). *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte*. 25(1):16-25.
4. Seon C.P., Joonho C., (2016). Using the Yong Mania Rating Scale for Identifying Manic Symptoms in Patients with Schizophrenia. *Yonsei medical journal*. 57(5):1298-1299.
5. Young R.C., Biggs J.T., Ziegler V.E., Meyer D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 133(5): 429-435.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ HÙNG CẢM YOUNG (YMRS)

Dưới đây là các đề mục mô tả về trạng thái tâm lý. Ở mỗi đề mục, hãy khoanh tròn vào con số bên trái tương ứng với mô tả gần giống nhất trạng thái của anh/chị trong khoảng hai tuần gần đây, kể cả ngày hôm nay. Đừng bỏ sót đề mục nào!

1. Khí sắc tăng:

0. Không có.

1. Khí sắc tăng nhẹ hoặc nghi ngờ là có tăng khí sắc.
2. Khí sắc tăng rõ không do tác động của ngoại cảnh, lạc quan, tự tin, vui vẻ thích hợp với ngoại cảnh.
3. Khí sắc tăng không thích hợp với ngoại cảnh, thích hài hước.
4. Khoái cảm, cười lớn tiếng một cách không thích hợp, hát hò.

2. Tăng hoạt động tâm thần, tăng năng lượng:

0. Không có.

1. Tăng hoạt động.

2. Sôi nổi, tăng hành vi điều bộ.
3. Nhiệt tình quá mức, đôi khi tăng hoạt động, đứng ngồi không yên (có thể làm dịu được).
4. Hưng phấn vận động, tăng hoạt động liên tục (không thể làm dịu được).

3. Hoạt động tình dục:

0. Bình thường, không tăng.
1. Tăng nhẹ hoặc nghi ngờ có tăng.
2. Tăng một cách rõ rệt.
3. Thích nói đến các vấn đề có nội dung tình dục, tự nói về có tăng hoạt động tình dục.
4. Có những hành vi suồng sã, khiêu dâm (với bệnh nhân khác, với nhân viên hoặc với người phỏng vấn).

4. Ngủ:

0. Bình thường.
1. Ngủ ít hơn 1 giờ so với bình thường.
2. Ngủ nhiều hơn 1 giờ so với bình thường.
3. Giảm nhu cầu ngủ.
4. Không ngủ.

5. Dễ bị kích thích:

0. Không có.
2. Dễ bị kích thích không do tác động của ngoại cảnh.
4. Tỉnh táo dễ bị kích thích trong quá trình thăm khám.
6. Thường xuyên có biểu hiện dễ bị kích thích trong quá trình thăm khám, trả lời cộc lốc.
8. Thái độ thù địch, không hợp tác, không thể hỏi bệnh được.

6. Nói (Tốc độ và lưu lượng nói):

0. Không tăng.
2. Thích nói.
4. Đôi khi tăng tốc độ và lưu lượng từ khi nói, đôi khi ưa nói dài dòng.
6. Thường xuyên nói nhiều, tăng tốc độ và lưu lượng từ, khó có thể ngắt lời bệnh nhân.
8. Nói rất nhanh, liên tục, không thể ngắt lời được.

7. Rối loạn hình thức tư duy:

0. Không có.
1. Tư duy dài dòng, đăng trí nhẹ, suy duy nhanh.
2. Đăng trí, suy nghĩ không mục đích, thường xuyên thay đổi chủ đề câu chuyện, suy nghĩ hoang tưởng.
3. Tư duy phi tán, lạc đề, nhại lời, nói theo vắn.
4. Lời nói, tư duy không mạch lạc, không thể giao tiếp được.

8. Nội dung suy nghĩ:

0. Bình thường.
2. Có những kế hoạch đáng ngờ, những quan tâm mới.
4. Có những dự án đặc biệt, quá sùng đạo.
6. Ý tưởng tự cao, ý tưởng paranoid, ý tưởng liên hệ.
8. Hoang tưởng, ảo giác.

9. Hành vi kích động, rối loạn hành vi:

0. Không có, hợp tác khi thăm khám.
2. Thỉnh thoảng có hành vi châm biếm, nói to hoặc không thận trọng.
4. Yêu sách, đe dọa.
6. Đe dọa thầy thuốc, la hét, khó thăm khám.
8. Rối loạn hành vi, kích động không thể thăm khám được.

10. Biểu hiện bên ngoài:

0. Ăn mặc gọn gàng.
1. Ăn mặc không gọn gàng.
2. Ăn mặc lôi thôi, nhếch nhác, tóc không chải.
3. Trang điểm lòe loẹt, tóc tai bù xù.
4. Ăn mặc lôi thôi, kỳ dị, sặc sỡ.

11. Tự nhận thức:

0. Thừa nhận mắc bệnh, đồng ý với nhu cầu được điều trị.
1. Có thể mắc bệnh.
2. Thừa nhận là có những biến đổi về hành vi nhưng phủ nhận là mình mắc bệnh.
3. Thừa nhận có thể có những biến đổi về hành vi nhưng phủ nhận là mình mắc bệnh.
4. Phủ nhận bất kỳ một thay đổi nào về hành vi.

Hướng dẫn tính điểm:

- 0 – 4 điểm có 7 mục.

- 0 – 8 điểm có 4 mục.

- Cộng tổng điểm.

Đánh giá mức độ:

YOUNG	Điểm đánh giá	Kết quả
Trạng thái ổn định	0 – 11	
Trạng thái ranh giới	12 - 19	
Hưng cảm mức độ nhẹ đến vừa	20 - 30	
Hưng cảm mức độ nặng	≥ 31	

6. THANG ĐO LO ÂU TRẦM CẢM H.A.D

I. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá lo âu trầm cảm (Hospital Anxiety Depression Scale - HAD) là bảng hỏi tự đánh giá lo âu trầm cảm được tác giả Zigmond và Snaith (Thụy Điển) thiết kế năm 1983. HADS là trắc nghiệm đánh giá lo âu và trầm cảm ở những bệnh nhân có rối loạn về cơ thể, và HAD cũng là một công cụ để phát hiện chứng lo âu và trầm cảm ở những người có vấn đề về sức khỏe thể chất.

HAD gồm 14 câu hỏi trong đó 7 câu hỏi đánh giá lo âu và 7 câu hỏi đánh giá trầm cảm được đan xen nhau. Mỗi một câu hỏi có các lựa chọn được cho điểm từ 0 đến 3. Người bệnh được yêu cầu chọn một mức độ phù hợp với tình trạng mà họ cảm thấy trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần tính đến thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ lo âu trầm cảm.

Người bệnh có vấn đề về thể chất cần sàng lọc rối loạn lo âu trầm cảm.

Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mất khả năng nhận thức.

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Người bệnh trong giai đoạn kích động, tri hoãn và thực hiện lại khi bệnh nhân ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 15 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 5 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 20 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreas H., Elmar B. (2011). Normative values for the Hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*. 71(2):74-78.
2. Bjelland, I; et al. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 52 (2): 69–77.
3. Theodore D.C., Frank D., Mark W., Hannah McGee (2012). Latent Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *Journal Psychomatic Research*. 72(3):180-1

PHỤ LỤC

THANG ĐO LO ÂU TRẦM CẢM H.A.D

Bạn hãy đọc một loạt câu hỏi và khoanh tròn vào điểm số bên trái câu trả lời hiển thị đúng nhất tâm trạng mà bạn đã cảm thấy trong tuần vừa qua. Đừng bỏ sót đề mục nào!

A. Tôi cảm thấy căng thẳng hoặc bức dọc:

- 3 Phần lớn thời gian
- 2 Thường xuyên
- 1 thỉnh thoảng
- 0 Không bao giờ

D. Tôi hài lòng về mọi điều như trước kia:

- 0 Vâng, hoàn toàn như vậy
- 1 Không hoàn toàn
- 2 Chỉ một ít
- 3 Hầu như không nữa

A. Tôi có một cảm giác sợ giống như điều khủng khiếp đang xảy ra:

- 3 Vâng, rất rõ
- 2 Vâng, nhưng điều đó không đến nỗi vậy
- 1 Hơi một chút, nhưng điều đó không làm tôi lo lắng
- 0 Không một ít nào

D. Tôi cười dễ dàng và thấy khía cạnh tốt của mọi thứ:

- 0 Cũng như trước đây
- 1 Không được như trước đây
- 2 Hoàn toàn ít hơn trước
- 3 Không còn gì cả

A. Tôi lo lắng:

- 3 Rất thường xuyên
- 2 Khá thường xuyên
- 1 Tình cờ
- 0 Rất tình cờ

D. Tâm trạng tôi thoải mái:

- 3 Không bao giờ
- 2 Rất hiếm khi

- 1 Khá thường xuyên
- 0 Phần lớn thời gian

A. Tôi có thể ngồi yên lặng, không làm gì hết và cảm giác thoải mái:

- 0 Vâng, dù điều gì đó xảy ra
- 1 Vâng, nói chung là như vậy
- 2 Hiếm khi
- 3 Không bao giờ

D. Tôi có cảm giác hoạt động chậm lại:

- 3 Hầu như luôn luôn
- 2 Rất thường xuyên
- 1 Đôi khi
- 0 Không bao giờ

A. Tôi cảm thấy những cảm giác sợ và dạ dày tắc lại:

- 0 Không bao giờ
- 1 Đôi khi
- 2 Khá thường xuyên
- 3 Rất thường xuyên

D. Tôi không quan tâm nữa tới vẻ ngoài của tôi:

- 3 Không còn gì cả
- 2 Tôi không biết ăn mặc, trang điểm cho phù hợp với hoàn cảnh nữa
- 1 Có thể là tôi cũng không chú ý đến nó nữa
- 0 Tôi để ý đến nó như trước kia

A. Tôi cảm thấy bất ổn, đứng ngồi không yên:

- 3 Vâng, hoàn toàn đúng như vậy
- 2 Hơi một tí
- 1 Không hoàn toàn
- 0 Không một tí nào

D. Tôi mừng khi định làm một việc gì đó:

- 0 Cũng như trước
- 1 Hơi kém hơn trước
- 2 Kém rõ rệt hơn trước

3 Hầu như không bao giờ

A. Tôi cảm thấy những cảm giác đột nhiên hoảng sợ:

3 Hoàn toàn rất thường xuyên

2 Khá thường xuyên

1 thỉnh thoảng

0 Không bao giờ

D. Tôi có thể hài lòng về một cuốn sách hoặc một buổi phát hay trên đài hoặc ti vi:

0 Thường xuyên

1 Đôi khi

2 Hiếm khi

3 Rất hiếm khi

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng điểm các đề mục.

Đánh giá mức độ:

H.A.D	Điểm đánh giá	Kết quả
Trạng thái ổn định	0 – 7	
Trạng thái ranh giới	8 - 10	
Có trầm cảm – lo âu	≥ 11	

7. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá trầm cảm ở trẻ em (Children Depression Inventory - CDI) được phát triển lần đầu tiên năm 1975, được xuất bản và đưa vào sử dụng năm 1979 bởi Tiến sĩ Tâm lý học lâm sàng Maria Kovacs (Úc), được xuất bản và đưa vào sử dụng năm 1985. CDI được xây dựng bằng cách sử dụng mô hình đánh giá trầm cảm cho người lớn dựa theo thang đánh giá trầm cảm cho người lớn theo thang đánh giá trầm cảm Beck (BDI). CDI được sử dụng rộng rãi để đánh giá các triệu chứng trầm cảm nghiêm trọng ở trẻ em và thanh thiếu niên tuổi từ 7 đến 17.

CDI là một bản trắc nghiệm tự đánh giá gồm 27 câu hỏi và được nhóm thành 5 nhóm triệu chứng chính là: khí sắc trầm; vấn đề liên cá nhân; mất hiệu quả; giảm hứng thú và mất tự tin. Các đề mục trong CDI được viết một cách trong sáng, rõ ràng và dễ hiểu. Trẻ được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi đề mục một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà trẻ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ trong độ tuổi 7- 17 được chỉ định đánh giá mức độ trầm cảm.
- Trẻ trong độ tuổi 7-17 có các vấn đề rối loạn cảm xúc.
- Đánh giá trẻ trong độ tuổi 7-17 sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ không có khả năng nhận thức đúng ý nghĩa của các câu hỏi.
- Trẻ chống đối, không hợp tác.
- Người không trong phạm vi độ tuổi thực hiện trắc nghiệm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận trẻ thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng ở trẻ. Có thể để cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ ngồi cạnh để tạo cảm giác an toàn cho trẻ khi thực hiện trắc nghiệm (nếu cần).
- Bước 2: Hướng dẫn trẻ tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình trẻ thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo trẻ hiểu đúng ý nghĩa của các phương án trước khi lựa chọn, thực hiện đúng theo hướng dẫn và yêu cầu của bài trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho trẻ và người nhà.
- Bước 5: Hướng dẫn trẻ và người nhà mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian trẻ thực hiện trắc nghiệm dự tính: 18 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 7 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 25 phút

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu trẻ hoặc người nhà từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi trẻ có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anna F.M., Juan A.A., Juana G.B., Victoria del B.G. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Inventory in Community and Clinical Sample. *The Spanish Journal of Psychology*. 13(2):990-999.
2. D. Knight, V.R.Hensley, B. Waters (1988). Validation of the Children's Depression Scale and the Children's Depression Inventory in a prepubertal sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 29(6):853-863.
3. Emily S., Louisa D., Yong Y.L., Cathrine M., Angus L., Megan H., George P. (2015). Symptoms screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *Journal of Affective Disorders*. 174:447-463.
4. George Giannakopoulos, Maria Kazantzi, Christine Dimitrakaki, John Tsiantis, Gerasimos Kolaitis, Yannis Tountas (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: The use of the Children's Depression Inventory in a nationwide school-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 18(8):485-492.
5. Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*. 21 (4), 995-998.
6. William J. H., Johnny L.M. (1984). The assessment of depression in children: The internal structure of the child depression inventory (CDI). *Behavior Research and Therapy*. 22(3):289-298

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở TRẺ EM (CDI)

Bản này gồm 27 đề mục, mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Ở mỗi đề mục hãy chọn ra một câu phù hợp nhất với em trong khoảng 2 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà em chọn. Đừng bỏ sót đề mục nào!

1. 0 Tôi ít khi buồn.
1 Tôi buồn nhiều.
2 Tôi luôn luôn buồn.
2. 2 Chẳng có thứ gì thuận lợi cho tôi.
1 Tôi không chắc có thứ gì sẽ thuận lợi cho mình.
0 Mọi thứ sẽ thuận lợi cho tôi.

3. 0 Tôi làm đúng hầu hết mọi thứ.
1 Tôi làm sai nhiều thứ.
2 Tôi làm sai tất cả mọi thứ.
4. 0 Tôi có niềm vui ở nhiều điều.
1 Tôi có niềm vui ở một số điều.
2 Chẳng có gì là vui đối với tôi cả.
5. 2 Tôi luôn luôn tội tệ.
1 Đôi khi tôi tội tệ.
0 Ít khi tôi tội tệ.
6. 0 Tôi ít khi nghĩ về những điều xấu sẽ xảy ra với mình.
1 Tôi lo rằng những điều xấu sẽ xảy ra với tôi.
2 Tôi chắc chắn rằng những điều xấu sẽ xảy ra với tôi.
7. 2 Tôi ghét bản thân mình.
1 Tôi không thích bản thân mình.
0 Tôi thích bản thân mình.
8. 2 Tất cả những điều xấu là lỗi của tôi.
1 Nhiều điều xấu là lỗi của tôi.
0 Nhiều điều xấu thường không phải là lỗi của tôi.
9. 2 Tôi luôn luôn cảm thấy muốn khóc.
1 Tôi thường cảm thấy muốn khóc.
0 Ít khi tôi cảm thấy muốn khóc.
10. 2 Mọi thứ luôn luôn làm tôi khó chịu.
1 Mọi thứ thường làm tôi khó chịu.
0 Mọi thứ ít khi làm tôi khó chịu.
11. 0 Tôi thích tiếp xúc với mọi người.
1 Tôi thường không thích tiếp xúc với mọi người.
2 Tôi chẳng muốn tiếp xúc với mọi người tí nào.

12. 2 Tôi không thể quyết định về thứ gì.
1 Tôi không dễ quyết định mọi thứ.
0 Tôi quyết định mọi thứ một cách dễ dàng.
13. 0 Tôi trông bình thường.
1 Có thứ gì đó xấu xí với ngoại hình của tôi.
2 Tôi trông xấu xí.
14. 2 Tôi luôn phải tự ép bản thân mình để làm bài tập về nhà.
1 Tôi thường phải ép bản thân mình để làm bài tập về nhà.
0 Làm bài tập về nhà không phải là một vấn đề lớn.
15. 2 Tôi luôn khó ngủ.
1 Tôi thường khó ngủ.
0 Tôi ngủ khá tốt.
16. 0 Tôi ít khi mệt.
1 Tôi thường xuyên mệt.
2 Tôi luôn luôn mệt.
17. 2 Tôi luôn không muốn ăn.
1 Tôi thường không muốn ăn.
0 Tôi ăn khá tốt.
18. 0 Tôi không lo lắng về những đau đớn.
1 Tôi thường lo lắng về những đau đớn.
2 Tôi luôn lo lắng về những đau đớn.
19. 0 Tôi không cảm thấy cô đơn.
1 Tôi thường cảm thấy cô đơn.
2 Tôi luôn cảm thấy cô đơn.
20. 2 Tôi không bao giờ có niềm vui ở trường.
1 Tôi thỉnh thoảng có niềm vui ở trường.
0 Tôi luôn có niềm vui ở trường.

21. 0 Tôi có khá nhiều bạn.
 1 Tôi có một số bạn nhưng tôi ước mình có nhiều hơn.
 2 Tôi không có bạn nào.
22. 0 Việc học của tôi đang tốt.
 1 Việc học tập của tôi không tốt như trước đây.
 2 Tôi học rất kém những môn mà tôi từng học tốt.
23. 2 Tôi không bao giờ có thể tốt như những bạn khác.
 1 Tôi có thể tốt như những bạn khác nếu tôi muốn.
 0 Tôi cũng tốt như những bạn khác.
24. 2 Không có ai thực sự yêu thương tôi.
 1 Tôi không chắc có ai yêu thương mình không.
 0 Tôi chắc chắn là có ai đó yêu thương tôi.
25. 0 Tôi thường làm những điều tôi được yêu cầu.
 1 Tôi thường không làm những điều mà tôi được yêu cầu.
 2 Tôi không bao giờ làm những điều tôi được yêu cầu.
26. 0 Tôi không bao giờ đánh nhau.
 1 Tôi thường đánh nhau.
 2 Tôi luôn luôn đánh nhau.
27. 0 Tôi không nghĩ về việc tự tử.
 1 Tôi nghĩ về việc tự tử.
 2 Tôi muốn tự tử.

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng điểm từ đề mục 1 đến 27.
- Lưu ý câu 27 về ý tưởng tự sát.

Đánh giá mức độ:

CDI	Điểm đánh giá	Kết quả
Không trầm cảm	0 - 12	
Có dấu hiệu trầm cảm	13 - 19	
Có trầm cảm	≥ 20	

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ HÀNH VI

8. Thang đánh giá sự phát triển ở trẻ em (DENVER II)
9. Thang sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 18 - 36 tháng (CHAT)
10. Thang đánh giá mức độ tự kỷ (CARS)
11. Thang đánh giá hành vi trẻ em (CBCL)
12. Test tăng động giảm chú ý Vanderbilt
13. Thang đánh giá điểm mạnh và khó khăn trẻ em SDQ25 (dành cho trẻ từ 4 - 16 tuổi) có các bản do cha mẹ điền và trẻ em tự điền (từ 11 - 16)
14. Trắc nghiệm đánh giá năng lực của trẻ K - ABC
15. Thang đánh giá ấn tượng lâm sàng chung (CGI - S)
16. Thang đánh giá tâm thần rút gọn (BPRS)
17. Thang đánh giá hoạt động hàng ngày (ADLS)

8. THANG ĐÁNH GIÁ SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER-II)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá sự phát triển ở trẻ em Denver-II (Denver Developmental Screening Test) được xây dựng và áp dụng lần đầu tiên ở Mỹ năm 1967 do nhóm tác giả William, Josian và Alma nghiên cứu và áp dụng, đến nay đã được chuẩn hóa trên hơn 20 quốc gia. Tại Việt Nam, Denver được áp dụng lần đầu tiên tại khoa Tâm thần kinh – BV Bạch Mai từ năm 1977. Đến năm 2000, BV Nhi TW tiếp tục nghiên cứu và chuẩn hóa thành trắc nghiệm Denver-II, thay đổi và điều chỉnh một số mục cho phù hợp với môi trường và văn hóa Việt Nam.

Mục đích của Denver-II nhằm đánh giá mức độ phát triển tâm lý – vận động ở trẻ nhỏ từ sơ sinh đến 6 tuổi, giúp phát hiện sớm những trạng thái chậm phát triển trong giai đoạn những năm đầu đời của trẻ, từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời. Denver –II gồm 125 đề mục, đánh giá một cách toàn diện sự phát triển tâm lý – vận động của trẻ tập trung vào 4 lĩnh vực: Cá nhân – xã hội; Vận động tinh tế thích ứng; Ngôn ngữ và Vận động thô.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá tâm-vận động cho trẻ em từ 0 đến 72 tháng tuổi.
- Trẻ từ 0 đến 6 tuổi có nghi ngờ chậm phát triển về một trong 4 lĩnh vực trắc nghiệm đánh giá.
- Đánh giá lại sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang trong tình trạng bệnh lý cơ thể nặng.
- Bố/mẹ, người giám hộ của trẻ không hợp tác tham gia đánh giá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho trẻ và bố/mẹ trẻ hoặc người chăm sóc.
- Bước 2: Tiến hành phỏng vấn theo phương pháp vừa hỏi vừa chơi cùng trẻ. Lôi kéo trẻ chơi cùng để đánh giá sự phát triển tâm vận động của trẻ theo lứa tuổi. Hướng dẫn và yêu cầu cha/mẹ hoặc người chăm sóc trẻ chơi cùng để tránh làm trẻ sợ người lạ, không bộc lộ hành vi. Nếu trẻ không hợp tác, ghi lại để báo cáo lại với bác sĩ chỉ định/điều trị.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho bố/mẹ trẻ hoặc người chăm sóc.
- Bước 5: Hướng dẫn bố/mẹ trẻ hoặc người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian phỏng vấn trẻ và hướng dẫn người chăm sóc thực hiện: 45 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 15 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 60 phút

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu cha/mẹ hoặc người chăm sóc từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
 - Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Công Hoàn và cs. (1997). Những trắc nghiệm tâm lý. Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Bệnh viện nhi Trung ương (2004). Hướng dẫn thực hành Denver II. Hà Nội.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER-II)

DA FORM 5694, MAY 1988

Denver II

Người kiểm tra : _____ Ngày : _____

Họ tên : _____ Ngày sinh : _____ Mã : _____

THÁNG 2 4 6 9 12 15 18 24 3 NĂM 4 5 6

PHẦN TRẮM TRỀ LÂM ĐƯỢC

25 50 75 90

MỨC 1

CÁ NHÂN - XÃ HỘI

VĂN ĐỘNG TINH TẾ THÍCH ỨNG

1 MIM CƯỜI TỰ NHIÊN

2 CƯỜI ĐÁP

3 NHIN MẮT

4 NHIN BÀN TAY

5 NHIN HẠT LAC

6 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

7 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

8 NHIN HẠT LAC

9 NHIN BÀN TAY

10 NHIN LỤC LẮC

11 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

12 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

13 NHIN HẠT LAC

14 NHIN BÀN TAY

15 NHIN LỤC LẮC

16 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

17 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

18 NHIN HẠT LAC

19 NHIN BÀN TAY

20 NHIN LỤC LẮC

21 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

22 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

23 NHIN HẠT LAC

24 NHIN BÀN TAY

25 NHIN LỤC LẮC

26 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

27 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

28 NHIN HẠT LAC

29 NHIN BÀN TAY

30 NHIN LỤC LẮC

31 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

32 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

33 NHIN HẠT LAC

34 NHIN BÀN TAY

35 NHIN LỤC LẮC

36 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

37 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

38 NHIN HẠT LAC

39 NHIN BÀN TAY

40 NHIN LỤC LẮC

41 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

42 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

43 NHIN HẠT LAC

44 NHIN BÀN TAY

45 NHIN LỤC LẮC

46 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

47 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

48 NHIN HẠT LAC

49 NHIN BÀN TAY

50 NHIN LỤC LẮC

51 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

52 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

53 NHIN HẠT LAC

54 NHIN BÀN TAY

55 NHIN LỤC LẮC

56 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

57 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

58 NHIN HẠT LAC

59 NHIN BÀN TAY

60 NHIN LỤC LẮC

61 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

62 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

63 NHIN HẠT LAC

64 NHIN BÀN TAY

65 NHIN LỤC LẮC

66 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

67 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

68 NHIN HẠT LAC

69 NHIN BÀN TAY

70 NHIN LỤC LẮC

71 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

72 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

73 NHIN HẠT LAC

74 NHIN BÀN TAY

75 NHIN LỤC LẮC

76 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

77 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

78 NHIN HẠT LAC

79 NHIN BÀN TAY

80 NHIN LỤC LẮC

81 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

82 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

83 NHIN HẠT LAC

84 NHIN BÀN TAY

85 NHIN LỤC LẮC

86 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

87 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

88 NHIN HẠT LAC

89 NHIN BÀN TAY

90 NHIN LỤC LẮC

91 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

92 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

93 NHIN HẠT LAC

94 NHIN BÀN TAY

95 NHIN LỤC LẮC

96 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

97 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

98 NHIN HẠT LAC

99 NHIN BÀN TAY

100 NHIN LỤC LẮC

101 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

102 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

103 NHIN HẠT LAC

104 NHIN BÀN TAY

105 NHIN LỤC LẮC

106 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

107 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

108 NHIN HẠT LAC

109 NHIN BÀN TAY

110 NHIN LỤC LẮC

111 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

112 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

113 NHIN HẠT LAC

114 NHIN BÀN TAY

115 NHIN LỤC LẮC

116 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

117 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

118 NHIN HẠT LAC

119 NHIN BÀN TAY

120 NHIN LỤC LẮC

121 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

122 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

123 NHIN HẠT LAC

124 NHIN BÀN TAY

125 NHIN LỤC LẮC

126 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

127 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

128 NHIN HẠT LAC

129 NHIN BÀN TAY

130 NHIN LỤC LẮC

131 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

132 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

133 NHIN HẠT LAC

134 NHIN BÀN TAY

135 NHIN LỤC LẮC

136 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

137 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

138 NHIN HẠT LAC

139 NHIN BÀN TAY

140 NHIN LỤC LẮC

141 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

142 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

143 NHIN HẠT LAC

144 NHIN BÀN TAY

145 NHIN LỤC LẮC

146 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

147 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

148 NHIN HẠT LAC

149 NHIN BÀN TAY

150 NHIN LỤC LẮC

151 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

152 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

153 NHIN HẠT LAC

154 NHIN BÀN TAY

155 NHIN LỤC LẮC

156 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

157 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

158 NHIN HẠT LAC

159 NHIN BÀN TAY

160 NHIN LỤC LẮC

161 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

162 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

163 NHIN HẠT LAC

164 NHIN BÀN TAY

165 NHIN LỤC LẮC

166 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

167 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

168 NHIN HẠT LAC

169 NHIN BÀN TAY

170 NHIN LỤC LẮC

171 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

172 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

173 NHIN HẠT LAC

174 NHIN BÀN TAY

175 NHIN LỤC LẮC

176 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

177 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

178 NHIN HẠT LAC

179 NHIN BÀN TAY

180 NHIN LỤC LẮC

181 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

182 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

183 NHIN HẠT LAC

184 NHIN BÀN TAY

185 NHIN LỤC LẮC

186 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

187 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

188 NHIN HẠT LAC

189 NHIN BÀN TAY

190 NHIN LỤC LẮC

191 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

192 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

193 NHIN HẠT LAC

194 NHIN BÀN TAY

195 NHIN LỤC LẮC

196 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

197 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

198 NHIN HẠT LAC

199 NHIN BÀN TAY

200 NHIN LỤC LẮC

201 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

202 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

203 NHIN HẠT LAC

204 NHIN BÀN TAY

205 NHIN LỤC LẮC

206 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

207 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

208 NHIN HẠT LAC

209 NHIN BÀN TAY

210 NHIN LỤC LẮC

211 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

212 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

213 NHIN HẠT LAC

214 NHIN BÀN TAY

215 NHIN LỤC LẮC

216 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

217 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

218 NHIN HẠT LAC

219 NHIN BÀN TAY

220 NHIN LỤC LẮC

221 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

222 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

223 NHIN HẠT LAC

224 NHIN BÀN TAY

225 NHIN LỤC LẮC

226 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

227 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

228 NHIN HẠT LAC

229 NHIN BÀN TAY

230 NHIN LỤC LẮC

231 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

232 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

233 NHIN HẠT LAC

234 NHIN BÀN TAY

235 NHIN LỤC LẮC

236 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

237 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

238 NHIN HẠT LAC

239 NHIN BÀN TAY

240 NHIN LỤC LẮC

241 NHIN QUẢ ĐUONG GIÊ

242 NHIN TÔI ĐUONG GIÊ

243 NHIN HẠT LAC

244 NHIN BÀN TAY

245 NHIN LỤC LẮ

Hướng dẫn tiến hành DENVER

1. Cố gắng làm cho trẻ cười bằng cách mỉm cười, nói hay vẫy tay nhưng không được đụng vào trẻ.
2. Đưa trẻ cân nhìn chăm chú vào tay khoảng 10 giây.
3. Bố mẹ có thể giúp hướng dẫn đánh răng và cho thuốc vào bàn chải.
4. Đưa trẻ không cần phải buộc giấy, cài cúc hay kéo phéc mô tuya ở phía sau lưng.
5. Đung đưa quả cầu bằng len đỏ chạm theo hình vòng cung từ bên này sang bên kia, khoảng 8 giây trước mặt trẻ.
6. Nếu trẻ nắm cái xúc sắc khi chạm cái xúc sắc vào đầu ngón tay trẻ thì coi như trẻ đã vượt qua item này.
7. Nếu trẻ cố gắng nhìn quả cầu len đỏ rơi đi đâu thì trẻ vượt qua item này (quả cầu bằng len đỏ sẽ được thả rơi tự do từ tay người làm test xuống mà tay vẫn giữ nguyên)
8. Đưa trẻ phải chuyển khối gỗ từ tay này sang tay kia mà không cần dùng miệng, thân thể hay bàn tay trợ giúp.
9. Trẻ vượt qua item này nếu nhặt được các quả nho khô (có thể dùng bất kỳ phần nào của ngón cái và các ngón tay)
10. Đường kẻ chỉ có thể nghiêng 30 độ so với đường kẻ dọc của người làm test.
11. Nắm bàn tay lại trừ ngón cái thì giờ lên và xoay vòng ngón cái. Trẻ qua được item này nếu bắt chước làm mà không cử động các ngón tay khác.
12. Vẽ vòng tròn, qua nếu vẽ được vòng kín còn không qua nên tiếp tục vẽ vòng tròn hờ hoặc chuyển động.
13. So sánh đường nào dài hơn (không phải to hơn). Lật ngược tờ giấy và hỏi lại (trẻ đúng được item này nếu trả lời đúng 3/3 hoặc 5/6).
14. Vẽ hình chữ thập, qua với mọi đường thẳng cắt nhau ở gần điểm giữa.
15. Vẽ hình vuông, trước hết xem trẻ bắt chước vẽ hình vuông như thế nào? Nếu trẻ không vẽ được cần kiểm tra lại.



12



13

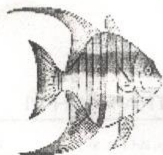


14



15

16. Khi chấm điểm, mỗi cặp chân, hai tay đều tính là một phần.
17. Đặt khối gỗ vào trong cốc và lắc nhẹ bên tai trẻ (nhưng không được để trẻ nhìn thấy). Làm lại với tai bên kia.
18. Chỉ các bức tranh để trẻ gọi tên. (Chỉ công nhận lời nói của trẻ). Nếu có ít hơn bốn bức tranh được gọi tên chính xác thì người làm test sẽ chỉ cho trẻ từng bức tranh và gọi tên.



19. Lấy con búp bê và yêu cầu trẻ chỉ mắt, mũi, tai, mồm, tay, chân, bụng hay tóc...(đúng item này khi chỉ đúng 6/8 bộ phận)
20. Đưa bức tranh cho trẻ và hỏi con vật nào biết bay, kêu meo meo, nói, sữa hay phi...(đúng item này nếu 2/5 hoặc 4/5).
21. Hỏi trẻ: Cháu sẽ làm gì khi lạnh, mệt, đói (qua nếu đúng 2/3 hoặc 3/3).
22. Hỏi trẻ: Cái cốc, cái ghế, cái bút chì dùng để làm gì (những từ chỉ hành động phải có trong câu trả lời. VD: uống nước, ngồi, viết...)
23. Trẻ qua item này nếu đọc và nói chính xác có bao nhiêu khối trên tờ giấy.
24. Nói với trẻ: cháu hãy bỏ khối gỗ này lên bàn, dưới bàn, trước mặt tôi, sau lưng tôi (đúng nếu làm được 4/4). Không được giúp trẻ bằng cách chỉ, quay đầu hay đồ mắt.
25. Quả bóng là gì? hồ nước, cái bàn, cái nhà, quả chuối, cửa sổ, cổng hay trần nhà là gì? Trẻ coi như đạt nếu định nghĩa được công dụng của nó, hình dáng của nó, vật làm bằng gì hay nó thuộc loại gì...(VD: chuối là hoa quả, không phải là vàng). Đạt nếu đúng 5/8 hoặc 7/8.
26. Hỏi trẻ: nếu con ngựa to, thì con chuột.....?. Nếu lửa nóng, đá thì ---?. Nếu mặt trời toả sáng ban ngày thì mặt trăng toả sáng.....? (Đạt nếu đúng 2/3)
27. Trẻ có thể bám tường hoặc tay vịn nhưng không phải từ người. Không được bò.
28. Trẻ phải ném bóng xa quá ba bước ngoài tầm tay với của người làm test.
29. Trẻ phải đứng và nhảy qua được tờ giấy của người làm test có chiều rộng 21 cm.
30. Yêu cầu trẻ đi nổi gót tiến (gót chân chỉ cách ngón chân 2.5cm). Người làm test có thể giải thích. Trẻ phải đi được bốn bước liên tiếp mới đạt yêu cầu.
31. Trong năm thứ hai, một nửa số trẻ bình thường sẽ không để dải phục tùng mệnh lệnh.

Hướng dẫn xử lý kết quả:

- Xác định đường tuổi chính xác của trẻ, kẻ đường tuổi đi qua 4 lĩnh vực tâm-vận động.
- Hỏi lần lượt các mục đi qua đường tuổi về phía trái, 3 đề mục liên tiếp trẻ thực hiện được thì dừng.
- Trẻ không thực hiện được mục có đường tuổi đi qua phần màu xám: nghi ngờ chậm phát triển.
- Trẻ không thực hiện được mục nằm hoàn toàn bên trái đường tuổi: chậm phát triển hơn ở lĩnh vực đó so với trẻ cùng lứa tuổi.

Đánh giá mức độ:

DENVER-II	Nhận xét	Biểu hiện cụ thể
Cá nhân – xã hội		
Vận động tinh tế thích ứng		
Ngôn ngữ		
Vận động thô		

- Hành vi:**
- + Hợp tác:
 - + Thích thú:
 - + Sợ hãi:
 - + Độ tập trung:

9. THANG SÀNG LỌC TỰ KỶ CHO TRẺ NHỎ 18 – 36 THÁNG (CHAT)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 18 – 36 tháng (Checklist for Autism in Toddlers – CHAT) là một phiên bản có nguồn gốc từ Anh, được phát triển bởi nhà tâm lý học thần kinh Diana Robins năm 2009. CHAT là bảng sàng lọc tự kỷ ở trẻ từ 18 đến 36 tháng tuổi, được thiết kế dành cho cha/mẹ hoặc người chăm sóc đánh giá nhằm phát hiện tối đa các trường hợp có nguy cơ cần được gửi đến chuyên gia đánh giá sâu để xác định trẻ có rối loạn phổ tự kỷ hay không.

CHAT là phiên bản gồm 23 câu hỏi xoay quanh các hoạt động ở trẻ nhỏ như hoạt động chơi, giao tiếp, vận động và đáp ứng với cha/mẹ, người chăm sóc hoặc người xung quanh. CHAT được thực hiện bởi cha/mẹ hoặc người chăm sóc tự đánh giá biểu hiện của trẻ trong khoảng 2 tuần qua.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nhỏ trong độ tuổi 18 – 36 tháng được chỉ định sàng lọc phổ tự kỷ.
- Trẻ trong độ tuổi 18 -36 tháng có các vấn đề rối loạn phát triển.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ ngoài độ tuổi 18-36 tháng tuổi
- Người điền phiếu không phải là cha/mẹ hoặc người chăm sóc ở cùng trẻ trong vòng 6 tháng tính đến thời điểm đánh giá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sỹ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Cha/mẹ hoặc người chăm sóc của trẻ được bác sỹ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận trẻ và người nhà thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho cha mẹ trẻ /người chăm sóc và trẻ.

- Bước 2: Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người thực hiện trắc nghiệm để đảm bảo họ hiểu đúng ý nghĩa của các phương án trước khi lựa chọn, thực hiện đúng theo hướng dẫn và hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.

- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.

- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho cha/mẹ hoặc người chăm sóc.

- Bước 5: Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ thực hiện: 18 phút.

- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 7 phút.

- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 25 phút

VI. THEO DÕI

-Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu cha/mẹ hoặc người chăm sóc từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

- Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người thực hiện trắc nghiệm có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robins, DL; Casagrande, K; Barton, M; Chen, CM; Dumont-Mathieu, T; Fein, D (2014). "Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F)". *Pediatrics*. 133 (1): 37–45.
2. Wright, K; Poulin-Dubois, D (2014). "Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT): Validation and Correlates in Infancy". *Comprehensive Guide to Autism*: 2813–2833.

PHỤ LỤC

THANG SÀNG LỌC TỰ KỶ CHO TRẺ NHỎ 18-36 THÁNG TUỔI (CHAT)

Đề nghị phụ huynh trả lời các câu hỏi dưới đây về những điều có thể có ở con mình bằng cách đánh dấu X vào ô “Đúng” hoặc “Không đúng”. Nếu hành vi nào rất ít có (chỉ thấy 1 – 2 lần) thì coi như không có. Đừng bỏ sót đề mục nào.

STT	Nội dung	Có	Không
1.	Trẻ có thích được đu đưa hoặc bật lên trên đầu gối bạn không?		
2.	Trẻ có quan tâm đến trẻ khác không?		
3.	Trẻ có thích leo trèo không? (vd:cầu thang,...?)		
4.	Trẻ có thích chơi ú òa hoặc tìm một đồ vật bị giấu không?		
5.	Trẻ có biết chơi giả vờ không? (vd: nói điện thoại, chăm sóc búp bê hoặc chơi trò giả vờ khác không?)		
6.	Trẻ có sử dụng ngón trỏ để chỉ hoặc để yêu cầu điều gì đó không?		
7.	Trẻ có chỉ bằng ngón trỏ để thể hiện sự quan tâm đến cái gì không?		
8.	Trẻ có thể chơi phù hợp với đồ chơi (xe ô tô, xếp khối...) mà không bỏ vào miệng, không chơi rập khuôn hoặc không ném đi?		
9.	Trẻ có bao giờ mang đồ vật đến để chỉ cho bạn thấy không?		
10.	Trẻ có nhìn vào mắt bạn nhiều hơn 2 giây không?		
11.	Trẻ có vẻ như quá nhạy cảm với tiếng động không? (vd: bịt tai)		
12.	Trẻ có cười để đáp lại nụ cười của bạn không?		
13.	Trẻ có bắt chước bạn không (vd: trẻ bắt chước nhăn mặt không?)		
14.	Trẻ có đáp ứng khi bạn gọi tên trẻ không?		
15.	Khi bạn chỉ một đồ chơi trong phòng, trẻ có nhìn theo không?		
16.	Trẻ có bước đi bình thường không?		
17.	Trẻ có nhìn theo đồ vật mà bạn đang nhìn không?		
18.	Trẻ có làm những cử động ngón tay bất thường gần vào mặt trẻ không?		
19.	Trẻ có cố gắng thu hút chú ý của bạn vào hoạt động của trẻ không?		
20.	Có bao giờ bạn bắn khoản liệu con bạn có bị điếc không?		
21.	Trẻ có hiểu điều người khác nói với trẻ không?		

22.	Đôi khi trẻ có nhìn đắm đắm vào cái gì đó hoặc đi lang thang không chủ đích không?		
23.	Trẻ có nhìn thăm dò vào mắt bạn để xem phản ứng của bạn thế nào khi trẻ gặp phải một tình huống không quen thuộc không?		

Hướng dẫn tính điểm:

-Trẻ có dấu hiệu nghi ngờ khi trả lời trùng đáp án 2 hoặc nhiều hơn các câu hỏi được IN ĐẬM hoặc có bất kỳ 3 đề mục nào trả lời trùng đáp án.

1. Không	6. Không	11. Có	16. Không	21. Không
2. Không	7. Không	12. Không	17. Không	22. Có
3. Không	8. Không	13. Không	18. Có	23. Không
4. Không	9. Không	14. Không	19. Không	
5. Không	10. Không	15. Không	20. Có	

Đánh giá mức độ:

CHAT	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có dấu hiệu nghi ngờ	≤ 2	
Có dấu hiệu nghi ngờ	≥ 3	

10. THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá mức độ tự kỷ (Childhood Autism Rating Scale - CARS) được phát triển bởi chương trình chăm sóc và giáo dục trẻ tự kỷ và trẻ em cộng đồng và được công bố năm 1980. CARS là một bảng phỏng vấn nhằm đánh giá và tính điểm một số các nhân tố để xác định phân biệt trẻ có rối loạn phổ tự kỷ với những trẻ có những rối loạn phát triển khác. CARS cũng xác định mức độ ảnh hưởng của những cá nhân mắc tự kỷ ở trẻ em và cả trẻ vị thành niên.

CARS là bảng phỏng vấn được hoàn thành bởi các chuyên gia dựa trên những quan sát trực tiếp về hành vi cũng như từ thông tin từ cha mẹ, giáo viên hoặc người chăm sóc. CARS đánh giá 15 khía cạnh của hành vi, đặc điểm của hành vi, đặc điểm riêng về các khả năng và sự giao tiếp...CARS phù hợp để đánh giá cho trẻ từ 2 tuổi trở lên, phù hợp cả với lứa tuổi vị thành niên.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ trong độ tuổi được chỉ định đánh giá mức độ tự kỷ
- Trẻ trong độ tuổi cần sàng lọc đánh giá sàng lọc phổ tự kỷ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người điền phiếu không phải là cha/mẹ/người chăm sóc hoặc giáo viên của trẻ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận trẻ và người nhà thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho cha mẹ trẻ/người chăm sóc và trẻ.
- Bước 2: Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người thực hiện trắc nghiệm để đảm bảo họ hiểu đúng ý nghĩa của các phương án trước khi lựa chọn, thực hiện đúng theo hướng dẫn và yêu cầu của bài trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho cha/mẹ hoặc người chăm sóc.
- Bước 5: Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ thực hiện: 15 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 5 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 20 phút

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu cha/mẹ hoặc người chăm sóc từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người thực hiện trắc nghiệm có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Echo Armman. "Childhood Autism Rating Scale (CARS)". Autism-World. Retrieved 2007-03-28.
2. Ozonoff, S, Boodlin-Jones, B, & Solomon, M. (2005). Evidence-based assessment of Autism Spectrum Disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 523-540.
3. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K (1980). "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)". *Journal of Autism Development Disorder* 10 (1): 91–103.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS)

	I. Quan hệ với mọi người		III. Đáp ứng cảm xúc
1	Không có biểu hiện khó khăn khi quan hệ với mọi người. Hành vi của trẻ phù hợp với tuổi. Có thể quan sát thấy một số biểu hiện như bẽn lễn, ầm ĩ hoặc khó chịu khi bị yêu cầu làm việc gì, nhưng không ở mức độ điển hình.	1	Trẻ thể hiện đáp ứng cảm xúc phù hợp tình huống và tuổi. Trẻ thể hiện đúng kiểu và đúng mức độ phản ứng cảm xúc qua nét mặt, cử chỉ, điệu bộ.
1.5		1.5	
2	Quan hệ bất bình thường ở mức độ nhẹ. Trẻ có thể né tránh tiếp xúc với người lớn bằng mắt, né tránh người lớn hoặc ầm ĩ nếu có sự tác động bắt buộc, trẻ bẽn lễn quá mức, đáp ứng không bình thường với người lớn, bám chặt bố mẹ nhiều hơn trẻ cùng tuổi.	2	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức độ nhẹ. Đôi khi trẻ thể hiện kiểu và phản ứng cảm xúc không phù hợp. Những phản ứng cảm xúc này không liên quan đến tình huống.
2.5		2.5	
3	Quan hệ bất thường ở mức trung bình. Trẻ biểu hiện sự khác biệt với người lớn (đường như không nhận thấy người lớn). Phải có sự nỗ lực và liên tục mới thu hút được sự chú ý của trẻ. Trẻ rất hiếm khi khởi đầu mỗi quan hệ.	3	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức trung bình. Trẻ có những dấu hiệu nhất định về kiểu và mức độ đáp ứng cảm xúc không phù hợp. Phản ứng của trẻ có thể quá mức hoặc không liên quan đến tình huống.
3.5		3.5	
4	Quan hệ bất thường ở mức độ nặng. Trẻ luôn tách biệt và không biết được điều người lớn đang làm. Trẻ hầu như không bao giờ đáp ứng hoặc khởi đầu mỗi quan hệ với người lớn.	4	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức độ nặng. Đáp ứng cảm xúc của trẻ hiếm khi phù hợp với tình huống. Khi trẻ trong trạng thái với khí sắc nhất định, rất khó thay đổi khí sắc. Ngược lại, trẻ lại thể hiện nhiều cảm xúc khác nhau khi không có sự thay đổi nào.
	II. Bắt chước		IV. Động tác cơ thể
1	Bắt chước phù hợp. Trẻ có thể bắt		Động tác cơ thể phù hợp. Trẻ hoạt

1.5	chước âm thanh, lời nói, động tác phù hợp với lứa tuổi của trẻ.	1	động thoải mái, nhanh nhẹn và phối hợp động tác như trẻ bình thường cùng tuổi.
2	Bắt chước bắt thường ở mức độ nhẹ. Trẻ bắt chước các hành vi đơn giản như vỗ tay hoặc âm đơn, đôi khi trẻ chỉ bắt chước khi được khích lệ hoặc sau một lúc trì hoãn.	1.5	
2.5		2	Động tác bắt thường ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ có động tác bắt thường nhỏ như vụng về, động tác lặp lại, phối hợp kém, ít xuất hiện các động tác bắt thường.
3	Bắt chước bắt thường ở mức độ trung bình. Trẻ ít bắt chước và phải có sự yêu cầu rất kiên trì và sự giúp đỡ của người lớn. Trẻ thường chỉ bắt chước sau một lúc trì hoãn.	2.5	
3.5		3	Động tác bắt thường ở mức trung bình. Những hành vi khác lạ rõ hoặc bắt thường ở trẻ là: các cử động khác lạ ở ngón tay, nhìn chăm chăm, hoặc bị kích động, đùng đùng, vặn vẹo ngón tay, lắc lư, quay tròn người hoặc đi nhón gót ...
4	Bắt chước bắt thường ở mức độ nặng. Trẻ rất hiếm khi hoặc không bao giờ bắt chước âm thanh, từ, động tác thậm chí ngay cả khi có sự khích lệ và giúp đỡ của người lớn.	3.5	
		4	Động tác bắt thường ở mức nặng. Các động tác bắt thường nêu trên luôn xuất hiện, mạnh mẽ. Các hành vi trên luôn duy trì mặc dù cố gắng trò chuyện hoặc lôi trẻ vào việc khác.
	V. Sử dụng đồ vật		VII. Đáp ứng nhìn
1	Sử dụng phù hợp, quan tâm đến các đồ chơi và đồ vật khác nhau. Trẻ thể hiện sự quan tâm tới các đồ chơi và đồ vật một cách bình thường và phù hợp với kỹ năng và sử dụng đồ chơi đúng cách.	1	Đáp ứng nhìn phù hợp với tuổi. Động tác nhìn bình thường và phù hợp lứa tuổi, nhìn kết hợp với các giác quan khác để thăm dò cái mới.
1.5		1.5	
2	Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức nhẹ. Trẻ thể hiện sự quan tâm không đúng kiểu đến đồ	2	Đáp ứng nhìn bất thường ở mức nhẹ. Trẻ đôi khi bị nhắc nhìn vào một vật, trẻ thích nhìn vào gương hoặc đèn sáng nhiều hơn bạn cùng tuổi, thỉnh thoảng nhìn chăm chăm vào khoảng trống hoặc tránh nhìn
		2.5	

2.5	chơi hoặc cách chơi không phù hợp (Ví dụ: đập hoặc mút đồ chơi)	3	vào mắt người khác.
3	Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức trung bình. Trẻ ít thể hiện sự quan tâm đến các đồ chơi và đồ vật khác nhau hoặc sử dụng một cách khác thường. Trẻ có thể tập trung vào những bộ phận không đặc trưng của đồ chơi, cuốn hút vào chỗ không phản chiếu ánh sáng của đồ vật, liên tục cho chuyển động một phần hoặc chỉ chơi riêng với một đồ vật.	3.5	Đáp ứng nhìn bất thường ở mức trung bình. Trẻ thường được nhắc nhở nhìn vào việc đang làm, trẻ nhìn chăm chăm vào khoảng trống, tránh nhìn vào mắt, nhìn đồ vật từ một góc bất thường, cầm đồ vật rất gần mắt.
3.5	trung vào những bộ phận không đặc trưng của đồ chơi, cuốn hút vào chỗ không phản chiếu ánh sáng của đồ vật, liên tục cho chuyển động một phần hoặc chỉ chơi riêng với một đồ vật.	4	Đáp ứng nhìn bất thường ở mức nặng. Trẻ luôn tránh nhìn vào mắt hoặc đồ vật nhất định nào đó, và thể hiện hình thức cực kỳ đặc biệt về cách nhìn nói trên.
4	Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức nặng. Trẻ có những hành vi như trên ở mức độ thường xuyên và cường độ mạnh. Trẻ rất khó mất đi các hành động không phù hợp mặc dù có sự đánh lạc hướng.		
	VI. Thích nghi với sự thay đổi		VIII. Đáp ứng nghe
1	Đáp ứng với sự thay đổi phù hợp với tuổi. Trẻ có thể chú ý hoặc có nhận xét về sự thay đổi thông thường, trẻ chấp nhận sự thay đổi này mà không khó chịu.	1	Đáp ứng nghe phù hợp với tuổi. Biểu hiện nghe của trẻ là bình thường và phù hợp với tuổi. Nghe được kết hợp với các giác quan khác.
1.5		1.5	
2	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức nhẹ. Khi người lớn cố gắng thay đổi hoạt động trẻ vẫn tiếp tục hoạt động cũ hoặc đối với những đồ vật giống nhau.	2	Đáp ứng nghe bất thường ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ thiếu đáp ứng hoặc nhạy cảm với một số loại âm thanh nhất định. Có thể đáp ứng chậm với một số âm thanh và để trẻ chú ý đến âm thanh đó cần phải lặp đi lặp lại.
2.5			

3	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức trung bình. Trẻ cố hành động chống lại hành động thông thường, cố tiếp tục với hoạt động cũ, rất khó bị đánh lạc hướng. Trẻ trở nên cáu giận hoặc khó chịu khi thói quen bị thay đổi.	2.5	Trẻ có thể bị âm thanh bên ngoài làm phân tán chú ý.
3.5		3	Đáp ứng nghe bất thường ở mức trung bình. Đáp ứng của trẻ với âm thanh hay biến đổi; lơ đi âm thanh nghe thấy lần đầu tiên, có thể giật mình hoặc che tai khi nghe thấy những âm thanh thường ngày.
4	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện phản ứng mãnh liệt với sự thay đổi. Nếu sự thay đổi là bắt buộc trẻ sẽ rất cáu giận hoặc không hợp tác.	3.5	
		4	Đáp ứng nghe bất thường ở mức nặng. Trẻ đáp ứng nhạy cảm hoặc không đáp ứng với âm thanh ở mức độ cực kỳ khác thường.
	IX. Ném, ngửi và đáp ứng xúc giác		XI. Giao tiếp có lời
1	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ ở mức bình thường. Trẻ khám phá đồ vật mới bằng sờ và nhìn phù hợp. Ném và ngửi được khi cần thiết. Trẻ thể hiện sự khó chịu nhưng không quá mức với những lúc đau nhẹ hàng ngày.	1	Giao tiếp có lời ở mức bình thường phù hợp với tình huống và tuổi.
1.5		1.5	
2	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức nhẹ. Trẻ luôn cho đồ vật vào miệng, ngửi và ném thứ không ăn được. Lờ đi hoặc quá nhạy cảm với đau nhẹ mà trẻ thường thấy khó chịu.	2	Giao tiếp có lời bất thường ở mức nhẹ. Ngôn ngữ nói chậm toàn bộ, hầu hết lời nói là có nghĩa, tuy nhiên đôi khi có thể lặp lại âm thanh hoặc đảo ngược đại từ. Thỉnh thoảng trẻ có thể sử dụng một vài từ kỳ dị hoặc khó hiểu.
2.5		2.5	
3		3	Giao tiếp có lời bất thường ở mức trung bình. Trẻ có thể không nói được. Khi trẻ nói được, có thể có lẫn những lời nói không nghĩa và những lời nói kỳ dị, khó hiểu và lặp lại hoặc đảo lộn đại từ. Sự kỳ dị trong lời nói có nghĩa là trẻ đặt quá nhiều câu hỏi hoặc dai dẳng với những chủ đề đặc biệt.
3.5	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức trung bình. Trẻ biểu hiện ở mức trung bình khi sờ, ngửi, ném hoặc khi được người khác bế, ôm. Trẻ có thể phản ứng quá mức hoặc dưới mức.	3.5	
4		4	

	Đáp ứng và sử dụng nếm, ngửi và sờ bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện các giác quan bằng cách tạo ra cảm giác hơn là thăm dò, trẻ không có cảm giác đau hoặc quá nhạy cảm với khó chịu.		Giao tiếp có lời bất thường ở mức nặng. Không sử dụng từ có nghĩa, nhiều âm vô nghĩa: tiếng la hét, kỳ dị, hoặc giống như tiếng kêu của một số con vật, hoặc những âm vô nghĩa giống như tiếng nói hoặc có thể sử dụng một cách rất kỳ dị một vài từ hoặc cụm từ.
	X. Sợ hãi và lo lắng		XII. Giao tiếp không lời
1	Sợ hãi và lo lắng ở mức bình thường. Hành vi của trẻ phù hợp với tình huống và tuổi.	1	Sử dụng giao tiếp không lời bình thường. Trẻ sử dụng giao tiếp không lời phù hợp với tình huống và tuổi.
1.5		1.5	
2	Sợ hãi và lo lắng ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ thể hiện sợ hãi và lo lắng hơn các bạn cùng tuổi trong cùng tình huống.	2	Sử dụng giao tiếp không lời bất thường ở mức nhẹ. Sử dụng không thuần thục giao tiếp không lời. Chỉ thể hiện hoặc thể hiện một cách mơ hồ điều trẻ muốn mà trong tình huống tương tự như vậy trẻ cùng tuổi có thể thể hiện một cách rõ ràng.
2.5		2.5	
3	Sợ hãi và lo lắng ở mức trung bình. Trẻ thể hiện khá nhiều sự sợ hãi và lo lắng so với những trẻ khác trong cùng tình huống.	3	Giao tiếp không lời bất thường ở mức trung bình. Nhìn chung trẻ không có khả năng thể hiện nhu cầu, mong muốn và hiểu người khác bằng giao tiếp không lời.
3.5		3.5	
4	Sợ hãi và lo lắng ở mức nặng. Sự sợ hãi kéo dài. Rất khó làm cho trẻ bình tĩnh lại hoặc trấn an trở lại. Ngược lại trẻ có thể mất đi cách thể hiện phù hợp với những nguy hiểm mà trẻ cùng tuổi biết cách né tránh.	4	Sử dụng giao tiếp không lời bất thường ở mức nặng. Trẻ sử dụng những cử chỉ, điệu bộ một cách kỳ dị, vô nghĩa. Trẻ cũng không thể hiểu được những cử chỉ, điệu bộ, nét mặt của người khác.
	XIII. Mức độ hoạt động		XIV. mức độ và sự ổn định của

			đáp ứng trí tuệ
1 1.5 2 2.5 3 3.5 4	Mức độ hoạt động phù hợp với tuổi và môi trường xung quanh. Trẻ thể hiện không nhiều hơn mà cũng không ít hơn các hoạt động so với các trẻ cùng tuổi trong cùng một tình huống. Mức độ hoạt động bất thường ở mức nhẹ. Trẻ có thể bồn chồn ở mức nhẹ hoặc đôi khi lười biếng hoặc di chuyển chậm chạp. Mức độ hoạt động của trẻ cản trở nhẹ thành tích của trẻ. Mức độ hoạt động bất thường ở mức trung bình. Trẻ có thể không thực sự hoạt động và khó kiểm chế. Trẻ có thể có nhiều hoạt động và khó ngủ vào ban đêm, ngược lại trẻ có thể khá thờ ơ và cần có sự thúc giục rất nỗ lực để trẻ hoạt động. Mức độ hoạt động bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện hoặc động tri trệ một cách quá mức và thậm chí ngay cả khi thay đổi từ cực thái này sang cực thái khác.	1 1.5 2 2.5 3 3.5 4	Trí tuệ bình thường và đáp ứng ổn định ở mọi lĩnh vực khác nhau. Trẻ có trí tuệ giống như mọi trẻ khác cùng tuổi và không có bất kỳ một bất thường nào về kỹ năng hoặc vấn đề trí tuệ. Trí tuệ bất thường ở mức độ nhẹ. Trẻ không thông minh như trẻ cùng tuổi. Các kỹ năng khá chậm ở mọi lĩnh vực. Trí tuệ bất thường ở mức độ trung bình. Nhìn tổng thể trẻ không được thông minh như trẻ cùng tuổi. Trẻ có thể thực hiện chức năng gần như bình thường ở nhiều hơn một lĩnh vực. Trí tuệ bất thường ở mức nặng. Trong khi nhìn tổng thể trẻ không thông minh như trẻ cùng tuổi, nhưng trẻ có thể hiện chức năng bình thường thậm chí tốt hơn trẻ cùng tuổi ở một vài lĩnh vực.
	XV. ấn tượng chung		
1 1.5 2 2.5 3	Không tự kỷ. Trẻ không có các triệu chứng đặc trưng của trẻ tự kỷ. Tự kỷ mức nhẹ. Trẻ thể hiện vài triệu chứng hoặc chỉ ở mức tự kỷ nhẹ.		Tổng điểm = Mức độ tự kỷ: Ngày đánh giá:

3.5 4	Tự kỷ mức vừa. Trẻ thể hiện một vài triệu chứng ở mức tự kỷ vừa.		Người đánh giá:
	Tự kỷ nặng. Trẻ thể hiện tất cả các triệu chứng hoặc mức độ tự kỷ nặng.		

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng tổng điểm các đề mục.

Đánh giá mức độ:

CARS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có bệnh lý tự kỷ	15 – 29,5	
Tự kỷ mức độ nhẹ và vừa	30 – 36,5	
Tự kỷ mức độ nặng	≥ 37	

11. THANG ĐÁNH GIÁ HÀNH VI TRẺ EM (CBCL)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá hành vi trẻ em (Child Behavior Checklist -CBCL) lần đầu tiên được tác giả Thomas Achenbach và cộng sự nghiên cứu, phát triển và công bố từ những năm 1966. CBCL là một bộ câu hỏi toàn diện, là bản hỏi tự đánh giá dành cho cha mẹ hoặc người chăm sóc cho trẻ từ 6 đến 18 tuổi, nhằm sàng lọc các vấn đề có liên quan đến sức khỏe tâm thần của trẻ, hỗ trợ đắc lực cho công tác chẩn đoán của bác sỹ. Tại Việt Nam, Trung tâm Thông tin hướng nghiệp, nghiên cứu và ứng dụng tâm lý, trường Đại học Giáo dục, Đại học quốc gia Hà Nội đã mua bản quyền và tiến hành nghiên cứu chuẩn hóa thang đo cho phù hợp với văn hóa và môi trường Việt Nam từ năm 2013.

CBCL phiên bản tiếng Việt là một bản tự đánh giá, dành cho cha mẹ hoặc người chăm sóc, giám hộ hợp pháp. Bảng gồm 118 câu hỏi là liệt kê của tất cả các hành vi ở trẻ dựa trên phương pháp phân tích nhân tố để đánh giá hành vi và cảm xúc ở trẻ dựa theo sự phân chia thành 8 nhóm hội chứng: Lo âu/ Trầm cảm; Thu mình/ Trầm cảm; Than phiền cơ thể; Vấn đề xã hội; Vấn đề Tư duy; Vấn đề chú ý; Phá bỏ quy tắc và Hành vi xâm kích. Cha mẹ hoặc người chăm sóc phải có ít nhất 6 tháng ở cùng trẻ để thực hiện thang đánh giá này.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ trong độ tuổi 6-18 được chỉ định đánh giá về hành vi, cảm, xúc.

Trẻ trong độ tuổi 6-18 có các vấn đề sức khỏe tâm thần.

Sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ từ 6-18 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người điền phiếu không phải là cha/mẹ/người chăm sóc của trẻ.

Người điền phiếu chống đối, không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sỹ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận trẻ và người nhà thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho cha mẹ trẻ/người chăm sóc.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người thực hiện trắc nghiệm để đảm bảo họ hiểu đúng ý nghĩa của các phương án trước khi lựa chọn, thực hiện đúng theo hướng dẫn và yêu cầu của bài trắc nghiệm.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho cha/mẹ hoặc người chăm sóc.
- Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ thực hiện: 40 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 60 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu cha/mẹ hoặc người chăm sóc từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người thực hiện trắc nghiệm có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2000), *Manual for the CBCL, School-Age Forms & Profiles*. Burlington, University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

2. Chad Ebesutani & Adam Bernstein & Brad J. Nakamura et al (2010). Concurrent Validity of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales: Correspondence with DSM Diagnoses and Comparison to Syndrome Scales. J Psychopathol Behav Assess 32:373–384.
3. Montserrat La Calle Sisteré, Josep M^a Domènech Massons, Roser Granero Pérez et al (2014). Validity of the DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. Psicothema, Vol. 26, No. 3, 364-371.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ HÀNH VI TRẺ EM (CBCL)

(Dành cho cha mẹ)

Họ và tên trẻ:.....Giới:.....Ngày tháng năm sinh:.....
 Địa chỉ gia đình:..... Học lớp:.....Trường:.....
 Nghề bố:..... Nghề mẹ:.....
 Họ tên người điền phiếu:..... Quan hệ với trẻ:.....
 Hiện trẻ ở cùng ai:..... Ngày điền phiếu:.....

Dưới đây là bảng liệt kê các biểu hiện hành vi của trẻ em. Trong vòng **06 tháng gần đây** hoặc **hiện nay**, ông/ bà cảm thấy trẻ **có biểu hiện** nào trong các mục dưới đây, xin hãy **khoanh tròn** vào số 0; hoặc 1; hoặc 2. Đừng bỏ sót đề mục nào!

- **Số 0: hoàn toàn không đúng** ở trẻ;
- **Số 1: thỉnh thoảng đúng**, hoặc **đúng một phần** ở trẻ;
- **Số 2: hoàn toàn đúng** với trẻ.

0 1 2	1. Hành động quá trẻ con so với tuổi của trẻ
0 1 2	2. Uống rượu mà không có sự đồng ý của bố mẹ
0 1 2	3. Hay cãi cộ
0 1 2	4. Khó hoàn thành các công việc đang làm
0 1 2	5. Ít hứng thú với công việc
0 1 2	6. Ỉa bậy, ỉa đùn
0 1 2	7. Khoe khoang, khoeác lác
0 1 2	8. Khó tập trung chú ý vào học tập, công việc...
0 1 2	9. Không thể dứt bỏ được những ý nghĩ của mình về một điều nào đó, bị ám ảnh (mô tả):
0 1 2	10. Không thể ngồi yên, luôn chân tay
0 1 2	11. Bám hoặc quá lệ thuộc vào người lớn

0 1 2	12. Phàn nàn mình cô đơn
0 1 2	13. Bối rối hoặc lẫn lộn trong mọi việc
0 1 2	14. Khóc nhiều
0 1 2	15. Độc ác với súc vật.
0 1 2	16. Độc ác, bắt nạt hoặc trêu chọc người khác.
0 1 2	17. Mơ màng hoặc chìm đắm trong suy nghĩ của mình.
0 1 2	18. Cố ý tự gây thương tích, hoặc có hành động tự tử
0 1 2	19. Đòi hỏi người khác chú ý nhiều đến mình
0 1 2	20. Phá huỷ đồ đạc của mình
0 1 2	21. Phá huỷ đồ đạc của gia đình, của người khác
0 1 2	22. Không vâng lời ông bà, bố mẹ
0 1 2	23. Không vâng lời thầy cô
0 1 2	24. Không chịu ăn
0 1 2	25. Khó hòa nhập với trẻ khác
0 1 2	26. Không cảm thấy có lỗi sau khi làm những việc không nên làm
0 1 2	27. Hay ghen tức
0 1 2	28. Không tuân theo các quy định ở nhà, ở trường và các nơi khác...
0 1 2	29. Sợ một số tình huống, súc vật, nơi chốn nào đó không kể trường học (mô tả):
0 1 2	30. Sợ đi đến trường học
	31. Sợ mình nghĩ hoặc làm một điều gì xấu
0 1 2	32. Cảm thấy mình phải hoàn hảo
0 1 2	33. Cảm thấy hoặc phàn nàn chẳng ai yêu mình
0 1 2	34. Cảm thấy người khác muốn làm hại mình
0 1 2	35. Cảm thấy mình vô dụng hoặc kém cỏi
0 1 2	36. Dễ bị xây xát, vấp vấp
0 1 2	37. Hay đánh nhau
0 1 2	38. Hay bị trêu chọc
0 1 2	39. Thường chơi với trẻ hư
0 1 2	40. Nghe những âm thanh hoặc tiếng nói không có thực (mô tả):
	41. Thường hành động thiếu suy nghĩ
0 1 2	42. Thích ở một mình
0 1 2	43. Nói dối hoặc gian lận
0 1 2	44. Cắn móng tay
0 1 2	45. Dễ bồn chồn, căng thẳng
0 1 2	46. Giật cơ, máy tay chân (mô tả):

0 1 2	47. Có ác mộng
0 1 2	48. Không được trẻ khác thích
0 1 2	49. Bị táo bón
0 1 2	50. Quá lo lắng, sợ hãi
0 1 2	51. Cảm thấy chóng mặt
0 1 2	52. Cảm thấy rất có lỗi
0 1 2	53. Ăn quá nhiều
0 1 2	54. Thường mệt mỏi vô cớ
0 1 2	55. Quá béo
0 1 2	56. Các triệu chứng cơ thể không rõ nguyên nhân:
	a, Đau nhức cơ thể (không phải đau dạ dày & đầu)
0 1 2	b, Đau đầu
0 1 2	c, Buồn nôn
0 1 2	d, Mất có vấn đề mà không phải cận thị, loạn thị (mô tả)
0 1 2	e, Nổi ban hoặc các biểu hiện ở da
0 1 2	f, Đau dạ dày
0 1 2	g, Nôn mửa
0 1 2	h, Các biểu hiện khác (mô tả):
0 1 2	57. Hay đánh người.
0 1 2	58. Ngoáy mũi, cạy da hoặc các bộ phận khác của cơ thể...
0 1 2	(mô tả):
	59. Sờ mó công khai bộ phận sinh dục của mình
0 1 2	60. Hay sờ mó bộ phận sinh dục của mình
0 1 2	61. Làm bài kém
0 1 2	62. Vụng về
0 1 2	63. Thích chơi với trẻ lớn tuổi hơn mình
0 1 2	64. Thích chơi với trẻ nhỏ tuổi hơn mình
0 1 2	65. Từ chối nói chuyện với mọi người
0 1 2	66. Lặp đi lặp lại một số động tác mà không cưỡng lại được
0 1 2	(mô tả):
	67. Bỏ nhà ra đi
0 1 2	68. La hét nhiều
0 1 2	69. Ít cởi mở, giữ kín mọi chuyện trong lòng.
0 1 2	70. Nhìn thấy sự vật không có thực (mô tả):
0 1 2	71. Ngượng ngùng, dễ bị bối rối
0 1 2	72. Nghịch lửa
0 1 2	73. Có vấn đề về tình dục (mô tả):

0 1 2	74. Khoác lác, làm trò
0 1 2	75. Quá rụt rè nhút nhát
0 1 2	76. Ngủ ít hơn các trẻ khác
0 1 2	77. Ngủ nhiều hơn các trẻ khác vào ban ngày hoặc đêm
0 1 2	(mô tả):
	78. Khó tập trung, dễ bị phân tán
0 1 2	79. Có khó khăn về nói (mô tả):
0 1 2	80. Nhìn ngây ngây (không có cảm xúc)
0 1 2	81. Lấy cắp ở nhà
0 1 2	82. Lấy cắp ở nơi khác
0 1 2	83. Cất dấu các đồ vật không cần thiết (mô tả):
0 1 2	84. Hành vi kỳ quặc (mô tả):
0 1 2	85. Ý nghĩ kỳ quặc (mô tả):
0 1 2	86. Bướng bỉnh hoặc cáu kỉnh
0 1 2	87. Dễ thay đổi cảm xúc đột ngột
0 1 2	88. Hay hờn dỗi
0 1 2	89. Hay đa nghi
0 1 2	90. Chửi bậy, nói tục
0 1 2	91. Nói rằng muốn tự tử
0 1 2	92. Nói hoặc đi trong lúc ngủ (mô tả):
0 1 2	93. Nói quá nhiều
0 1 2	94. Hay trêu chọc mọi người
0 1 2	95. Dễ nổi khùng hoặc nóng tính
0 1 2	96. Nghĩ nhiều về tình dục
0 1 2	97. Đe dọa mọi người
0 1 2	98. Mút ngón tay
0 1 2	99. Hút thuốc lá
0 1 2	100. Khó ngủ (mô tả):
0 1 2	101. Bỏ lớp trốn học
0 1 2	102. Kém hoạt động, hoạt động chậm chạp thiếu khí thế
0 1 2	103. Không vui, buồn rầu hoặc trầm cảm
0 1 2	104. Ôn ào quá mức
0 1 2	105. Sử dụng chất gây nghiện (trừ thuốc lá), (mô tả):
0 1 2	106. Làm hư hỏng tài sản không phải của mình
0 1 2	107. Đái ra quần (khi thức)
0 1 2	108. Đái dầm
0 1 2	109. Rên rỉ than khóc

0 1 2	110. Muốn mình là người khác giới
0 1 2	111. Thu mình, né tránh không hoà mình mọi người
0 1 2	112. Lo lắng
0 1 2	113. Xin điền thêm vào đây bất cứ điều gì về trẻ ngoài các mục đã liệt kê ở trên:
	
	

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng điểm các câu có trong mỗi tiểu thang.
- Đối chiếu tổng điểm của mỗi tiểu thang lên Profile theo giới và tuổi của trẻ.

Đánh giá mức độ:

CBCL	Bình thường ($\leq 64\%$)	Ranh giới ($65\% - 69\%$)	Bệnh lý ($\geq 70\%$)
Lo âu /trầm cảm			
Thu mình/ trầm cảm			
Phản nản cơ thể			
Vấn đề xã hội			
Vấn đề tư duy			
Vấn đề chú ý			
Phá bỏ quy tắc			
Hành vi xâm kích			

12. TEST TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý VANDERBILT

I. ĐẠI CƯƠNG

Test tăng hoạt động giảm chú ý Vanderbilt (Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale - VADRS) ở trẻ em được tác giả Mark W. và cộng sự xây dựng tại Mỹ năm 1966 dựa trên những tiêu chuẩn chẩn đoán mà DSM đưa ra. VADRS có các phiên bản dành cho cha mẹ và dành cho giáo viên, được sử dụng rộng rãi và hiệu quả trong việc đánh giá chẩn đoán cho các trẻ có triệu chứng tăng hoạt động giảm chú ý.

VADRS phiên bản dành cho cha mẹ là một thang đo tự đánh giá do cha/mẹ hoặc người chăm sóc trẻ tự điền. VADRS đánh giá trẻ qua 5 lĩnh vực: giảm chú ý; tăng hoạt động/xung động; tính hung hăng; vấn đề hành vi và lo âu/trầm cảm. Cha/mẹ hoặc người chăm sóc được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một phương án phù hợp nhất với sự thể hiện của trẻ trong 6 tháng gần nhất trong ít nhất hai môi trường ở nhà và ở trường.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ trong độ tuổi được chỉ định đánh giá tăng hoạt động giảm chú ý.
- Trẻ trong độ tuổi có các vấn đề rối loạn cảm xúc hành vi.
- Đánh giá trẻ sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người thực hiện trắc nghiệm không phải là cha/mẹ hoặc người chăm sóc ở cùng trẻ trong vòng 06 tháng tính đến thời điểm đánh giá.
- Người thực hiện trắc nghiệm chống đối, không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận trẻ và người nhà thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người điền phiếu.
- Bước 2: Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người thực hiện trắc nghiệm để đảm bảo ý nghĩa của các phương án được hiểu đúng trước khi lựa chọn, thực hiện đúng theo hướng dẫn và yêu cầu của bài trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho cha/mẹ hoặc người chăm sóc.
- Bước 5: Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn và thực hiện trắc nghiệm: 20 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 30 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu cha/mẹ hoặc người chăm sóc từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người thực hiện trắc nghiệm có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thành Ngọc Minh, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng (2017). Độ tin cậy thang đo của VADRS - phiên bản cha mẹ và VADRS - phiên bản giáo viên trong chẩn đoán tăng động, giảm chú ý tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu và thực hành Nhi khoa*. (2): 72-78.
2. Collett, Brent R.; Ohan, Jeneva L.; Myers, Kathleen M. (2003). Ten-Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 42 (9): 1015–1037.

3. Mark L., Wolraich et al (2003). Psychometric Properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in a Referred Population. *Journal of Pediatric Psychology*. 28 (8): 559–568.
4. Stephen P. Becker, M.A (2012). Clinical Utility of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale Comorbidity Screening Scale. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 33 (3):221-228.
5. Xiao ZH et al (2013). Diagnostic value of Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale in attention deficit hyperactivity disorder. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 15 (5):348-352.

PHỤ LỤC

TEST TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý VANDERBILT

(Phiên bản dành cho cha mẹ)

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào đáp án đúng nhất với biểu hiện hoặc hành vi của con bạn ở ít nhất hai môi trường gia đình và trường học. Đừng bỏ sót đề mục nào.

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

	Stt	Nội dung	Mức độ			
Inattention	1	Không tập trung chú ý vào chi tiết hoặc gây ra lỗi do cẩu thả, ví dụ như khi làm bài tập về nhà	0	1	2	3
	2	Gặp khó khăn trong việc chú ý vào những việc cần phải làm	0	1	2	3
	3	Có vẻ như không lắng nghe khi người khác đang nói trực tiếp với mình	0	1	2	3
	4	Không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ hay bài tập	0	1	2	3
	5	Gặp khó khăn trong việc sắp xếp hay tổ chức nhiệm vụ và hoạt động	0	1	2	3
	6	Né tránh, không thích hoặc không muốn bắt đầu hay thực hiện các nhiệm vụ hay bài tập đòi hỏi nỗ lực trí tuệ liên tục	0	1	2	3
	7	Mất những vật dụng cần cho nhiệm vụ hay hoạt động (bài tập, bút, sách vở)	0	1	2	3
	8	Dễ bị sao nhãng bởi âm thanh hoặc những thứ khác	0	1	2	3
	9	Hay quên trong các hoạt động hàng ngày	0	1	2	3
Hyperactivity	10	Cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo người khi ngồi	0	1	2	3
	11	Rời khỏi chỗ ngồi ở những tình huống cần ngồi yên tại chỗ	0	1	2	3
	12	Chạy loanh quanh hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống cần phải ngồi yên tại chỗ	0	1	2	3

	13	Gặp khó khăn trong việc chơi và bắt đầu chơi các trò chơi đòi hỏi sự yên tĩnh	0	1	2	3
	14	Luôn chân luôn tay hoặc hành động như thể “được gắn động cơ”	0	1	2	3
	15	Nói quá nhiều	0	1	2	3
	16	Buột miệng trả lời khi người hỏi chưa hỏi xong	0	1	2	3
	17	Gặp khó khăn trong việc chờ đợi đến lượt mình	0	1	2	3
	18	Ngắt quãng hay chen ngang vào khi người khác đang nói chuyện hay chơi trò chơi	0	1	2	3
<i>Oppositional-defiant</i>	19	Cãi nhau với người lớn	0	1	2	3
	20	Tức giận đến mức độ mất kiểm soát	0	1	2	3
	21	Chủ động không tuân theo hoặc từ chối làm theo yêu cầu hay quy định của người lớn	0	1	2	3
	22	Chủ định quấy rầy người khác	0	1	2	3
	23	Đổ tội cho người khác vì lỗi của chính mình	0	1	2	3
	24	Tự ái và dễ bực mình bởi người khác	0	1	2	3
	25	Tức giận hoặc chua cay	0	1	2	3
	26	Hằn học và trả thù	0	1	2	3
<i>Conduct disorder</i>	27	Bắt nạt, đe dọa hoặc làm người khác sợ	0	1	2	3
	28	Khởi đầu việc đánh nhau	0	1	2	3
	29	Nói dối để né tránh rắc rối hoặc tránh nhiệm vụ (ví dụ lừa dối người khác)	0	1	2	3
	30	Nghi hoặc trốn học mà không có sự cho phép	0	1	2	3
	31	Đánh, đá hoặc làm thương người khác	0	1	2	3
	32	Ăn trộm những thứ có giá trị	0	1	2	3
	33	Phá hoại đồ đạc người khác một cách chủ ý	0	1	2	3
	34	Đã từng sử dụng vũ khí có thể gây hại nghiêm trọng (như gậy, dao, gạch đá, súng)	0	1	2	3
	35	Đánh, đá hoặc làm thương động vật	0	1	2	3
	36	Đã đốt lửa để phá hoại một cách có chủ ý	0	1	2	3
	37	Đã từng đột nhập vào nhà, văn phòng hay xe ô tô của ai đó	0	1	2	3
	38	Đã từng qua đêm bên ngoài mà không có sự cho phép	0	1	2	3
	39	Đã từng bỏ nhà đi qua đêm	0	1	2	3
	40	Đã từng cưỡng ép ai đó thực hiện hành vi tình dục	0	1	2	3

<i>Anxiety/Depression</i>	41	Sợ hãi, bồn chồn, hoặc lo lắng	0	1	2	3
	42	Sợ thử những điều mới vì sợ mắc lỗi	0	1	2	3
	43	Cảm thấy vô dụng hoặc thấp kém	0	1	2	3
	44	Tự trách bản thân, cảm thấy có tội	0	1	2	3
	45	Cảm thấy cô đơn, vô ích, không được yêu thương; phản nản rằng “không có ai yêu con”	0	1	2	3
	46	Buồn rầu, sầu não, hoặc trầm cảm	0	1	2	3
	47	E dè và dễ ngượng ngùng	0	1	2	3

Hãy chọn phương án đúng với con bạn

(1 là kém nhất, tiếp đó là 2, 3 là bình thường, 4 là tốt hơn bình thường một chút và 5 là rất tốt)

Câu hỏi	Đang gặp vấn đề		Bình thường	Tốt hơn bình thường	
a. Hãy đánh giá chung về tình hình học tập của con bạn ở trường?	1	2	3	4	5
a1. Khả năng học đọc thế nào?	1	2	3	4	5
a2. Khả năng học viết thế nào?	1	2	3	4	5
a3. Khả năng học toán thế nào?	1	2	3	4	5
b. Mọi quan hệ của con bạn với bạn thế nào?	1	2	3	4	5
c. Mọi quan hệ của con bạn với anh chị em của cháu trong gia đình thế nào?	1	2	3	4	5
d. Mọi quan hệ của con bạn với bạn bè cùng lứa thế nào?	1	2	3	4	5
e. Con bạn tham gia các hoạt động hoặc chơi trò chơi theo nhóm thế nào?	1	2	3	4	5

Hướng dẫn tính điểm:

(A) **Tăng động giảm chú ý thể giảm tập trung là chủ yếu:** từ câu 1 đến 9, ít nhất 6 trong 9 câu được điểm 2 hoặc 3, và ít nhất một trong 8 câu từ a đến e được điểm 1 hoặc 2.

(B) **Tăng động giảm chú ý thể tăng hoạt động/xung động là chủ yếu:** từ câu 10 đến 18, ít nhất 6 trong 9 câu được điểm 2 hoặc 3, và ít nhất một trong 8 câu từ a đến e được điểm 1 hoặc 2.

(C) **Tăng động giảm chú ý thể kết hợp:** đạt tiêu chí cho cả (A) và (B).

(D) **Rối loạn thách thức chống đối:** từ câu 19 đến 26, được sàng lọc bởi 4 trong 8 hành vi (điểm 2 và 3).

(E) **Rối loạn hành vi ứng xử:** từ câu 27 đến 40, được sàng lọc bởi 3 trong 15 hành vi (điểm 2 và 3).

(F) **Lo âu hoặc trầm cảm:** từ câu 41 đến 47, được sàng lọc bởi 3 trong 7 biểu hiện (điểm 2 và 3).

Đánh giá mức độ:

VANDERBILT	Giảm chú ý	Tăng hoạt động	Tính hung hăng	Vấn đề hành vi	Lo âu/ Trầm cảm
Mức độ đánh giá	6/9	6/9	4/8	3/14	3/7
Không có rối loạn					
Có rối loạn					

13. THANG ĐÁNH GIÁ ĐIỂM MẠNH VÀ KHÓ KHĂN TRẺ EM SDQ25 (DÀNH CHO TRẺ TỪ 4 - 16 TUỔI) CÓ CÁC BẢN DO CHA MẸ ĐIỀN VÀ TRẺ EM TỰ ĐIỀN (TỪ 11 - 16)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá điểm mạnh và khó khăn trẻ em (Strength and Difficulties Questionnaire 25 -SDQ25) được bác sĩ Robert Goodman xây dựng và phát triển năm 1997. Đây là một bảng hỏi để sàng lọc hành vi ban đầu để phát hiện các rối loạn cảm xúc và hành vi ở trẻ em và thanh thiếu niên tuổi từ 4 đến 16 tuổi.

SDQ25 bao gồm 25 câu hỏi được chia thành 5 tiêu mục: vấn đề cảm xúc (5 câu); vấn đề hành vi (5 câu); vấn đề tăng hoạt động/giảm chú ý (5 câu), vấn đề mối quan hệ bạn bè (5 câu) và vấn đề xã hội tích cực (5 câu). SDQ25 có hai phiên bản – dành cho cha/mẹ/người chăm sóc và phiên bản trẻ tự trả lời. Trẻ hoặc cha/mẹ/người chăm sóc thực hiện trắc nghiệm bằng cách đánh dấu vào các mức độ xuất hiện hành vi của trẻ từ “Không đúng” đến “Chắc chắn đúng” trong khoảng thời gian 2 tuần tính đến thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ trong độ tuổi 4 đến 16 được chỉ định đánh giá điểm mạnh và khó khăn.

Trẻ trong độ tuổi 4 đến 16 có các vấn đề rối loạn cảm xúc và hành vi.

Đánh giá trong chẩn đoán và sau điều trị.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ em khác độ tuổi trong quy định.

Người điền phiếu phiên bản dành cho cha mẹ không phải là cha/mẹ hoặc người chăm sóc ở cùng trẻ trong vòng 6 tháng tính đến thời điểm đánh giá.

Người điền phiếu chống đối, không hợp tác trì hoãn và hoàn thành sau khi người bệnh ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Cha mẹ hoặc người chăm sóc của trẻ hoặc trẻ được bác sỹ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận trẻ và người nhà thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho cha mẹ trẻ/người chăm sóc.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn cha mẹ hoặc người chăm sóc tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người thực hiện trắc nghiệm để đảm bảo họ hiểu đúng ý nghĩa của các phương án trước khi lựa chọn, thực hiện đúng theo hướng dẫn và yêu cầu của bài trắc nghiệm.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho cha/mẹ hoặc người chăm sóc.
- Hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn cha mẹ trẻ hoặc người chăm sóc thực hiện: 22 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 8 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 30 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu cha/mẹ hoặc người chăm sóc từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người thực hiện trắc nghiệm có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
2. Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.

PHỤ LỤC

THANG SDQ

Dành cho cha mẹ

Họ và tên: Giới:

Ngày sinh: Học lớp:

Trường:.....

Đề nghị Quý phụ huynh vui lòng đánh dấu vào ô nào đúng nhất với con mình theo các mức độ sau: ‘Không đúng’, ‘Đúng một phần’ hoặc ‘Chắc chắn đúng’. Những nội dung này dựa vào hành vi ứng xử của cháu trong vòng 2 tuần gần đây.

<i>TT</i>	<i>Nội dung</i>	<i>Không đúng</i>	<i>Đúng một phần</i>	<i>Chắc chắn đúng</i>
Vấn đề tình cảm	3.Hay kêu đau đầu, đau bụng, hoặc kêu ốm mệt			
	8.Thường xuyên tỏ ra lo lắng, lo lắng nhiều chuyện			
	13.Thường buồn rầu, chán nản, hay khóc			
	16.Lo lắng bám người lớn quá mức trong các tình huống mới, dễ mất tự tin			
	24.Sợ hãi nhiều thứ, dễ hoảng sợ			
Vấn đề hành vi	5.Thường dễ nổi cáu hoặc nóng tính (dễ mất bình tĩnh)			
	7.Nhìn chung ngoan ngoãn, biết vâng lời, thường làm theo lời người lớn chỉ bảo			
	12.Thường hay đánh nhau hoặc ức hiếp, bắt nạt trẻ khác			
	18.Thường hay nói dối hoặc gian lận			
	22.Có hành vi ăn cắp ở nhà, ở trường hoặc các nơi khác			
Vấn đề tăng động	2.Bồn chồn, quá hiếu động, không ngồi lâu một chỗ được			
	10.Liên tục ngộ nguậy, luôn chân luôn tay, không ngồi yên một chỗ được			
	15.Dễ bị phân tán, khó tập trung chú ý			

	21. <i>Biết cân nhắc, suy nghĩ cẩn thận trước khi làm một việc gì đó</i>			
	25. <i>Hoàn thành công việc được giao đến nơi đến chốn, tập trung chú ý tốt</i>			
Vấn đề bạn bè	6. <i>Hơi biệt lập, có xu hướng chơi một mình</i>			
	11. <i>Có ít nhất một bạn thân</i>			
	14. <i>Thường được các trẻ khác quý mến</i>			
	19. <i>Bị trẻ khác trêu chọc, bắt nạt</i>			
	23. <i>Quan hệ thân thiện với người lớn tốt hơn là với các trẻ khác</i>			
Vấn đề tích cực xã hội	1. <i>Quan tâm chu đáo đến tình cảm của người khác</i>			
	4. <i>Sẵn lòng chia sẻ (quà, đồ ăn, đồ chơi, bút chì...) với các trẻ khác</i>			
	9. <i>Sẵn lòng giúp đỡ nếu có ai đó bị đau, buồn, hoặc bị ốm</i>			
	17. <i>Tốt bụng, thân ái với trẻ bé hơn</i>			
	20. <i>Thường tình nguyện giúp đỡ người khác (bố mẹ, thầy cô, bạn bè...)</i>			

Xin vui lòng kiểm tra lại để đảm bảo tất cả các mục đã được đánh dấu chính xác.

SDQ25-S		Không có rối loạn	Trạng thái ranh giới	Có rối loạn
Tổng vấn đề khó khăn	Chuẩn	0 – 13	14 – 16	17 – 40
	Kết quả			
Vấn đề tình cảm	Chuẩn	0 – 5	6	7 – 10
	Kết quả			
Vấn đề hành vi	Chuẩn	0 – 3	4	5 – 10
	Kết quả			
Vấn đề tăng động	Chuẩn	0 – 5	6	7 - 10
	Kết quả			
Vấn đề bạn bè	Chuẩn	0 – 3	4 - 5	6 – 10
	Kết quả			
Vấn đề xã hội tích cực	Chuẩn	10 – 6	5	4 - 0
	Kết quả			

THANG SDQ
Dành cho học sinh (11- 16 tuổi)

Họ và tên: Giới:

Ngày sinh: Học lớp:

Trường:.....

Đề nghị em đánh dấu vào ô nào đúng nhất với bản thân mình theo các mức độ sau: “Không đúng”, “Đúng một phần” hoặc “Chắc chắn đúng”. Em hãy điền đầy đủ tất cả các nội dung theo bảng bên dưới. Những nội dung này dựa vào hành vi ứng xử của em trong vòng 2 tuần gần đây.

<i>TT</i>	<i>Nội dung</i>	<i>Không đúng</i>	<i>Đúng một phần</i>	<i>Chắc chắn đúng</i>
<i>Vấn đề tình cảm</i>	3.Em hay bị đau đầu, đau bụng, hoặc ốm mệt			
	8.Em thường xuyên lo lắng, Lo lắng nhiều chuyện			
	13.Em thường buồn rầu, chán nản, hay khóc			
	16.Em hay lo sợ trong các tình huống mới, dễ mất tự tin			
	24.Em sợ hãi nhiều thứ, dễ hoảng sợ			
<i>Vấn đề hành vi</i>	5.Em thường dễ nổi cáu hoặc nóng tính (dễ mất bình tĩnh)			
	7.Em là người ngoan ngoãn, thích vâng lời, thường làm theo lời người lớn chỉ bảo			
	12.Em rất hay đánh nhau, bắt các bạn khác làm theo ý của em			
	18.Em thường bị chê trách là nói dối và gian lận			
	22.Em hay lấy những thứ không phải là của mình ở nhà, ở trường hoặc các nơi khác			
<i>Vấn đề tăng động</i>	2.Em hay bồn chồn, quá hiếu động, không ngồi lâu một chỗ được			
	10.Em liên tục ngo ngoáy, luôn chân luôn tay, khó ngồi yên một chỗ được			
	15.Em dễ bị phân tán			
	21.Em thường cân nhắc, suy nghĩ trước khi làm một việc gì đó			
	25.Em làm việc được giao đến nơi đến chốn, tập			

	<i>trung chú ý tốt</i>			
Vấn đề bạn bè	6.Em hơi bệch lập, thích chơi một mình			
	11.Em có một vài bạn thân			
	14.Em thường được các trẻ khác quý mến			
	19.Em hay bị bạn khác, chêu chọc, bắt nạt			
	23.Em quan hệ thân thiện với người lớn hơn là với các trẻ khác			
Vấn đề xã hội tích cực	1.Em đối xử tốt với người khác. Em quan tâm chu đáo đến họ			
	4.Em sẵn lòng chia sẻ (quà, đồ ăn, đồ chơi, bút chì...) với các bạn khác			
	9.Em sẵn sàng giúp đỡ nếu có ai đó bị đau, buồn, hoặc bị ốm			
	17.Em tốt bụng, thân ái với trẻ bé hơn			
	20.Em thường tự nguyện giúp đỡ mọi người (bố mẹ, thầy cô, bạn bè...)			

Em vui lòng kiểm tra lại để đảm bảo tất cả các mục đã được đánh dấu chính xác.

SDQ25-S		Không có rối loạn	Trạng thái ranh giới	Có rối loạn
Tổng vấn đề khó khăn	Chuẩn	0 – 15	16 – 19	20 – 40
	Kết quả			
Vấn đề tình cảm	Chuẩn	0 – 5	6	7 – 10
	Kết quả			
Vấn đề hành vi	Chuẩn	0 – 3	4	5 – 10
	Kết quả			
Vấn đề tăng động	Chuẩn	0 – 5	6	7 - 10
	Kết quả			
Vấn đề bạn bè	Chuẩn	0 – 3	4 - 5	6 – 10
	Kết quả			
Vấn đề xã hội tích cực	Chuẩn	10 – 6	5	4 - 0
	Kết quả			

14. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC CỦA TRẺ K - ABC

I. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm năng lực của trẻ K-ABC (The Kaufman Assessment Battery for Children) được xuất bản lần đầu tiên năm 1983 bởi tác giả Alan S. Kaufman và Nadeen L. Kaufman mới mục đích đánh giá năng lực nhận thức và trí tuệ ở trẻ em. K-ABC được cải biên lần thứ 2 năm 2004. Độ tuổi đánh giá của K-ABC phiên bản đầu là trẻ từ 2,5 đến 12,5 tuổi, của K-ABC phiên bản 2 là từ 3 đến 18 tuổi.

K-ABC đo năng lực xử lý thông tin, giải quyết một cách có hiệu quả các vấn đề không quen thuộc dựa trên 5 khu vực: (1): thang xử lý thông tin theo chuỗi; (2): thang xử lý thông tin đồng thời; (3): thang xử lý tâm thần kết hợp; (4): thang thành tựu và (5) thang phi ngôn từ. Các khu vực trên được chia thành 16 tiểu test cho K-ABC phiên bản đầu và 18 tiểu test cho K-ABC phiên bản 2.

K-ABC có thể dùng để đánh giá trẻ với các vấn đề rối loạn hành vi, rối loạn chú ý, trẻ có khó khăn trong học tập như chậm nói, chậm đọc, trẻ tự kỷ và cả trẻ có trí tuệ phát triển vượt trội.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ em trong độ tuổi 3 – 18 tuổi cần đánh giá năng lực nhận thức và trí tuệ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

- Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy, bút...

3. Người bệnh:

Trẻ em trong độ tuổi được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm tạo không khí thoải mái cho trẻ trước khi thực hiện trắc nghiệm, tránh tâm lý sợ hãi dẫn đến trẻ không hợp tác thực hiện trắc nghiệm.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn trẻ thực hiện các tiêu test theo độ tuổi và theo mô hình và ghi lại các thông số liên quan đến trắc nghiệm,

Bước 3: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho cha mẹ trẻ/ người chăm sóc

Bước 4: Hướng dẫn cha mẹ trẻ/người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 70 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 90 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá theo yêu cầu của bác sĩ điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1983). Kaufman Assessment Battery for Children. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
2. Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (2004). Kaufman Assessment Battery for Children Second Edition. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

15. THANG ĐÁNH GIÁ ẢN TƯỢNG LÂM SÀNG CHUNG (CGI - S)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá lâm sàng chung CGI (Clinical Global Impression rating scale) là trắc nghiệm đánh giá về ấn tượng lâm sàng chung được phát triển đầu tiên bởi Guy W. năm 1976 và được sử dụng để đo mức độ trầm trọng của các triệu chứng, khả năng điều trị, và hiệu quả điều trị của những người bệnh có rối loạn tâm thần. CGI có nhiều phiên bản trong đó CGI-S (Clinical Global Impression – Severity scale) đánh giá về mức độ nghiêm trọng của bệnh tật.

CGI-S có 7 mục yêu cầu bác sĩ lâm sàng đánh giá mức độ bệnh tật trầm trọng của người bệnh tại thời điểm đánh giá, liên hệ với kinh nghiệm đánh giá bệnh nhân của bác sĩ đã điều trị cho người bệnh có cùng chẩn đoán ở thời điểm đánh giá. Mức độ này được đánh giá dựa trên các triệu chứng người bệnh báo cáo và bác sĩ quan sát được, hành vi và chức năng trong 7 ngày trước thời điểm đánh giá.

Nội dung của 7 vấn đề cần đánh giá của CGI-S gồm: (1): báo cáo của người bệnh về mức độ nghiêm trọng của triệu chứng khi phỏng vấn; (2): mô tả của người bệnh về tình trạng chức năng của họ; (3): các khía cạnh quan sát được của bác sĩ/cán bộ trắc nghiệm về hành vi của người bệnh; (4): điểm đánh giá khách quan từ những bảng hỏi (Hamilton; Montgomery-Asberg); (5): điểm đánh giá chủ quan từ những bảng hỏi (Beck; Bảng kiểm các triệu chứng trầm cảm); (6): mức độ của các phản ứng phụ do người bệnh trải nghiệm; và (7): các nhận xét về người bệnh từ những quan sát khác đến từ những nhân viên y tế có tham gia chăm sóc người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn tâm thần cần được đánh giá mức độ nghiêm trọng.
- Sử dụng theo dõi đánh giá trước và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý/ bác sĩ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy, bút...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm phỏng vấn người bệnh theo 7 đề mục của bảng hỏi dựa trên phần trả lời của người bệnh kết hợp với những quan sát lâm sàng về ngôn ngữ cơ thể, cử chỉ không lời, thái độ, cũng như những triệu chứng cơ thể của người bệnh.

Bước 3: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian phỏng vấn người bệnh thực hiện: 35 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 45 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mắt kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guy W. (2000). Clinical Global Impressions (CGI) Scale. Modified From: Rush J, *et al.*: Psychiatric Measures, APA, Washington DC.
2. Kadouri, Alane; Corruble, Emmanuelle; Falissard, Bruno (2007). "The improved Clinical Global Impression Scale (ICGI): Development and validation in depression". *BMC Psychiatry*.

16. THANG ĐÁNH GIÁ TÂM THẦN RÚT GỌN BPRS

I. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) do Overall và Gorham nghiên cứu và xuất bản lần đầu tiên vào năm 1962. Đây là trắc nghiệm được sử dụng để đo lường các triệu chứng rối loạn tâm thần ở người bệnh.

BPRS là một trắc nghiệm đánh giá sự thay đổi trong mức độ nghiêm trọng của bệnh tâm thần, do đó các đề mục của BPRS tập trung vào các triệu chứng thường gặp ở những người bệnh bị rối loạn tâm thần, bao gồm cả tâm thần phân liệt và các rối loạn tâm thần khác, cũng như những người có rối loạn khí sắc trầm trọng.

BPRS gồm có 24 đề mục với những nội dung sau: lo lắng về cơ thể; lo âu; trầm cảm; tự sát; cảm giác tội lỗi; thù địch; khí sắc hưng phấn; tự cao; sự nghi ngờ; ảo giác; nội dung tư duy kỳ quái; hành vi kỳ dị; không tự chăm sóc bản thân; mất phương hướng; rối loạn nhận thức; cảm xúc cùn mòn; cảm xúc thu mình; giảm vận động; tình trạng căng thẳng; không hợp tác; kích động; đãng trí; tăng hoạt động, vận động và dáng vẻ cầu kỳ và điệu bộ.

BPRS là một thang phỏng vấn để xác định triệu chứng và những đặc điểm đặc hiệu để đánh giá triệu chứng. Trong đó, các đề mục từ 1 đến 14 được đánh giá dựa trên cơ sở người bệnh tự báo cáo; đề mục từ 15 đến 24 được đánh giá dựa trên những quan sát được bởi hành vi và lời nói của người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có rối loạn tâm thần cần đánh giá mức độ rối loạn triệu chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Người chăm sóc/ giám hộ không nắm rõ tình trạng người bệnh

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy, bút...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm phỏng vấn bệnh nhân theo 24 đề mục của bảng hỏi dựa trên phần trả lời của người bệnh kết hợp với những quan sát lâm sàng về ngôn ngữ cơ thể, cử chỉ không lời, thái độ, cũng như những triệu chứng cơ thể của người bệnh. Hỏi thêm thông tin từ người chăm sóc/nhân viên y tế đang chăm sóc người bệnh (nếu cần).

Bước 3: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian phỏng vấn người bệnh thực hiện: 45 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 15 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 60 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Overall J.E., Gorham D.R., (1962). The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports. **10**: 799-812.
2. Overall, J. E.; Gorham, D. R. (1988). "The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling". Psychopharmacology Bulletin. **22**: 97–99

17. THANG ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY (ADLS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá hoạt động hàng ngày ADLS (Activities of Daily Living Scale) là một công cụ đánh giá tình trạng chức năng cơ bản được Sidney Katz đưa vào nghiên cứu và sử dụng lần đầu tiên năm 1950.

ADLS được sử dụng để đánh giá trạng thái của một người thực hiện các chức năng sống hàng ngày một cách độc lập mà không cần nhờ đến các thiết bị máy móc hay con người khác hỗ trợ.

ADLS phù hợp để đánh giá người già, người khuyết tật, trẻ em và đặc biệt là người bệnh cần đánh giá chức năng và sự hồi phục.

Thang ADLS cơ bản đánh giá 6 hoạt động chức năng tối thiểu nhất của con người đó là:

Tự tắm trong bồn tắm hoặc vòi sen

Tự mặc quần áo và chải tóc

Đi vệ sinh và tự dọn dẹp vệ sinh.

Kiểm soát chức năng ruột và bàng quang.

Tự di chuyển từ vị trí này sang vị trí khác và tự đi bộ.

Tự ăn uống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh cần đánh giá mức độ hoạt động chức năng sống cơ bản.

- Sử dụng theo dõi trước và sau điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

-Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy, bút...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng ở người bệnh.

Bước 2: Tiến hành phỏng vấn người bệnh, hỏi thêm thông tin từ người chăm sóc/nhân viên y tế đang chăm sóc người bệnh để có cơ sở đánh giá người bệnh theo bảng hỏi trắc nghiệm.

Bước 3: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 20 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 30 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Chưa có báo cáo tai biến trong y văn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jeffrey M., Lillian C. Min, (2012). Activities of Daily Living, Management of Cancer in the Older patient.
2. Bookman, A., Harrington, M., Pass, L., & Reisner, E. (2007). *Family Caregiver Handbook*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC

18. Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE)
19. Trắc nghiệm RAVEN
20. Thang đánh giá trí nhớ Wechsler (WMS)
21. Trắc nghiệm WAIS
22. Trắc nghiệm WICS

18. THANG ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini-Mental State Exam -MMSE), hay còn gọi là thang Folstein, là một thang phỏng vấn rút gọn bao gồm 30 câu hỏi nhằm đánh giá mức độ chức năng nhận thức của người già. MMSE là thang được Kurlowics L. và cộng sự xây dựng và giới thiệu lần đầu tiên tại Mỹ năm 1975. MMSE thường được sử dụng để đánh giá chứng mê sảng hoặc mất trí ở người già. MMSE cũng được sử dụng để phát hiện sự suy giảm chức năng nhận thức; theo dõi tiến triển, và đáp ứng với điều trị của người bệnh.

MMSE đánh giá sáu lĩnh vực nhận thức: định hướng, chú ý, trí nhớ gần, khả năng ghi nhận, ngôn ngữ và năng lực làm theo những mệnh lệnh bằng chữ hoặc bằng lời đơn giản.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh cao tuổi có nghi ngờ sa sút trí tuệ, mê sảng hoặc mất trí.

Sàng lọc phát hiện sự suy giảm chức năng nhận thức.

Theo dõi, đánh giá tiến triển trong và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh chống đối, không hợp tác.

Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính, bệnh cơ thể nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm tiến hành phỏng vấn theo bảng hỏi. Hỏi lại, hoặc gợi ý (nếu cần). Có thể tham khảo từ thông tin của người nhà người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 15 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 5 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 20 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR: "Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." Journal of Psychiatry Researches. 1975;12:189-198.
2. Margit L. Bleecker, MD, PhD; Karen Bolla-Wilson, PhD; Claudia Kawas et al (1988). Age-specific norms for the Mini-Mental State Exam. NEUROLOGY 38:1565-1568

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN MMSE

Mini – Mental State Examination (MMSE)

A. Định hướng:

1. Hôm nay là thứ mấy?/1đ
2. Hôm nay là ngày bao nhiêu?/1đ
3. Tháng này là tháng mấy?/1đ
4. Năm nay là năm nào? (Âm lịch hoặc dương lịch)/1đ
5. Mùa này là mùa gì? (nắng/mưa? Xuân/hạ/thu/đông?)/1đ
6. Chỗ này là chỗ nào (ở bv, tên?)/1đ
7. Khoa gì? Tầng mấy?/1đ
8. Tỉnh, thành phố?/1đ
9. Miền nào? (Nam/Trung/Bắc?)/1đ
10. Nước nào?/1đ

B. Ghi nhớ:

Nói tên 3 từ, sau đó yêu cầu lặp lại (1đ cho mỗi từ đúng ở lần đầu tiên)

Con mèo/1đ

Cây lúa/1đ

Đồng xu/1đ

C. Sự tập trung và tính toán: Làm phép trừ 7 liên tiếp

100 – 7 = ? (93) (G)/1đ

93 – 7 = ? (86) (N)/1đ

86 – 7 = ? (79) (Ô)/1đ

79 – 7 = ? (72) (H)/1đ

72 – 7 = ? (65) (K)/1đ

D. Nhớ lại:

Yêu cầu lặp lại 3 từ đã thuộc ở trên (không cần theo thứ tự)/3đ

E. Ngôn ngữ

Đưa và yêu cầu nói tên đồ vật (Hỏi cái này gọi là gì?)

Đồng hồ Cây viết/2đ

Yêu cầu lặp lại câu (1 lần): “Không có nêu và hoặc nhưng”/1đ

Yêu cầu thực hiện động tác: “Cầm tờ giấy bằng tay phải, gấp đôi lại, rồi đưa cho tôi” (Mỗi động tác đúng cho 1đ)/3đ

Yêu cầu đọc thầm và thực hiện mệnh lệnh đã in sẵn trên giấy:

“Hãy nhắm mắt lại”/1đ

Yêu cầu viết 1 câu bất kỳ (đủ chủ ngữ vị ngữ, có nghĩa)/1đ

Yêu cầu vẽ lại 2 hình ngũ giác giao nhau/1đ

Tổng điểm/30đ

Hướng dẫn tính điểm:

- Cho 1 điểm với mỗi câu trả lời đúng.
- Cộng tổng điểm.

Đánh giá mức độ:

MMSE	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có suy giảm nhận thức	≥ 24	
Suy giảm nhận thức nhẹ	20 – 23	
Suy giảm nhận thức vừa	14 – 19	
Suy giảm nhận thức nặng	≤ 13	

19. TRẮC NGHIỆM RAVEN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn Raven (Raven's Progressive Matrices) được J.C. Raven (Anh) xây dựng năm 1936, là trắc nghiệm phi ngôn ngữ đánh giá trí thông minh chủ yếu trên 3 quá trình: chú ý, tri giác và tư duy. Trắc nghiệm được xây dựng trên hai lý thuyết: lý thuyết về tri giác hình thể của Gestal và lý thuyết tân phái sinh của Spearman. Vì là trắc nghiệm phi ngôn ngữ nên Raven phù hợp để đánh giá các đối tượng có trình độ học vấn, kinh nghiệm sống và các độ tuổi khác nhau. Raven được dùng để phát hiện các năng lực hệ thống hoá nhất định trong tư duy, năng lực tư duy logic và năng lực vạch ra những mối liên hệ tồn tại giữa các sự vật và hiện tượng.

Raven gồm 60 hình chia thành 5 nhóm bài tập, mỗi nhóm bài tập gồm 12 câu hỏi bắt đầu từ dễ đến khó; nhóm sau khó hơn nhóm trước. Loạt A tìm tính liên tục và trọn vẹn của cấu trúc; Loạt B tìm sự giống nhau giữa các cặp hình; Loạt C tìm những thay đổi tiếp diễn trong các cấu trúc; Loạt D tìm sự đổi chỗ của các hình và Loạt E tìm sự chia tách hình tổng thể thành các bộ phận. Người bệnh được hướng dẫn cách chọn đáp án đúng cho mỗi hình ở hai hình đầu tiên của loạt A đến khi hiểu cách làm và cấu trúc của hình. Từ hình thứ ba trở đi, người bệnh không được hướng dẫn thêm. Raven có hai phiên bản; phiên bản dành cho người lớn và phiên bản dành cho người già và trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chỉ định đánh giá chỉ số trí tuệ.

Đánh giá trí tuệ trong những trường hợp cần chẩn đoán các rối loạn liên quan phát triển ở trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng nặng, hay giảm nhẹ chỉ số trí tuệ.

Người bệnh chống đối, không hợp tác.

Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính, bệnh lý cơ thể nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh tự tìm đáp án ở hai hình đầu tiên. Nếu người bệnh chưa có đáp án đúng, giải thích và chỉ ra quy luật đến khi người bệnh tự đưa ra được đáp án đúng. Để người bệnh tự thực hiện từ hình thứ ba trở đi và cán bộ trắc nghiệm không giải thích gì thêm.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 50 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 70 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raven, J. (1981). Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Research Supplement No.1: The 1979 British Standardization of the Standard Progressive Matrices and Mill Hill Vocabulary Scales, Together With Comparative Data From Earlier Studies in the UK, US, Canada, Germany and Ireland. San Antonio, Texas: Harcourt Assessment.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.

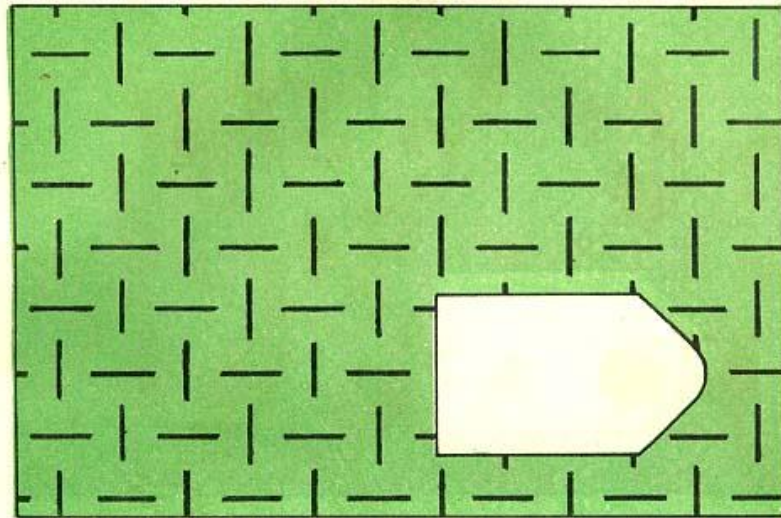
PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM RAVEN Raven's Progressive Matrices



- A -

A 1



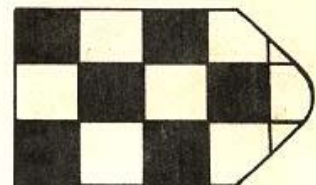
1



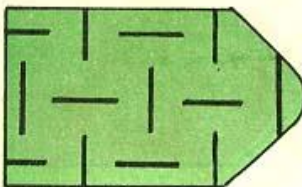
2



3



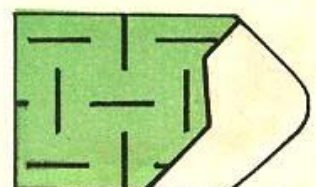
4



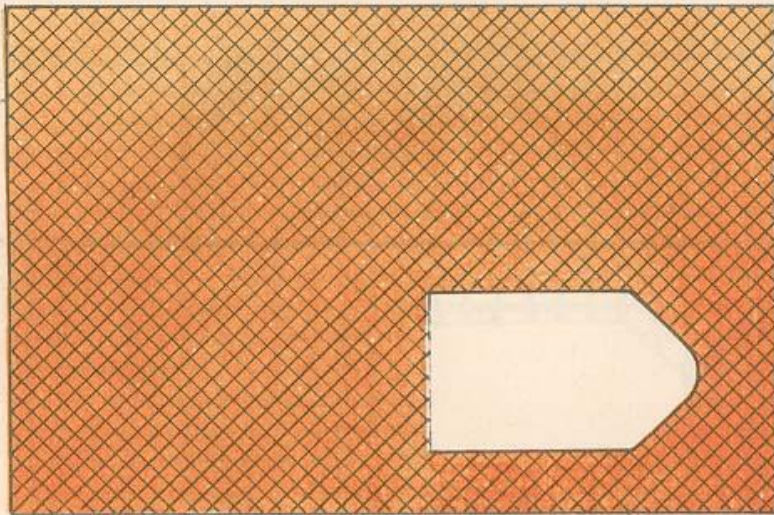
5



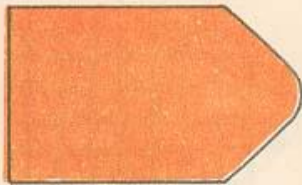
6



A 2



1



2



3



4



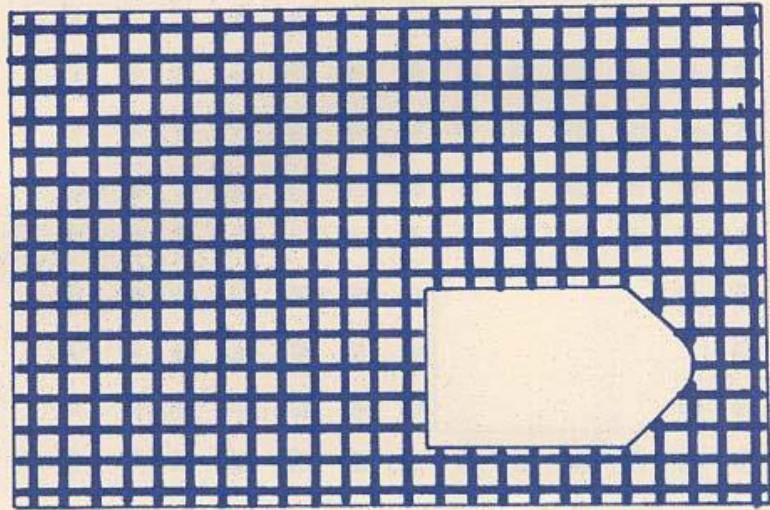
5



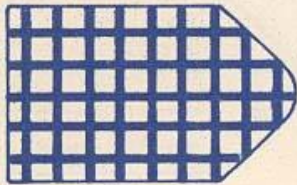
6



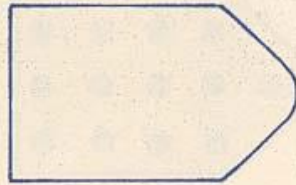
A 3



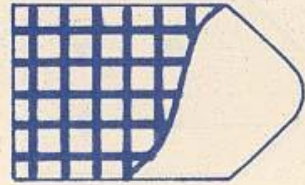
1



2



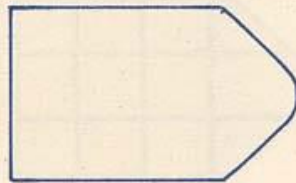
3



4



5

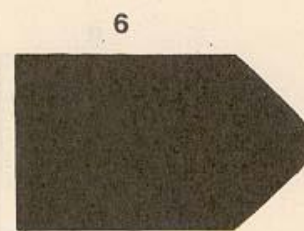
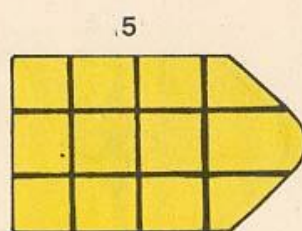
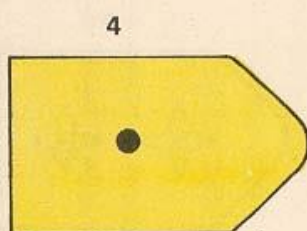
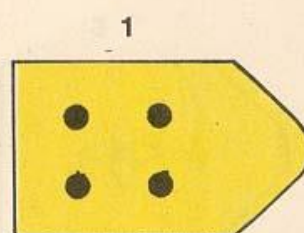
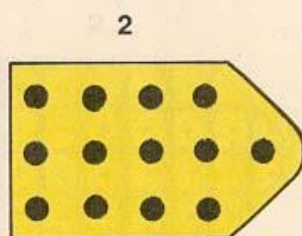
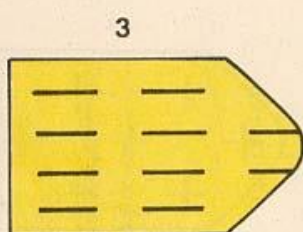
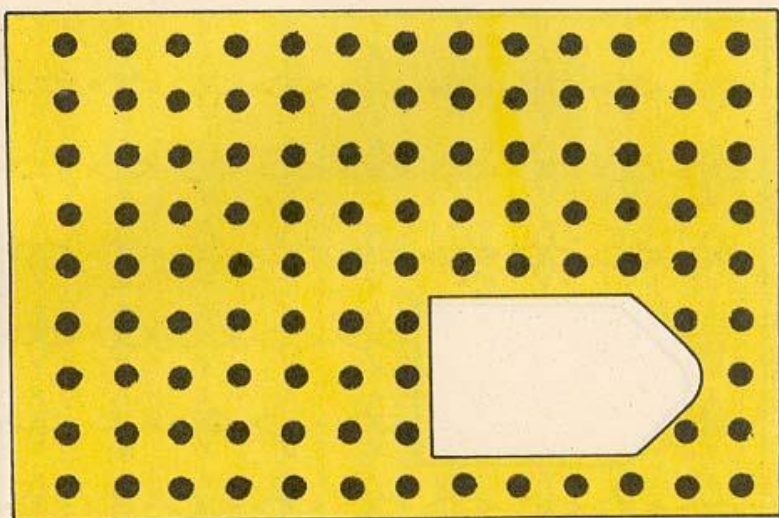


6



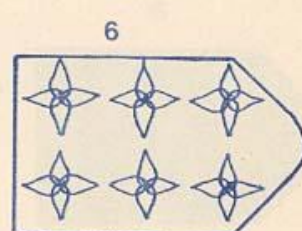
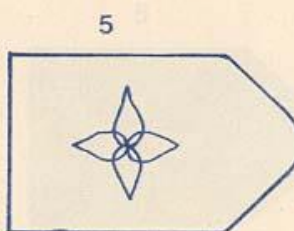
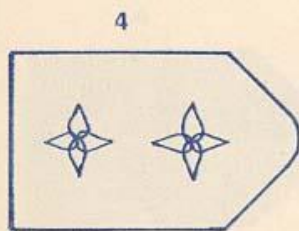
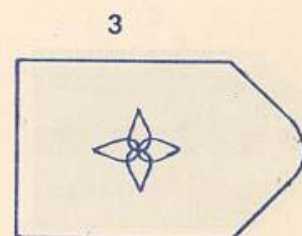
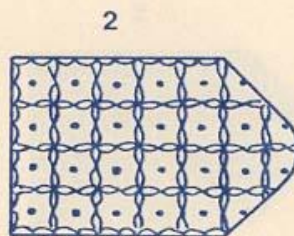
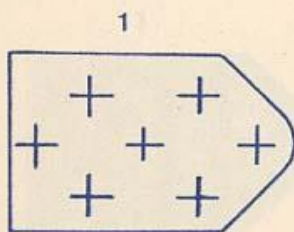
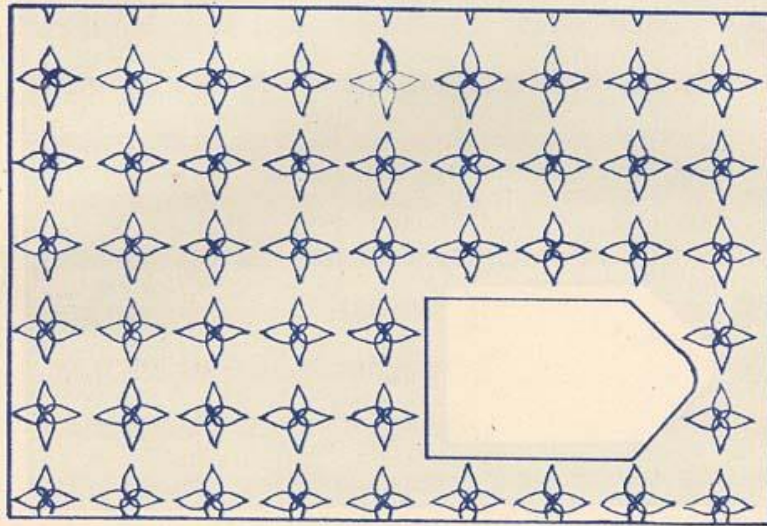
E

A 4



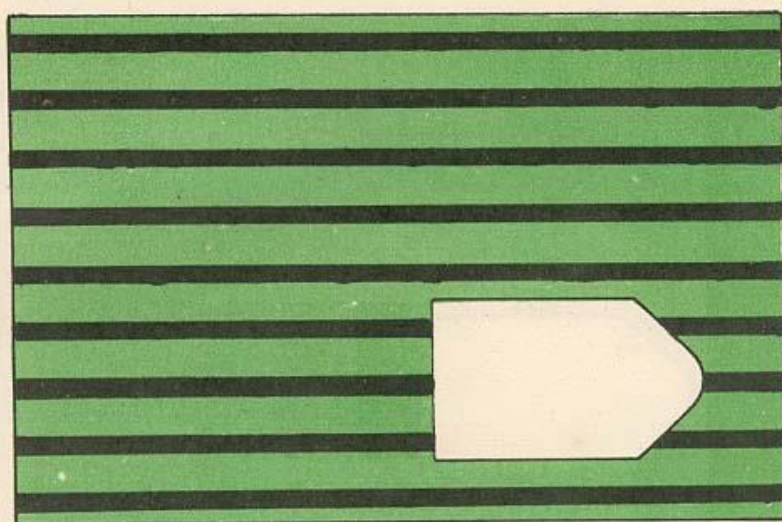
A 5

E



A 6

E



1



2



3



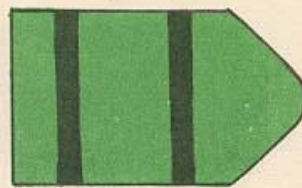
4



5

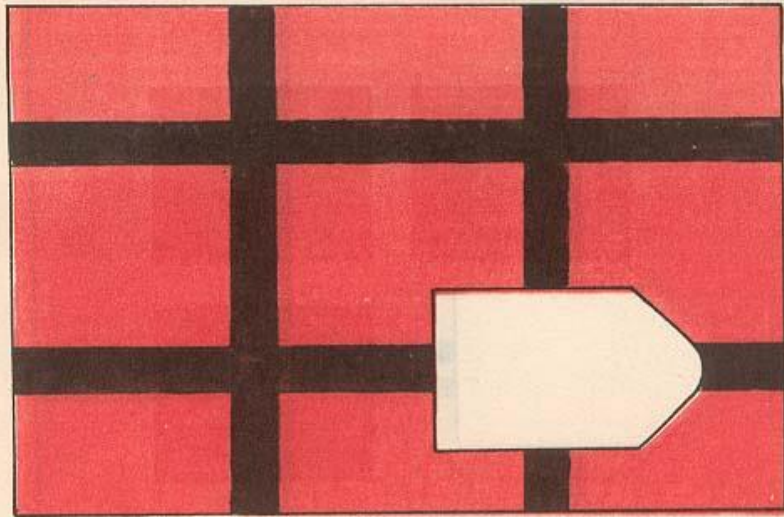


6

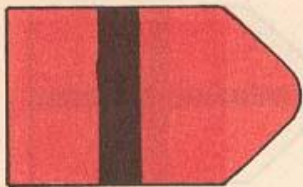


A 7

A 8



1



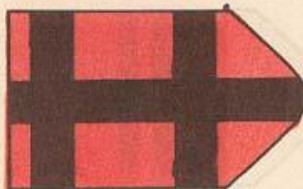
2



3



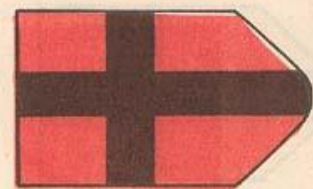
4



5

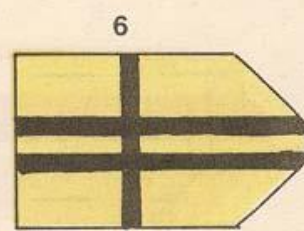
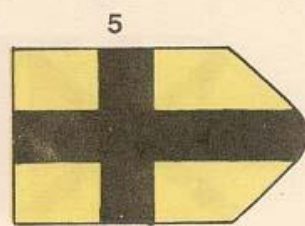
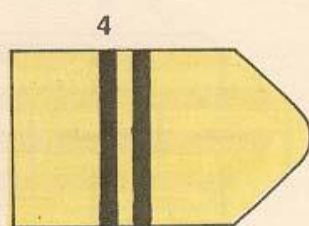
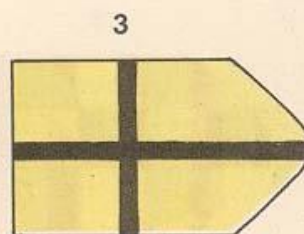
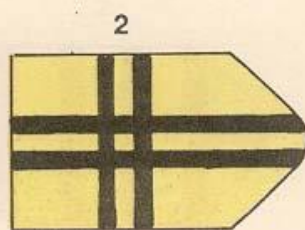
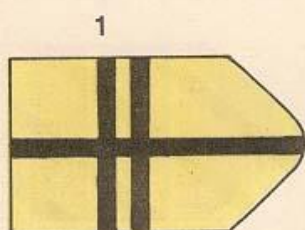
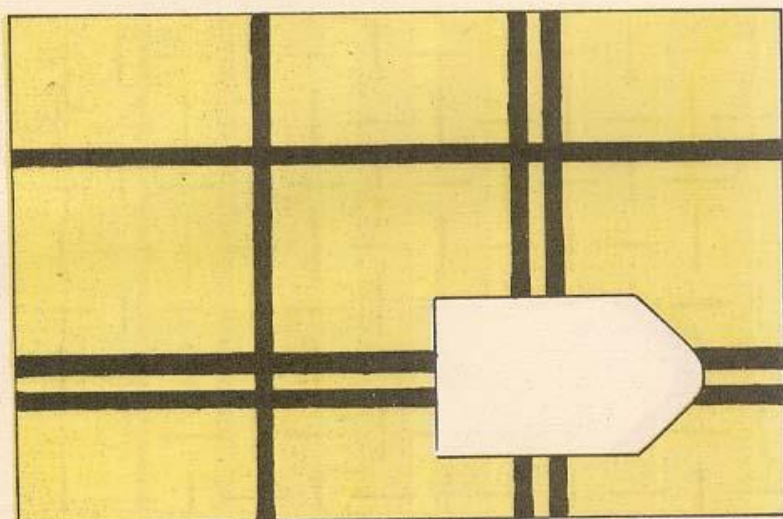


6

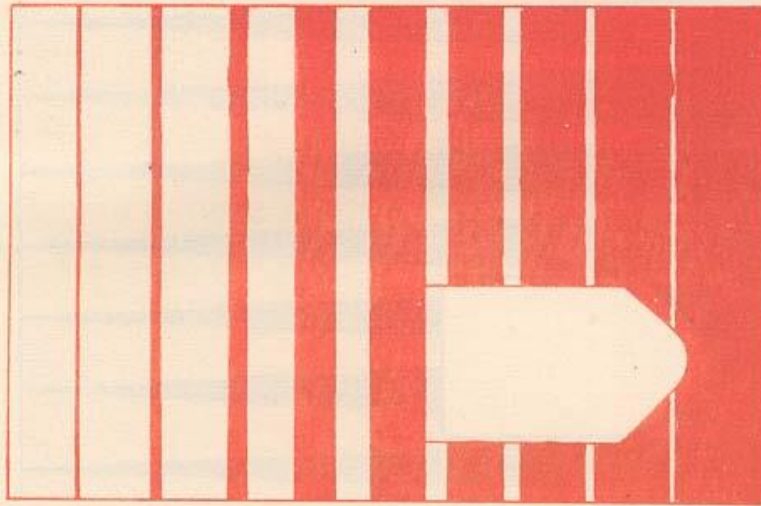


E

A 8



A 9



1



2



3



4



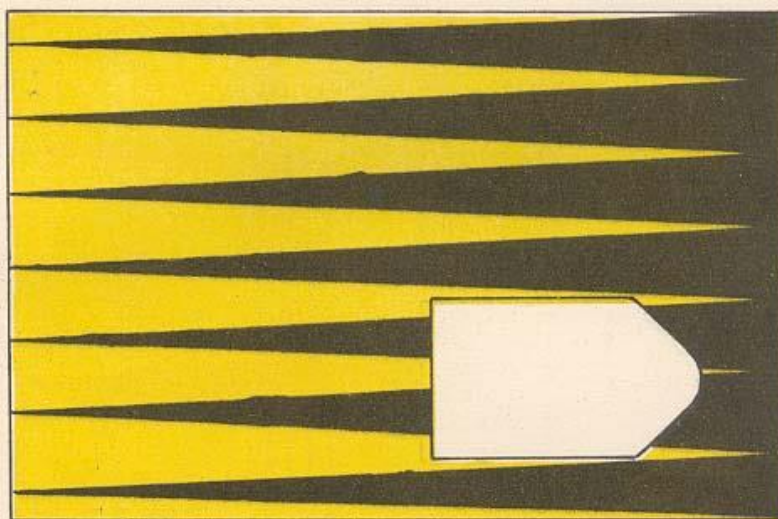
5



6



A 10



1



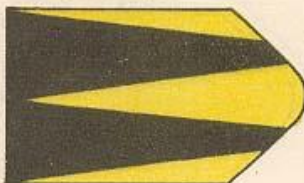
2



3



4



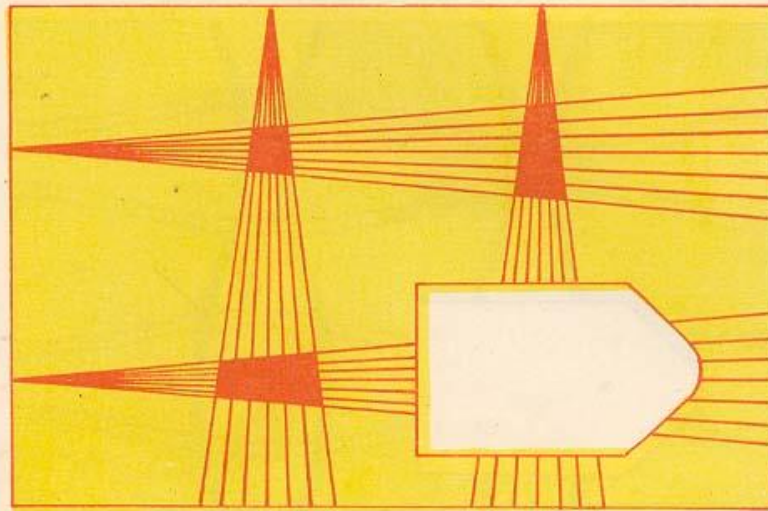
5



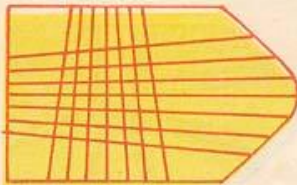
6



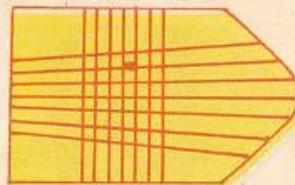
A 11



1



2



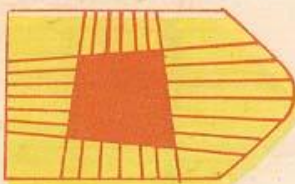
3



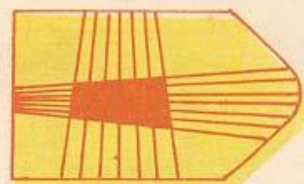
4



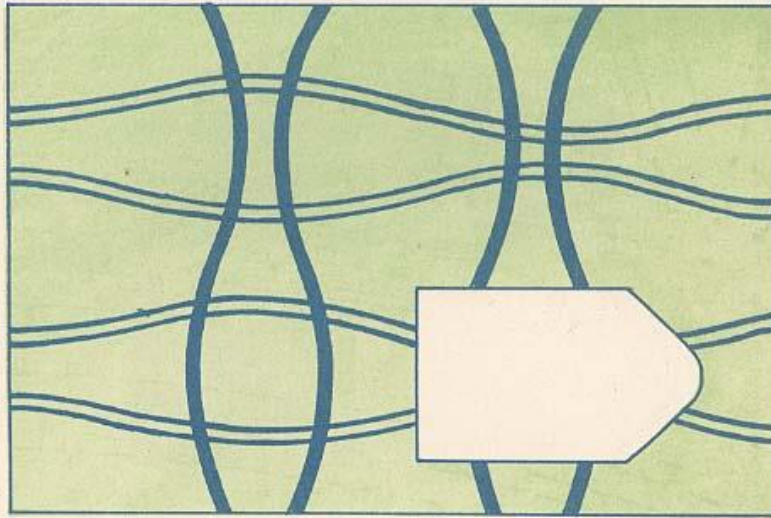
5



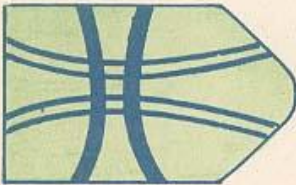
6



A 12



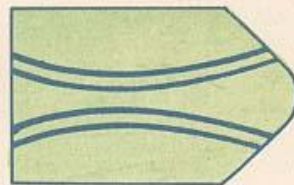
1



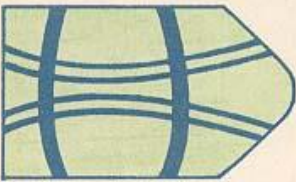
2



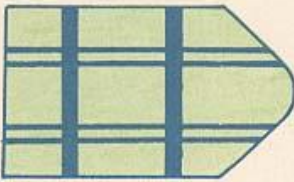
3



4



5

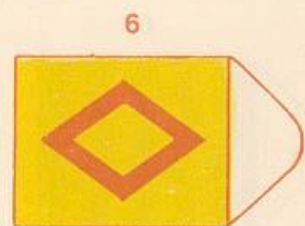
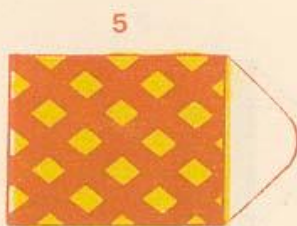
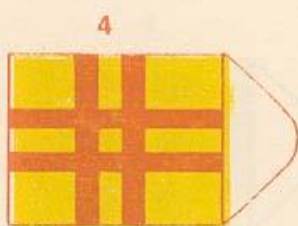
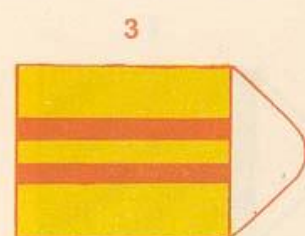
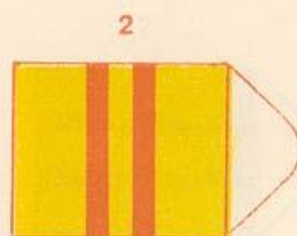
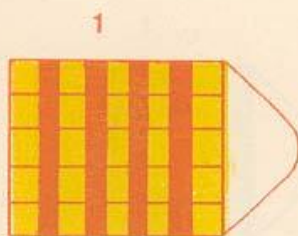
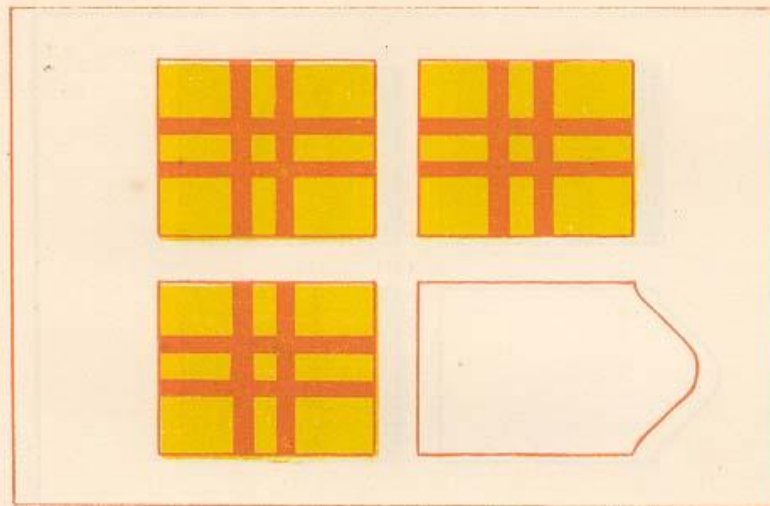


6

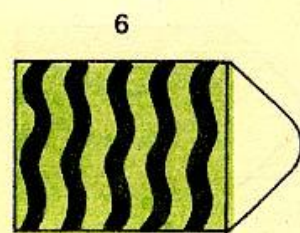
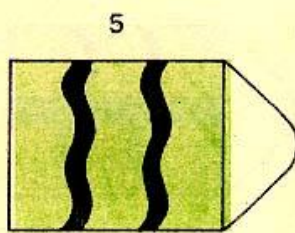
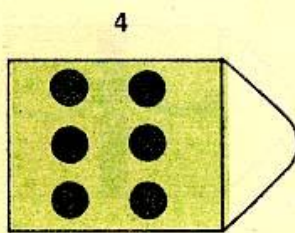
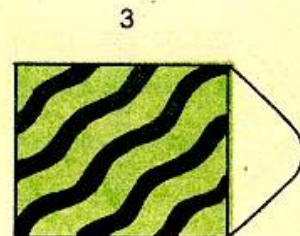
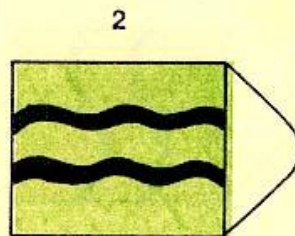
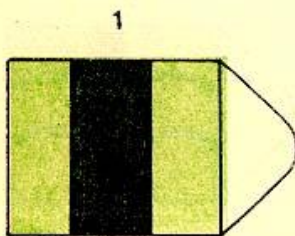
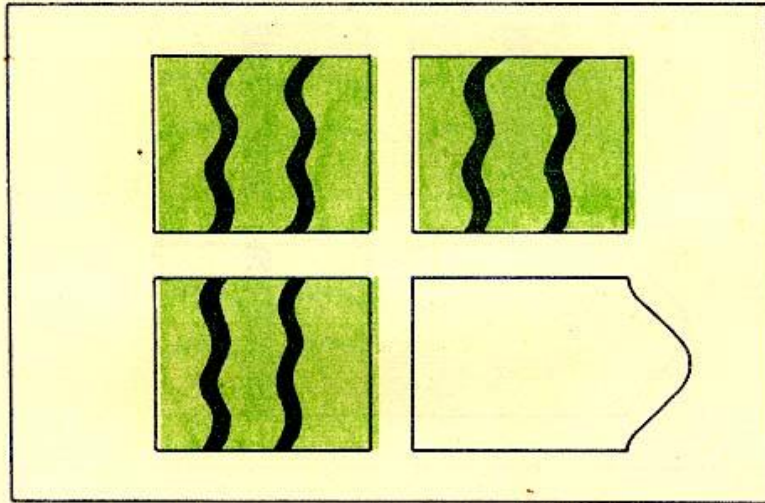


- AB -

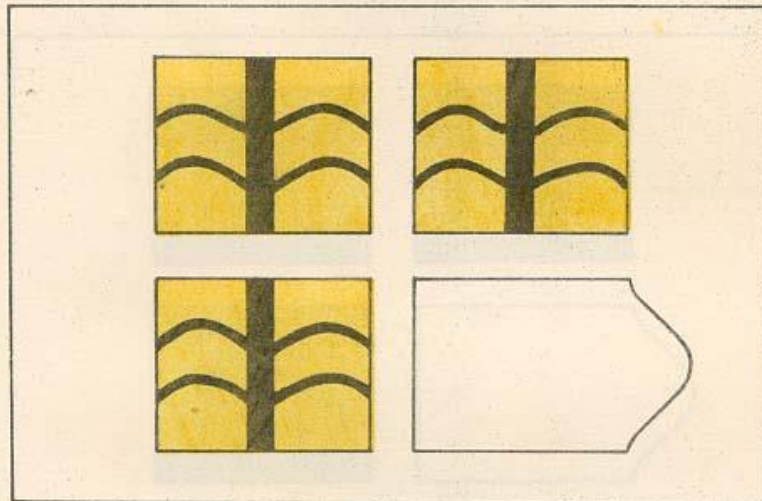
AB 1



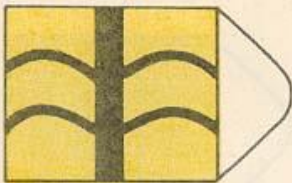
AB 2



AB 3



1



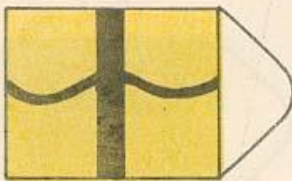
2



3



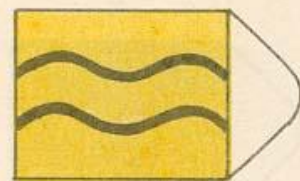
4



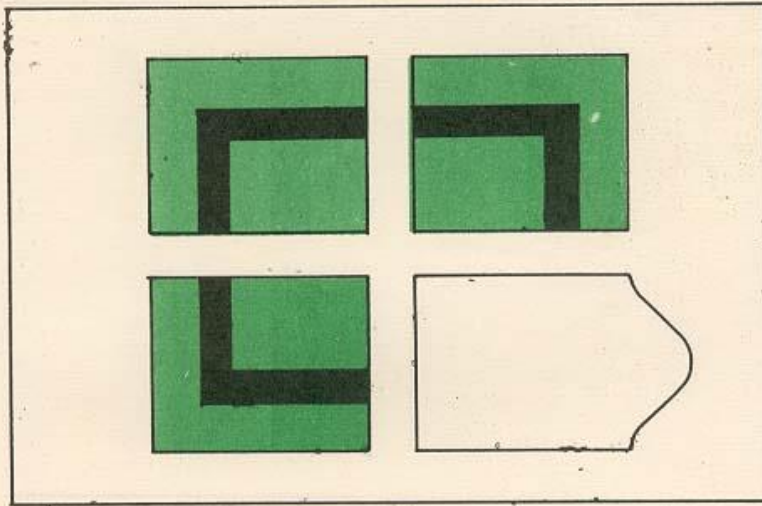
5



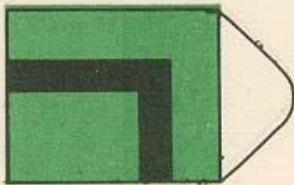
6



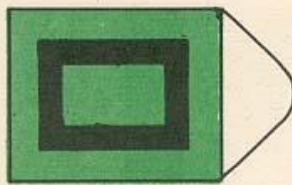
AB 4



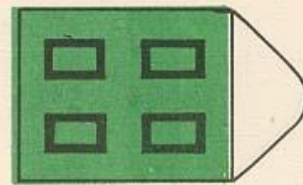
1



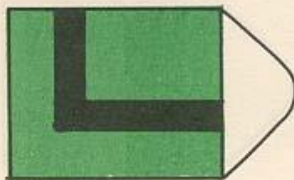
2



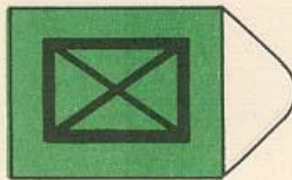
3



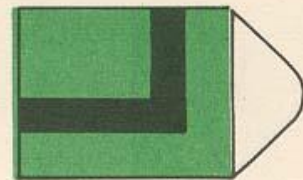
4



5

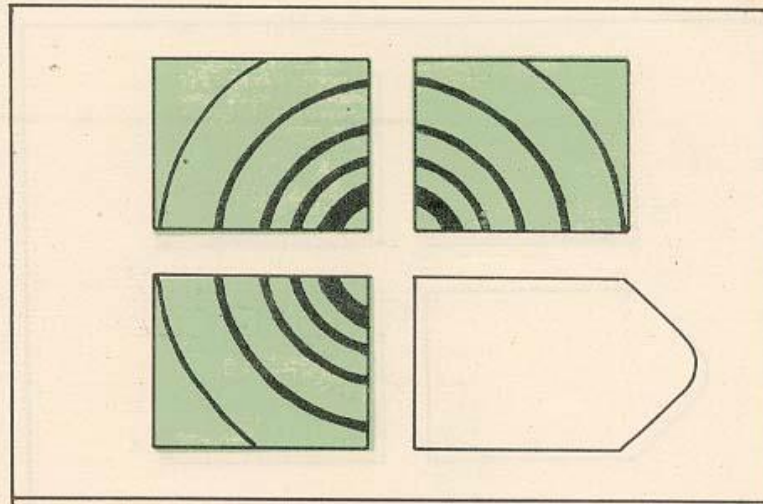


6

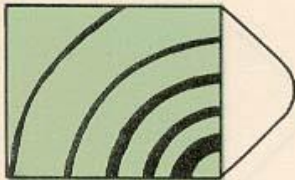


AB 5

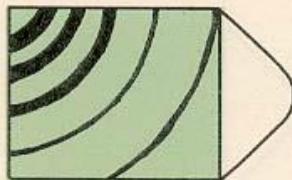
E



1



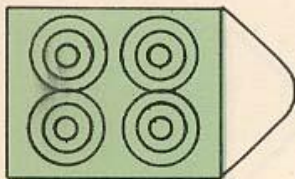
2



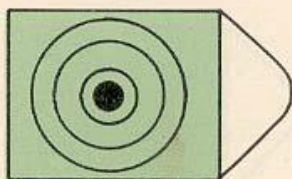
3



4



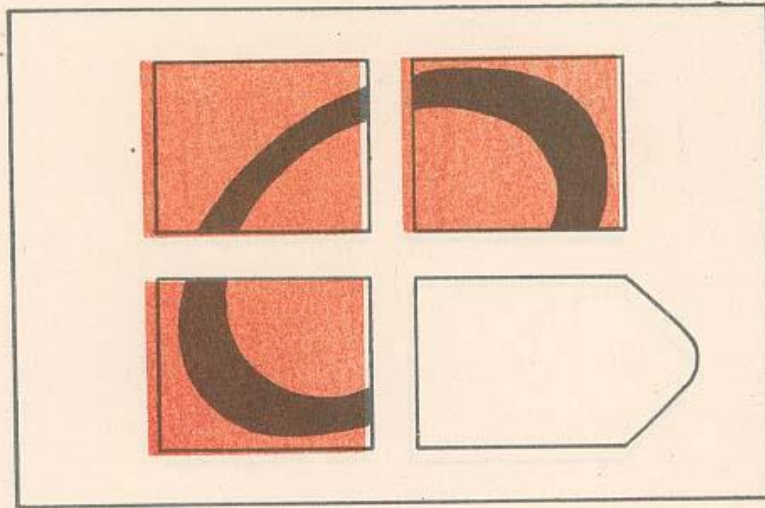
5



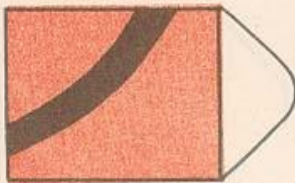
6



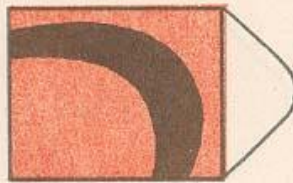
AB 6



1



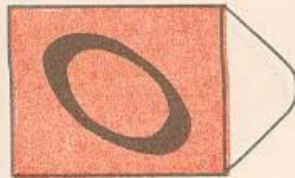
2



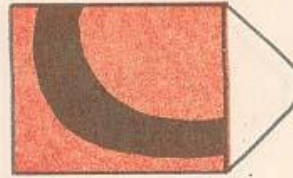
3



4



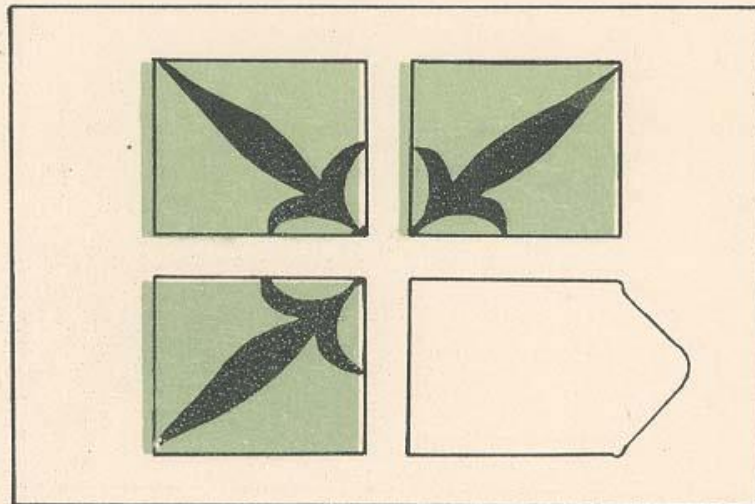
5



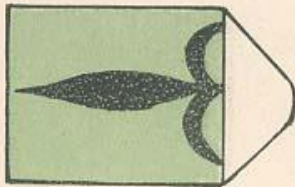
6



AB 7



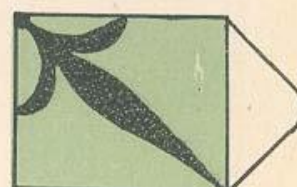
1



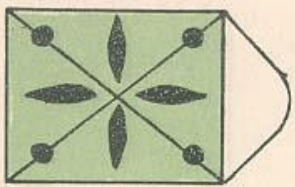
2



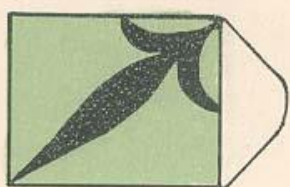
3



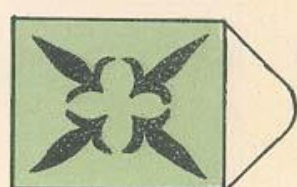
4



5

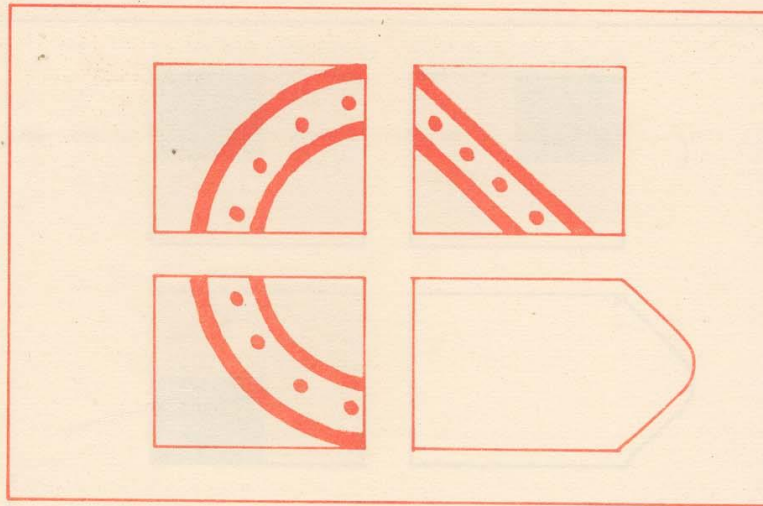


6

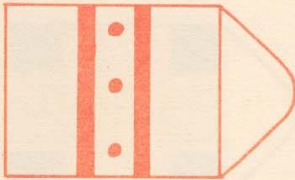


AB 8

E



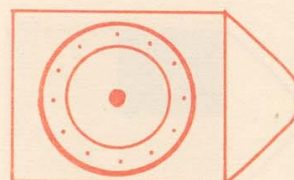
1



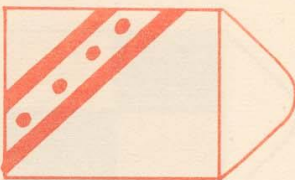
2



3



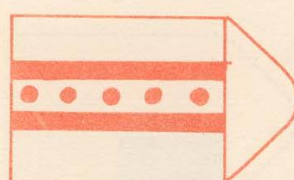
4



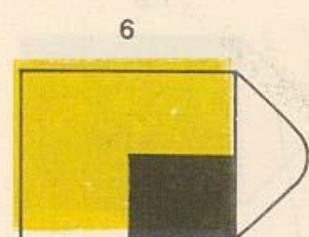
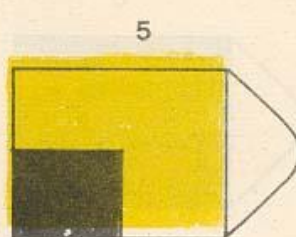
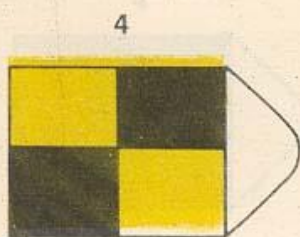
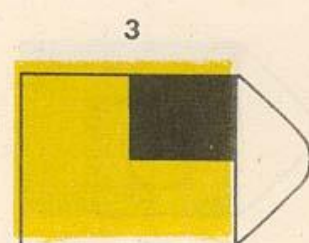
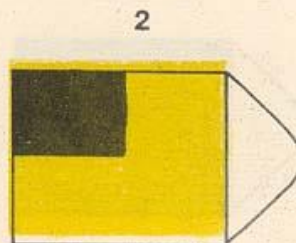
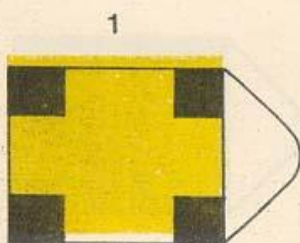
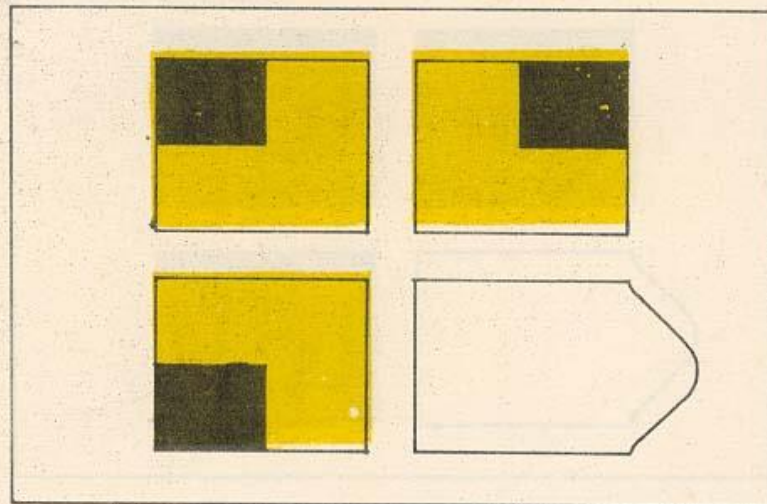
5



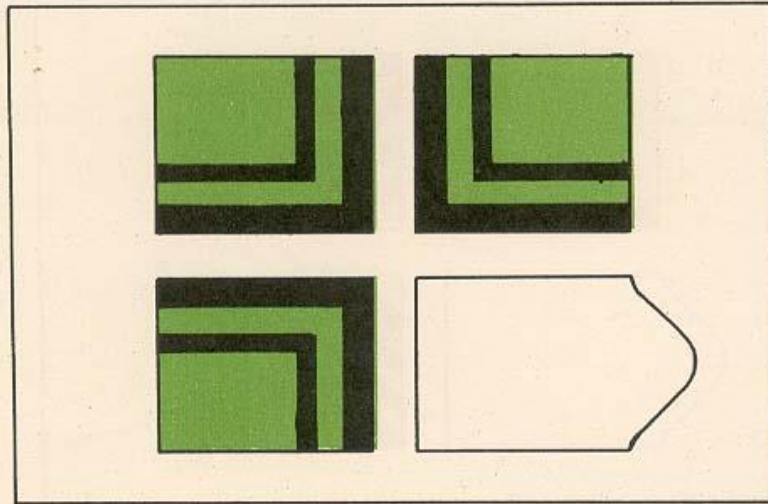
6



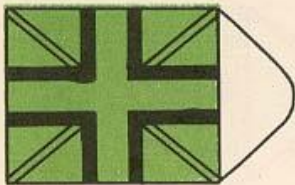
AB 9



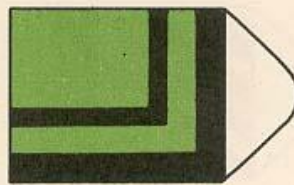
AB 10



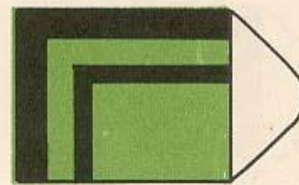
1



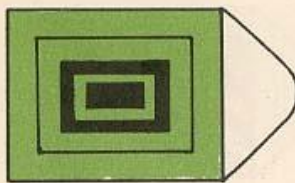
2



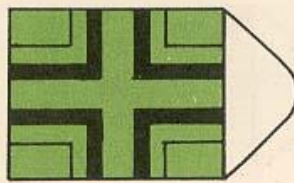
3



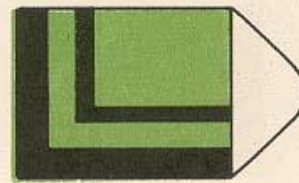
4



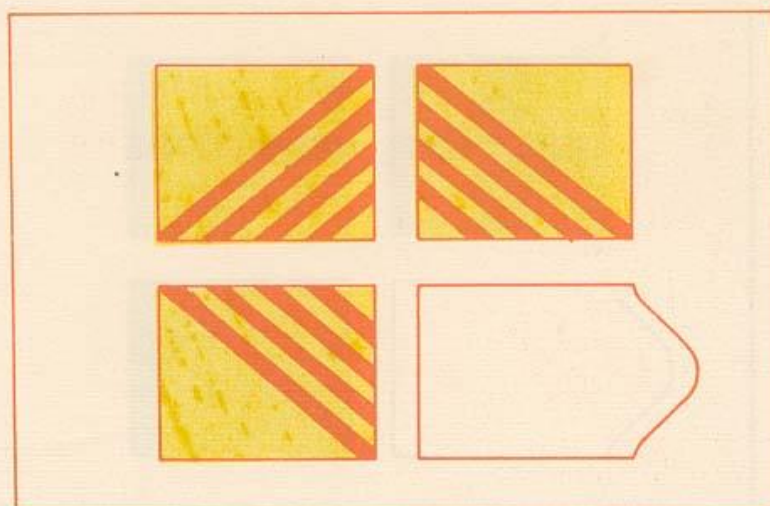
5



6



AB 11



1



2



3



4



5

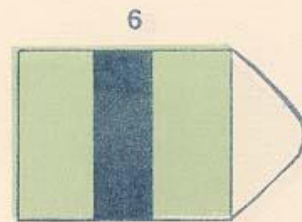
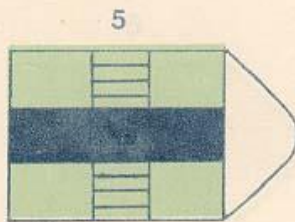
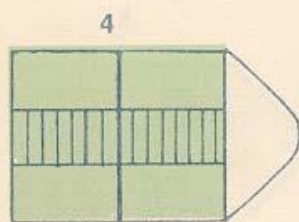
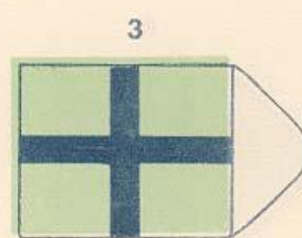
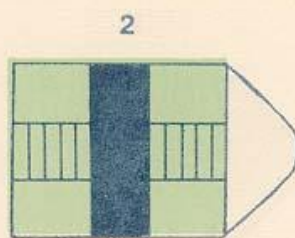
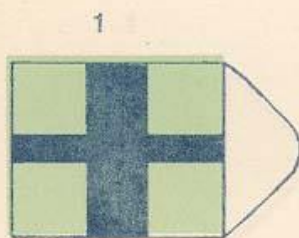
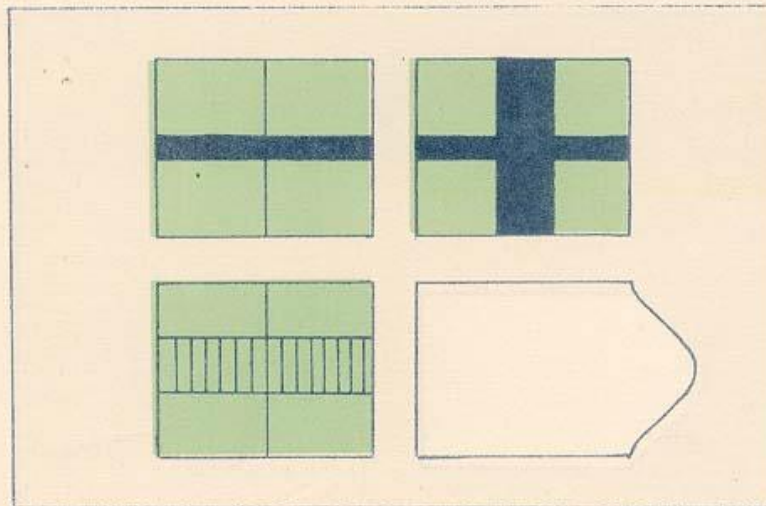


6



AB 12

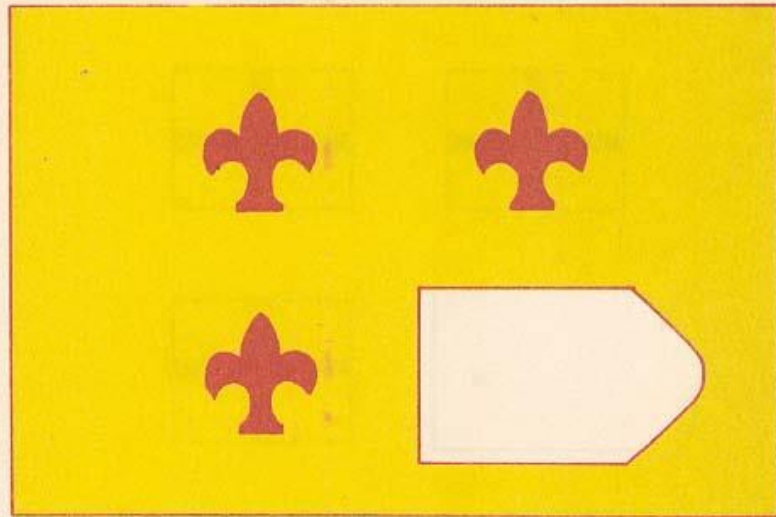
E



- B -

B 1

E-



1



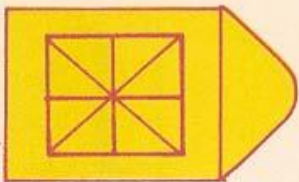
2



3



4



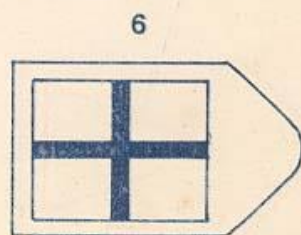
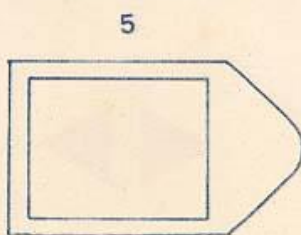
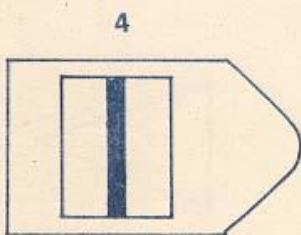
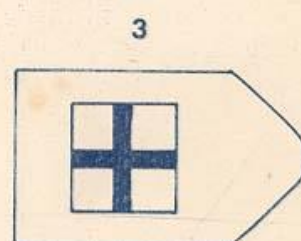
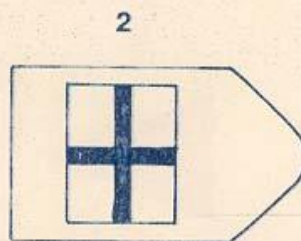
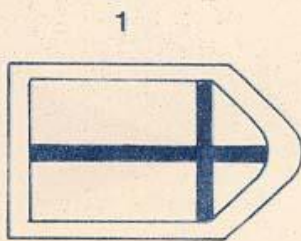
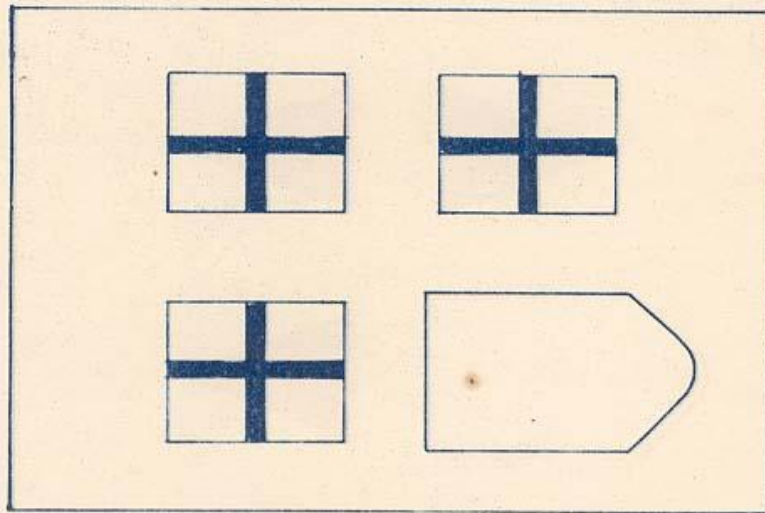
5



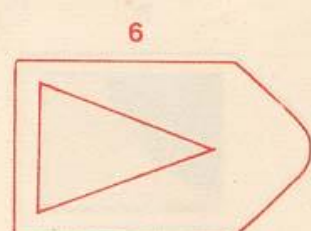
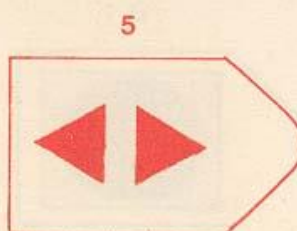
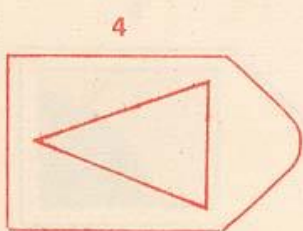
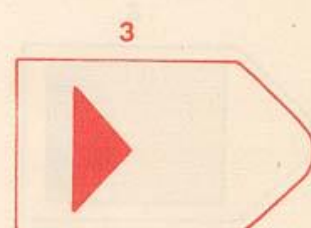
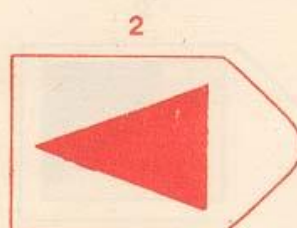
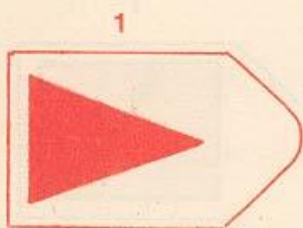
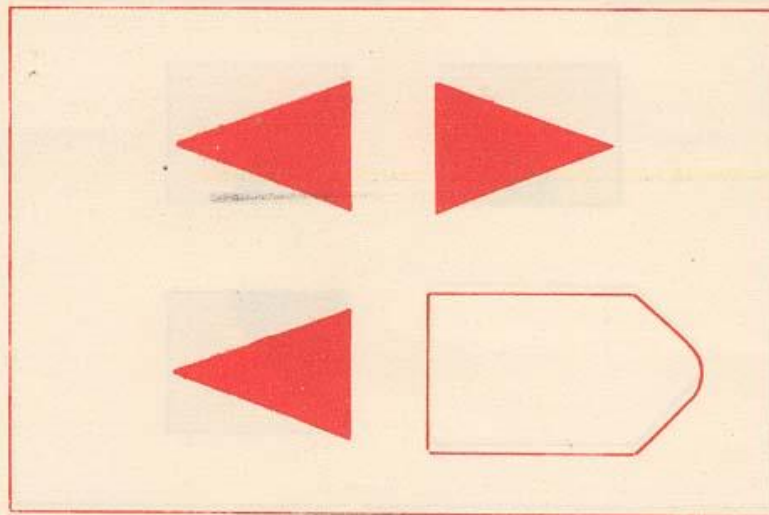
6



B 2

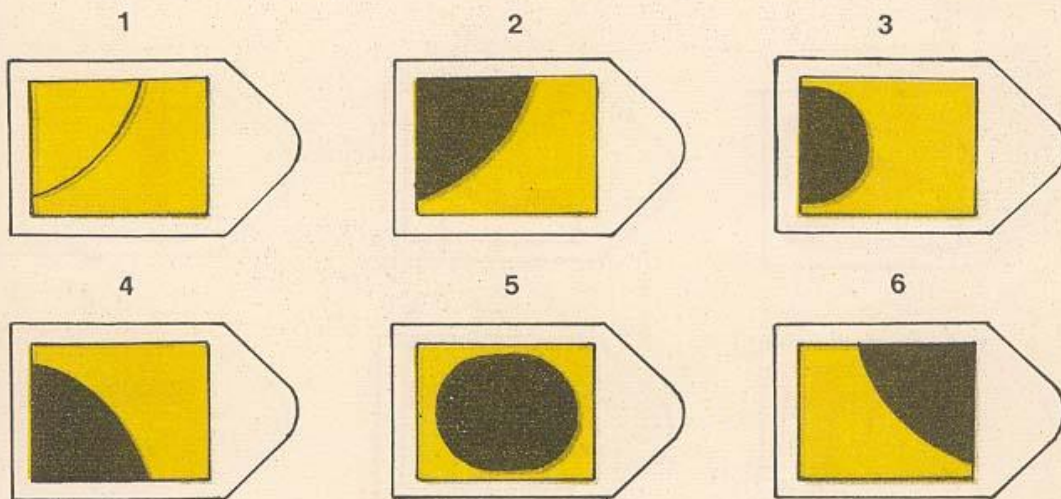
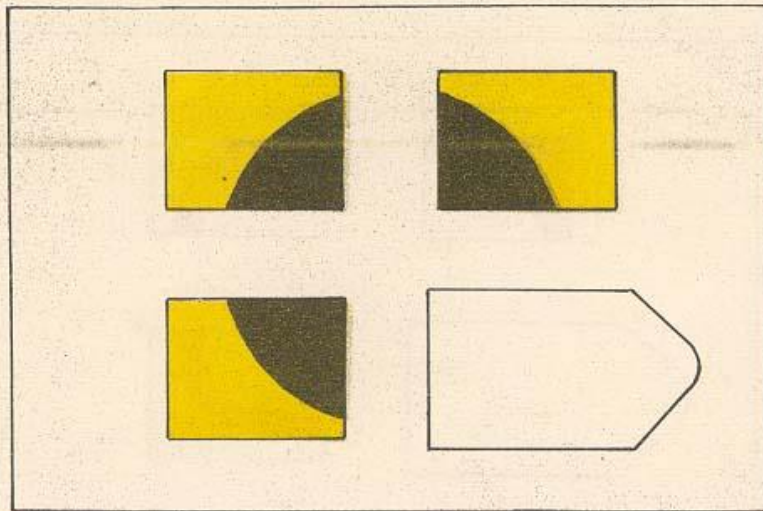


B 3

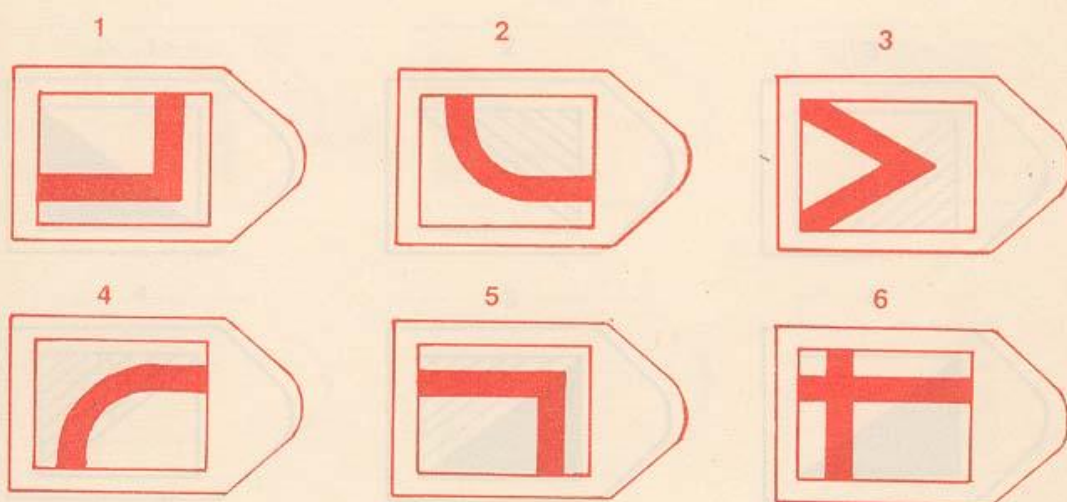
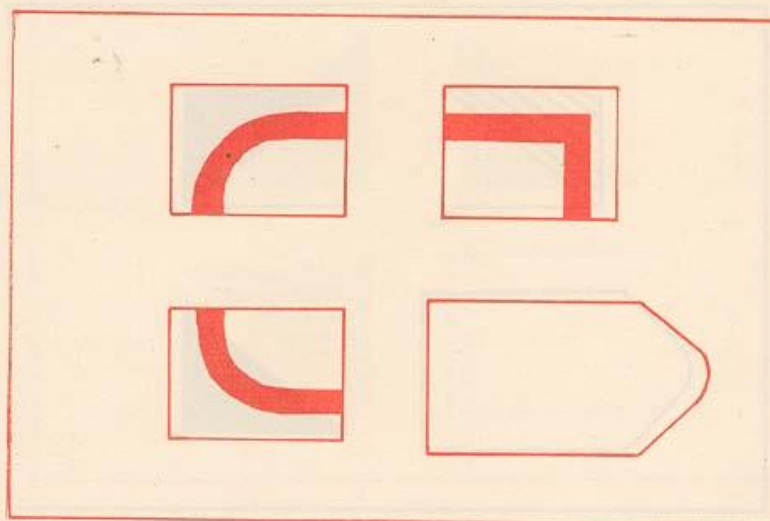


B 4

E

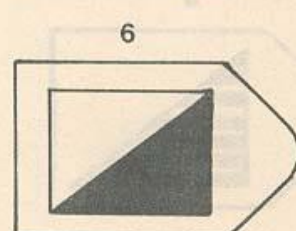
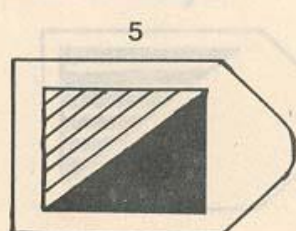
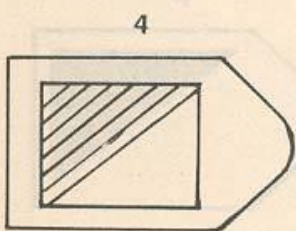
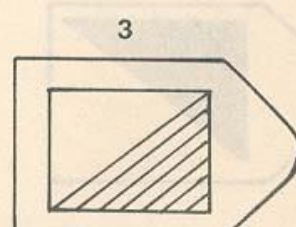
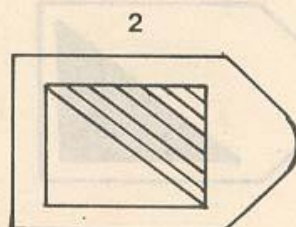
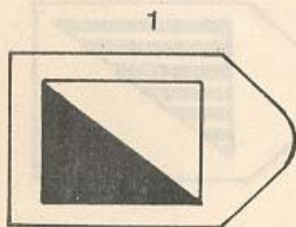
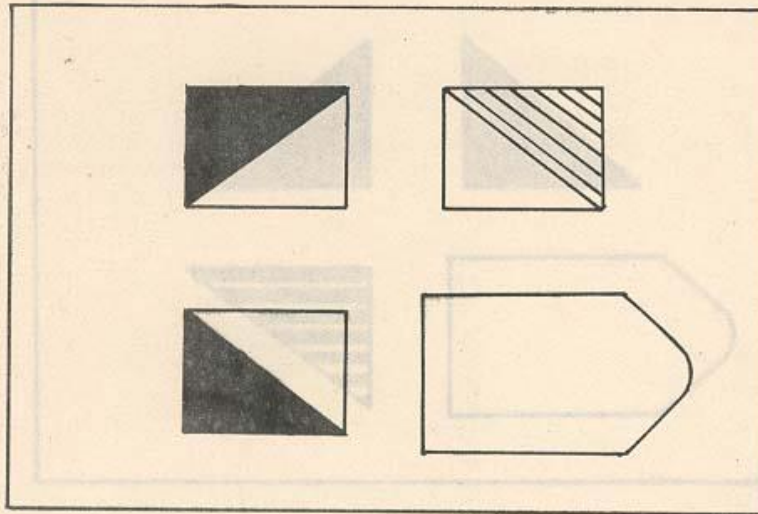


B 5

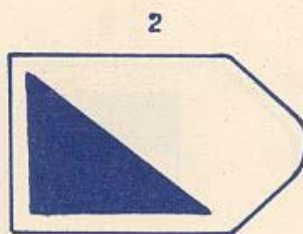
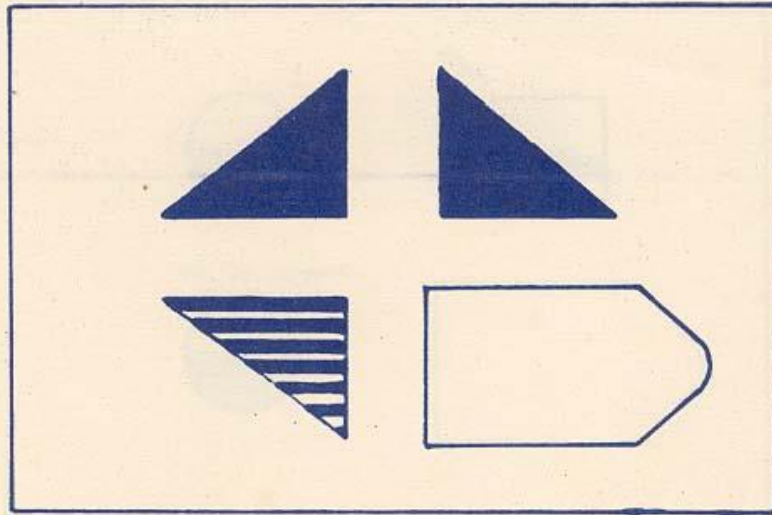


B 6

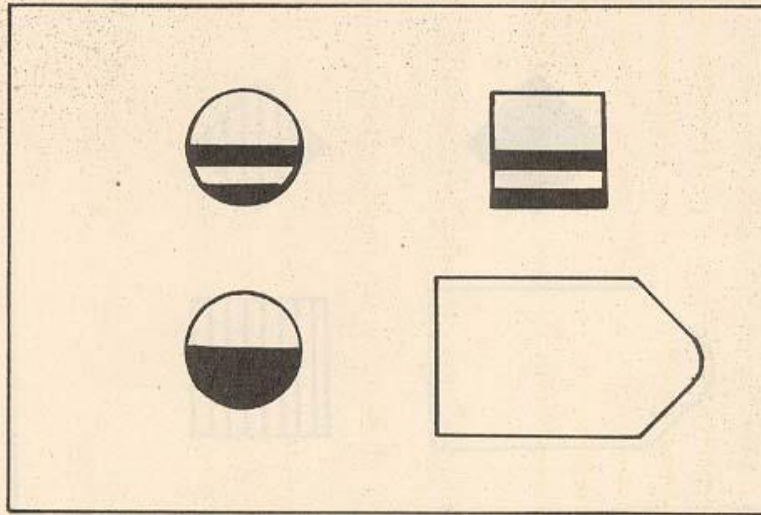
E



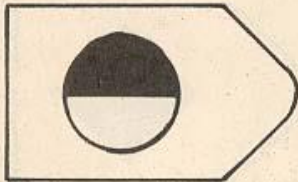
B 7



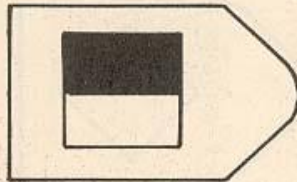
B 8



1



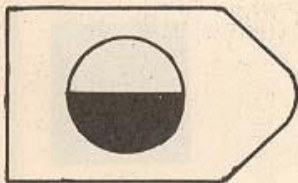
2



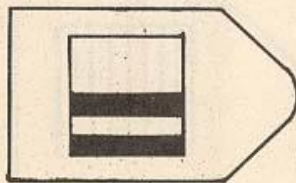
3



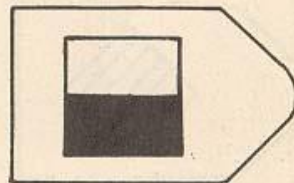
4



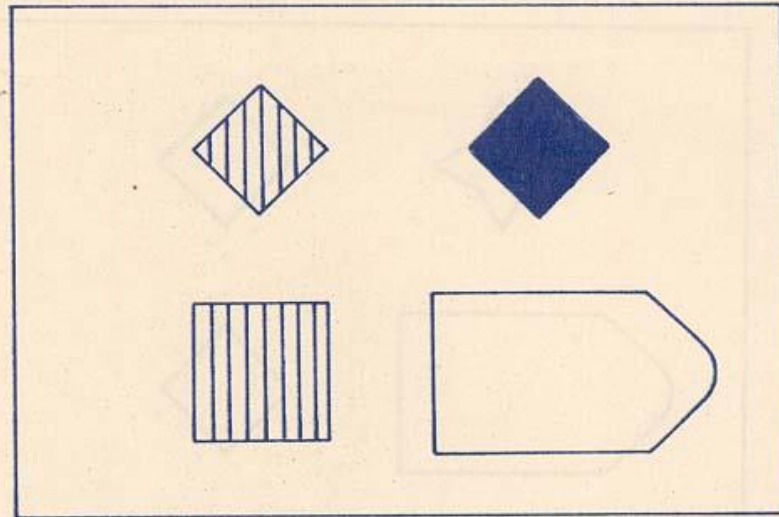
5



6



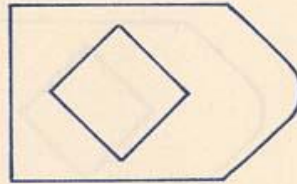
B 9



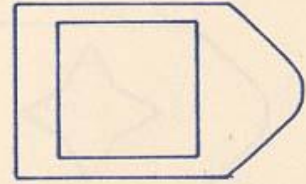
1



2



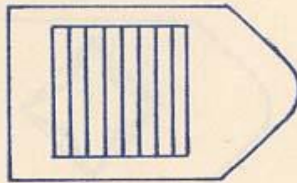
3



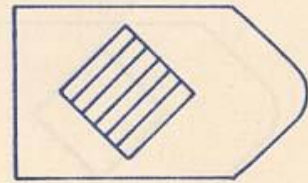
4



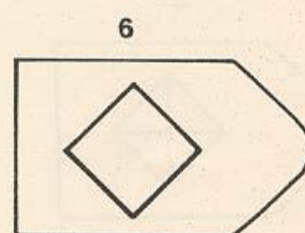
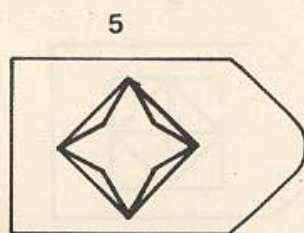
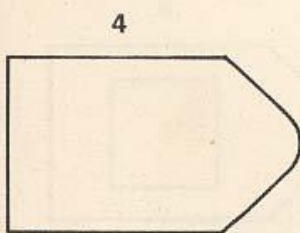
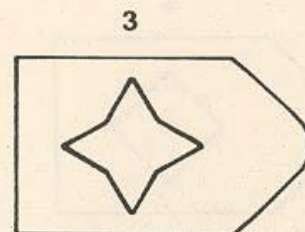
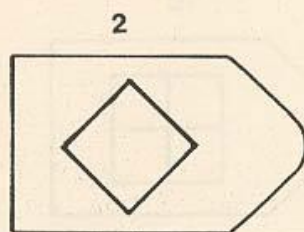
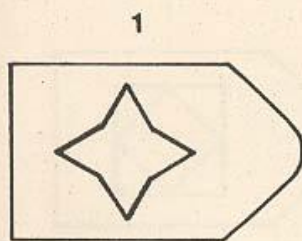
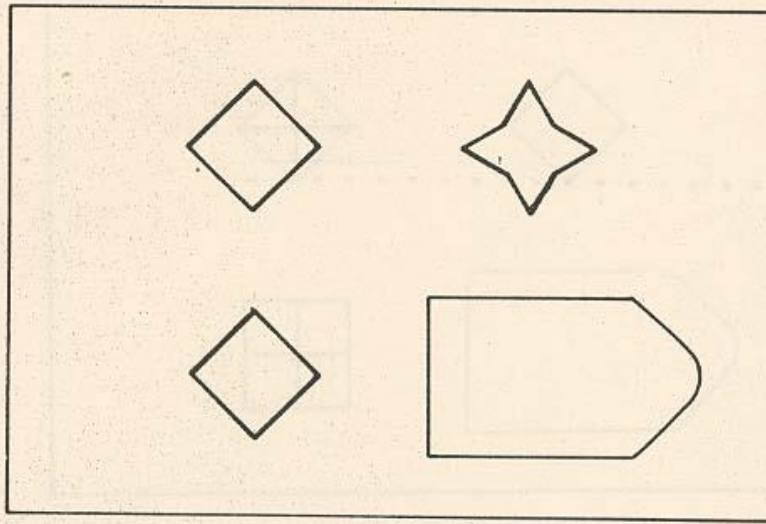
5



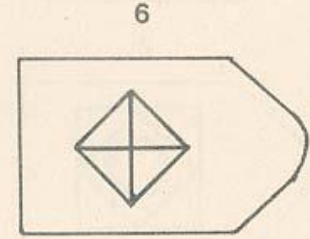
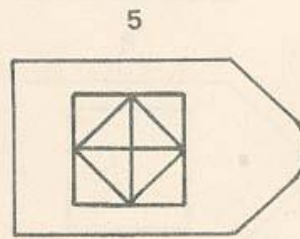
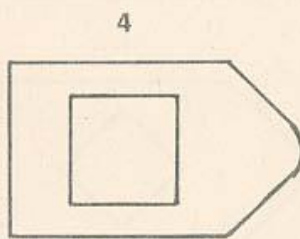
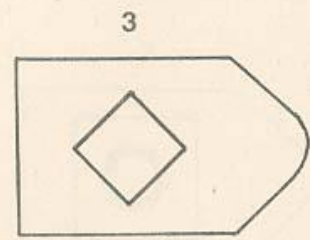
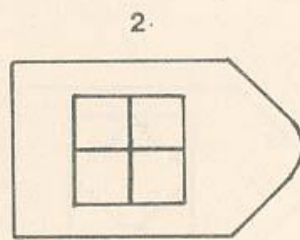
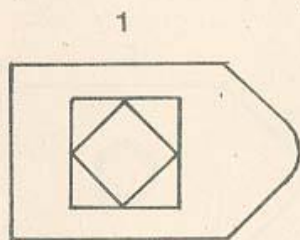
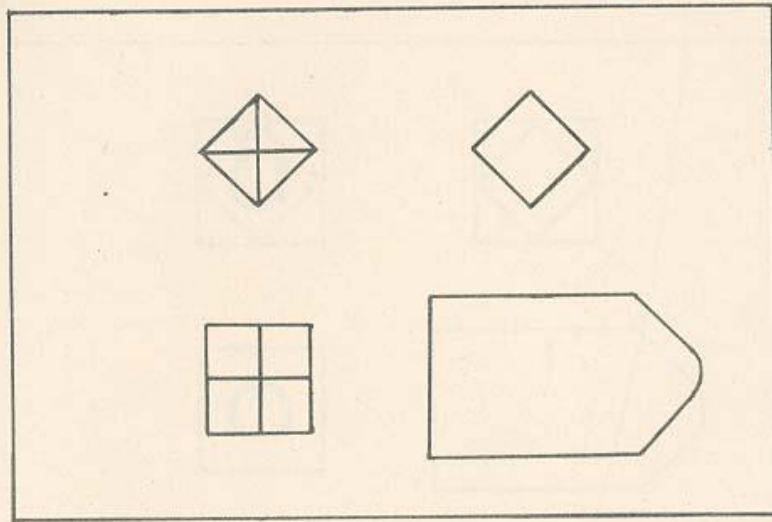
6



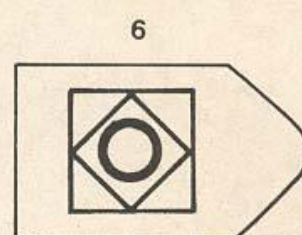
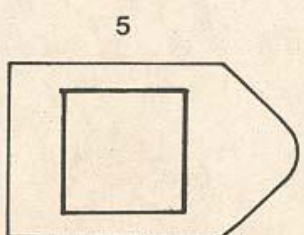
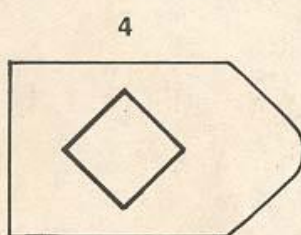
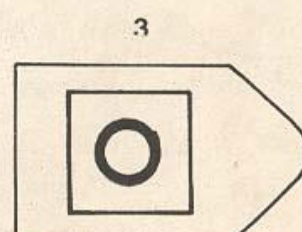
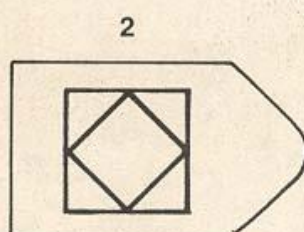
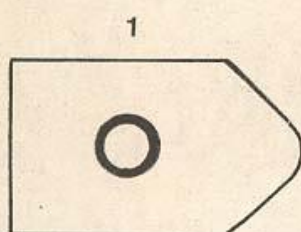
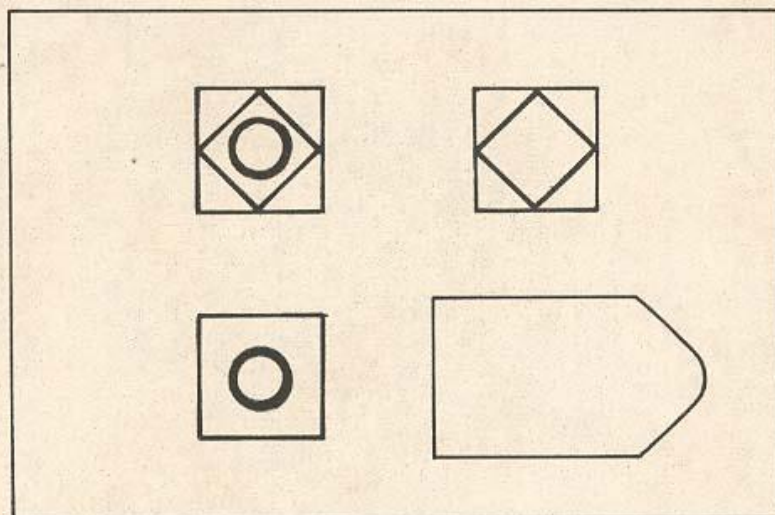
B 10

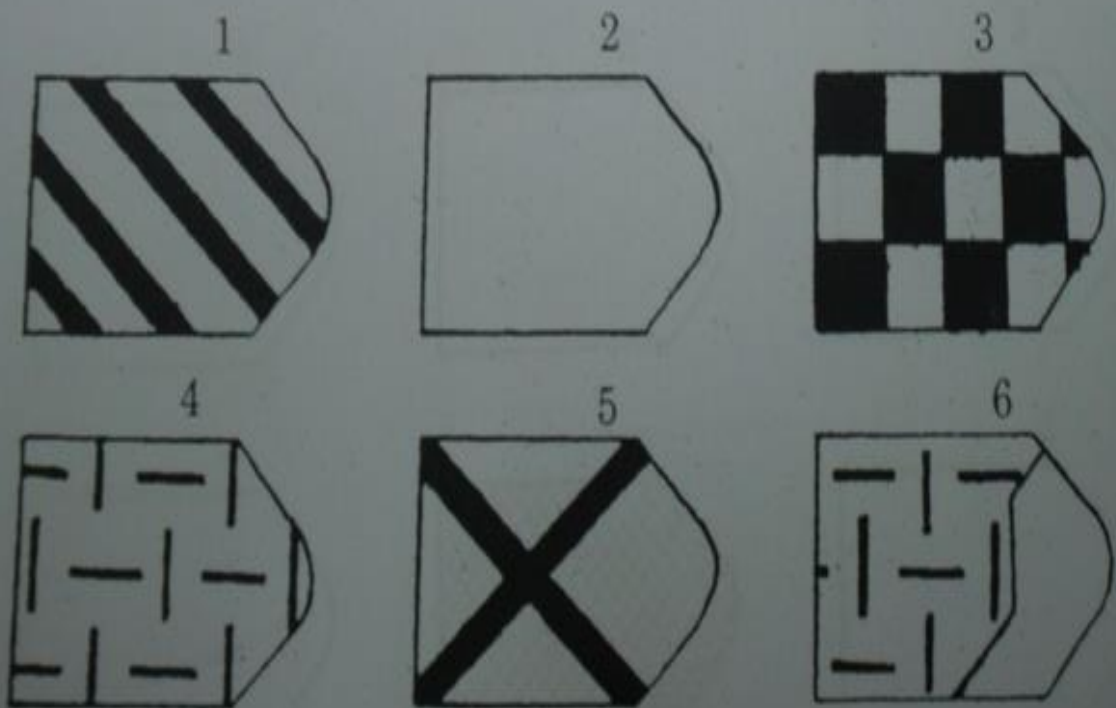
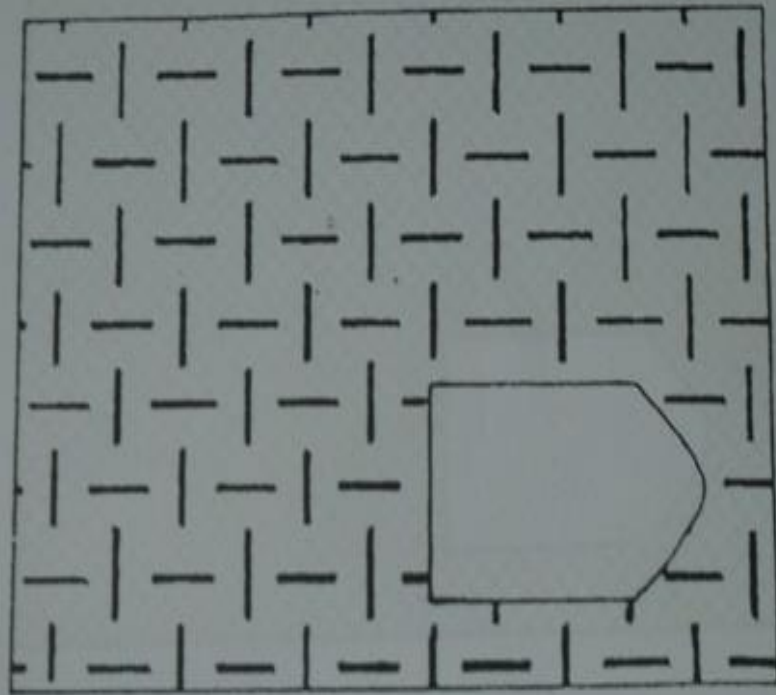


B 11

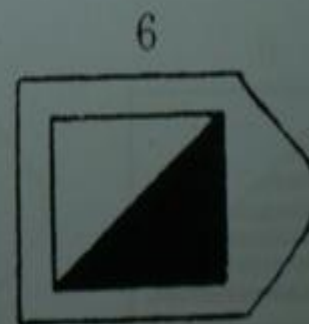
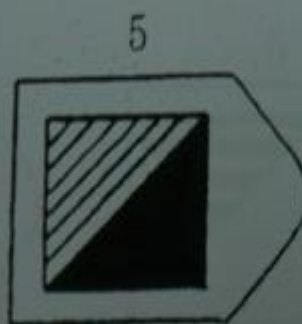
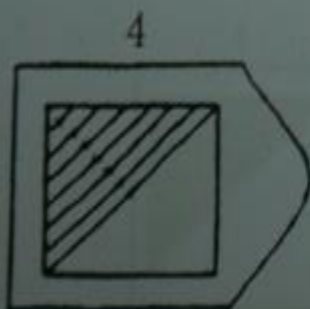
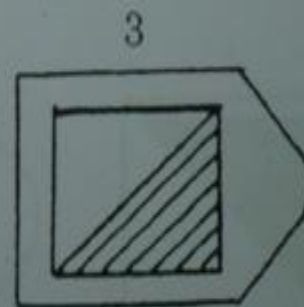
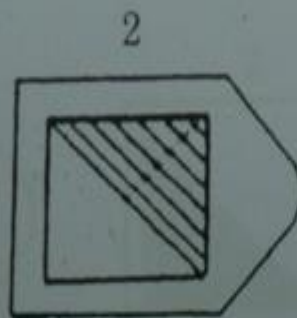
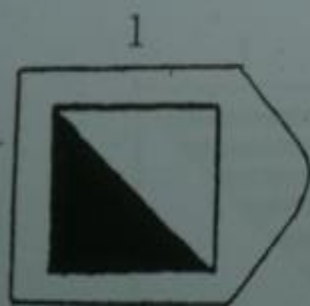
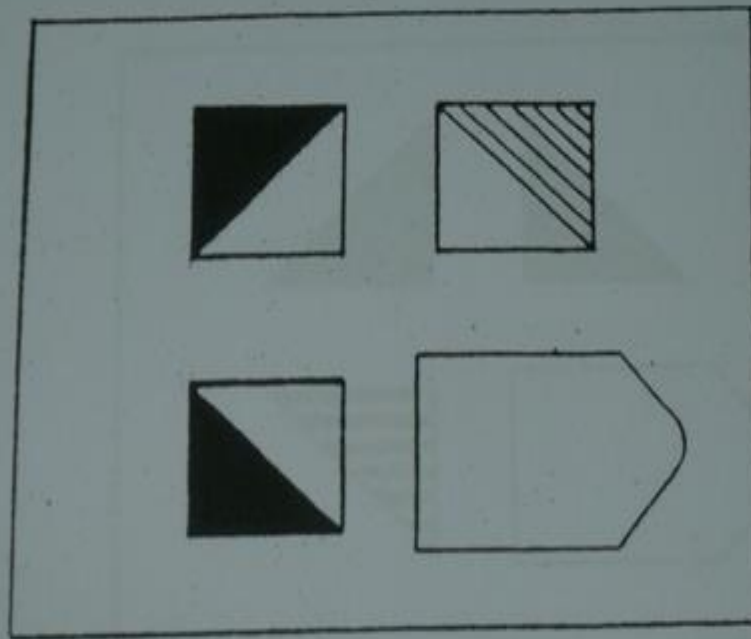


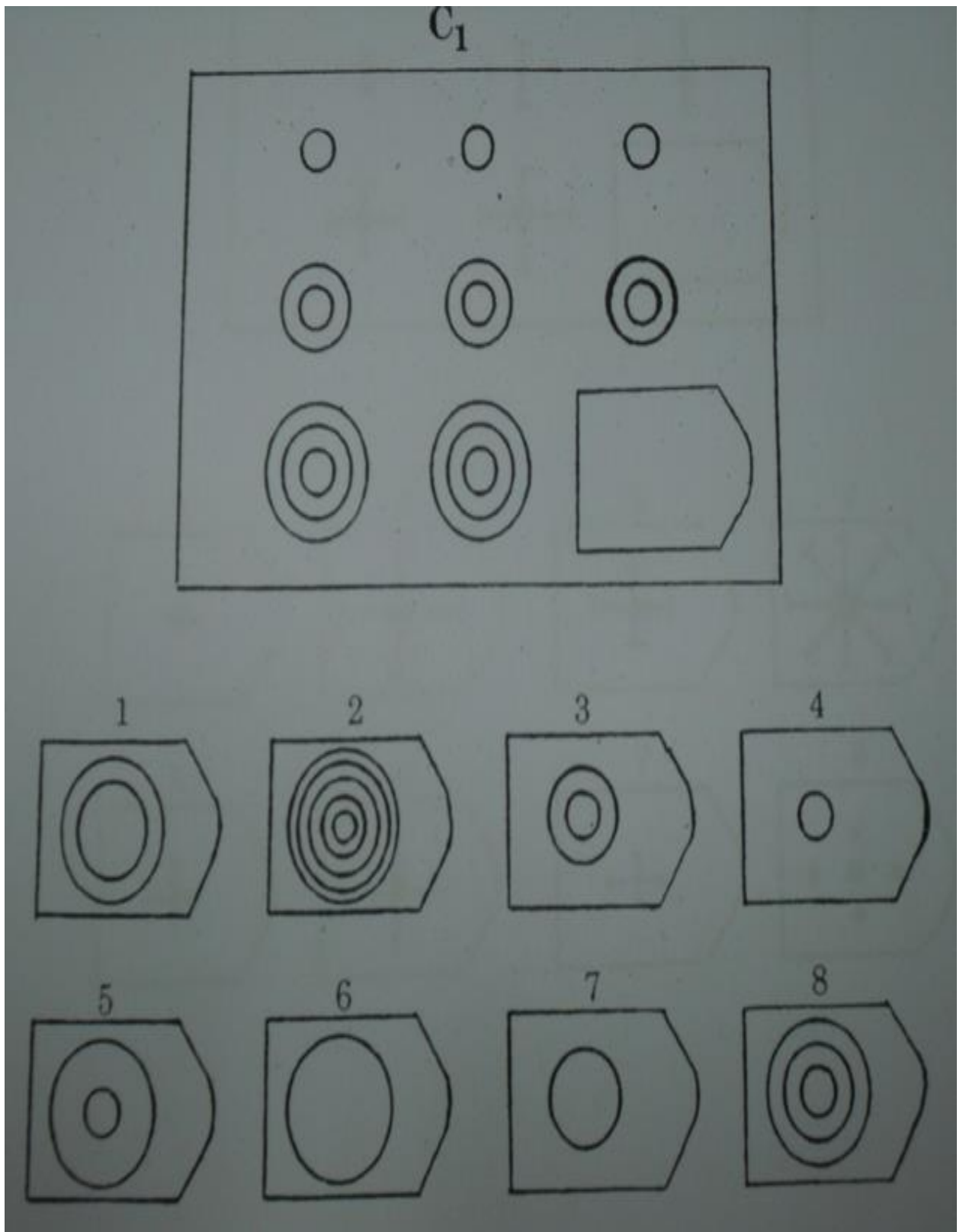
B 12

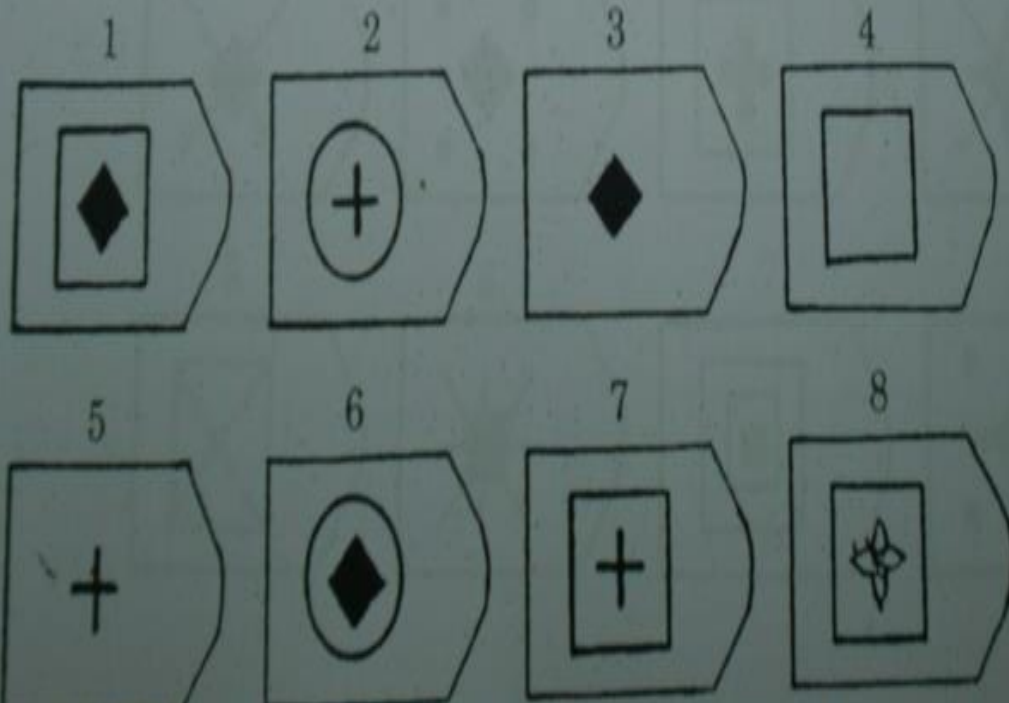
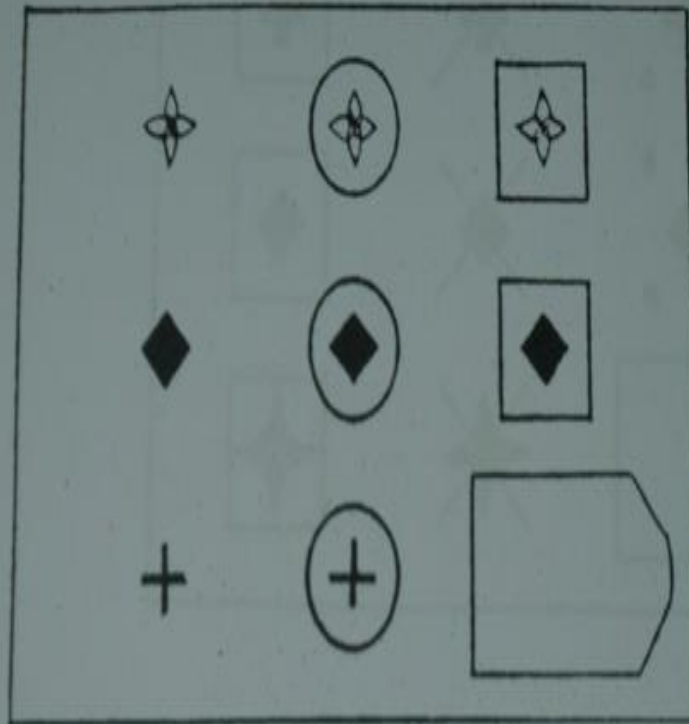


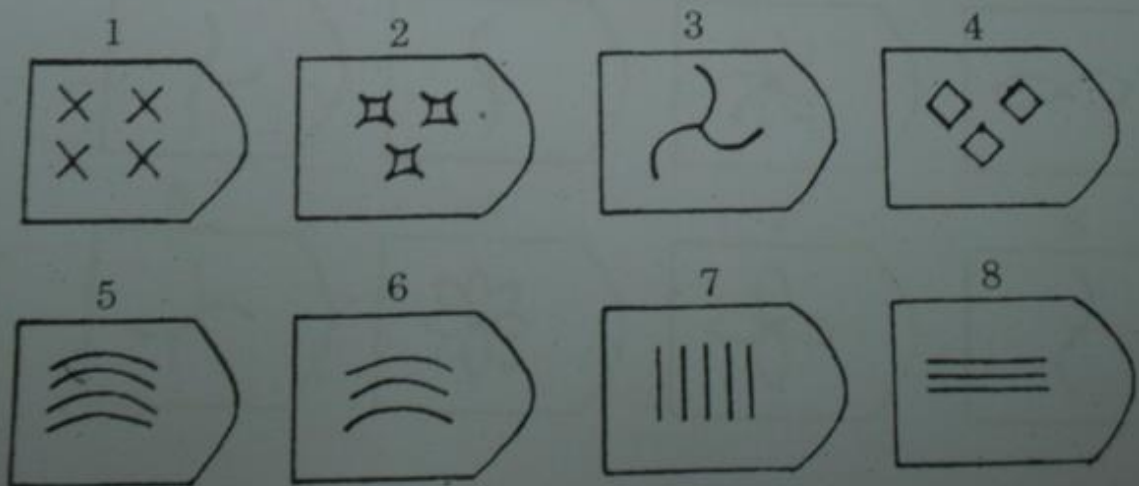
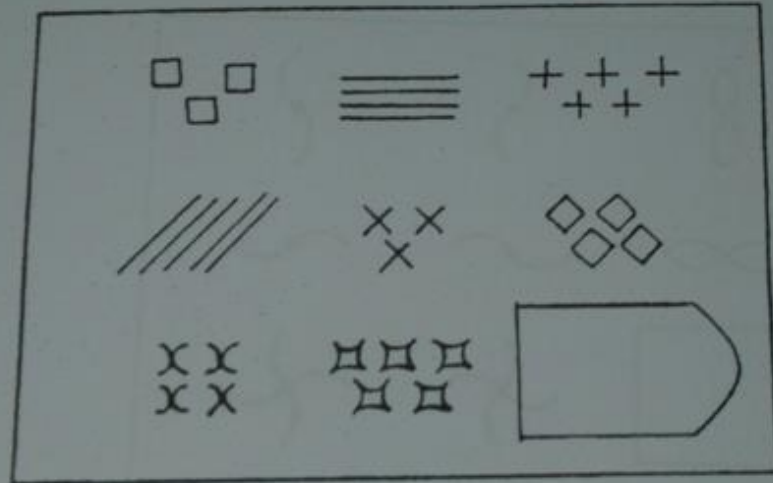


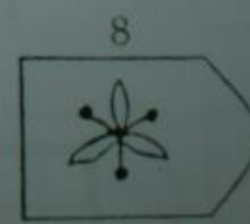
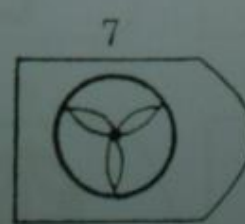
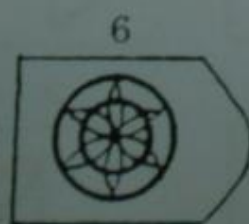
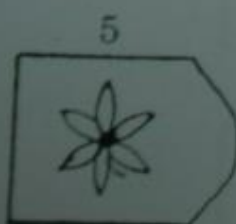
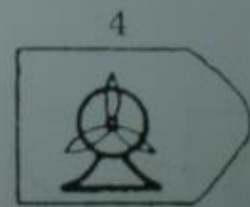
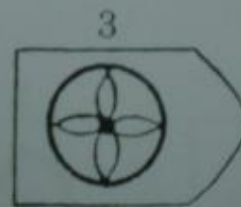
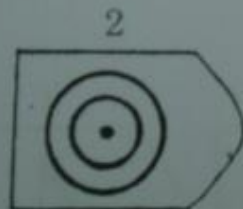
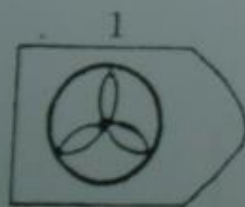
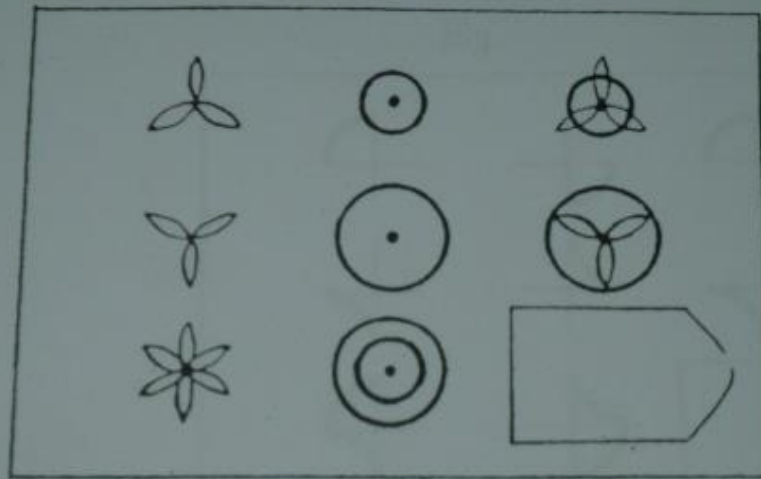
B6











Đáp án Test RAVEN

Bảng 1 – KEY

Hình Số	A	B	C	D	E
1	4	2	8	3	7
2	5	6	2	4	6
3	1	1	3	3	8
4	2	2	8	7	2
5	6	1	7	8	1
6	3	3	4	6	5
7	6	5	5	5	2
8	2	6	1	4	4
9	1	4	7	1	1
10	3	3	6	2	6
11	5	4	1	5	3
12	4	5	2	6	5

Bảng 2- Test Raven – Chuyển điểm thô thành % - các nhóm tuổi

§t	25	30	35	40	45	50	55	60	65
13								2	5
14								5	7
15					2,5	3,0	5	8	10
16					3,0	3,5	7	10	13
17				2,0	4	5	8	13	17
18				3,0	5	6,5	10	15	20
19			2	4	7	7,5	12	18	25
20	2,0	2,0	2,5	5	8	10	15	22	30
21	2,5	3	3,5	7	10	12	20	25	34
22	3,0	4	5	8	12	15	24	28	38
23	3,5	5	7	10	15	19	28	32	42
24	4,0	7	9	12	17	21	32	36	46
25	5	8	11	15	20	25	36	40	50
26	8	10	14	17	23	28	40	45	55
27	9	12	16	20	25	32	44	50	60

28	10	14	19	23	28	36	48	54	64
29	11	16	21	26	31	40	50	59	68
30	12	18	25	28	35	46	54	63	72
31	14	20	28	31	39	50	58	66	75
32	15	22	30	34	43	54	62	70	78
33	17	25	34	37	47	58	64	73	81
34	19	28	38	40	50	61	68	75	83
35	21	30	40	43	54	64	71	78	85
36	24	32	42	46	57	67	73	80	87
37	26	34	45	50	60	70	76	82	88
38	28	38	48	53	63	72	78	84	89
39	32	40	50	57	66	74	80	85	90
40	35	42	53	60	69	76	83	87	91
41	38	45	56	64	72	78	86	89	93
42	42	48	60	68	75	80	88	90	94
43	45	50	62	71	78	85	90	92	95
44	48	54	66	75	81	85	92	93	96
45	52	58	70	79	85	87	93	95	97
46	56	62	74	82	87	90	94	96	98
47	61	66	77	85	90	92	95	97	>98
48	66	70	80	88	92	93	96	98	
49	70	74	84	90	94	95	97	>98	
50	74	78	86	92	95	96	98		
51	78	82	89	94	96	97	>98		
52	82	85	91	95	98	98			
53	85	90	93	96	>98	>98			
54	88	95	95	97					
55	94	98	>98	>98					
56	>98	>98							
>56									

Bảng 2a- Test Raven – Mẫu điểm % được tính từ quần thể 753 trẻ em tuổi tính theo năm

%	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13	13,5
95	19	22	25	28	33	37	39	40	42	44	47	50	52	53	54	54
90	17	20	22	24	28	33	35	36	38	41	44	48	49	49	50	50
75	15	17	19	21	23	26	29	31	33	35	38	42	43	45	46	46
50	13	14	16	17	19	21	22	24	26	29	31	35	37	38	40	41
25			13	14	14	16	17	18	20	23	26	28	30	31	32	33
10						13	13	14	14	15	20	21	23	24	25	26
5									13	14	16	18	19	20	21	22

Bảng 2b – Test Raven – Mẫu điểm % được tính từ 1407 trẻ em tuổi tính theo năm

%	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13	13,5	14
95	38	39	41	43	45	48	50	51	51	52	50	53	53
90	34	36	38	41	43	45	47	49	49	50	50	51	52
75	24	29	32	34	37	39	41	43	45	46	47	48	48
50	18	21	24	28	30	33	35	37	39	41	43	44	44
25		14	16	18	20	23	26	29	32	34	35	37	38
10				13	13	15	16	18	22	25	27	28	28
5						13	14	15	16	17	19	21	23

Bảng 2c- Test Raven – Mẫu điểm % dành cho người lớn tuổi tính theo năm

%	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
95	55	55	54	53	52	50	48	46	44	42
90	54	54	53	51	49	47	45	43	41	39
75	49	49	47	45	43	41	39	37	35	33
50	44	44	42	40	38	35	33	30	27	24
25	37	37	34	30	27	24	21	18	15	13
10	28	28	28							
5	23	23	19							

Bảng 3 – Test Raven – Chuyển điểm % thành IQ

%	IQ	%	IQ	%	IQ	%	IQ
1,1	66	22	89	48	99	74	110
1,5	67	23	89	49	100	75	110
2	69	24	89	50	100	76	111
2,5	71	25	90	51	100	77	111
3	72	26	90	52	101	78	111
3,5	73	27	91	53	101	79	112
4	74	28	91	54	101	80	112
5	75	29	92	55	102	81	113
6,5	77	30	92	56	102	82	113
7	78	31	93	57	103	83	114
7,5	79	32	93	58	103	84	115
8	79	33	94	59	103	85	115
9	80	34	94	60	104	86	116
10	81	35	94	61	104	87	117
11	82	36	95	62	104	88	118
12	82	37	95	63	105	89	118
13	83	38	96	64	105	90	119
14	84	39	96	65	106	91	120
15	85	40	96	66	106	92	121
16	85	41	97	67	106	93	122
17	86	42	97	68	107	94	123
18	87	43	97	69	107	95	125
19	87	44	98	70	108	96	126
20	88	45	98	71	108	97	128
21	88	46	99	72	109	98	130
		47	99	73	109	>98	>130

Bảng 4 – Test Raven – Bảng điểm kỳ vọng

TĐ	A	B	C	D	E	TĐ	A	B	C	D	E	TĐ	A	B	C	D	E
15	8	4	2	1	0	30	10	7	6	5	2	45	12	10	9	9	5
16	8	4	3	1	0	31	10	7	7	5	2	46	12	10	10	9	5
17	8	5	3	1	0	32	10	8	7	5	2	47	12	10	10	9	6
18	8	5	3	2	0	33	11	8	7	5	2	48	12	11	10	9	6
19	8	6	3	2	0	34	11	8	7	6	2	49	12	11	10	10	6
20	8	6	3	2	1	35	11	8	7	7	2	50	12	11	10	10	7
21	8	6	4	2	1	36	11	8	8	7	2	51	12	11	11	10	7
22	9	6	4	2	1	37	11	9	8	7	2	52	12	11	11	10	8
23	9	7	4	2	1	38	11	9	8	8	2	53	12	11	11	11	8
24	9	7	4	3	1	39	11	9	8	8	3	54	12	12	11	11	8
25	10	7	4	3	1	40	11	10	8	8	3	55	12	12	11	11	9
26	10	7	5	3	1	41	11	10	9	8	3	56	12	12	12	11	9
27	10	7	5	4	1	42	11	10	9	9	3	57	12	12	12	11	10
28	10	7	6	4	1	43	12	10	9	9	3	58	12	12	12	12	10
29	10	7	6	5	1	44	12	10	9	9	4	59	12	12	12	12	11

20. THANG ĐÁNH GIÁ TRÍ NHỚ WECHSLER (WMS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá trí nhớ Wechsler (Wechsler Memory Scale- WMS) được D. Wechsler xây dựng năm 1945 và lần lượt được sửa đổi vào các năm 1987, 1997 và mới nhất, phiên bản WMS-IV được sửa đổi vào năm 2009. Thang đánh giá trí nhớ Wechsler được sử dụng cho người lớn tuổi từ 16 đến 90, và để đánh giá các chức năng trí nhớ như nhớ thính giác tức thời, nhớ thị giác tức thời, nhận thức thị giác nhớ lại, khả năng định hướng, trí nhớ tri giác...

WMS là một thang phỏng vấn, đánh giá 7 vấn đề của trí nhớ. Người bệnh sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi với một thời gian ấn định. WMS đưa ra chỉ số trí nhớ (MQ) mà theo Wechsler tương đương với chỉ số trí tuệ IQ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ 16 đến 90 có nghi ngờ suy giảm trí nhớ, mê sảng.
- Sàng lọc phát hiện sự suy giảm chức năng nhận thức.
- Theo dõi, đánh giá tiến triển trong và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong giai đoạn kích động, tri hoãn thực hiện lại trắc nghiệm khi bệnh nhân hợp tác hơn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Đối tượng:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm tiến hành phỏng vấn theo bảng hỏi. Hỏi lại, hoặc gợi ý (nếu cần). Có thể tham khảo từ thông tin của người nhà người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 45 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 15 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 60 phút

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
3. D'Elia L., Satz P., Schretlen D. (1989). Wechsler Memory Scale: a critical appraisal of the normative studies. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 11(4):551-568.
4. Phillip Kent (2013). The evolution of the Wechsler Memory Scale: a selective review. *Applied neuropsychology Adults*. 20(4):277-291.

5. Oresick R.J., Broder S.N. (1988). The psychometric structure of the Wechsler Memory Scale in comparison to the WAIS-R in a low-IQ clinical population. *Journal of clinical psychology*. 44(4):549-557.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRÍ NHỚ WECHSLER (WMS)

Bài 1. Thông tin cá nhân (mỗi câu trả lời đúng cho 1 điểm):

1. Anh (chị) bao nhiêu tuổi?
2. Anh (chị) sinh khi nào?
3. Ai là Chủ tịch nước ta?
4. Ai là Chủ tịch trước đó?
5. Ai là Thủ tướng Chính phủ?
6. Ai là Chủ tịch nước Trung Quốc?

Bài 2. Định hướng (mỗi câu trả lời đúng cho 1 điểm) :

1. Anh (chị) biết viết năm nào ?
2. Tháng này là tháng mấy ?
3. Hôm nay là ngày bao nhiêu ?
4. Anh (chị) ở tỉnh nào ?
5. Thành phố của tỉnh Nghệ An tên là gì ?

Bài 3. Kiểm định tâm lý :

- Hướng dẫn người bệnh: “Anh (chị) hãy đếm các số từ 20 đến 1, nào bắt đầu : 20, 19, 18... đếm tiếp đi! » (đúng, dưới 10s : 3 điểm ; đúng, dưới 30s : 2 điểm ; 1 lỗi hoặc trên 30s : 1 điểm)
- Tiếp theo: « Bây giờ anh (chị) hãy đếm nhanh cách 3, từ 1 đến 40, nào ta bắt đầu : 1, 4, 7..., đếm tiếp đi ! ». Dừng lại khi người bệnh đếm gần đến số 40 (đúng, dưới 10s : 3 điểm ; đúng, dưới 15s : 2 điểm ; 1 lỗi hoặc trên 15s : 1 điểm)
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện tiếp bài tập 3: « Còn bây giờ anh (chị) hãy nói nhanh các chữ cái A, B, C... nào tiếp tục ! ».

Bài 4. Nhớ logic : (mỗi chi tiết nhớ đúng cho 0,5 điểm)

- Hướng dẫn người bệnh: « Tôi đọc một đoạn văn. Anh (chị) hãy chú ý nghe : Bà Thành + ở làng + Thượng Hà + làm nghề nuôi gà công nghiệp +. Bà đến công an xã + báo là + tối hôm qua + khi đi đường + ven đồng + bà bị ngã + và rơi mất + 500.000 đồng +. Đây là số tiền để tuần sau + nộp tiền học + cho 3 con của bà + và để mua thức ăn + cho gà +. Bà nhờ công an + thông báo +, ai nhặt được +, cho bà xin lại +. Mọi người nghe được tin này + đều thông cảm với hoàn cảnh của bà.

Tôi đã đọc xong đoạn văn, bây giờ anh (chị) hãy nói hoặc viết lại nội dung đoạn văn đó ».

- **Tiếp tục hướng dẫn người bệnh:** « Tôi đọc đoạn văn khác xem anh (chị) có nhớ nhiều hơn không : Một chiếc tàu biển + của Thụy Điển + đi sang Tây Ban Nha +, chiều + hôm thứ hai + đã đi đến gần bờ biển + của Hà Lan +. Dọc đường đi + đã gặp sương mù +, gió bão + và tối trời +, 60 hành khách + trong đó có 8 phụ nữ đã may mắn thoát nạn +, mặc dù tàu của họ chao đảo +, vật lộn với sóng biển +. Ngày hôm sau + họ được một tàu khách + đến cứu + và đưa lên bờ + của một bến cảng + nước Đan Mạch.

Bây giờ anh (chị) hãy nói (hoặc viết) lại nội dung đoạn văn thứ hai mà tôi vừa đọc ».

Bài 5. Nhớ dãy số :

- Hướng dẫn người bệnh : « Bây giờ tôi sẽ đọc từng dãy số. Anh (chị) chú ý lắng nghe, sau đó nhắc lại ngay theo đúng thứ tự của dãy số ».

6 4 3 8

7 2 8 3

4 2 7 3 1

7 3 8 7 6

6 1 9 4 7 3

3 9 2 4 8 7

5 9 1 7 4 2 8

5 1 9 7 3 8 6

5 8 1 9 2 6 4 7

3 8 2 9 5 1 4 6

- Tiếp tục hướng dẫn người bệnh : « Còn bây giờ anh (chị) hãy nhắc lại thứ tự ngược lại từng dãy số sau khi tôi đọc. Ví dụ khi tôi đọc : 1, 2, 3 thì nhắc lại là 3, 2, 1. Nào, ta bắt đầu ».

2 6 3

4 1 5

3 2 7 9

4 9 6 8

1 5 2 8 6

6 1 8 4 3

5 3 9 4 1 8

7 2 4 8 5 6

3 1 2 9 3 6 5

4 7 3 9 1 2 8

Chú ý :

Nếu đọc xong một dãy số mà người bệnh nhắc lại đúng thì chuyển sang đọc dãy số sau (có số lượng nhiều hơn) ; nếu người bệnh không nhắc lại đúng thì chuyển sang đọc dãy số ở hàng bên cạnh (có số lượng tương tự như dãy vừa đọc). Nếu sau khi đọc dãy số hàng bên cạnh mà người bệnh vẫn không nhắc lại đúng thì dừng lại. (điểm tối đa nhớ dãy số xuôi là 8đ, dãy số ngược là 7đ)

Bài 6. Tái hiện thị giác

(Xem các hình vẽ).

Hướng dẫn người bệnh : « Tôi sẽ đưa anh (chị) xem một hình vẽ (hình A). Hãy quan sát nó và sau đó vẽ lại ».

Đề thời gian 10 giây cho người bệnh quan sát, sau đó thu lại hình A và đưa giấy bút, yêu cầu người bệnh vẽ lại hình A vào một góc tờ giấy.

- Tương tự như vậy yêu cầu người bệnh vẽ hình B vào góc bên kia tờ giấy.
- Tiếp tục hướng dẫn người bệnh : « Bài tập 3 này khó hơn một chút, bởi vì có 2 hình. Cũng chỉ trong 10 giây, anh (chị) phải nhớ cả 2 hình và sau đó vẽ lại. »

Đưa người bệnh quan sát hai hình C1 và C2. Sau 10 giây người bệnh quan sát, thu hình C1, C2 lại và yêu cầu : « Bây giờ anh (chị) hãy vẽ lại một hình vào góc phía dưới tờ giấy đã vẽ hình A và một hình vẽ vào góc phía dưới tờ giấy đã vẽ hình B ». (*cho điểm : hình A : tối đa 3đ ; hình B : tối đa 5đ ; hình C1 : tối đa 3đ ; hình C2 : tối đa 3đ*)

Bài 7. Trí nhớ liên tưởng

Bài tập gồm 10 cặp từ sắp xếp theo thứ tự khác nhau thành 3 nhóm (mỗi nhóm gồm 10 cặp từ).

Nhóm I

(a)	(b)
Phía bắc	- Phía nam
Hoa quả	- Quả táo
Lắng nghe	- Che đậy
Hoa hồng	- Bó hoa
Trẻ em	- Tiếng khóc
Ở trên	- Ở dưới
Mớ rau	- Buồng cau
Nhà trường	- Cửa hàng
Giấc mơ	- Đêm tối
Kim loại	- Thanh sắt

Nhóm II

(a)	(b)
Mớ rau	- Buồng cau
Trẻ em	- Tiếng khóc
Kim loại	- Thanh sắt
Nhà trường	- Cửa hàng
Ở trên	- Ở dưới
Hoa hồng	- Bó hoa
Lắng nghe	- Che đậy
Hoa quả	- Quả táo
Giấc mơ	- Đêm tối
Phía bắc	- Phía nam

Nhóm III

(a)	(b)
Lắng nghe	- Che đậy
Hoa quả	- Quả táo
Trẻ em	- Tiếng khóc
Giấc mơ	- Đêm tối
Kim loại	- Thanh sắt
Nhà trường	- Cửa hàng
Hoa hồng	- Bó hoa
Phía bắc	- Phía nam
Mớ rau	- Buồng cau
Ở trên	- Ở dưới

- Hướng dẫn người bệnh : « Lần thứ nhất tôi sẽ đọc cho anh (chị) nghe 10 cặp từ. Lần thứ 2 khi tôi đọc từ thứ nhất của cặp từ nào thì anh (chị) nói ngay từ thứ 2 của cặp

từ đó. Ví dụ : lần thứ nhất tôi đọc cặp từ « Ngôi nhà – Vườn cây ». Sang lần thứ 2 tôi chỉ đọc từ « Ngôi nhà », anh (chị) nói ngay từ « Vườn cây ».

- Khi người bệnh đã hiểu rõ cách làm thì lần lượt đọc nhóm 10 cặp từ thứ nhất (mỗi cặp đọc cách nhau 2 giây). Sau khi đọc xong cả 10 cặp từ thì lần lượt đọc các từ đầu (a) và yêu cầu người bệnh nhớ lại từ thứ 2 (b) của cặp từ. Thời gian để người bệnh nhớ lại từ thứ 2 của mỗi cặp không quá 5 giây. Ghi lại kết quả nhớ của người bệnh vào biên bản.

- Tiếp tục thực hiện trắc nghiệm với nhóm 10 cặp từ thứ 2 và thứ 3. Thời gian nghỉ giữa mỗi nhóm cặp từ không quá 1 phút.

Cho điểm : mỗi cặp từ liên tưởng khó (in đậm và nghiêng) cho 1đ, các cặp từ khác cho 0,5đ.

Hướng dẫn tính điểm:

- Ghi lại điểm số của từng phần phỏng vấn (7 phần)
- Cộng tổng điểm thô.
- Tra Bảng 1 tìm hằng số CA.
- Cộng điểm thô và điểm hiệu chỉnh theo tuổi ta được điểm sau hiệu chỉnh.
- Tra bảng điểm MQ để có chỉ số trí nhớ.

Bảng 1. Bảng điểm điều chỉnh theo tuổi (hằng số CA):

Tuổi	Điểm số	Tuổi	Điểm số	Tuổi	Điểm số
20-24	33	35-39	38	50-54	44
25-29	34	40-44	40	55-59	46
30-34	36	45-49	42	60-64	48

Bảng 2. Bảng đối chiếu giữa điểm của trắc nghiệm với chỉ số trí nhớ (MQ):

Điểm	MQ	Điểm	MQ	Điểm	MQ	Điểm	MQ
50	48	67	60	84	80	101	105
51	49	68	61	85	81	102	106
52	49	69	62	86	83	103	108
53	50	70	62	87	84	104	110
54	51	71	63	88	86	105	112
55	52	72	64	89	87	106	114
56	52	73	64	90	89	107	116
57	53	74	66	91	90	108	118
58	54	75	67	92	92	109	120
59	55	76	69	93	93	110	122
60	55	77	70	94	94	111	124

61	56	78	72	95	96	112	126
62	57	79	73	96	97	113	129
63	57	80	74	97	99	114	132
64	58	81	76	98	100	115	135
65	59	82	77	99	101	116	137
66	59	83	79	100	103	117	140
						118	143

Đánh giá mức độ :

WMS	Điểm đánh giá	Kết quả
Chỉ số trí nhớ xuất sắc	≥ 130	
Chỉ số trí nhớ rất tốt	120 – 129	
Chỉ số trí nhớ tốt	110 – 119	
Chỉ số trí nhớ trung bình	90 – 109	
Chỉ số trí nhớ dưới trung bình	80 – 89	
Chỉ số trí nhớ yếu	70 – 79	
Chỉ số trí nhớ rất yếu	≤ 69	

Điểm thô:

Điểm hiệu chỉnh:

Điểm tổng:

21. TRẮC NGHIỆM WAIS

I. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) là một trắc nghiệm trí tuệ được sử dụng rộng rãi trong tâm thần học lâm sàng nhằm đánh giá mức độ trí tuệ của người bệnh, đồng thời giúp loại trừ trong một số chẩn đoán của bác sỹ tâm thần.

Trắc nghiệm WAIS được David Wechsler – Giáo sư Tâm lý học lâm sàng làm việc tại Mỹ xây dựng lần đầu tiên năm 1939 từ quan điểm trí tuệ là khả năng tư duy hợp lý và hành động có hiệu quả. Năm 1955, trắc nghiệm WAIS được chuẩn hóa và được áp dụng cho người lớn từ 16 tuổi trở lên. Trắc nghiệm WAIS được Wechsler chia thành 11 tiểu nghiệm thuộc hai loại: Tiểu nghiệm Ngôn từ (gồm 6 tiểu nghiệm) và Tiểu nghiệm Thực thi (gồm 5 tiểu nghiệm).

* *Tiểu nghiệm Ngôn từ*: bao gồm: 1. Tiểu nghiệm về kiến thức chung; 2. Tiểu nghiệm về mức độ thông hiểu chung; 3. Tiểu nghiệm về số học; 4. Tiểu nghiệm xác định sự giống nhau; 5. Tiểu nghiệm nhắc lại trật tự các chữ số; 6. Tiểu nghiệm về từ vựng.

* *Tiểu nghiệm Thực thi*: bao gồm: 1. Tiểu nghiệm mã hóa các con số; 2. Tiểu nghiệm tìm những chi tiết bị thiếu; 3. Tiểu nghiệm các khối Kohs; 4. Tiểu nghiệm các bức tranh liên tục; 5. Tiểu nghiệm ghép hình.

Trắc nghiệm Wechsler có hiệu quả trong sự đánh giá chung về trình độ trí tuệ và sự xác định riêng biệt trí tuệ ngôn ngữ và phi ngôn ngữ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người lớn từ đủ 16 tuổi đến 65 tuổi cần đánh giá và xác định mức độ trí tuệ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng nặng, hay giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.
- Người bệnh mất trí, mất khả năng nhận thức.
- Người bệnh chống đối, không hợp tác, trong giai đoạn kích động, cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy in, bút, thước kẻ, đồng hồ bấm dây.

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh thực hiện từng tiểu nghiệm và ghi kết quả.

Bước 3: Trong quá trình thực hiện trắc nghiệm nên có thời gian nghỉ giải lao 10 – 15 phút để tránh người bệnh thấy căng thẳng và quá sức, làm sai số kết quả trắc nghiệm.

Bước 4: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 100 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 120 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mắt kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition Now Available From Pearson". Pearson. 2008-08-28. Retrieved 2012-03-20.
2. Wechsler, David (1958). The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence(4th ed.). Baltimore (MD): Williams & Witkins. Retrieved 4 June 2013.

22. TRẮC NGHIỆM WISC

I. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) là một trắc nghiệm trí tuệ được sử dụng rộng rãi trong tâm thần học lâm sàng nhằm đánh giá mức độ trí tuệ của người bệnh, đồng thời giúp loại trừ trong một số chẩn đoán của bác sĩ tâm thần.

Trắc nghiệm WISC được phát triển từ trắc nghiệm WAIS – đánh giá trí tuệ của người lớn bởi D. Wechsler năm 1949. Bản sửa đổi (WISC-R) được công bố năm 1974. Phiên bản 3 (WISC-III) được xuất bản năm 1991 và phiên bản mới nhất WISC-IV được xây dựng năm 2003.

Trắc nghiệm WISC được Wechsler chia thành 15 tiểu nghiệm. 10 tiểu nghiệm cũ của phiên bản WISC-III và 5 tiểu nghiệm bổ sung. Cụ thể như sau:

Chỉ số Hiểu bằng lời (VCI) gồm: từ vựng, tìm điểm tương đồng, hiểu, thông tin và lý luận từ.

Chỉ số Lý luận Nhận thức (PRI) gồm: thiết kế khối gỗ, khái niệm hình ảnh, lý luận ma trận và hoàn thành bức tranh.

Chỉ số Trí nhớ Công việc (WMI) gồm: nhắc lại số, trật tự chữ-số và số học.

Chỉ số Tốc độ Xử lý (PSI) gồm: mã hoá, tìm kiếm biểu tượng và ghi chú hình.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ em từ đủ 6 tuổi đến 16 tuổi cần xác định đánh giá trí tuệ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng năng, hay giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.
- Người bệnh mất trí, mất khả năng nhận thức.
- Người bệnh chống đối, không hợp tác.
- Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa

Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy in, bút, thước kẻ, đồng hồ bấm dây...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng ở người bệnh.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh thực hiện từng tiểu nghiệm và ghi kết quả.

Bước 3: Trong quá trình thực hiện trắc nghiệm nên có thời gian nghỉ giải lao 10 – 15 phút để tránh người bệnh thấy căng thẳng và quá sức, làm sai số kết quả trắc nghiệm.

Bước 4: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 100 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 120 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wechsler, D. (1991). The Wechsler intelligence scale for children—third edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
2. Wechsler, D. (2004). The Wechsler intelligence scale for children—fourth edition. London: Pearson Assessment.

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ STRESS

- 23. Thang đánh giá lo âu - trầm cảm - stress (DASS)
- 24. Thang đánh giá lo âu - Zung
- 25. Thang đánh giá lo âu - Hamilton
- 26. Thang đánh giá rối loạn lo âu lan tỏa (GAD7)
- 27. Thang đánh giá lo âu trẻ em Spence (SCAS)

23. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU – TRẦM CẢM – STRESS (DASS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá Lo âu – Trầm cảm - Stress (Depression – Anxiety - Stress - DASS) là bảng hỏi tự đánh giá được tác giả P. Lovibond (Úc) xây dựng năm 1995. DASS là một bộ gồm ba lĩnh vực tự đánh giá được thiết kế để đo các trạng thái cảm xúc tiêu cực của Trầm cảm, Lo âu và Stress. DASS đáp ứng được cả cho các nhà nghiên cứu và các nhà lâm sàng trong đánh giá tiến triển điều trị của bộ ba nói trên.

Phiên bản gốc của DASS gồm 42 câu hỏi, chia đều cho mỗi tiểu thang 14 câu. Lĩnh vực Trầm cảm đánh giá ý nghĩ tự hạ thấp bản thân, bi quan về tương lai, tuyệt vọng, mất hứng thú/quan tâm, chậm chạp. Lo âu đánh giá biểu hiện hoảng sợ, run rẩy, khô miệng, khó thở, tim đập nhanh và ra mồ hôi tay. Stress đánh giá việc khó thư giãn, kích thích lo lắng, và dễ bị bối rối/lúng túng, kích động/phản ứng thái quá và sốt ruột, thiếu kiên nhẫn.

DASS đánh giá trạng thái cảm xúc của người bệnh trong một tuần qua.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ căng thẳng, trầm cảm, lo âu.
- Người bệnh có các vấn đề rối loạn tâm thần liên quan đến stress.
- Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng ở người bệnh.
- Bước 2: Hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian người bệnh thực hiện trắc nghiệm: 17 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 8 phút.
- Tổng thời gian hoàn thành trắc nghiệm: 25 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám/ điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W. & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 10:176-181.
3. Brown, T.A., Chorpita, B.F., Korotitsch, W., and Barlow, D.H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*. 35:79-89.

4. John R.C., Julie D.H. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *The British journal of clinical psychology*. 42(2):111-131.
5. Lovibond, P.F., and Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33:335-343.
6. Lovibond, S.H., Lovibond, P.F., (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scale (2nd Edition). Sydney: Psychology Foundation.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU – TRẦM CẢM - STRESS

(Depression – Anxiety - Stress - DASS)

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào các số 0, 1, 2 và 3 tương ứng với tình trạng mà bạn cảm thấy trong suốt một tuần qua. Không có câu trả lời đúng và sai. Và đừng dừng lại quá lâu ở bất kỳ câu nào.

Mức độ đánh giá:

- 0 Không đúng với tôi chút nào cả.
 1 Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng.
 2 Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng.
 3 Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng.

Stt	Câu hỏi	Mức độ	Mã
1	Tôi thấy mình hay bối rối trước những việc chẳng đâu vào đâu	0 1 2 3	S
2	Tôi hay bị khô miệng	0 1 2 3	A
3	Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào	0 1 2 3	D
4	Tôi bị rối loạn nhịp thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)	0 1 2 3	A
5	Tôi dường như không thể làm việc như trước được	0 1 2 3	D
6	Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống	0 1 2 3	S
7	Tôi có cảm giác bị run (tay, chân)	0 1 2 3	A
8	Tôi thấy khó thư giãn được	0 1 2 3	S
9	Tôi đã rơi vào sự việc khiến tôi rất lo lắng và tôi chỉ dịu lại khi sự việc đó đã qua đi	0 1 2 3	A
10	Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả	0 1 2 3	D
11	Tôi khá dễ bị bối rối	0 1 2 3	S

12	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	0	1	2	3	S
13	Tôi cảm thấy buồn chán, trì trệ	0	1	2	3	D
14	Tôi thấy mình không thể kiên nhẫn được khi phải chờ đợi	0	1	2	3	S
15	Tôi thấy mình gần như bị ngất	0	1	2	3	A
16	Tôi mất hứng thú với mọi việc	0	1	2	3	D
17	Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người	0	1	2	3	D
18	Tôi khá dễ phật ý, tự ái	0	1	2	3	S
19	Tôi bị đổ mồ hôi dù chẳng vì làm việc nặng hay do trời nóng	0	1	2	3	A
20	Tôi hay sợ vô cớ	0	1	2	3	A
21	Tôi thấy cuộc sống không có gì đáng giá cả	0	1	2	3	D
22	Tôi thấy khó mà thoải mái được	0	1	2	3	S
23	Tôi thấy khó nuốt	0	1	2	3	A
24	Tôi dường như chẳng thấy có chút hứng thú nào từ những việc mà tôi đã làm	0	1	2	3	D
25	Tôi cảm nhận được tim mình đập dù không làm việc gì nặng nhọc (nhịp tim tăng, tim mất nhịp)	0	1	2	3	A
26	Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng	0	1	2	3	D
27	Tôi dễ cáu kỉnh, bực bội	0	1	2	3	S
28	Tôi thấy mình gần như hoảng loạn	0	1	2	3	A
29	Sau khi bị bối rối tôi thấy khó mà trấn tĩnh lại được	0	1	2	3	S
30	Tôi sợ phải làm những việc tuy bình thường nhưng trước đây tôi chưa từng làm	0	1	2	3	A
31	Tôi không thấy hào hứng với bất kỳ việc gì nữa	0	1	2	3	D
32	Tôi thấy khó chấp nhận việc đang làm bị gián đoạn	0	1	2	3	S
33	Tôi sống trong tình trạng căng thẳng	0	1	2	3	S
34	Tôi thấy mình khá là vô tích sự	0	1	2	3	D
35	Tôi không chấp nhận được việc là có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	0	1	2	3	S
36	Tôi cảm thấy khiếp sợ	0	1	2	3	A
37	Tôi chẳng thấy có hy vọng gì ở tương lai cả	0	1	2	3	D
38	Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa	0	1	2	3	D
39	Tôi dễ bị kích động	0	1	2	3	S
40	Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười	0	1	2	3	A
41	Tôi bị run	0	1	2	3	A

42	Tôi thấy khó bắt tay vào công việc	0	1	2	3	D

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng điểm theo từng tiêu thang Trầm cảm, Lo âu, Stress.

Đánh giá mức độ:

DASS	TRẦM CẢM		LO ÂU		STRESS	
<i>Mức độ</i>	<i>Điểm</i>	<i>Kết quả</i>	<i>Điểm</i>	<i>Kết quả</i>	<i>Điểm</i>	<i>Kết quả</i>
Không có	0 – 9		0 – 7		0 – 14	
Nhẹ	10 – 13		8 – 9		15 – 18	
Vừa	14 – 20		10 – 14		19 – 25	
Nặng	21 – 27		15 – 19		26 – 33	
Rất nặng	≥ 28		≥ 20		≥ 34	

24. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU - ZUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá lo âu - Zung (Zung Self-Rating Anxiety Scale-SAS) do tác giả Zung William W.K. (Giáo sư Tâm thần học của Đại học Duke, Mỹ) đề xuất và xây dựng năm 1971 để định lượng mức độ lo lắng của người bệnh và hiệu quả của các phương pháp điều trị lo âu dựa trên thông tin tự đánh giá do người bệnh cung cấp. SAS là một trắc nghiệm khách quan, đã được chuẩn hoá, dễ hiểu và dễ thực hiện.

Thang đánh giá lo âu Zung là phiên bản tự đánh giá gồm 20 câu hỏi, mô tả các triệu chứng lo lắng trong tâm thần, các triệu chứng cơ thể hay cảm giác của con người. Mỗi mục được chấm theo thang điểm từ 1 đến 4 điểm tương ứng với các mức độ tăng dần của tần suất xuất hiện các triệu chứng: “không xuất hiện”; “đôi khi xuất hiện”; “thường xuyên xuất hiện” và “luôn luôn xuất hiện”. Hầu hết các mục đều mô tả các triệu chứng tiêu cực, tuy nhiên, một số mục được sử dụng dưới dạng câu mô tả tích cực để tránh việc không cẩn trọng trong trả lời câu hỏi. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ lo âu.
- Người bệnh có các vấn đề rối loạn tâm thần.
- Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng nặng, hay giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.
- Người bệnh mất trí, chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Bước 2: Hướng dẫn người bệnh thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm cán bộ trắc nghiệm quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 15 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 5 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 20 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zung William W.K., (1971), “A Rating Instrument for Anxiety Disorder”. 12 (6): Psychosomatics 371-379.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU ZUNG (SAS)

Dưới đây là 20 câu phát biểu mô tả một số triệu chứng của cơ thể. Ở mỗi câu, hãy chọn một mức độ phù hợp nhất với tình trạng mà bạn cảm thấy trong vòng một tuần vừa qua tương ứng với “Không có”; “Đôi khi”; “Thường xuyên” và “Luôn luôn”. Đánh dấu X vào mức độ mà bạn lựa chọn. Đừng bỏ sót đề mục nào!

Stt	Nội dung	Không có	Đôi khi	Thường xuyên	Luôn luôn
1	Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn thường lệ.				
2	Tôi cảm thấy sợ vô cớ.				
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ.				
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh.				
5	Tôi cảm thấy mọi thứ đều tốt và không có điều gì xấu sẽ xảy ra.				
6	Tay và chân tôi lạnh lợ, run lên.				
7	Tôi đang khó chịu vì đau đầu, đau cổ, đau lưng.				
8	Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi.				
9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên một cách dễ dàng.				
10	Tôi cảm thấy tim mình đập nhanh.				
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt.				
12	Tôi bị ngất và có lúc cảm thấy gần như thế.				
13	Tôi có thể thở ra, hít vào một cách dễ dàng.				
14	Tôi cảm thấy tê buốt, như có kiến bò ở đầu ngón tay, ngón chân.				
15	Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng.				
16	Tôi luôn cần phải đi đại.				
17	Bàn tay tôi thường khô và ẩm.				
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ.				
19	Tôi ngủ dễ dàng và luôn có một giấc ngủ tốt.				
20	Tôi thường có ác mộng.				

Hướng dẫn tính điểm:

- Cách cho điểm: “Không có”: 1 điểm; “Đôi khi”: 2 điểm; “Thường xuyên”: 3 điểm và “Luôn luôn”: 4 điểm.
- Các câu: 5, 9, 13, 17 và 19 cho điểm theo chiều ngược lại.
- Cộng tổng điểm.
- Tra bảng điểm chuyển đổi để có điểm phần trăm.

Đánh giá mức độ:

ZUNG	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có lo âu bệnh lý	≤ 44	
Lo âu mức độ nhẹ đến trung bình	45 – 59	
Lo âu mức độ nặng	60 – 74	
Lo âu mức độ rất nặng	≥ 75	

25. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU – HAMILTON

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá lo âu Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) hay còn gọi là thang HAM-A là một thang phỏng vấn sâu được tác giả M.Hamilton xây dựng vào năm 1959 tại Mỹ, được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của các triệu chứng lo âu. Thang đánh giá lo âu Hamilton thường được sử dụng cho những bệnh nhân đã được chẩn đoán là mắc rối loạn lo âu.

HARS là một bảng phỏng vấn sâu gồm 14 đề mục mô tả các triệu chứng của lo âu gồm: các trạng thái lo âu về tâm lý; các vấn đề về hệ thần kinh tự trị và cảm giác và thái độ lúc phỏng vấn. Người bệnh sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi của người cán bộ trắc nghiệm theo một bảng hỏi có sẵn nhằm định lượng mức độ trầm trọng của các triệu chứng lo âu trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ lo âu.
- Người bệnh có các rối loạn liên quan đến stress, có rối loạn lo âu kết hợp.
- Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mất trí, chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.
- Người bệnh trong giai đoạn kích động, trì hoãn và thực hiện lại khi người bệnh ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ/điều dưỡng đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Bước 2: Tiến hành phỏng vấn người bệnh bằng tài liệu trắc nghiệm, ghi điểm đánh giá vào tờ ghi kết quả trắc nghiệm. Trong quá trình đánh giá, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để đảm bảo đánh giá đúng nhất mức độ triệu chứng mà người bệnh đang gặp phải. Có thể phỏng vấn thêm người nhà người bệnh để thu thập thêm thông tin bổ sung cho kết quả đánh giá.
- Bước 3: Tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 18 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 7 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 25 phút

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Medical Psychology; 32 (1):50–55.
2. W Maier, R Buller, M Philipp, & I Heuser (1988). The Hamilton Anxiety Scale: Reliability, Validity and Sensitivity to Change in Anxiety and Depressive Disorders. Journal of Affective Disorders. 14(1): 61-68.

26. THANG ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ (GAD7)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá lo âu lan toả 7 câu hỏi (Generalized Anxiety Disorder Screener - GAD7) do tác giả Spitzer Robert L. và cộng sự xây dựng và đưa vào sử dụng năm 2006 để sàng lọc và đo lường mức độ lo lắng của người bệnh và hiệu quả của các phương pháp điều trị lo âu dựa trên thông tin tự đánh giá do người bệnh cung cấp. GAD7 là một công cụ hiệu quả của sàng lọc lo âu lan toả cũng như trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng.

GAD7 được thiết kế để tự đánh giá gồm 7 câu hỏi bao gồm các vấn đề thường gặp phải ở người bệnh lo âu lan toả như không ngừng lo lắng; bồn chồn; khó thư giãn; dễ kích thích...Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc rối loạn lo âu lan toả trong cộng đồng và các cơ sở y tế đa khoa.

Người bệnh được chỉ định đánh giá mức độ lo âu lan toả.

Người bệnh có các vấn đề rối loạn tâm thần.

Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng nặng, hay giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.

Người bệnh mất khả năng nhận thức.

Người bệnh chống đối, không hợp tác.

Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính trì hoãn và thực hiện khi tình trạng ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen đề tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 10 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 5 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 15 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spitzer Robert L., Kroenke Kert; Williams, Janet B.W.; Löwe, Bernd (2006). "A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7". Archives of Internal Medicine. 166 (10): 1092-1097.
2. Löwe, Bernd; Decker, Oliver; Müller, Stefanie; Brähler, Elmar; Schellberg, Dieter; Herzog, Wolfgang; Herzberg, Philipp Yorck (2008). "Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population". Medical Care. 46 (3): 266–74

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU LAN TOẢ GAD- 7

Hãy đánh dấu "X" vào một cột thích hợp về tần suất xuất hiện của mỗi một cảm giác của bản thân trong hai tuần vừa qua (mỗi hàng chỉ chọn 1 câu trả lời). Đừng bỏ sót đề mục nào!

Nội dung	Không xuất hiện	Xuất hiện vài ngày	Nhiều hơn nửa thời gian	Gần như hàng ngày
1. Cảm giác bối rối, lo lắng và bức mình				
2. Không thể ngừng lo lắng hoặc kiểm soát sự lo lắng đó				
3. Lo lắng quá mức về nhiều điều khác nhau				
4. Khó thư giãn				
5. Thấy bồn chồn bứt rứt đến mức không thể ngồi yên được				
6. Dễ trở nên cáu kỉnh và bức bối				
7. Cảm thấy sợ hãi như thể có điều gì đó khủng khiếp sắp xảy ra				

Hướng dẫn tính điểm:

- Tính điểm mỗi đề mục theo cách sau: Không xuất hiện: 0 điểm; Xuất hiện vài ngày: 1 điểm; nhiều hơn nửa thời gian: 2 điểm; Gần như hàng ngày: 3 điểm.
- Cộng điểm tất cả đề mục.

Đánh giá mức độ:

GAD7	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có lo âu lan tỏa	0 – 4	
Lo âu lan tỏa mức độ nhẹ	5 – 9	
Lo âu lan tỏa mức độ vừa	10 - 14	
Lo âu lan tỏa mức độ nặng	≥ 15	

27. THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU TRẺ EM SPENCE (SCAS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá lo âu trẻ em (Spence Children's Anxiety Scale - SCAS) được phát triển lần đầu tiên bởi tiến sỹ Susan H. Spence năm 2000. SCAS được xây dựng để hỗ trợ trong việc đánh giá lâm sàng, và tự bản thân thang đánh giá này không phải là một công cụ dùng để chẩn đoán. SCAS có thể cung cấp một số chỉ số cho biết trẻ em đang ở mức độ nào của sự lo lắng, và nên được sử dụng kết hợp với một cuộc phỏng vấn lâm sàng nếu bắt buộc phải chẩn đoán.

SCAS gồm 38 câu hỏi về lo âu và một câu hỏi mở, được hoàn thành bởi cha/ mẹ/người chăm sóc đánh giá theo hướng dẫn bằng cách lựa chọn 1 trong 4 mức độ: Không bao giờ; Thỉnh thoảng; Thường xuyên và Luôn luôn ở mỗi một câu hỏi. SCAS đánh giá tất cả các vấn đề lo âu với 6 phần nhỏ bao gồm: sự lo lắng; ám ảnh xã hội; ám ảnh cưỡng chế; chứng sợ khoảng trống; Lo ngại chấn thương vật lý và Lo âu lan tỏa.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ trong được chỉ định đánh giá các vấn đề lo âu, hoảng sợ.

Trẻ trong có các vấn đề rối loạn cảm xúc.

Đánh giá trẻ trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người thực hiện trắc nghiệm không phải là cha mẹ hoặc người chăm sóc ở cùng trẻ trong vòng 6 tháng tính đến thời điểm đánh giá.

Người thực hiện trắc nghiệm chống đối, không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý/ bác sĩ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận cha mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho cha mẹ trẻ / người chăm sóc.

- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn cha/mẹ hoặc người chăm sóc tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người thực hiện trắc nghiệm để đảm bảo họ hiểu đúng ý nghĩa của các phương án trước khi lựa chọn, thực hiện đúng theo hướng dẫn và yêu cầu của bài trắc nghiệm.

- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.

- Phân loại mức độ và trả kết quả cho cha mẹ hoặc người chăm sóc.

- Hướng dẫn cha mẹ hoặc người chăm sóc mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn cha mẹ hoặc người chăm sóc thực hiện: 20 phút.

- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.

- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 30 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu cha/mẹ hoặc người chăm sóc từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người thực hiện trắc nghiệm có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cemaliye D., Nerguz B.S. (2017). Psychometric Properties of Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). Journal of Mathematics Science and Technology Education. 13(10):6725-6736.

2. Spence S.H., (1997). Structure of Anxiety Symptoms Among Children: A Confirmatory Factor-Analytic Study. *Journal of Abnormal Psychology*. 106(2): 280-297.
3. Spence S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*. 36(5):545-566.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU SPENCE (SCAS)

(Dành cho trẻ em)

Họ và tên trẻ: Tuổi: Giới:

Học lớp: Địa chỉ:

Chẩn đoán: Ngày làm:

Dưới đây là các đề mục mô tả lo âu trẻ em. Ở mỗi đề mục, hãy khoanh tròn vào mức độ nào mô tả giống nhất trạng thái của em. Không có câu trả lời đúng hoặc sai. Không bỏ sót đề mục nào!

Stt	Nội dung	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
<i>Panic Agoraphobia- RL hoảng sợ</i>	13. Tôi đột nhiên cảm thấy như thể không thể thở được mà chẳng có lý do gì cho điều đó	0	1	2	3
	21. Tôi đột nhiên thấy run rẩy hoặc lắc lư mà không có lý do gì	0	1	2	3
	28. Tôi cảm thấy sợ hãi khi phải di chuyển bằng ô tô, xe buýt hay tàu hỏa	0	1	2	3
	30. Tôi sợ khi phải ở chỗ đông người (như trung tâm mua sắm, rạp chiếu phim, trên xe buýt, sân chơi đông người)	0	1	2	3
	32. Tất cả những gì bất ngờ xảy ra, tôi đều cảm thấy thực sự sợ hãi mà chẳng có lý do gì	0	1	2	3
	34. Tôi đột nhiên cảm thấy chóng mặt hoặc ngất mà không có lý do	0	1	2	3
	36. Tim tôi thường đột nhiên đập quá nhanh mà không có lý do	0	1	2	3

	37. Tôi lo lắng rằng sẽ đột ngột cảm thấy sợ hãi khi mà không có gì phải đáng sợ	0	1	2	3
	39. Tôi sợ khi phải ở trong một không gian nhỏ kín, như đường hầm hoặc những căn phòng nhỏ	0	1	2	3
Separation Anxiety- LA chia cách	5. Tôi sẽ cảm thấy sợ khi phải ở nhà một mình	0	1	2	3
	8. Tôi lo lắng khi phải xa bố mẹ	0	1	2	3
	12. Tôi lo lắng sẽ có điều gì đó khủng khiếp xảy đến với ai đó trong gia đình tôi	0	1	2	3
	15. Tôi sợ hãi khi phải ngủ một mình	0	1	2	3
	16. Tôi gặp khó khăn khi đến trường vào buổi sang vì cảm thấy bối rối hay sợ sệt	0	1	2	3
	44. Tôi tự hào về việc học của tôi ở trường	0	1	2	3
Physical Injury Fears- LA chấn thương	2. Tôi sợ bóng tối	0	1	2	3
	18. Tôi sợ chó	0	1	2	3
	23. Tôi sợ hãi khi phải đến bác sỹ hoặc nha sỹ	0	1	2	3
	25. Tôi sợ độ cao hoặc sợ đi thang máy	0	1	2	3
	33. Tôi sợ côn trùng hoặc nhện	0	1	2	3
Social Phobia – Ám sợ XH	6. Tôi sợ khi phải làm bài kiểm tra	0	1	2	3
	7. Tôi sợ khi phải sử dụng nhà vệ sinh hoặc nhà tắm công cộng	0	1	2	3
	9. Tôi cảm thấy sợ rằng mình sẽ làm điều gì đó ngu ngốc trước mặt mọi người	0	1	2	3
	10. Tôi lo lắng sẽ học không tốt ở trường	0	1	2	3
	29. Tôi lo lắng về những gì người khác nghĩ về mình	0	1	2	3
	35. Tôi sợ khi phải nói trước lớp	0	1	2	3
OCD – Ám ảnh cưỡng bức	14. Tôi luôn phải kiểm tra đi kiểm tra lại rằng tôi đã làm mọi thứ đúng cách (như tắt công tắc điện, hay khóa cửa...)	0	1	2	3
	19. Tôi dường như không thể bỏ những ý nghĩ tồi tệ hoặc ngu ngốc ra khỏi đầu	0	1	2	3
	27. Tôi phải nghĩ đến những ý tưởng đặc biệt để ngăn những ý nghĩ tồi tệ xuất hiện	0	1	2	3

	(như nghĩ đến các con số hoặc từ ngữ)				
	40.Tôi làm đi làm lại một vài việc (như rửa tay, làm sạch hay để mọi thứ theo đúng trật tự)	0	1	2	3
	41.Tôi thấy phiền phức bởi những ý nghĩ hay những hình ảnh ngu ngốc hoặc tồi tệ trong đầu mình	0	1	2	3
	42.Tôi phải làm những việc đã định chỉ theo đúng cách để ngăn những việc tồi tệ xảy ra	0	1	2	3
<i>Generalised Anxiety-LALT-</i>	1.Tôi lo lắng về mọi thứ	0	1	2	3
	3.Tôi gặp rắc rối, tôi thấy lạ ở dạ dày	0	1	2	3
	4.Tôi cảm thấy sợ	0	1	2	3
	20. Khi tôi có vấn đề, tim tôi đập thực sự nhanh	0	1	2	3
	22. Tôi lo lắng rằng sẽ có gì đó tồi tệ xảy ra với mình	0	1	2	3
	24.Khi gặp rắc rối, tôi cảm thấy người như sắp ngã.	0	1	2	3

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

Cách tính điểm thang lo âu trẻ em Spence – phiên bản trẻ em

Hướng dẫn

Mô tả

Thang đo bao gồm 44 đề mục về lo âu và một đề mục mở, không tính điểm. Nó cung cấp một phương pháp đo lường tổng thể chung cùng với nhau bằng các tính điểm mỗi 6 tiêu thang đi vào các vấn đề chuyên biệt của lo âu ở trẻ em.

Cách làm

Thang đo được hoàn thành bằng cách yêu cầu trẻ đọc và tuân thủ theo hướng dẫn của bảng hỏi. Trẻ được yêu cầu để đánh giá vào 4 mức độ: không bao giờ, thỉnh thoảng, thường xuyên và luôn luôn tần suất các đề mục được hỏi xuất hiện ở con em họ. Không ấn định thời gian mỗi một phần trả lời được đưa ra. Phần trả lời được tính bằng cách khoanh tròn vào tần suất xuất hiện mức độ.

Cách tính điểm

Chỉ có 38 đề mục về lo âu được tính điểm

Các mức độ được tính điểm theo cách như sau:

Không bao giờ: 0 điểm

Thỉnh thoảng: 1 điểm

Thường xuyên: 2 điểm

Luôn luôn: 3 điểm

Tổng điểm tối đa là 114

Điểm các tiểu thang được tính tổng các đề mục riêng lẻ cấu thành nên tiểu thang đó và được tính theo bảng như sau:

Rối loạn hoảng sợ và chứng sợ đám đông	13 +21 +28 +30 +32 +34 +36 +37 +39
Lo âu chia cách	5 +8 +12 +15 +16 +44
Lo sợ chấn thương về cơ thể	2 +16 +21 +29 +35
Ám sợ xã hội	6 +7 +9 +10 +26 +31
Ám ảnh nghi thức	14 +19 +27 +40 +41 +42
Lo âu lan tỏa/ rối loạn lo âu quá mức	1 +3 +4 +20 +22 +24

Tổng điểm của thang đo bằng tổng điểm các tiểu thang.

Các đề mục mang ý nghĩa tích cực không được tính điểm cho cả tổng điểm và điểm của từng tiểu thang là các đề mục: 11, 17, 26, 31, 38 và 43.

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN GIẤC NGỦ

28. Trắc nghiệm rối loạn giấc ngủ (PSQI)

28. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN GIẤC NGỦ (PSQI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá rối loạn giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) được Buysse DJ. và các cộng sự xây dựng tại Mỹ năm 1989 để đánh giá chất lượng giấc ngủ trong vòng một tháng trở lại và để phân biệt giữa giấc ngủ tốt và giấc ngủ kém. PSQI đánh giá chất lượng giấc ngủ, ngủ muộn, thời gian ngủ, thói quen ngủ, rối loạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ và cả hoạt động lúc thức.

PSQI là một bảng câu trúc tự đánh giá gồm 19 câu hỏi, được sắp xếp theo các mức độ xuất hiện tăng dần của các triệu chứng. Người bệnh được hướng dẫn trả lời các câu hỏi sao cho phù hợp với trạng thái giấc ngủ mà họ nhận thấy trong khoảng từ 1 tháng ngay trước thời điểm đánh giá.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chỉ định đánh giá chất lượng giấc ngủ.

Người bệnh có các vấn đề rối loạn về giấc ngủ.

Đánh giá người bệnh trong chẩn đoán và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mất trí, chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.

Người bệnh chống đối, không hợp tác.

Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính tri hoãn và thực hiện khi bệnh nhân ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 20 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 30 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Backhaus J., Junghanns K., Broocks A., Riemann D., Hohagen F. (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*. 53(3):37-740.
2. Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*. 28(2):193-213.

3. Carpentel J.S., Andrykowski M.A. (1998). Psychosometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of Psychosomatic Research*. 45(1):5-13

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN GIẤC NGỦ (PSQI)

Các câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen đi ngủ thường ngày của anh (chị) trong tháng vừa qua. Anh (chị) hãy trả lời về tình trạng giấc ngủ của mình gần đúng nhất với tình trạng của anh (chị) trong đa số ngày và đêm của tháng vừa qua.

Xin hãy trả lời tất cả các câu hỏi.

1. Trong tháng qua, anh (chị) thường lên giường đi ngủ lúc mấy giờ?
2. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường mất bao nhiêu phút mới chợp mắt được? ...
3. Trong tháng qua, anh (chị) thường thức giấc ngủ buổi sáng lúc mấy giờ?
4. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ?

Anh/chị hãy đọc câu hỏi và đánh dấu X vào mức độ tương ứng bên phải mỗi câu:

5. Trong tháng qua, anh (chị) có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho anh (chị) không?	<i>Không có trong tháng qua (0)</i>	<i>Ít hơn 1 lần 1 tuần (1)</i>	<i>1 hoặc 2 lần 1 tuần (2)</i>	<i>3 hoặc hơn 3 lần 1 tuần (3)</i>
a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút				
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng				
c. Phải thức dậy để sử dụng phòng vệ sinh				
d. Khó thở				
e. Ho hoặc ngứa to				
f. Cảm thấy rất lạnh				
g. Cảm thấy rất nóng				
h. Có ác mộng				
i. Thấy đau				
k. Lý do khác: (hãy mô tả): Trong tháng qua, vấn đề này có thường gây mất ngủ cho anh (chị) không?				
6. Trong tháng qua, anh (chị) có thường phải sử dụng thuốc ngủ không (sử dụng theo đơn hoặc tự mua về dùng)?				

7. Trong tháng qua, anh (chị) có hay gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo lúc lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xả hơi hay không?				
8. Trong tháng qua, anh (chị) có gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành các công việc không?				
	<i>Rất tốt (0)</i>	<i>Tương đối tốt (1)</i>	<i>Tương đối kém (2)</i>	<i>Rất kém (3)</i>
9. Trong tháng qua, nhìn chung anh (chị) đánh giá về chất lượng giấc ngủ của mình như thế nào?				

Hướng dẫn tính điểm:

- Tính điểm theo 7 phần sau:

Phần I: Điểm của câu số 2 + điểm của câu 5a:.....

Câu 2: 15min: 0đ 16-30min: 1đ 31-60min: 2đ >60min: 3đ

Câu 5a: không có: 0đ < 1 lần/ tuần : 1đ 1-2 lần/ tuần: 2đ 3 - >3 lần/tuần: 3đ

Tổng = 0: 0đ; = 1-2: 1đ; = 3-4: 2đ; = 5-6: 3đ

Phần II: Điểm của câu số 4:.....

>7h: 0đ 6 - <7h: 1đ 5 - <6h: 2đ <5h: 3đ

Phần III: (tổng của giờ ngủ được)/ (tổng của giờ lên giường) x 100:.....

>85%: 0đ 75-84%: 1đ 65-74%: 2đ <65%: 3đ

Phần IV: Tổng điểm các câu từ 5b đến 5j:.....

Tổng = 0: 0đ = 1-9: 1đ = 10-18: 2đ = 19-27: 3đ

Phần V: Điểm câu số 6:.....

Không có: 0đ < 1 lần/ tuần : 1đ 1-2 lần/ tuần: 2đ 3 - >3 lần/tuần: 3đ

Phần VI: Điểm câu số 7 + điểm câu số 8:.....

Không có: 0đ < 1 lần/ tuần : 1đ 1-2 lần/ tuần: 2đ 3 - >3 lần/tuần: 3đ

Tổng = 0: 0đ; = 1-2: 1đ; = 3-4: 2đ; = 5-6: 3đ

Phần VII: Điểm của câu số 9:.....

Rất tốt: 0đ Tương đối tốt: 1đ tương đối kém: 2đ rất kém: 3đ

- Cộng tổng điểm.

Đánh giá mức độ:

PSQI	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có rối loạn giấc ngủ	0 – 4	
Có rối loạn giấc ngủ	≥ 5	

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LOẠN THẦN

29. Thang đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính (PANSS)

29. THANG ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG DƯƠNG TÍNH VÀ ÂM TÍNH (PANSS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá triệu chứng Dương tính và Âm tính (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS) được sử dụng trong đo lường các triệu chứng của bệnh nhân Tâm thần phân liệt. Thang PANSS được xuất bản lần đầu tiên năm 1987 bởi Stanley Kay và cộng sự, và ban đầu được cải biên từ hai thang đánh giá tâm thần là Thang Đánh giá Tâm thần Rút gọn – BPRS (Overall & Groham, 1962) và Bảng Đánh giá tâm lý bệnh (Singh & Kay, 1975). Thang được phát triển và chuẩn hóa để đánh giá về thể loại và các khía cạnh của hiện tượng tâm thần phân liệt.

Thang PANSS có 30 câu hỏi, mỗi câu được đánh giá theo 7 mức và được cho điểm từ 1 đến 7 để đánh giá các triệu chứng Dương tính, Âm tính và nhiều triệu chứng khác dựa trên sự phỏng vấn lâm sàng bán cấu trúc chính thức và các nguồn tin khác. PANSS giúp đánh giá ở các triệu chứng Dương tính, Âm tính, Kết hợp và Tâm lý bệnh chung. Người đánh giá là bác sĩ chuyên khoa Tâm thần thực hiện phỏng vấn sâu và cho điểm theo các mức độ ở trên. Đánh giá dựa trên các kinh nghiệm lâm sàng từ việc phỏng vấn người bệnh, người nhà người bệnh, từ việc quan sát hành vi và biểu hiện phi ngôn ngữ và từ các nguồn tin khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh tâm thần phân liệt được chỉ định đánh giá mức độ triệu chứng dương tính, âm tính hoặc kết hợp.
- Đánh giá người bệnh trong và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi bệnh nhân ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ chuyên khoa tâm thần đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án nội trú.
- Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- Bước 2: Tiến hành phỏng vấn theo bảng hỏi của trắc nghiệm và đánh giá mức độ triệu chứng dựa trên báo cáo của người bệnh và những quan sát lâm sàng của người đánh giá. Hỏi thêm thông tin từ người chăm sóc và các nguồn tin khác nếu cần.
- Bước 3: Đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Bước 4: Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay lại bác sĩ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian người bệnh thực hiện trắc nghiệm: 100 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 120 phút.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sĩ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người nhà từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed Aboraya, Henry A.Nasrallah (2016). Perspectives on the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Use, misuse, drawbacks, and a new

alternative for schizophrenia research. *Annals of Clinical Psychiatry*.28(2):125-131.

2. S.R. Kay, A. Fiszbein, L.A. Opler (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin Author Guidelines*. 13(2):261-276.
3. S.R. Kay, L.A. Opler, J.P. Lindenmayer (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*. 23 (1):99-110.
4. S.R. Kay (1990). Positive-Negative Syndromes Assessment in Schizophrenia: Psychometric issues and scale comparison. *Psychiatric Quantity*. 61:163-178.
5. V. Peralta, M.J. Cuesta (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 53(1):31-40.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG DƯƠNG TÍNH VÀ ÂM TÍNH (PANSS)

Thang dương tính (P)

P1. Hoang tưởng: Tin tưởng không có cơ sở, không có thực và khác thường của riêng người bệnh.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy thể hiện qua cuộc phỏng vấn và những ảnh hưởng của nó đến các quan hệ xã hội và hành vi được các nhân viên săn sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình báo cáo lại.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng.
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường.
3	Nhẹ	Hiện diện 1 hoặc 2 hoang tưởng nhưng còn mơ hồ chưa rõ ràng và không dai dẳng. Hoang tưởng không ảnh hưởng đến tư duy, quan hệ xã hội hoặc hành vi.
4	Trung bình	Hiện diện các hoang tưởng không ổn định, nội dung nghèo nàn hay thay đổi hoặc một vài hoang tưởng có nội dung rõ ràng, đôi lúc ảnh hưởng đến tư duy, quan hệ xã hội hoặc hành vi.
5	Trung bình nặng	Hiện diện nhiều hoang tưởng có nội dung rõ, dai dẳng và thỉnh thoảng ảnh hưởng đến tư duy, quan hệ xã hội và hành vi
6	Nặng	Hiện diện nhiều hoang tưởng bền vững, rõ ràng, có thể có hệ thống dai dẳng và ảnh hưởng rõ rệt đến tư duy, quan hệ xã hội và hành vi.

7	Cực nặng	Hiện diện các hoang tưởng bền vững hoặc rất có hệ thống, rất phong phú và chi phối nhiều mặt chủ yếu trong đời sống người bệnh. Điều này thường đến hành vi không phù hợp và vô trách nhiệm và còn có thể đe dọa đến sự an toàn của người bệnh cũng như những người xung quanh.

P2. Sự tan rã các ý niệm: Tan rã quá trình tư duy đặc trưng bởi sự gián đoạn tiến trình hướng tới mục đích. Ví dụ: tư duy lai nhai, vòng vo, liên tưởng lỏng lẻo, không logic rõ rệt hoặc tư duy đứt quãng.

Cơ sở để cho điểm: các quá trình nhận thức ngôn ngữ được nhận thấy qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Tư duy lai nhai, vòng vo hoặc thiếu logic. Gặp khó khăn trong việc hướng suy nghĩ theo một mục đích nào đó và có liên tưởng lỏng lẻo có thể lộ rõ dưới áp lực.
4	Trung bình	Có khả năng tập trung các suy nghĩ trong các cuộc giao tiếp ngắn và có cấu trúc nhưng trở nên lỏng lẻo hay không phù hợp khi gặp phải các giao tiếp phức tạp hơn hoặc khi có áp lực tối thiểu.
5	Trung bình nặng	Thường gặp khó khăn trong việc tổ chức các suy nghĩ thể hiện qua việc tư duy thường không liên quan, thiếu mạch lạc hoặc liên tưởng lỏng lẻo ngay cả khi không có một áp lực nào cả.
6	Nặng	Tư duy thường lạc đề một cách nghiêm trọng và không thống nhất đưa đến sự không phù hợp rõ rệt và đứt quãng của quá trình tư duy xảy ra gần như thường xuyên.
7	Cực nặng	Tư duy bị đứt quãng đến mức tư duy người bệnh trở nên không liên quan. Có sự lỏng lẻo ngay cả khi không có một áp lực nào.

P3. Hành vi ảo giác: Ngôn ngữ hoặc hành vi cho thấy các tri giác không do các kích thích bên ngoài khởi động. Các tri giác này có thể thuộc lĩnh vực thính giác, thị giác, khứu giác hoặc bản thể.

Cơ sở để cho điểm: các biểu hiện ngôn ngữ và cơ thể trong lúc phỏng vấn cũng như các ghi nhận về hành vi do nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà cung cấp.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn

1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	1 đến 2 ảo giác có nội dung rõ ràng nhưng không thường xuyên hoặc một số tri giác bất thường mơ hồ nhưng không gây lệch lạc về tư duy hoặc hành vi.
4	Trung bình	Ảo giác xuất hiện thường xuyên nhưng không liên tục và tư duy cùng hành vi của người bệnh chỉ bị ảnh hưởng ở mức độ nhẹ.
5	Trung bình nặng	Ảo giác thường xuyên, có thể liên quan đến nhiều hơn một loại giác quan và có xu hướng làm biến đổi tư duy và/hoặc làm gián đoạn hành vi từ các ảo giác này. Người bệnh có thể có hoang tưởng thứ phát và thỉnh thoảng có đáp ứng với chúng bằng cảm xúc và ngôn ngữ.
6	Nặng	Ảo giác hiện diện hầu như liên tục làm gián đoạn rõ rệt đến tư duy cùng hành vi. Người bệnh tiếp nhận các ảo giác này như các tri giác có thực và hoạt động bị cản trở bởi các đáp ứng cảm xúc và ngôn ngữ thường xuyên với các ảo giác này.
7	Cực nặng	Người bệnh hầu như hoàn toàn bận tâm với ảo giác và chúng chi phối rõ rệt tư duy cùng hành vi. Ảo giác gây nên các hoang tưởng cứng nhắc và các đáp ứng về ngôn ngữ cũng như hành vi bao gồm việc tuân theo các ảo thanh mệnh lệnh.

P4. Kích động: Sự gia tăng hoạt động phản ánh quá trình gia tăng hành vi, đáp ứng cao độ với các kích thích quá thận trọng hoặc cảm xúc rất không ổn định.

Cơ sở để cho điểm: biểu hiện của hành vi qua cuộc phỏng vấn cùng các ghi nhận của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có khuynh hướng hơi bứt rứt nhẹ, tăng cảnh giác hoặc hơi quá thận trọng hoặc có vẻ quá cảnh tỉnh trong suốt cuộc phỏng vấn nhưng không có các cơn kích động rõ ràng hoặc cảm xúc không ổn định rõ rệt. Có thể ngôn ngữ hơi dồn dập.
4	Trung bình	Bứt rứt và quá cảnh giác thể hiện rõ qua cuộc phỏng vấn, ảnh hưởng đến ngôn ngữ và vận động chung hoặc có những cơn bùng nổ xuất hiện lẻ tẻ.
5	Trung bình nặng	Sự tăng hoạt động đáng kể hoặc các cơn hoạt động vận động thường xuyên được nhận thấy, nó làm người bệnh khó có thể ngồi

		lâu quá vài phút vào bất cứ thời điểm nào.
6	Nặng	Kích động nổi bật qua quá trình phỏng vấn, chú ý suy giảm và phần nào ảnh hưởng một số hoạt động cá nhân như ăn và ngủ.
7	Cực nặng	Kích động mãnh liệt ảnh hưởng nghiêm trọng đến ăn và ngủ và làm cho quá trình giao tiếp không thể thực hiện. Gia tăng về ngôn ngữ và hoạt động vận động có thể đưa đến tư duy không liên quan và suy kiệt cơ thể.

P5. Tự cao: Cường điệu các quan điểm của mình và sự tin tưởng phi lý về khả năng siêu việt bao gồm các hoang tưởng về khả năng khác thường, giàu có, hiểu biết, danh tiếng, quyền lực, đạo đức.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy thể hiện qua cuộc phỏng vấn và các ảnh hưởng trên hành vi được ghi nhận bởi nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Một vài sự khoa trương hoặc khoác lác được ghi nhận nhưng không thấy có hoang tưởng tự cao rõ rệt.
4	Trung bình	Cảm thấy một cách rõ rệt hơn người khác. Một vài hoang tưởng có nội dung chưa rõ về địa vị hoặc các khả năng đặc biệt có thể hiện diện nhưng không ảnh hưởng đến hành vi.
5	Trung bình nặng	Các hoang tưởng rõ rệt với các chủ đề như khả năng, địa vị, quyền lực ảnh hưởng đến thái độ nhưng không ảnh hưởng đến hành vi
6	Nặng	Hoang tưởng tự cao rõ rệt trên ít nhất là hai lĩnh vực như giàu có, sự hiểu biết, danh tiếng... Nó ảnh hưởng đến giao tiếp và hành vi.
7	Cực nặng	Tư duy, giao tiếp và hành vi bị chi phối bởi nhiều hoang tưởng về khả năng đặc biệt, giàu có, hiểu biết, danh tiếng, quyền lực và/hoặc đạo đức với nội dung có thể rất kỳ lạ.

P6. Đa nghi, ý tưởng bị ám hại: Các ý nghĩ bị ám hại không có thực hoặc phóng đại phản ánh qua sự thận trọng, thái độ ngờ vực, tăng cảnh giác, đa nghi hoặc hoang tưởng rõ ràng cho rằng người khác muốn hại mình.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy thể hiện qua cuộc phỏng vấn và các ảnh hưởng của nó đến hành vi được nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà báo cáo lại.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn

1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghỉ ngơi, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có thái độ thận trọng hoặc ngay cả có thái độ ngờ vực rõ ràng, nhưng tư duy, giao tiếp và hành vi chỉ bị ảnh hưởng tối thiểu.
4	Trung bình	Ngờ vực rõ rệt thể hiện qua cuộc phỏng vấn và/hoặc hành vi nhưng không có hoang tưởng bị hại. Hoặc có thể có các hoang tưởng bị hại hình thành một cách lỏng lẻo nhưng không ảnh hưởng đến thái độ cũng như quan hệ với mọi người của người bệnh.
5	Trung bình nặng	Người bệnh tỏ ra ngờ vực rõ rệt đưa đến sự gián đoạn trong quan hệ với mọi người hoặc có các hoang tưởng bị hại rõ rệt có ảnh hưởng trên việc giao tiếp và hành vi.
6	Nặng	Các hoang tưởng bị hại rõ ràng có thể có hệ thống và ảnh hưởng rõ rệt trong quan hệ với mọi người.
7	Cực nặng	Một mạng lưới các hoang tưởng có hệ thống chi phối tư duy, quan hệ xã hội và hành vi của người bệnh.

P7. Sự thù ghét: Các biểu hiện ngôn ngữ và không ngôn ngữ của sự giận dữ và tức giận bao gồm sự châm chọc, các hành vi gây hấn thụ động, chửi bới và hành hung.

Cơ sở để cho điểm: các hành vi giao tiếp quan sát được qua cuộc phỏng vấn và các báo cáo của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghỉ ngơi, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự giận dữ, được biểu hiện gián tiếp hoặc được kiềm chế qua các biểu hiện như châm chọc, thiếu tôn trọng, các biểu hiện căm ghét và thỉnh thoảng tỏ ra dễ bực tức.
4	Trung bình	Thể hiện thái độ thù ghét rõ rệt qua việc thường xuyên bực tức và các biểu hiện trực tiếp của sự giận dữ hay sự tức giận.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân bực tức cao độ và thỉnh thoảng lại chửi bới hoặc hăm dọa.
6	Nặng	Sự không hợp tác và chửi bới hoặc hăm dọa ảnh hưởng rõ rệt đến cuộc phỏng vấn và gây trở ngại nghiêm trọng đến các quan hệ xã hội. Người bệnh có thể hung hăng hoặc phá phách nhưng không dùng vũ lực tấn công người khác.
7	Cực nặng	Sự giận dữ rõ rệt đưa đến sự không hợp tác hoàn toàn, cản trở, các quan hệ khác hoặc đang trong cơn tấn công người khác.

Thang âm tính (N)

N1. Cảm xúc cùn mòn: Giảm các đáp ứng của cảm xúc đặc trưng bởi việc giảm các biểu hiện ở nét mặt, các thay đổi của cảm xúc và các cử chỉ giao tiếp.

Cơ sở để cho điểm: quan sát các biểu hiện cơ thể của trương lực cảm xúc và đáp ứng cảm xúc qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Các thay đổi trên nét mặt và cử chỉ giao tiếp dường như cứng nhắc, gượng gạo, giả tạo hoặc thiếu sự phù hợp.
4	Trung bình	Giảm biểu hiện qua nét mặt và ít cử chỉ biểu lộ hình thành một bề ngoài tẻ nhạt.
5	Trung bình nặng	Cảm xúc thường “phẳng lặng” chỉ thỉnh thoảng mới có thay đổi trên nét mặt và một sự hiếm hoi các cử chỉ giao tiếp.
6	Nặng	Cảm xúc phẳng lặng rõ rệt và thiếu hẳn cảm xúc được biểu lộ kéo dài gần như mọi lúc. Bệnh nhân có thể có các cơn cảm xúc không phù hợp như kích động, giận dữ, cười sặc sụa không kiểm soát được.
7	Cực nặng	Các thay đổi ở nét mặt cũng như các cử chỉ giao tiếp gần như mất hẳn. Người bệnh dường như luôn luôn trơ như gỗ đá.

N2. Thu rút tình cảm: Mất hứng thú hoặc biểu lộ tình cảm trong các sự kiện của cuộc sống.

Cơ sở để cho điểm: ghi nhận các hoạt động được báo cáo bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà và các hành vi giao tiếp với người khác được quan sát qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Thường mất sáng kiến và đôi khi biểu hiện sự ít hứng thú đối với các sự kiện xung quanh.
4	Trung bình	Người bệnh thường tỏ ra thờ ơ với xung quanh cùng các thử thách của nó nhưng với sự khích lệ, người bệnh có thể tham gia vào.
5	Trung bình nặng	Người bệnh thờ ơ rõ rệt với mọi người và mọi sự việc trong môi trường sống, chống lại mọi nỗ lực đưa người bệnh tham gia vào. Người bệnh tỏ ra xa cách, thụ động, không mục đích nhưng có thể

		giao tiếp trong một thời gian ngắn, có xu hướng thiên về các nhu cầu cá nhân và cần đến sự giúp đỡ.
6	Nặng	Sự giảm hứng thú và biểu hiện tình cảm rõ rệt đưa đến hạn chế tiếp xúc với người khác và thường xuyên lơ là các sinh hoạt cá nhân do đó người bệnh cần có sự giám hộ.
7	Cực nặng	Người bệnh hoàn toàn bị thu rút, không giao tiếp và thờ ơ với những nhu cầu cá nhân so sự mất hứng thú cũng như biểu lộ tình cảm nặng nề.

N3. Quan hệ kém: Mất sự đồng cảm với mọi người, sự cởi mở trong giao tiếp cũng như cảm xúc gần gũi, sự hứng thú hoặc quan tâm đến người phỏng vấn. Điều này được thể hiện qua sự xa cách với mọi người, các giao tiếp bằng ngôn ngữ và không ngôn ngữ.

Cơ sở để cho điểm: các hành vi giao tiếp với người khác qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự giao tiếp đặc trưng bởi tính chất không tự nhiên, gượng gạo hoặc giả tạo, thiếu hẳn chiều sâu tình cảm, hoặc có xu hướng hoạt động độc lập.
4	Trung bình	Người bệnh thể hiện sự cô độc, xa cách với mọi người. Người bệnh có thể trả lời các câu hỏi một cách máy móc, hoạt động một cách uể oải hoặc thể hiện sự không hứng thú.
5	Trung bình nặng	Người bệnh tỏ ra thờ ơ rõ rệt với mọi thứ gây cản trở đến tiến trình phỏng vấn. Người bệnh có khuynh hướng tránh sự tiếp xúc bằng ánh mắt hay nét mặt.
6	Nặng	Người bệnh tỏ ra rất thờ ơ với sự xa cách rõ rệt với mọi người, trả lời miễn cưỡng và ít có sự tham gia của các biểu hiện không ngôn ngữ, thường tránh tiếp xúc bằng mắt cũng như qua nét mặt.
7	Cực nặng	Người bệnh gần như không giao tiếp với người phỏng vấn. Người bệnh dường như vô cảm hoàn toàn và luôn luôn tránh né các giao tiếp bằng ngôn ngữ và không ngôn ngữ trong lúc phỏng vấn.

N4. Thu rút xã hội/ thụ động vô cảm: Giảm sự hứng thú và sáng kiến trong các quan hệ xã hội do thụ động, vô cảm, mất năng lực và mất ý chí, đưa đến việc giảm trong giao tiếp và thờ ơ đối với các sinh hoạt hàng ngày.

Cơ sở để cho điểm: các ghi nhận về hành vi xã hội từ các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghỉ ngơi, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Đôi khi có hứng thú trong các hoạt động xã hội nhưng ít sáng kiến. Thường chỉ giao tiếp với người khác khi những người này chủ động trước.
4	Trung bình	Tham gia thụ động với các hoạt động xã hội nhưng không thích thú hoặc máy móc, có xu hướng rút lui trở lại tình trạng cũ.
5	Trung bình nặng	Tham gia một cách thụ động vào chỉ một số ít các hoạt động, không có hứng thú hoặc sáng kiến, thường rất ít giao du với mọi người.
6	Nặng	Có xu hướng vô cảm và tách biệt, hiếm khi tham gia các hoạt động xã hội, thỉnh thoảng lại tỏ ra dừng dưng với mọi người, ít khi có các tiếp xúc xã hội tự phát.
7	Cực nặng	Vô cảm nặng, tách biệt khỏi xã hội, không quan tâm đến bản thân.

N5. Tư duy trừu tượng khó khăn: Gặp trở ngại trong việc sử dụng các hình thức tượng trưng, biểu tượng của tư duy thể hiện với khó khăn trong việc phân loại, tổng quát hóa, và tiến trình vượt quá tư duy cụ thể trong việc giải quyết các vấn đề.

Cơ sở để cho điểm: trả lời dựa trên các câu hỏi về sự tương đồng và giải thích các câu tục ngữ và sử dụng các hình thức cụ thể so với trừu tượng trong cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghỉ ngơi, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có khuynh hướng giải thích được nghĩa đen với những câu tục ngữ khó hơn và có thể có khó khăn khi sử dụng cá khái niệm khá trừu tượng hoặc có mối liên hệ xa xôi.
4	Trung bình	Thường sử dụng các hình thức cụ thể, gặp khó khăn với hầu hết các câu tục ngữ và một vài phạm trù. Có khuynh hướng nhầm lẫn các khía cạnh thực tiễn và những nét nổi bật.
5	Trung bình nặng	Tư duy cụ thể là chủ yếu, gặp khó khăn với hầu hết các câu tục ngữ và một vài phạm trù.
6	Nặng	Không hiểu được nghĩa trừu tượng các câu tục ngữ hoặc các diễn đạt bóng gió và có thể có phân loại dựa trên sự tương đồng đơn giản nhất. Tư duy hoặc nghèo nàn hoặc gắn chặt vào các khía

		cạnh thực tiễn hoặc những nét nổi bật, và có những diễn giải chỉ có ở riêng người bệnh
7	Cực nặng	Chỉ có thể sử dụng tư duy cụ thể, không hiểu các câu tục ngữ, các ẩn dụ thông thường hoặc so sánh thông thường và các phạm trù đơn giản. Các thuộc tính thực tiễn và nổi bật không được sử dụng làm cơ sở cho việc phân loại. Đánh giá này có thể được áp dụng cho những người bệnh không thể tiếp xúc ngay cả tối thiểu với người khám do rối loạn nhận thức rõ rệt.

N6. Mất sự tự phát và trôi chảy của lời nói: Giảm sự trôi chảy bình thường trong giao tiếp kết hợp với vô cảm, mất ý chí, thái độ tự vệ hoặc thiếu sót nhận thức, biểu hiện bởi sự giảm trôi chảy và phong phú của quá trình giao tiếp bằng lời nói.

Cơ sở để cho điểm: quá trình nhận thức ngôn ngữ được nhận thấy qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Ít gọi chuyện trong lúc tiếp xúc, các câu trả lời của người bệnh thường ngắn gọn và thiếu sinh động, cần có những câu hỏi trực tiếp hoặc hướng dẫn bởi người phỏng vấn.
4	Trung bình	Trò chuyện thiếu trôi chảy, ngập ngừng hay lưỡng lự, thường cần những câu hỏi hướng dẫn để tạo ra những câu trả lời phù hợp và tiếp tục câu chuyện.
5	Trung bình nặng	Người bệnh thiếu rõ rệt tính tự phát và cởi mở. Trả lời các câu hỏi của người phỏng vấn với chỉ 1 hoặc 2 câu ngắn.
6	Nặng	Các câu trả lời của người bệnh chỉ giới hạn trong vài từ hoặc vài cụm từ ngắn nhằm tránh né hoặc cắt ngắn sự giao tiếp. Ví dụ “Tôi không biết”, “tôi không được quyền nói”. Do đó cuộc tiếp xúc bị rối loạn nghiêm trọng và cuộc phỏng vấn hết sức nghèo nàn.
7	Cực nặng	Ngôn ngữ bị giới hạn đến mức thỉnh thoảng chỉ thốt ra vài tiếng làm cho cuộc phỏng vấn không thể tiến hành.

N7. Tư duy định hình: Giảm sự lưu loát, sự tự phát và mềm dẻo của tư duy thể hiện bằng một nội dung tư duy cứng nhắc, lặp đi lặp lại hoặc nghèo nàn.

Cơ sở để cho điểm: các quá trình nhận thức – ngôn ngữ nhận thấy qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường

3	Nhẹ	Có sự cứng nhắc trong thái độ hoặc sự tin tưởng. Người bệnh có thể từ chối, thay đổi ý kiến hoặc khó khăn khi chuyển từ một ý tưởng này sang một ý tưởng khác.
4	Trung bình	Cuộc trò chuyện chỉ quanh đi quẩn lại một đề tài đưa đến sự khó khăn để chuyển sang một chủ đề mới.
5	Trung bình nặng	Tư duy cứng nhắc và lặp đi lặp lại đến mức dù người phỏng vấn có cố gắng thì cuộc trò chuyện cũng chỉ giới hạn vào 2 hoặc 3 chủ đề chính.
6	Nặng	Sự lặp đi lặp lại không kiểm soát được các đòi hỏi, nhận định, ý tưởng hoặc các vấn đề gây ảnh hưởng nặng nề đến cuộc trò chuyện.
7	Cực nặng	Tư duy, hành vi và cuộc trò chuyện bị chi phối bởi sự lặp đi lặp lại thường xuyên bởi các định kiến hoặc một số cụm từ giới hạn dẫn đến sự cứng nhắc rõ rệt, sự không phù hợp và sự thu hẹp trong giao tiếp của người bệnh.

Thang Tâm lý bệnh chung (G)

G1. Sự quan tâm cơ thể: Các than phiền về cơ thể hoặc nghĩ đến bệnh tật hoặc rối loạn chức năng của cơ thể. Có thể đi từ một cảm giác bị bệnh mơ hồ đến một hoang tưởng về một bệnh cơ thể nặng.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy biểu hiện qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Bận tâm rõ rệt về sức khỏe hoặc cơ thể biểu hiện bởi các câu hỏi hoặc mong muốn được trấn an.
4	Trung bình	Than phiền về sức khỏe kém hoặc rối loạn chức năng của cơ thể nhưng không có hoang tưởng và sự bận tâm quá mức có thể được dịu đi bằng cách trấn an.
5	Trung bình nặng	Người biểu lộ nhiều hoặc thường xuyên các than phiền về bệnh cơ thể hoặc rối loạn chức năng cơ thể hoặc người bộc lộ 1 hoặc 2 hoang tưởng rõ rệt liên quan đến những đề tài này nhưng không bận tâm đến chúng.
6	Nặng	Người bệnh bận tâm bởi một hoặc một số hoang tưởng rõ rệt về bệnh cơ thể chi phối hoàn toàn vào các chủ đề này và tư duy có thể được chuyển hướng bằng nỗ lực của người phỏng vấn.
7	Cực nặng	Các hoang tưởng cơ thể nhiều và thường xuyên hoặc chỉ vài hoang tưởng cơ thể với tính chất nặng nề, hoàn toàn chi phối cảm xúc và

		tư duy của người bệnh.

G2. Lo âu: Kinh nghiệm chủ quan về sự căng thẳng, lo lắng, sợ hãi hoặc bất an đi từ sự bận tâm quá mức về hiện tại hoặc tương lai đến cảm giác hoảng loạn.

Cơ sở để cho điểm: lời khai qua cuộc phỏng vấn và các biểu hiện cơ thể tương ứng.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Biểu hiện sự lo lắng, quá quan tâm hoặc sự bất an chủ quan, nhưng không có các biểu hiện về cơ thể và hành vi được ghi nhận.
4	Trung bình	Người bệnh than phiền các triệu chứng rõ rệt về căng thẳng, được biểu hiện qua những triệu chứng cơ thể nhẹ như run nhẹ ở tay hoặc ra mồ hôi nhiều.
5	Trung bình nặng	Người bệnh than phiền những vấn đề nghiêm trọng về lo âu gây ra những biểu hiện cơ thể hoặc hành vi rõ rệt như căng thẳng rõ nét, tập trung kém, hồi hộp hoặc rối loạn giấc ngủ.
6	Nặng	Người bệnh hầu như luôn cảm thấy sợ hãi với các ám ảnh sợ, bất an rõ rệt hoặc các biểu hiện cơ thể đa dạng,
7	Cực nặng	Cuộc sống người bệnh bị ảnh hưởng nghiêm trọng vì lo âu, hiện diện gần như thường xuyên và đôi khi đạt đến mức độ hoảng loạn hoặc biểu hiện thành các cơn hoảng loạn thật sự.

G3. Cảm giác tội lỗi: Cảm giác ăn năn hoặc tự trách mình về các hành vi sai trái có thật hoặc do tưởng tượng trong quá khứ.

Cơ sở để cho điểm: than phiền các cảm giác tội lỗi trong lúc phỏng vấn và ảnh hưởng đến thái độ và tư duy của người bệnh.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Qua thăm khám phát hiện một cảm giác mơ hồ về tội lỗi hoặc tự trách mình về những sự việc nhỏ nhặt nhưng người bệnh rõ ràng không quá bận tâm.
4	Trung bình	Người bệnh biểu lộ sự bận tâm rõ rệt trách nhiệm của mình về một sự việc có thật trong đời sống nhưng không bận tâm đến nó và thái độ cùng hành vi không bị ảnh hưởng.
5	Trung bình nặng	Người bệnh biểu hiện một cảm giác tội lỗi rõ rệt kèm theo với sự tự đánh giá thấp bản thân hoặc nghĩ rằng mình đáng bị trừng phạt. Cảm giác tội lỗi có nguồn gốc từ các hoang tưởng có thể có tính chất tự phát,

		có thể là nguồn gốc của sự bận tâm và/hoặc khí sắc trầm cảm và không thể làm dịu một cách dễ dàng bởi người phỏng vấn.
6	Nặng	Các ý tưởng tội lỗi nặng nề, có tính chất hoang tưởng và đưa đến thái độ tuyệt vọng hoặc cảm thấy mình vô giá trị. Người bệnh tin rằng mình nên bị trừng phạt nặng nề do các hành động sai lầm và nghĩ rằng tình trạng sống hiện nay của mình như là một hình phạt.
7	Cực nặng	Cuộc sống người bệnh bị chi phối bởi các hoang tưởng tội lỗi bền vững mà người bệnh cảm thấy đáng bị trừng phạt nặng nề như tù chung thân, tra tấn hoặc tử hình. Có thể kèm theo các ý tưởng tự sát hoặc nghĩ rằng những khó khăn của người khác là do hành vi sai lầm của mình trong quá khứ gây ra.

G4. Căng thẳng: Có các biểu hiện cơ thể rõ rệt của sự sợ hãi, lo âu và bất an như cứng cơ, run, vã mồ hôi và bất an.

Cơ sở để cho điểm: xác nhận sự lo âu qua lời khai và mức độ các biểu hiện cơ thể của căng thẳng được ghi nhận trong lúc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Tư thế và các cử động cho thấy sự lo sợ ở mức độ nhẹ như gồng cứng nhẹ, thỉnh thoảng thấy bất an, hay thay đổi vị thế hoặc run tay nhanh và nhẹ.
4	Trung bình	Có sự căng thẳng rõ rệt với các biểu hiện khác nhau như hành vi bất an, run tay rõ, ra mồ hôi nhiều, hoặc điệu bộ nóng nảy.
5	Trung bình nặng	Sự căng thẳng rõ rệt được nhận thấy qua nhiều biểu hiện như: run rẩy, đổ mồ hôi nhiều, và bất an nhưng thái độ cư xử trong lúc phỏng vấn không bị ảnh hưởng đáng kể.
6	Nặng	Căng thẳng rõ rệt đến mức sự giao tiếp với mọi người bị gián đoạn. Ví dụ như người bệnh thường xuyên bất an, không thể ngồi yên trong một thời gian lâu hoặc thở nhanh.
7	Cực nặng	Căng thẳng rõ rệt biểu hiện bởi các dấu chứng của hoảng loạn hoặc gia tăng vận động nhiều như đi tới đi lui nhanh và bất an, không thể ngồi yên quá 1 phút làm cho cuộc trò chuyện không thể duy trì được.

G5. Điệu bộ và tư thế: Các cử động hoặc tư thế không tự nhiên đặc trưng bởi vẻ ngoài vụng về, cứng nhắc, lộn xộn hoặc kỳ quái.

Cơ sở để cho điểm: quan sát các biểu hiện của cơ thể trong lúc phỏng vấn cũng như lời khai của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Các cử động hơi vụng về hoặc tư thế hơi cứng nhắc.
4	Trung bình	Các cử động vụng về hoặc không liên quan một cách rõ rệt hoặc một tư thế không tự nhiên được duy trì trong những khoảng thời gian ngắn.
5	Trung bình nặng	Các nghi thức kỳ cục hoặc tư thế vụng về đôi lúc được nhận thấy hoặc một tư thế bất thường được duy trì trong những khoảng thời gian dài.
6	Nặng	Thường xuyên lặp đi lặp lại các nghi thức, điệu bộ kỳ lạ hoặc các cử động định hình hoặc một tư thế vụng về được duy trì trong những khoảng thời gian dài.
7	Cực nặng	Hoạt động bị ảnh hưởng nghiêm trọng do các cử động có tính cách nghi thức, kiểu cách hoặc định hình xảy ra thường xuyên hoặc bởi một tư thế cố định không tự nhiên được duy trì trong hầu hết thời gian.

G6. Trầm cảm: Cảm giác buồn bã, chán nản, vô dụng và bi quan.

Cơ sở để cho điểm: lời khai về khí sắc trầm cảm trong quá trình phỏng vấn và ảnh hưởng nhận thấy được của nó trên thái độ và hành vi quá báo cáo bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người nhà.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Chỉ biểu lộ một sự buồn bã hoặc chán nản khi được hỏi đến nhưng không có bằng chứng về trầm cảm trong thái độ hoặc hành vi nói chung.
4	Trung bình	Cảm giác buồn bã hoặc tuyệt vọng rõ rệt do người bệnh tự nói ra, nhưng khí sắc trầm cảm không ảnh hưởng nhiều trên hành vi, hoạt động xã hội và người bệnh thường có thể trở lại vui vẻ được.
5	Trung bình nặng	Khí sắc trầm cảm rõ ràng kết hợp với sự buồn bã rõ nét, bi quan, mất sự hứng thú với xã hội, chậm chạp tâm thần vận động và có ảnh hưởng đến sự ngon miệng cùng giấc ngủ. Người bệnh khó mà

		vui lên được.
6	Nặng	Khí sắc trầm cảm rõ rệt kết hợp với cảm giác thường xuyên về sự bất hạnh, thỉnh thoảng hay khóc, tuyệt vọng và cảm thấy mình vô giá trị. Ngoài ra có sự ảnh hưởng rõ rệt trong sự ngon miệng và/hoặc giấc ngủ cũng như trong chức năng các vận động và xã hội bình thường với các triệu chứng thiếu chăm sóc bản thân có thể có.
7	Cực nặng	Các cảm giác trầm cảm ảnh hưởng nghiêm trọng đến hầu hết các chức năng chính. Các biểu hiện bao gồm thường xuyên khóc lóc, các triệu chứng cơ thể rõ rệt, tập trung kém, chậm chạp tâm thần vận động, không quan tâm đến xã hội, thiếu chăm sóc bản thân, có thể có các hoang tưởng trầm cảm hoặc hoang tưởng hư vô, và/hoặc có thể có các ý tưởng hoặc hành vi tự sát.

G7. Vận động chậm chạp: Giảm hoạt động vận động thể hiện bằng sự chậm chạp hoặc giảm thiểu các cử động và ngôn ngữ, giảm đáp ứng với các kích thích và giảm trương lực cơ thể.

Cơ sở để cho điểm: các biểu hiện trong quá trình phỏng vấn cũng như lời khai của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự giảm sút nhẹ nhưng nhận thấy được các cử động và ngôn ngữ. Người bệnh có thể hơi nghèo nàn trong giao tiếp và cử chỉ.
4	Trung bình	Các cử động của người bệnh bị chậm chạp rõ rệt và ngôn ngữ nghèo nàn bao gồm trả lời chậm, các khoảng ngừng kéo dài hoặc đi đứng chậm chạp.
5	Trung bình nặng	Giảm rõ rệt hoạt động vận động làm cho sự giao tiếp hết sức nghèo nàn hoặc giới hạn hoạt động trong các tình huống xã hội và nghề nghiệp. Người bệnh thường ngồi một chỗ hoặc nằm dài.
6	Nặng	Các cử động hết sức chậm chạp làm cho hoạt động và ngôn ngữ giảm còn đến mức tối thiểu. Người bệnh suốt ngày chỉ ngồi một chỗ hoặc nằm dài.
7	Cực nặng	Người bệnh hầu như hoàn toàn bất động và không đáp ứng với các kích thích bên ngoài.

G8. Không hợp tác: Chủ động từ chối việc tuân thủ quy định của những người có trách nhiệm bao gồm người phỏng vấn, nhân viên bệnh viện hoặc gia đình có thể kết hợp với sự

ngờ vực, thái độ tự vệ, ngoan cố, phủ định, không chấp nhận quyền lực của người khác, thù nghịch hoặc chống đối.

Cơ sở để cho điểm: hành vi giao tiếp với người khác nhận thấy trong quá trình phỏng vấn cũng như lời khai của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Tuân thủ với thái độ bất mãn, không kiên nhẫn hoặc mĩa mai. Người bệnh có thể phản đối một cách chiếu lệ với sự khám xét rất nhạy cảm trong lúc phỏng vấn.
4	Trung bình	Thỉnh thoảng từ chối thẳng thừng việc tuân thủ những yêu cầu thông thường của tập thể như thu xếp giường của mình, tham dự các chương trình đã lên lịch sẵn... Người bệnh có thể tỏ ra một thái độ gây hấn, tự vệ hoặc phủ định nhưng thường vẫn có thể làm việc với họ.
5	Trung bình nặng	Người bệnh thường không tuân thủ theo những yêu cầu thông thường của người chung quanh, và có thể bị người khác xem là “người bị ruồng bỏ” hoặc “có vấn đề nghiêm trọng về thái độ”. Sự không hợp tác được phản ánh qua thái độ tự vệ rõ rệt hoặc bức tức với người phỏng vấn và có thể không muốn trả lời các câu hỏi.
6	Nặng	Người bệnh không hợp tác cao độ, phủ định và cũng có thể gây gổ. Từ chối tuân thủ với hầu hết các yêu cầu của xã hội và có thể không muốn bắt đầu hoặc hoàn tất cuộc phỏng vấn.
7	Cực nặng	Sự chống đối tích cực gây ảnh hưởng nghiêm trọng trên tất cả các lĩnh vực hoạt động chính. Người bệnh có thể từ chối tham gia các hoạt động xã hội, từ chối chăm sóc vệ sinh cá nhân, từ chối nói chuyện với gia đình hay nhân viên bệnh viện và từ chối tham gia ngay cả trong thời gian ngắn vào cuộc phỏng vấn.

G9. Nội dung tư duy khác thường: Tư duy được biểu hiện bằng các ý nghĩ kỳ lạ, ly kỳ hoặc kỳ quái, đi từ những ý nghĩ xa vời hoặc không diễn hình đến những ý nghĩ lệch lạc, không logic và vô lý rõ rệt.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy biểu hiện trong quá trình phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường

3	Nhẹ	Nội dung tư duy hơi kỳ lạ hoặc có tính cách riêng hoặc những ý thông thường được lồng ghép vào trong một bối cảnh kỳ quái.
4	Trung bình	Các ý nghĩ thường bị lệch lạc và đôi khi có vẻ kỳ quái.
5	Trung bình nặng	Người bệnh diễn đạt nhiều ý tưởng kỳ lạ là ly kỳ, ví dụ nói mình là con nuôi của nhà vua, hoặc một số ý nghĩ có tính cách vô lý rõ rệt, ví dụ nói mình có hàng trăm con, nhận tín hiệu vô tuyến ngoài vũ trụ qua chỗ trám răng...
6	Nặng	Người bệnh biểu lộ nhiều ý nghĩ không logic hoặc vô lý hoặc một số ý nghĩ có tính chất kỳ quái rõ rệt, ví dụ nói mình có 3 đầu, mình đến từ hành tinh khác...
7	Cực nặng	Tư duy đầy những ý nghĩ vô lý, kỳ quái và quái đản.

G10. Rối loạn định hướng lực: Không nhận biết mối liên hệ của mình với môi trường xung quanh, bao gồm người, không gian và thời gian có thể do lú lẫn hoặc thu rút.

Cơ sở để cho điểm: các trả lời với những câu hỏi phỏng vấn về định hướng lực.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Định hướng lực chung là phù hợp nhưng có khó khăn với một số chi tiết. Ví dụ người bệnh biết mình đang ở đâu nhưng không biết địa chỉ, biết tên nhân viên bệnh viện nhưng không biết vai trò của họ, biết tháng nhưng không biết ngày thứ mấy trong tuần hay nhầm sang ngày kế hoặc nhầm ngày tháng đến hơn 2 ngày. Có thể có sự thu hẹp về quan tâm thể hiện bằng sự quen thuộc với môi trường gần mà không để ý đến môi trường bên ngoài như có thể nhận biết các nhân viên trong khoa nhưng không biết đến ông thị trưởng, thống đốc hoặc tổng thống.
4	Trung bình	Chỉ nhận biết một phần về người, không gian và thời gian. Ví dụ người bệnh biết mình đang ở trong bệnh viện nhưng không biết tên bệnh viện, biết tên thành phố của mình nhưng không biết tên quận, biết tên bác sỹ điều trị nhưng không biết các nhân viên chăm sóc trực tiếp của mình, biết năm và mùa nhưng không chắc tháng nào.
5	Trung bình nặng	Thất bại đáng kể trong nhận biết người, không gian và thời gian. Người bệnh chỉ có một ý niệm mơ hồ về nơi mình đang ở và đường

		như xa lạ với hầu hết những người xung quanh. Người bệnh có thể biết năm chính xác hoặc gần như chính xác nhưng không biết tháng ngày trong tuần và ngay cả mùa.
6	Nặng	Thất bại rõ rệt trong việc nhận biết người, không gian và thời gian. Ví dụ người bệnh không biết gì về chỗ mình đang ở, lẫn lộn ngày tháng năm đến hơn 1 năm, chỉ biết tên 1 hoặc 2 người trong cuộc sống hiện nay của mình.
7	Cực nặng	Người bệnh hoàn toàn mất định hướng về người, thời gian và không gian. Có sự lú lẫn rõ rệt hoặc hoàn toàn không biết về chỗ mình đang ở, năm hiện nay, và ngay cả những người quen thuộc nhất như cha mẹ, vợ chồng, bạn bè và bác sỹ điều trị.

G11. Chú ý kém: Giảm tập trung, cảnh giác biểu hiện qua việc tập trung kém, dễ bị lôi cuốn bởi những kích thích từ bên trong và bên ngoài và gặp khó khăn trong việc theo đuổi, duy trì hoặc chuyển mục tiêu chú ý sang các kích thích mới.

Cơ sở để cho điểm: các biểu hiện trong quá trình tiếp xúc.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Sự tập trung bị hạn chế biểu hiện qua việc thỉnh thoảng dễ bị phân trí hoặc suy giảm chú ý về cuối cuộc phỏng vấn.
4	Trung bình	Sự giao tiếp bị ảnh hưởng so xu hướng dễ bị phân trí, khó khăn trong việc duy trì chú ý vào một chủ đề nào đó, hoặc gặp trở ngại khi chuyển chú ý sang những chủ đề mới.
5	Trung bình nặng	Sự giao tiếp bị trở ngại nghiêm trọng do chú ý kém, dễ phân trí và khó khăn trong việc chuyển mục tiêu chú ý một cách phù hợp.
6	Nặng	Sự chú ý của người bệnh chỉ được duy trì trong những khoảng thời gian ngắn hoặc phải hết sức cố gắng do rất dễ bị lôi cuốn bởi những kích thích từ bên trong và bên ngoài.
7	Cực nặng	Chú ý bị gián đoạn đến mức ngay cả một sự giao tiếp ngắn cũng không thực hiện được.

G12. Mất khả năng phán đoán và tự nhận thức: Sự nhận thức hoặc hiểu biết về tình trạng tâm thần hoặc hoàn cảnh sống của chính mình bị giảm sút. Biểu hiện bằng sự giảm nhận thức về bệnh tâm thần hoặc các triệu chứng tâm thần trước kia và hiện nay, từ chối nhập viện hoặc điều trị về tâm thần. Các quyết định này có đặc điểm là do

không lường được các hậu quả và do các kế hoạch ngắn hạn và dài hạn có tính chất phi thực tế.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy biểu hiện qua cuộc phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Nhận biết mình có một rối loạn tâm thần nhưng rõ ràng xem nhẹ mức độ trầm trọng của bệnh, sự cần thiết của việc điều trị hoặc tầm quan trọng của việc tiến hành các biện pháp để tránh tái phát. Nhận thức kém trọng việc đặt kế hoạch cho tương lai.
4	Trung bình	Người bệnh chỉ có nhận thức mơ hồ hoặc nông cạn về bệnh. Có thể có sự dao động trong việc thừa nhận là mình bị bệnh hoặc có nhận ít ỏi về các triệu chứng chính đang hiện diện như hoang tưởng, tư duy vô tổ chức, đa nghi và thu rút xã hội. Người bệnh có thể cho rằng mình cần phải điều trị là nhằm làm giảm các triệu chứng nhẹ hơn như lo âu, căng thẳng và khó ngủ.
5	Trung bình nặng	Người bệnh thừa nhận trước khi mình bị rối loạn tâm thần nhưng hiện nay thì không. Nếu được hỏi người bệnh có thể thừa nhận sự hiện diện của một số triệu chứng không liên quan hoặc không quan trọng, những triệu chứng này có khuynh hướng được lý giải là do sự giải thích sai lệch hoặc do ý nghĩ hoang tưởng. Tương tự, người bệnh cũng không nhận thức được nhu cầu điều trị tâm thần.
6	Nặng	Người bệnh phủ nhận việc mình từng bị rối loạn tâm thần. Người bệnh phủ nhận sự hiện diện của các triệu chứng tâm thần trong quá khứ hoặc hiện tại và mặc dù có thái độ tuân thủ vẫn phủ nhận nhu cầu cần được điều trị và nhập viện.
7	Cực nặng	Cương quyết phủ nhận bệnh tâm thần trong quá khứ cũng như hiện tại. Việc nhập viện và điều trị hiện nay được giải thích có tính chất hoang tưởng, ví dụ cho rằng đó là sự trừng phạt do các hành động xấu xa của mình, đó là sự ám hại của những người muốn gây đau khổ cho mình. Người bệnh có thể từ chối hợp tác với người điều trị, thuốc men và các phương pháp điều trị khác.

G13. Rối loạn ý chí: Rối loạn sự khởi đầu có ý chí, sự duy trì và kiểm soát các ý nghĩ, hành vi, cử động và ngôn ngữ của mình.

Cơ sở để cho điểm: nội dung tư duy và hành vi được biểu hiện trong quá trình phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn

1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Có biểu hiện của sự thiếu quyết đoán trong giao tiếp và suy nghĩ, có thể làm cản trở các quá trình ngôn ngữ và nhận thức ở mức độ nhẹ.
4	Trung bình	Người bệnh thường thể hiện tính 2 chiều và có khó khăn rõ rệt để đi đến các quyết định. Sự giao tiếp có thể bị trở ngại do suy nghĩ không nhất quán và hậu quả là các hoạt động ngôn ngữ và nhận thức cũng bị ảnh hưởng rõ rệt.
5	Trung bình nặng	Rối loạn ý chí ảnh hưởng đến tư duy cũng như hành vi. Người bệnh có sự thiếu quyết đoán rõ rệt làm trở ngại sự khởi đầu và tiếp tục các hoạt động xã hội và vận động, điều này cũng được thể hiện qua lời nói ngập ngừng.
6	Nặng	Rối loạn ý chí ảnh hưởng đến việc thực hiện các chức năng vận động đơn giản, tự động như mặc quần áo và chăm chút bề ngoài, và ảnh hưởng rõ rệt đến lời nói.
7	Cực nặng	Hầu như hoàn toàn mất ý chí biểu hiện bởi sự ức chế rõ rệt của cử động và lời nói, đưa đến sự bất động và/hoặc không nói.

G14. Khó kiểm soát xung động: Rối loạn trong việc điều chỉnh và kiểm soát các xung động nội tâm đưa đến các cơn bùng nổ về sự căng thẳng và cảm xúc đột ngột, không phù hợp, thất thường, hay lệch lạc mà không quan tâm đến hậu quả.

Cơ sở để cho điểm: hành vi trong quá trình tiếp xúc, hành vi được kể lại bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Người bệnh có khuynh hướng nổi giận và thất vọng một cách dễ dàng khi gặp sang chấn hoặc sự không hài lòng nhưng hiếm khi có hành động xung động.
4	Trung bình	Người bệnh giận dữ và chửi bới khi gặp một sự khiêu khích tối thiểu, đôi khi có thể đe dọa, phá phách hoặc có 1 hoặc 2 cơn xô xát hoặc cãi vã hoặc đánh nhau ở mức độ nhẹ.
5	Trung bình nặng	Người bệnh có những cơn xung động lặp đi lặp lại như chửi bới, đập phá đồ đạc hoặc đe dọa đánh nhau. Có thể có 1 hoặc 2 cơn tấn công người khác nghiêm trọng đòi hỏi phải cách ly, cố định người bệnh hoặc phải dùng đến các thuốc.
6	Nặng	Người bệnh thường xuyên gây hấn, đe dọa, đòi hỏi và phá phách

		một cách xung động mà không cần nghĩ đến hậu quả. Có hành vi tấn công người khác và cũng có thể xâm phạm về tình dục và có thể những hành vi này là do sự chi phối của ảo thanh.
7	Cực nặng	Người bệnh có những cơn tấn công giết người, tấn công về tình dục, hành vi hung bạo lặp đi lặp lại hoặc hành vi tự hủy hoại mình. Luôn luôn cần đến sự giám sát trực tiếp hoặc cố định vì không có khả năng kiểm soát các xung động nguy hiểm.

G15. Bận tâm: Bị thu hút bởi các ý nghĩ và cảm giác bắt nguồn từ nội tâm và với các kinh nghiệm tự kỷ đến mức làm phương hại đến sự định hướng về thực tại và hành vi thích ứng.

Cơ sở để cho điểm: hành vi giao tiếp được nhận thấy qua quá trình phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Quan tâm quá mức vào những nhu cầu hoặc vấn đề của bản thân như cuộc trò chuyện được chuyển hướng trở lại vào những chủ đề tự kỷ trung tâm và giảm sự quan tâm đến người khác.
4	Trung bình	Người bệnh đôi khi dường như bị thu hút vào những ý nghĩ của chính mình, giống như đang mơ màng hoặc bận tâm với những kinh nghiệm nội tâm gây ảnh hưởng đến sự giao tiếp ở mức độ nhẹ.
5	Trung bình nặng	Người bệnh thường có vẻ bị thu hút vào các kinh nghiệm tự kỷ biểu hiện bởi những hành vi xâm nhập rõ rệt trên các chức năng xã hội và giao tiếp như nhìn bất động vào khoảng không, nói lảm bảm hoặc nói một mình, hoặc có những kiểu vận động định hình.
6	Nặng	Người bệnh bận tâm rõ rệt với các kinh nghiệm tự kỷ, làm giới hạn nghiêm trọng sự tập trung, khả năng trò chuyện và định hướng với môi trường. Người bệnh thường mỉm cười, nói lảm bảm, nói hoặc la hét một mình.
7	Cực nặng	Sự thu hút nặng nề vào các kinh nghiệm tự kỷ, ảnh hưởng nghiêm trọng đến mọi lĩnh vực chủ yếu của hành vi. Người bệnh thường xuyên có thể đáp ứng bằng ngôn ngữ và hành vi với các ảo giác và tỏ ra ít nhận biết về những người hoặc môi trường bên ngoài.

G16. Tránh né xã hội tích cực: Giảm quan hệ xã hội kết hợp với sự sợ hãi, thù hằn hoặc ngờ vực vô cớ.

Cơ sở để cho điểm: qua lời khai về hoạt động xã hội của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Người bệnh dường như không thoải mái khi có sự hiện diện của người khác và thích ở một mình, mặc dù người bệnh tham gia các sinh hoạt xã hội khi được yêu cầu.
4	Trung bình	Người bệnh tham gia tất cả hoặc hầu hết các hoạt động xã hội một cách miễn cưỡng nhưng có thể cần được thuyết phục hoặc có thể kết thúc sớm vì lý do lo âu, nghi ngờ hoặc thù hận.
5	Trung bình nặng	Người bệnh tránh xa các quan hệ xã hội một cách sợ hãi hoặc giận dữ hoặc dù có sự nỗ lực của những người khác để hội nhập, người bệnh có khuynh hướng trải qua thời gian nhàn rỗi một mình.
6	Nặng	Người bệnh tham dự rất ít vào các hoạt động xã hội do sợ hãi, thù hận hoặc ngờ vực. Khi được tiếp cận, người bệnh biểu lộ một khuynh hướng mạnh mẽ muốn cắt đứt các quan hệ và thường người bệnh dường như muốn tự cô lập mình khỏi người khác.
7	Cực nặng	Không thể đưa người bệnh hội nhập vào các hoạt động xã hội do quá sợ hãi, thù hận hoặc các hoang tưởng bị hại. Trong chừng mực có thể được, người bệnh tránh né tất cả mọi giao tiếp và tiếp tục tự cô lập với mọi người.

Các đề mục bổ sung cho Profile Nguy cơ gây hấn (S)

S1. Giận dữ: Trạng thái chủ quan không hài lòng và bức tức đối với người khác.

Cơ sở để cho điểm: lời khai của người bệnh về các cảm xúc giận dữ trong quá trình phỏng vấn và các hành vi thù hận tương ứng được nhận thấy trong lúc phỏng vấn hoặc được ghi nhận qua báo cáo của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghi ngờ, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Biểu hiện sự bức tức hoặc cảm xúc khó chịu đối với người khác nhưng không có dấu chứng về cảm xúc hoặc hành vi của sự giận dữ.
4	Trung bình	Biểu hiện một thái độ giận dữ rõ rệt nhưng vẫn còn kiểm soát được.
5	Trung bình nặng	Người bệnh có vẻ hết sức bức tức và sự giận dữ được trút ra qua việc thường xuyên lớn tiếng, thỉnh thoảng chửi bới hoặc những đe dọa úp mở.

6	Nặng	Người bệnh hết sức bức tức và sự giận dữ được trút ra qua việc chửi bới lặp đi lặp lại, đe dọa công khai hoặc phá hoại.
7	Cực nặng	Một mức độ giận dữ bùng nổ biểu hiện qua việc nhắm vào hoặc mưu toan tấn công người khác.

S2. Bức tức khi sự thỏa mãn các đòi hỏi bị chậm trễ: Đòi hỏi, yêu sách, các nhu cầu phải được thỏa mãn ngay lập tức và khó chịu rõ rệt khi sự đáp ứng các nhu cầu hoặc nguyện vọng bị chậm trễ.

Cơ sở để cho điểm: quan sát hành vi trong quá trình phỏng vấn cũng như báo cáo của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghỉ ngơi, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường
3	Nhẹ	Người bệnh đôi khi đòi hỏi và thiếu kiên nhẫn những điều đi nhanh chóng khi được trò chuyện.
4	Trung bình	Hành vi đòi hỏi xuất hiện nhiều hơn hoặc có tính chất yêu sách làm người bệnh trở thành một người “hay quấy rầy”. Tuy nhiên thường không kèm theo các cơn bùng nổ gây hấn và người bệnh có thể thường được xử trí không mấy khó khăn.
5	Trung bình nặng	Hành vi đòi hỏi vừa thường xuyên vừa dai dẳng, đôi khi đưa đến sự đối đầu với những người bệnh khác, với nhân viên bệnh viện hoặc gia đình. Tuy nhiên, thường thì người bệnh có thể lấy lại được sự kiểm soát mà không có sự việc gì nghiêm trọng xảy ra.
6	Nặng	Người bệnh trở nên hết sức bức tức khi các yêu cầu hoặc đòi hỏi không được đáp ứng ngay lập tức. Hành vi bùng nổ hoặc hung dữ có thể tiếp theo sau đó 1 hoặc 2 lần và sự mất kiểm soát là một khả năng luôn luôn có thể xảy ra.
7	Cực nặng	Các đòi hỏi và yêu cầu của người bệnh nếu không được thỏa mãn ngay lập tức sẽ gây ra hành vi bùng nổ, hung dữ hoặc xung động. Luôn luôn cần đến sự giám sát chặt chẽ.

S3. Cảm xúc không ổn định: Các biểu hiện cảm xúc không ổn định, dao động, không phù hợp và khó kiểm soát.

Cơ sở để cho điểm: trạng thái cảm xúc được nhận thấy trong quá trình phỏng vấn.

Stt	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tối thiểu	Nghỉ ngơi, có lẽ ở cực trên của giới hạn bình thường

3	Nhẹ	Một số đáp ứng cảm xúc không phù hợp được nhận thấy hoặc một vài biến đổi về trương lực cảm xúc không giải thích được có thể xảy ra.
4	Trung bình	Cảm xúc thường không phù hợp với tư duy, ví dụ rồ dại, giận dữ hoặc lo lắng, và có nhiều thay đổi cơ bản của trương lực cảm xúc trong quá trình phỏng vấn.
5	Trung bình nặng	Các biểu hiện cảm xúc hết sức không ổn định và đôi khi dường như vượt quá sự kiểm soát của người bệnh. Cảm xúc có thể biến đổi đột ngột đến các cực điểm và thường khó điều chỉnh.
6	Nặng	Cảm xúc dường như không được kiểm soát trong suốt cuộc phỏng vấn và có thể chi phối bởi các kích thích tự kỷ hoặc không liên quan. Tình trạng cảm xúc có tính chất thay đổi nhanh chóng với các biến đổi kỳ lạ và đa dạng. Các cơn cảm xúc sơ đẳng như các biểu hiện say đắm hoặc giận dữ có thể gặp.
7	Cực nặng	Người bệnh dường như không còn kiểm soát được tình trạng cảm xúc của mình. Cảm xúc dao động tự do khi đáp ứng với các sự việc không phù hợp từ bên ngoài hoặc bên trong. Các tình trạng cảm xúc cực điểm như kích động hoặc giận dữ đôi khi nổi bật.

Hướng dẫn tính điểm:

- Cộng điểm các thang hội chứng.
- Điểm thang Kết hợp được tính bằng điểm thang Dương tính trừ điểm thang Âm tính.
- Đối chiếu điểm số các thang lên thang đo phần trăm.

Đánh giá mức độ:

PANSS	%	Dương tính	Âm tính	Kết hợp	Tâm lý bệnh chung
Trên trung bình rất nhiều	≥ 70				
Trên trung bình nhiều	66-69				
Trên trung bình	61-65				
Hơi trên trung bình	56-60				
Trung bình	45-55				
Hơi dưới trung bình	40-44				
Dưới trung bình	35-39				
Dưới trung bình nhiều	30-34				

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH

- 30. Thang đánh giá nhân cách (MMPI)
- 31. Bảng nghiệm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)
- 32. Thang đánh giá nhân cách Rorschach
- 33. Thang đánh giá nhân cách (CAT)
- 34. Thang đánh giá nhân cách (TAT)
- 35. Thang đánh giá nhân cách catell

30. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH (MMPI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá nhân cách Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI) là một trắc nghiệm đánh giá nhân cách rất phổ biến trên thế giới, được Starke R. Hathaway và J.C. McKinley xây dựng từ những năm 1939 tại trường Đại học Minnesota (Mỹ), được xuất bản lần đầu năm 1943. MMPI được thiết kế như là một thước đo tâm lý và cấu trúc nhân cách của người lớn và là một công cụ hữu hiệu để giúp chẩn đoán các rối loạn về sức khỏe tâm thần. Phiên bản đầu tiên gồm 567 câu, phiên bản rút gọn được nghiên cứu và sửa đổi năm 1989 giúp giảm bớt số lượng câu hỏi xuống 368 câu mà không làm thay đổi cấu trúc và ảnh hưởng đến hiệu quả của trắc nghiệm.

MMPI đánh giá các vấn đề nhân cách của người bệnh thông qua 10 thang lâm sàng gồm: thang Nghi bệnh, thang Trầm cảm, thang Phân ly, thang Biến đổi nhân cách, thang Bệnh lý giới tính, thang Hoang tưởng, thang Suy nhược tâm thần; thang Tâm thần phân liệt, thang Hưng cảm và thang Hướng nội xã hội. Ngoài ra MMPI còn có 3 thang hiệu lực gồm: Thang chân thật, Thang tin cậy và Thang điều chỉnh để cung cấp thêm thông tin cho nhà lâm sàng và để hiệu chỉnh các thang lâm sàng chính.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh từ 13 tuổi trở lên được chỉ định đánh giá khuynh hướng nhân cách.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mất trí, chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.

Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính có thể trì hoãn và thực hiện lại khi bệnh nhân ổn định hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý/ bác sĩ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 90 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 30 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 120 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule(Minnesota): I. Construction of the schedule. Journal of Psychology, 10, 249-254.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
3. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH (MMPI)

Đọc kỹ các câu dưới đây. Trả lời bằng cách đánh dấu “X” vào ô “Đúng” hoặc “Không đúng”. Không bỏ sót đề mục nào!

<i>Stt</i>	<i>Nội dung câu hỏi</i>	<i>Đúng</i>	<i>Không đúng</i>
1	Tôi yêu các tạp chí kỹ thuật		
2	Tôi ăn ngon miệng		
3	Tôi ngủ dậy luôn luôn khoan khoái		
4	Tôi nghĩ là tôi rất thích công việc của người cán bộ thư viện		
5	Tiếng động làm tôi dễ thức giấc		
6	Tôi thích đọc mục tội phạm trong các tờ báo		
7	Thường thường hai bàn tay, hai bàn chân tôi tương đối ấm		
8	Cuộc sống hiện nay của tôi đầy những thú vị		
9	Hiện nay tôi cũng có khả năng làm việc như trước đây		
10	Nhiều khi tôi cảm thấy có hòn vướng ở cổ họng		
11	Người ta phải cố gắng tìm hiểu các giấc mơ của mình và phải coi chúng là một điều chỉ dẫn hoặc báo trước		
12	Tôi thích những chuyện trinh thám huyền bí		
13	Tôi làm việc trong trạng thái rất căng thẳng		
14	Đôi lúc tôi nghĩ đến những điều quá xấu xa không thể nói ra được		
15	Tôi tin rằng tôi chắc chắn thoát ra khỏi những khó khăn trong cuộc sống		
16	Bố tôi là người trung hậu		
17	Hiếm khi tôi bị táo bón		
18	Khi tôi nhận một việc làm mới tôi thích được biết rõ người quan trọng có lợi cho công việc của tôi		
19	Đời sống tình dục của tôi được thỏa mãn		
20	Đã có nhiều lúc tôi rất muốn bỏ nhà ra đi		
21	Đôi lúc tôi có các cơn cười hoặc cơn khóc mà tôi không thể làm chủ được		
22	Tôi khó chịu vì những cơn buồn nôn và nôn		
23	Hình như không ai hiểu tôi		
24	Tôi thích là ca sỹ		

25	Tôi cho rằng điều tốt nhất cho tôi là giữ im lặng khi bị lâm vào một hoàn cảnh rủi ro		
26	Đôi khi tôi bị ma quỷ nhập vào người		
27	Nếu có ai làm điều xấu cho tôi thì về nguyên tắc tôi thấy rằng phải trả thù		
28	Hàng tuần, nhiều lần tôi thấy nóng rực trong dạ dày		
29	Đôi lúc tôi thèm muốn chửi thề		
30	Tôi hay bị ác mộng		
31	Tôi không thể tập trung chú ý		
32	Tôi đã trải qua những thử nghiệm rất đặc biệt và lạ thường		
33	Thường thường tôi hay bị ho		
34	Nếu không có ai bày mưu kế chống lại tôi thì tôi đã tiến rất xa		
35	Hiếm khi tôi lo lắng đến sức khỏe tôi		
36	Tôi chưa bao giờ khó chịu vì tác phong tình dục của tôi		
37	Thuở nhỏ, đôi khi tôi đã ăn cắp vặt		
38	Đôi khi tôi thích đập phá đồ đạc		
39	Phần lớn thời gian tôi thích ngồi và mơ mộng hơn là làm bất cứ việc gì		
40	Đôi khi hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng, tôi không quan tâm đến bất cứ việc gì vì tôi không quan tâm đến bất cứ việc gì vì tôi không thể trấn tĩnh được (không làm chủ được)		
41	Gia đình tôi không ưa công việc mà tôi đã chọn (hoặc nghề mà tôi định chọn)		
42	Tôi ngủ không yên và hay thức giấc		
43	Thường thường toàn bộ đầu tôi làm tôi khó chịu		
44	Tôi không luôn luôn nói sự thật		
45	Năng lực phán đoán của tôi tốt hơn bao giờ hết		
46	Hàng tuần, một lần hay nhiều lần tôi cảm thấy người nóng lên không có lý do rõ ràng		
47	Ở chỗ đông người tôi khó chịu vì nghe những điều lạ thường		
48	Sẽ tốt hơn rất nhiều nếu bỏ đi hầu hết các luật lệ		
49	Linh hồn tôi đôi lúc rời khỏi thể xác tôi		
50	Sức khỏe của tôi cũng tốt như đa số các bạn của tôi		
51	Tôi thích lờ đi các bạn học hoặc người quen cũ mà từ lâu tôi không gặp, trừ khi họ gọi và bắt chuyện trước với tôi		

52	Tôi được đa số người quen quý mến		
53	Hiếm khi tôi cảm thấy đau ở tim hay trong ngực		
54	Thuở nhỏ, tôi đã bị đuổi học một hay nhiều lần vì vô kỷ luật		
55	Tôi là người rất cởi mở		
56	Tôi hay phải nhận mệnh lệnh từ một người không biết rõ công việc như tôi		
57	Hàng ngày tôi không đọc bài xã luận trong báo		
58	Tôi đã làm hỏng cuộc đời mình		
59	Đâu đây trong cơ thể tôi thường có cảm giác nóng bỏng, kim châm, kiến bò hoặc tê cóng		
60	Đôi khi tôi quá nhấn mạnh vào một sự việc làm cho người khác sốt ruột		
61	Tôi yêu bố tôi		
62	Tôi nhìn thấy xung quanh tôi những đồ vật, thú vật và người mà những người khác không trông thấy		
63	Tôi cũng muốn sung sướng như những người khác		
64	Hiếm khi tôi đau ở gáy		
65	Tôi cho rằng nhiều người cường điệu tai họa của mình chỉ để người khác thông cảm và giúp đỡ		
66	Hàng ngày hoặc vài ngày một lần tôi thấy khó chịu ở vùng dạ dày		
67	Tôi là một nhân vật quan trọng		
68	Tôi thường mong ước được là con gái (chưa hề hối tiếc vì đã là con gái)		
69	Tôi rất hay bị sâu uất		
70	Tôi thích các tiểu thuyết tình ái		
71	Tôi yêu thơ		
72	Tình cảm tôi không dễ dàng bị xúc phạm		
73	Đôi khi tôi trêu chọc súc vật		
74	Tôi nghĩ là tôi rất yêu công việc của người gác rừng		
75	Tôi thường thua trong các cuộc tranh luận		
76	Người nào có khả năng và làm việc nghiêm túc sẽ có nhiều cơ may để thành công		
77	Hiện nay tôi dễ dàng mất hy vọng trở thành người có ích		
78	Tôi bị cuốn hút mạnh vào các đồ vật riêng như giày dép, găng tay... đến mức tôi muốn kiếm được chúng hay ăn trộm		

	chúng mặc dù tôi không cần chúng		
79	Tôi thực sự thiếu tin tưởng vào bản thân		
80	Tôi thích làm người bán hoa		
81	Thường thường tôi có cảm giác là đời đáng sống		
82	Đề thuyết phục số đông người về một sự thật ta phải tranh luận nhiều		
83	Có lần tôi đã hoãn đến ngày mai việc mà lẽ ra tôi phải làm hôm nay		
84	Tôi không bận tâm đến điều gì xảy ra cho tôi		
85	Tôi thích làm y tá		
86	Tôi tin là phần đông người ta nói dối để có lợi		
87	Tôi làm nhiều điều mà tôi hối tiếc (hình như tôi hối tiếc hơn người khác)		
88	Hầu hết các tuần tôi đi lễ nhà thờ (hoặc ngày Rằm, mùng Một tôi hay thắp hương)		
89	Tôi ít tranh cãi với những người trong gia đình tôi		
90	Đôi khi từ bên trong tôi bị thúc đẩy lảng nhục người khác hoặc bản thân		
91	Tôi tin là Đức chúa Giêsu sẽ tái sinh		
92	Tôi thích đến phòng tiếp khách hoặc cuộc họp có nhiều trò vui ồn ào		
93	Có khi tôi gặp những vấn đề có nhiều giải pháp đến nỗi cuối cùng tôi không quyết định được		
94	Tôi cho rằng phụ nữ cũng phải được tự do trong tình dục như nam giới		
95	Những cuộc đấu tranh gay go nhất là với bản thân		
96	Tôi không thấy các bắp thịt của tôi rung giật bất thường làm tôi khó chịu		
97	Tôi dường như không quan tâm đến điều xảy ra với tôi		
98	Đôi lúc khi cảm thấy không khỏe khoắn tôi bực bội cái gât		
99	Nhiều lúc tôi có cảm giác là đã làm điều gì sai trái lệch lạc		
100	Tôi cảm thấy luôn luôn hạnh phúc		
101	Thường tôi có cảm giác nặng trong đầu hoặc trong mũi		
102	Có những người tỏ ra độc đoán đến mức tôi cảm thấy có nhu cầu làm ngược lại điều họ nói, dù tôi chắc chắn là họ có lý		
103	Có những người âm mưu chống lại tôi		

104	Tôi chưa làm điều gì nguy hiểm chỉ vì hiếu kỳ hoặc để vui chơi		
105	Tôi thấy cần phải tự buộc mình tuân theo những điều tôi cho là đúng		
106	Đôi lúc tôi có cảm giác như bị một cái đai thắt chặt vào đầu		
107	Tôi tin là có kiếp sau		
108	Tôi thích hơn hết đánh cuộc trong môn chạy đua hoặc trong một trò chơi		
109	Nhiều người trở nên lương thiện vì sợ bị bắt		
110	Hồi còn đi học, đôi khi tôi phải đến gặp thầy hiệu trưởng vì hành vi xấu		
111	Cách nói của tôi lúc nào cũng vậy (không nhanh hơn, không chậm hơn, không khàn khàn, không ngập ngừng hơn)		
112	Ở nhà cách ăn uống của tôi không phải luôn luôn tốt như khi với bạn bè		
113	Tôi tin rằng người ta âm mưu chống lại tôi		
114	Tôi cho rằng tôi cũng có khả năng và khéo léo như mọi người		
115	Tôi có cảm giác bị theo dõi		
116	Phần lớn mọi người sẽ dùng những phương sách không đẹp để thắng và được lợi hơn là để mình bị thua thiệt		
117	Tôi rất hay bị rối loạn ở dạ dày		
118	Tôi thích sân khấu		
119	Tôi biết ai là người gây các khó khăn cho tôi		
120	Khi nhìn thấy máu, tôi không sợ hãi, không ốm, không ngất xỉu		
121	Đôi khi không hiểu vì sao tôi bực bội và cáu kỉnh		
122	Tôi không hề nôn hoặc ho ra máu		
123	Tôi không bận tâm về những bệnh mà tôi có thể mắc phải		
124	Tôi thích sưu tập các loại hoa hoặc trồng cây cảnh		
125	Tôi chưa hề có hành vi tình dục bất thường		
126	Đôi khi các ý nghĩ của tôi đến quá nhanh làm tôi không thể nói ra được		
127	Nếu có thể vào rạp chiếu bóng không có vé và chắc chắn không bị phát hiện thì tôi nhất định làm việc đó		
128	Tôi thường tự hỏi vì lý do che giấu gì mà người ta tử tế với tôi		
129	Tôi tin là cuộc sống gia đình tôi cũng dễ chịu như phần đông những người mà tôi quen biết		

130	Phê phán và chế giễu làm tôi bị xúc phạm dữ dội		
131	Đôi khi tôi cảm thấy phải làm hại bản thân mình hoặc ai đó		
132	Tôi thích nấu ăn		
133	Tác phong của tôi phụ thuộc rất nhiều vào các thói quen của những người thân cận		
134	Nhiều lúc tôi tự cảm thấy mình vô dụng		
135	Hồi nhỏ tôi đã theo một băng nhóm cố gắng bảo vệ cho nhau và chống lại mọi người		
136	Tôi thích là bộ đội		
137	Đôi khi tôi thích đánh nhau		
138	Đôi khi tôi thích lang thang vì cảm thấy dễ chịu		
139	Hay xảy ra thất bại đối với tôi vì tôi đã không quyết định nhanh chóng, kịp thời		
140	Tôi sốt ruột khi có người hỏi ý kiến hoặc làm gián đoạn lúc tôi đang làm một công việc quan trọng		
141	Tôi đã viết nhật ký		
142	Trong trò chơi tôi thích thắng hơn là thua		
143	Có người nào đó muốn đầu độc tôi		
144	Phần nhiều tôi ngủ không bị những suy nghĩ và những ý nghĩ quấy rầy		
145	Trong những năm gần đây sức khỏe của tôi nói chung là tốt		
146	Tôi không béo lên cũng không gầy đi		
147	Tôi đã có những thời kỳ hành động mà về sau tôi không biết là tôi đã làm gì		
148	Tôi nghĩ nhiều khi tôi đã bị phạt vô cớ		
149	Tôi dễ khóc		
150	Tôi không hiểu tốt như trước những gì tôi đọc		
151	Sức khỏe của tôi chưa bao giờ tốt hơn hiện nay		
152	Đôi lúc tôi cảm thấy rất nhạy cảm trên đỉnh đầu		
153	Tôi không thích người nào dùng cách quanh co để tỏ ý muốn làm lợi cho họ		
154	Tôi không chóng mặt		
155	Tôi thích nghiên cứu và đọc những bài báo có liên quan đến công việc của tôi		
156	Tôi thích quen biết những ông lớn bởi vì họ làm cho tôi tự cảm thấy mình là một nhân vật quan trọng		

157	Tôi sợ nhìn từ trên cao xuống		
158	Tôi không khó chịu nếu có người thân phạm pháp		
159	Trí nhớ của tôi tăng giảm thất thường		
160	Tôi không sợ phải chi tiêu nhiều tiền		
161	Tôi không khó chịu vì những gì mà người khác nghĩ về tôi		
162	Tôi chơi ngược ngạo trước một nhóm bạn bè dù mọi người đều tham gia vào đó		
163	Tôi thường phải đấu tranh bản thân để tỏ ra không rụt rè		
164	Trước kia tôi thích đi học		
165	Tôi không hề bị ngắt		
166	Hiếm khi hoặc không khi nào tôi có cơn chóng mặt		
167	Tôi không quá sợ rắn		
168	Mẹ tôi là người tốt		
169	Trí nhớ của tôi tốt		
170	Tôi bị day dứt bởi các vấn đề tình dục		
171	Tôi rất khó bắt đầu nói chuyện với mọi người khi tôi chìm đắm vào các điều hiểu biết mới		
172	Khi tôi bắt đầu chán, tôi thích bày ra trò tiêu khiển		
173	Tôi sợ bị điên		
174	Tôi chống lại nguyên tắc cho ăn mỳ tiền		
175	Tôi thường nghe những tiếng nói không rõ từ đâu tới		
176	Chắc là tôi nghe cũng tốt như đa số những người khác		
177	Thường thường tôi nhận thấy bàn tay tôi run lên khi cố gắng làm một việc gì		
178	Các bàn tay của tôi không trở nên vụng về thiếu khéo léo		
179	Tôi có thể đọc lâu không mỏi mắt		
180	Đôi lúc tôi cảm thấy yếu toàn thân		
181	Rất ít khi tôi bị đau đầu		
182	Đôi khi bị quấy rầy, tôi bắt đầu ra mồ hôi làm tôi khó chịu		
183	Tôi không có chút khó khăn nào để giữ thăng bằng khi đi lại		
184	Tôi không có cơn sốt theo mùa hoặc hen		
185	Tôi đã có những cơn không thể làm chủ cử động và lời nói của mình nhưng vẫn biết được những gì đã xảy ra xung quanh		
186	Tôi không thích tất cả mọi người mà tôi quen biết		
187	Tôi thích đến những nơi mà tôi chưa hề biết trước đây		

188	Có người nào đó muốn trấn lột tôi		
189	Ban ngày ít khi tôi buồn ngủ		
190	Người ta phải dạy cho trẻ con tất cả các điều chính của vấn đề tình dục		
191	Có những người cố ý lợi dụng những suy nghĩ và ý định của tôi		
192	Tôi cầu mong là không quá nhút nhát		
193	Tôi tin chắc tôi là một người bị lên án		
194	Nếu tôi là phóng viên thì tôi thích mục sân khấu		
195	Tôi thích là nhà báo		
196	Đôi khi tôi không thể ngăn mình ăn trộm hay ăn cắp một cái gì đó		
197	Tôi rất thích các trò chơi giải trí khác nhau		
198	Tôi thích tán tỉnh		
199	Tôi tin chắc rằng các tội lỗi của tôi là không thể tha thứ được		
200	Đối với tôi thế nào cũng được		
201	Tôi ngủ được ban ngày, ban đêm không ngủ được		
202	Các họ hàng, bạn bè tôi thường coi tôi là trẻ con hơn là người lớn		
203	Khi đi đường tôi chú ý bước đúng chỗ quy định		
204	Tôi đã không bao giờ bị dị ứng ở da, điều mà tôi đã lo lắng		
205	Tôi đã lạm dụng thức uống có chất cồn (rượu)		
206	So với các gia đình khác, tôi nhận thấy trong gia đình tôi ít tình thương và ít ấm cúng hơn		
207	Tôi phải thừa nhận là có khi tôi đã quá lo lắng vì một lý do không thực tế		
208	Tôi không buồn phiền lắm khi nhìn thấy các con vật đau đớn		
209	Tôi nghĩ là tôi yêu công việc của người khoán thầu xây dựng		
210	Tôi yêu mẹ tôi		
211	Tôi yêu khoa học		
212	Tôi dễ dàng yêu cầu bạn bè giúp đỡ tôi, mặc dù tôi không thể giúp lại họ		
213	Tôi rất thích săn bắn		
214	Bố mẹ tôi thường hay phê phán những người mà tôi giao du cùng		
215	Có lúc tôi đặt điều nói xấu chút ít		
216	Một số người trong gia đình tôi có những thói quen làm tôi		

	buồn phiền và quấy rầy tôi nhiều		
217	Người ta nói là tôi đứng lên và đi lại trong khi ngủ		
218	Đôi khi tôi có cảm giác là có thể quyết định một việc gì đó dễ dàng một cách lạ thường		
219	Tôi thích tham gia vào nhiều câu lạc bộ hoặc nhóm bạn		
220	Hầu như không bao giờ tôi cảm thấy đánh trống ngực và hiếm khi tôi bị hụt hơi		
221	Tôi thích nói về vấn đề tình dục		
222	Tôi thích thú một chương trình sống căn cứ trên bốn phạm mà tôi đã chú ý tuân theo		
223	Có khi tôi ngăn cản người khác làm một việc gì đó không phải vì để gây khó dễ mà chỉ vì nguyên tắc		
224	Tôi dễ dàng nổi cáu và quên ngay lúc ấy		
225	Tôi hoàn toàn độc lập và không bị ràng buộc bởi mọi quy tắc gia đình		
226	Tôi cảm thấy mình bị tan nát ra từng mảnh		
227	Hầu hết họ hàng tôi đều có cảm tình với tôi		
228	Tôi có những thời kỳ bị kích thích đến mức không thể ngồi lâu một chỗ được		
229	Tôi đã bị thất vọng trong tình yêu		
230	Tôi không bao giờ bận tâm đến vẻ bề ngoài của tôi		
231	Tôi thường nằm mơ những điều mà tôi thích giữ cho riêng tôi		
232	Tôi nghĩ là tôi không dễ bị kích thích hơn so với nhiều người khác		
233	Tôi ít cảm thấy hoặc không cảm thấy bị đau		
234	Cách tôi hành động hay bị người khác hiểu lầm		
235	Bố mẹ và gia đình tôi thấy ở tôi nhiều khuyết điểm mà tôi không có		
236	Cổ tôi thường hay đỏ lên		
237	Tôi có lý do để ganh tị với một hay nhiều người trong gia đình tôi		
238	Không lý do đặc biệt và dù sự việc xấu đi, đôi khi tôi vẫn cảm thấy vô cùng sung sướng		
239	Tôi không chê trách người nào muốn lợi dụng mọi cái có thể lợi dụng được trên thế gian này		
240	Tôi đã có những cơn trong đó tôi mất khả năng hành động và		

	mất cả ý niệm về những gì đã xảy ra quanh tôi		
241	Chẳng ai quan tâm đến những gì có thể xảy ra cho bạn		
242	Tôi có thể làm bạn với những người có những hành động mà tôi lên án		
243	Tôi thích tham gia vào một nhóm trong đó mọi người trêu chọc lẫn nhau		
244	Có lúc trong bầu cử tôi bỏ phiếu cho những người mà tôi biết rất ít		
245	Phần duy nhất làm tôi quan tâm đến trong các tờ báo là trang giải trí		
246	Nói chung tôi trông chờ sự thành công trong công việc tôi tiến hành		
247	Tôi rất khó khởi động trong công việc		
248	Ở trường, tôi học khó khăn		
249	Nếu tôi làm họa sỹ, tôi thích vẽ hoa		
250	Về bề ngoài không đẹp, đối với tôi không can hệ gì		
251	Tôi ra mồ hôi rất dễ dàng ngay cả khi trời mát		
252	Tôi hoàn toàn tự tin		
253	Chắc chắn hơn cả là không nên tin vào ai		
254	Tôi thường hay vô cớ nổi cáu		
255	Khi tôi ở trong một nhóm, tôi khó tìm ra được những điều đúng để nói ra		
256	Một công việc lý thú hầu như luôn làm tôi ra khỏi sầu muộn		
257	Tôi dễ dàng làm cho người khác sợ, đôi lúc tôi làm như vậy chỉ vì đùa		
258	Khi ra khỏi nhà, tôi không lo lắng là đã đóng hết cửa sổ, cửa ra vào chưa		
259	Tôi không chê trách một người hám lợi đã để cho kẻ khác lợi dụng		
260	Từng lúc tôi tràn đầy nghị lực		
261	Tôi cảm thấy tê cóng tại một hoặc nhiều vùng trên da		
262	Thị lực của tôi không giảm		
263	Có ai đó kiểm soát các ý nghĩ của tôi		
264	Tôi yêu trẻ con		
265	Có lúc tôi rất thích thú nhìn thấy sự khôn khéo của một tên tội phạm mà tôi hy vọng nó không bị tóm cổ		
266	Tôi thường hay có cảm giác là có người lạ nhìn tôi, theo dõi		

	đề phê phán		
267	Hàng ngày tôi uống quá nhiều nước		
268	Phản đông người ta kết bạn vì những người này có thể có lợi cho mình về sau		
269	Hiếm khi tôi cảm thấy tiếng vo ve, ù tai		
270	Đôi khi tôi thấy ghét những người trong gia đình tôi mà tôi vẫn thường yêu mến		
271	Nếu tôi là phóng viên, tôi rất thích viết bài về thể thao		
272	Tôi chắc chắn là có nhiều người nói về tôi		
273	Đôi khi tôi cười đùa thô tục		
274	Tôi cảm thấy hạnh phúc nhất khi có thể ở lại một mình		
275	Tôi cảm thấy ít bị khiếp sợ hơn so với các bạn tôi		
276	Tôi luôn luôn chán ngấy công lý khi một kẻ tội phạm được trả tự do nhờ vào lý lẽ của một trạng sư thông minh		
277	Ở một hay nhiều giai đoạn trong đời tôi, tôi đã có cảm giác là có người cố thôi miên tôi		
278	Tôi không nói chuyện với những người lạ trước khi họ hỏi tôi		
279	Có người nào đó tác động vào suy nghĩ của tôi		
280	Tôi chẳng bao giờ gặp rắc rối với pháp luật		
281	Có những thời kỳ, tôi cảm thấy đầy hào hứng không có lý do đặc biệt		
282	Tôi muốn rằng tôi không bị day dứt bởi các ý nghĩ về tình dục		
283	Nếu người ta lâm vào một trường hợp rủi ro, tốt hơn hết là họ nên tin vào một điều gì đó		
284	Tôi nghĩ rằng tôi nhạy cảm hơn những người khác		
285	Trong đời tôi không khi nào tôi thích chơi búp bê		
286	Cuộc sống đối với tôi thường nặng nề phiền muộn		
287	Có một số vấn đề đụng chạm đến tôi một cách tế nhị, đến mức tôi không thể nói về chúng được		
288	Ở trường phổ thông, phải nói trước lớp là điều khó khăn cho tôi		
289	Ngay cả khi cùng với đông người, nhiều khi tôi vẫn cảm thấy cô đơn		
290	Tôi được mọi thiện cảm mà tôi mong muốn		
291	Tôi từ chối tham dự vào một số trò chơi bởi vì tôi không thạo		

292	Hình như tôi kết bạn cũng nhanh như bất cứ ai		
293	Tôi ghét có những người quanh tôi		
294	Người nào dễ nảy sinh sự căm dỗ do không bảo vệ các đồ vật quý, cũng đáng trách ngang với kẻ ăn cắp		
295	Tôi tin là hầu hết mọi người sẽ nói dối để vượt qua bước khó khăn		
296	Tôi nhạy cảm hơn đa số những người khác		
297	Trong thâm tâm, phần đông người ta không thích tự làm phiền mình để giúp đỡ người khác		
298	Phần lớn các giấc mộng của tôi có liên quan đến các vấn đề tình dục		
299	Tôi dễ bị lúng túng		
300	Tôi buồn phiền về những vấn đề tiền nong và công việc		
301	Tôi chưa hề yêu ai		
302	Những hành động của một số người trong gia đình tôi làm tôi khiếp sợ		
303	Bố hoặc mẹ tôi thường ra những lệnh mà tôi tuân theo mặc dù tôi thấy rằng nó không hợp lý		
304	Rất hiếm khi tôi ngủ mê		
305	Tôi chưa hề bị liệt và chưa hề cảm thấy một bắp thịt nào trong người tôi yếu đi bất thường		
306	Đôi lúc tôi bị mất tiếng, thay đổi giọng dù tôi không bị cảm lạnh		
307	Có những lúc tôi ngửi thấy mùi đặc biệt		
308	Tôi không hề tập trung mọi suy nghĩ của tôi vào một công việc		
309	Tôi dễ mất kiên nhẫn với người khác		
310	Hầu như lúc nào tôi cũng lo lắng cho ai đó hoặc cho việc gì đó		
311	Tôi chắc chắn là tôi đã có nhiều điều phải lo lắng		
312	Tôi thường mong được chết		
313	Đôi lúc tôi quá kích thích đến nỗi khó ngủ		
314	Đôi khi tôi nghe thấy quá rõ đến nỗi làm tôi khó chịu		
315	Tôi quên đi ngay những gì người khác nói với tôi		
316	Thường thường tôi phải dừng lại suy nghĩ trước khi bắt tay vào hành động dù với những việc không đáng kể		

317	Tôi thường hay đi qua bên kia đường để tránh gặp mặt ai đó		
318	Tôi hay có cảm giác là sự vật không có thực		
319	Tôi có thói quen đếm các đồ vật không chút quan trọng như bóng đèn, tín hiệu điện...		
320	Tôi không có kẻ thù thực sự muốn làm hại tôi		
321	Tôi hay cảnh giác với những người có thái độ quá thân tình hơn tôi mong đợi		
322	Tôi có những ý nghĩ lạ thường và đặc biệt		
323	Khi tôi ở một mình tôi nghe thấy những điều lạ thường		
324	Tôi trở nên lo lắng và bị đảo lộn khi tôi phải xa nhà một thời gian		
325	Tôi đã khiếp sợ những đồ vật và những người mà tôi biết rằng không thể làm hại tôi		
326	Tôi không sợ phải đi vào một căn phòng có nhiều người đang tụ tập nói chuyện		
327	Tôi sợ dùng dao hoặc đồ vật sắc và nhọn khác		
328	Đôi khi tôi thích đùa bằng cách làm hại người mình yêu		
329	Tôi tập trung tư tưởng khó khăn hơn nhiều người		
330	Nhiều lần tôi tự bỏ công việc nào đó vì tôi không tự tin vào bản thân		
331	Hay có những từ bất nhã, những từ kinh khủng đến trong đầu óc tôi mà tôi không thể nào dứt bỏ đi được		
332	Có khi một số ý nghĩ không chút quan trọng đọng lại trong đầu óc tôi trong nhiều ngày		
333	Trong nhiều ngày điều gì đó xảy ra làm tôi hoảng sợ		
334	Tôi có xu hướng coi mọi việc là quan trọng		
335	Đôi khi tôi thích thú khi bị người tôi yêu làm tôi bực tức hoặc bị xúc phạm		
336	Nhiều người có nhận xét xúc phạm và thô bỉ đối với tôi		
337	Tôi cảm thấy khó chịu khi ở trong nhà		
338	Tôi cảm thấy đầu óc tôi hình như làm việc chậm hơn thường lệ		
339	Trong các cuộc họp, tôi thích ngồi riêng một mình hay ngồi cùng ai đó hơn là hòa mình vào đám đông		
340	Người ta thường hay làm tôi thất vọng		
341	Tôi rất thích đến các buổi khiêu vũ		
342	Đôi khi tôi có cảm giác là tôi sẽ không bao giờ vượt qua được		

	những khó khăn chồng chất		
343	Đôi lúc tôi nghĩ cầu mong sao tôi vẫn còn là đứa trẻ		
344	Nếu cho tôi dịp may tôi có thể làm những điều rất có ích cho thiên hạ		
345	Tôi thường phải gặp những người được cho là thành thạo nhưng thực ra họ không biết nhiều hơn tôi		
346	Sự thành thạo của một người mà tôi rất quen đối với tôi coi như là sự thất bại		
347	Nếu được dịp chắc chắn tôi sẽ trở thành người lãnh đạo tốt		
348	Tôi luôn luôn khó chịu khi nghe những câu chuyện bản thủ		
349	Nói chung người ta đòi hỏi được tôn trọng quyền lợi của cá nhân mình hơn là có ý định tôn trọng quyền lợi người khác		
350	Tôi cố gắng nhớ lại càng nhiều càng tốt những chuyện thú vị để kể lại		
351	Tôi thích các trò chơi đánh cuộc nhỏ		
352	Tôi rất thích tiếp khách đơn giản chỉ vì muốn ở nơi có nhiều người		
353	Tôi thích sự náo động và đám đông		
354	Những phiền muộn của tôi hình như biến mất khi tôi ở giữa một nhóm bạn bè vui vẻ		
355	Rất nhiều khi tôi không tham dự vào các cuộc đàm thoại hoặc chuyện phiếm trong nhóm có mặt tôi		
356	Tôi không muốn dừng lại dù ngăn ngui một công việc mà tôi đã bắt đầu		
357	Tôi luôn luôn muốn tránh đám đông		
358	Gặp gỡ người lạ không gây phiền phức gì cho tôi		
359	Tôi nhớ là đã giả vờ ốm để tránh một việc gì đó		
360	Trên xe lửa, xe buýt tôi hay nói chuyện với người lạ		
361	Tôi có xu hướng nhanh chóng từ bỏ những sự việc khi chúng xấu đi		
362	Tôi muốn cho mọi người biết lập trường quan điểm của tôi		
363	Đôi khi tôi bị kích thích đến mức không thấy có nhu cầu ngủ		
364	Bản thủ làm tôi sợ hãi và kinh tởm		
365	Trong một nhóm, tôi không lúng túng khi được chỉ định bắt đầu tranh luận hoặc phát biểu ý kiến về một vấn đề mà tôi biết rõ		
366	Tôi thích đến chỗ tiệc tùng hội họp		
367	Tôi sợ phải đối mặt với những tình thế gay go bởi những khó khăn		

368	Tôi rất có thể bỏ rơi công việc mà tôi đang làm vì rằng người khác thấy nó chẳng đáng công làm		

Hướng dẫn xử lý kết quả:

- Sau khi người bệnh làm xong, tính điểm thô cho từng thang đánh giá.
 - Bổ sung điểm từ thang K cho các thang theo chỉ dẫn trên thiết đồ (Profile).
 - Tùy theo giới tính mà từ điểm thô ban đầu được quy ra điểm chuẩn (T) và biểu thị trên 10 thang lâm sàng, 3 thang phụ của thiết đồ nhân cách.
 - Nối các thang phụ và thang lâm sàng thành 2 đường gấp khúc.
 - Nếu điểm T ở trong giới hạn 50 ± 10 được coi là bình thường. Nếu $T > 70$ hoặc $T < 30$ thì được xem là có dấu hiệu bệnh lý.
 - Phân tích theo 3 thang phụ (thang hiệu lực):
 - + Thang L - Kiểm tra độ trung thực: nếu thang này tăng cao, có nghĩa là người bệnh trả lời không chân thành hoặc nhân cách còn non nớt.
 - + Thang F – Tin cậy: thang này nói về độ tin cậy của các câu trả lời. Nếu F tăng quá cao, có thể đó là dấu hiệu của sự cố tình làm sai lệch kết quả hoặc không hiểu hết các câu hỏi, song cũng có thể là dấu hiệu của một trạng thái loạn thần rõ rệt.
 - + Thang K - Điều chỉnh: nhằm phát hiện khuynh hướng che giấu hoặc làm giảm nhẹ các triệu chứng loạn thần. Cũng có khi ngược lại, một khuynh hướng quá cởi mở.
- Nếu thang $|F - K| \leq 11$, có nghĩa là kết quả trắc nghiệm đủ độ tin cậy. Trong lâm sàng tâm thần, thang F và K còn cung cấp nhiều thông tin bổ ích khác. Theo Bleykher (1986): nếu $|F - K| \geq 12$; có thể là khuynh hướng giảm bệnh, cố tạo cho mình sự thích ứng với xã hội xung quanh.

Phân tích theo 10 thang lâm sàng:

- + Thang Hs: Nghi bệnh (Hypochondriasis): thang này tăng cao chứng tỏ có nhiều phân nân về thực thể, muốn thu hút sự chú ý của người khác.
- + Thang D - Trầm cảm (Depression).
- + Thang Hy – Phân ly (Hysteria): thang này tăng cao, nói đến một nhân cách dạng phân ly, có khuynh hướng sử dụng những cơ chế tự vệ vô thức.
- + Thang Pd - Biến đổi nhân cách (Personality Deviation): liên quan đến những vấn đề về cảm xúc, xung động.
- + Thang Mf: Giới tính (Masculinity/ Femininity): thể hiện các nét tính cách của đàn ông hoặc đàn bà.
- + Thang Pa – Paranoid: khuynh hướng hình thành các ý tưởng quá đáng, thù dai.
- + Thang Pt – Suy nhược tâm thần (Psychasthenia): liên quan đến mức độ lo âu.
- + Thang Sc – Tâm thần phân liệt (Schizophrenia): tính cứng nhắc của tư duy hoặc cảm xúc; nguội lạnh trong tình cảm và các mối quan hệ xã hội.
- + Thang Ma – Hưng cảm nhẹ (Hypomania): tính lạc quan, tích cực hoặc phủ định, lo âu.

+ Thang Si - Hướng nội xã hội (Social Introversion): liên quan đến khuynh hướng hướng nội hay hướng ngoại trong tư duy và cảm xúc.

Đánh giá mức độ:

2 _____ **MMPI** _____

0 _____
 L F K Hs D Hy Pd Mf Pa Pt Sc Ma Si

Diễn giải: - $|F - K| = \dots\dots$, Kết quả đáng tin cậy/không đáng tin cậy.

-Diễn đồ có các thang...

31. BẢNG NGHIỆM KÊ NHÂN CÁCH HƯỚNG NỘI HƯỚNG NGOẠI (EPI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bảng nghiệm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại Eysenck (Eysenck Personality Inventory - EPI) được giáo sư tâm lý học người Anh Eysenck HJ. Xây dựng vào năm 1947 để đánh giá cấu trúc hướng nội hướng ngoại của nhân cách. Theo Eysenck, cấu trúc nhân cách có hai nhân tố chính: tính hướng nội – hướng ngoại và tính thần kinh (ổn định – không ổn định).

Bảng nghiệm kê gồm 57 câu hỏi, được cấu trúc phân trả lời Đúng hoặc Không đúng, trong đó có 24 câu hỏi về tính hướng nội – hướng ngoại; 24 câu hỏi về tính thần kinh (ổn định – không ổn định) và 9 câu hỏi để kiểm tra độ tin cậy của các câu trả lời. Bảng nghiệm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại xác định điểm khí chất theo 4 khuynh hướng khí chất: Ưu tư; Nóng nảy; Bình thản và Hăng hái. EPI cũng giúp xác định các chỉ số cao mang tính khuynh hướng bệnh lý nhân cách, hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chỉ định đánh giá khuynh hướng nhân cách.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mất trí, chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.

Người bệnh chống đối, không hợp tác.

Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính, trì hoãn và thực hiện lại trắc nghiệm khi bệnh nhân ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: bộ tài liệu trắc nghiệm, bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm, giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.
- Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh tự thực hiện trắc nghiệm; đồng thời trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.
- Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm theo bộ tài liệu xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 20 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 10 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 30 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng. NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn (2010). Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm tâm lý. Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.

3. Abraham Verghese, Annamma Abraham (1972). The Eysenck Personality Scores in a Group of Psychiatric Patients. The British Journal of Psychiatry. 120(559):681-682.

PHỤ LỤC

BẢNG NGHIỆM KÊ NHÂN CÁCH HƯỚNG NỘI HƯỚNG NGOẠI (EPI)

Hãy trả lời câu hỏi bằng cách đánh dấu X vào ô “Đúng” hoặc “Không đúng”. Đừng dừng lại lâu ở bất cứ câu nào. Đừng bỏ sót đề mục nào!

Stt	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
1	Bạn thường mong muốn những điều mới lạ, gây hồi hộp.		
2	Bạn cần những người bạn có thể hiểu, đồng viên, an ủi mình.		
3	Bạn là người vô tư, không bận tâm đến điều gì.		
4	Bạn cảm thấy khó khăn trong việc từ chối một điều gì đó		
5	Bạn có suy nghĩ kỹ trước khi quyết định một việc gì đó.		
6	Bạn luôn giữ lời hứa bất kể điều đó có thuận lợi hay không đối với bạn.		
7	Tâm trạng của bạn thường hay thất thường.		
8	Bạn thường hành động hay phát ngôn rất nhanh không cần suy nghĩ.		
9	Bạn thường cảm thấy mình bất hạnh mà không rõ nguyên nhân.		
10	Bạn thường bảo vệ đến cùng ý kiến của mình trong các cuộc tranh luận.		
11	Bạn thường cảm thấy rụt rè, ngượng ngùng khi nói chuyện với người khác giới không quen.		
12	Đôi lúc bạn không kiềm chế được và nổi nóng.		
13	Bạn thường hành động một cách bùng bột.		
14	Bạn thường day dứt vì đã làm một việc lẽ ra không nên làm.		
15	Bạn thường thích đọc sách hơn là gặp gỡ mọi người.		
16	Bạn dễ tự ái, phật lòng.		
17	Bạn thích nhập hội với bạn bè.		
18	Đôi lúc bạn có ý nghĩ mà ban đầu không muốn cho người khác biết.		
19	Đôi khi bạn cảm thấy mình đầy nghị lực, nhiệt tình làm mọi việc nhưng có lúc lại hoàn toàn uể oải.		

20	Bạn thích thà ít bạn nhưng thân còn hơn.		
21	Bạn hay mơ mộng.		
22	Bạn phản ứng lại ngay khi người ta nói nặng lời với bạn.		
23	Bạn thường day dứt khi mình có lỗi.		
24	Tất cả những thói quen của bạn đều là tốt và cần thiết.		
25	Bạn có khả năng truyền cảm hứng và gây cười trong nhóm bạn bè.		
26	Bạn là một người nhạy cảm.		
27	Bạn là một người hoạt bát, vui vẻ.		
28	Sau khi làm một việc quan trọng, bạn thường có cảm giác rằng lẽ ra có thể làm việc đó tốt hơn.		
29	Bạn thường im lặng ở chốn có người lạ.		
30	Bạn cũng có lúc đồn chuyện, phao tin.		
31	Bạn thường mất ngủ vì những ý nghĩ khác nhau trong đầu.		
32	Nếu muốn biết điều gì đó bạn thường thích tự tìm hiểu hơn là hỏi người khác.		
33	Bạn thường hay hỏi hớp.		
34	Bạn thích công việc đòi hỏi phải tập trung chú ý liên tục.		
35	Cũng có lúc bạn run lên vì vui sướng hay sợ hãi.		
36	Bạn luôn trả cước phí giao thông đầy đủ mặc dù không bị kiểm soát.		
37	Bạn cảm thấy khó chịu khi ở nơi mà người ta hay châm chọc nhau.		
38	Bạn dễ nổi giận.		
39	Bạn thích công việc đòi hỏi hành động nhanh chóng.		
40	Bạn thấy hỏi hớp khi cảm thấy những việc bất lợi có thể xảy ra.		
41	Bạn đi đứng ung dung, chậm rãi.		
42	Đã có lúc bạn đến nơi hẹn hoặc đi làm muộn.		
43	Bạn thường có ác mộng.		
44	Bạn thích trò chuyện đến nỗi không bao giờ bỏ qua cơ hội bắt chuyện với cả những người không quen biết.		
45	Bạn hay lo lắng vì có chỗ đau nào đó trên cơ thể.		
46	Bạn cảm thấy khổ sở khi lâu không được giao thiệp rộng rãi với mọi người.		
47	Bạn là người dễ cáu kỉnh.		
48	Trong số những người quen có những người bạn không thích.		

49	Bạn là người rất tự tin.		
50	Bạn dễ phật ý khi có người chỉ ra các khuyết điểm của bạn.		
51	Bạn nghĩ rằng khó có thể thực sự thoải mái ở các cuộc liên hoan.		
52	Bạn cảm thấy không yên tâm khi thua kém bạn bè ở điểm nào đó.		
53	Bạn dễ dàng mang lại sự vui vẻ cho một cuộc họp mặt khá tẻ nhạt.		
54	Bạn thường hay nói về những vấn đề mà mình chưa nắm chắc.		
55	Bạn lo lắng về sức khỏe của mình.		
56	Bạn thích trêu đùa người khác.		
57	Bạn bị mất ngủ.		

Hướng dẫn tính điểm:

- Đối chiếu kết quả trả lời với bảng khóa của trắc nghiệm để tiến hành:
- Kiểm tra độ tin cậy của các câu trả lời (theo cột S). Số câu trả lời trùng với “S” không được quá 4 câu.
- Tính điểm nhân tố I theo cột “HN”. Những câu trùng hợp được tính 1 điểm. Sau đó tính tổng số điểm của nhân tố I.
- Tính điểm nhân tố N theo cột “KOD”. Những câu trùng hợp được tính 1 điểm. Sau đó tính tổng số điểm của nhân tố N.

Xác định đặc điểm khí chất:

- Tìm điểm thứ nhất trên trục “Hướng nội – hướng ngoại” (trục được chia thành 24 điểm, tính từ trái qua phải).
- Tìm điểm thứ hai trên trục “Ổn định – Không ổn định” (trục được chia thành 24 điểm, tính từ dưới lên trên).
- Căn cứ vào điểm có tọa độ trên rơi vào góc nào để xác định đặc điểm khí chất theo sơ đồ diễn giải các yếu tố khí chất cơ bản.

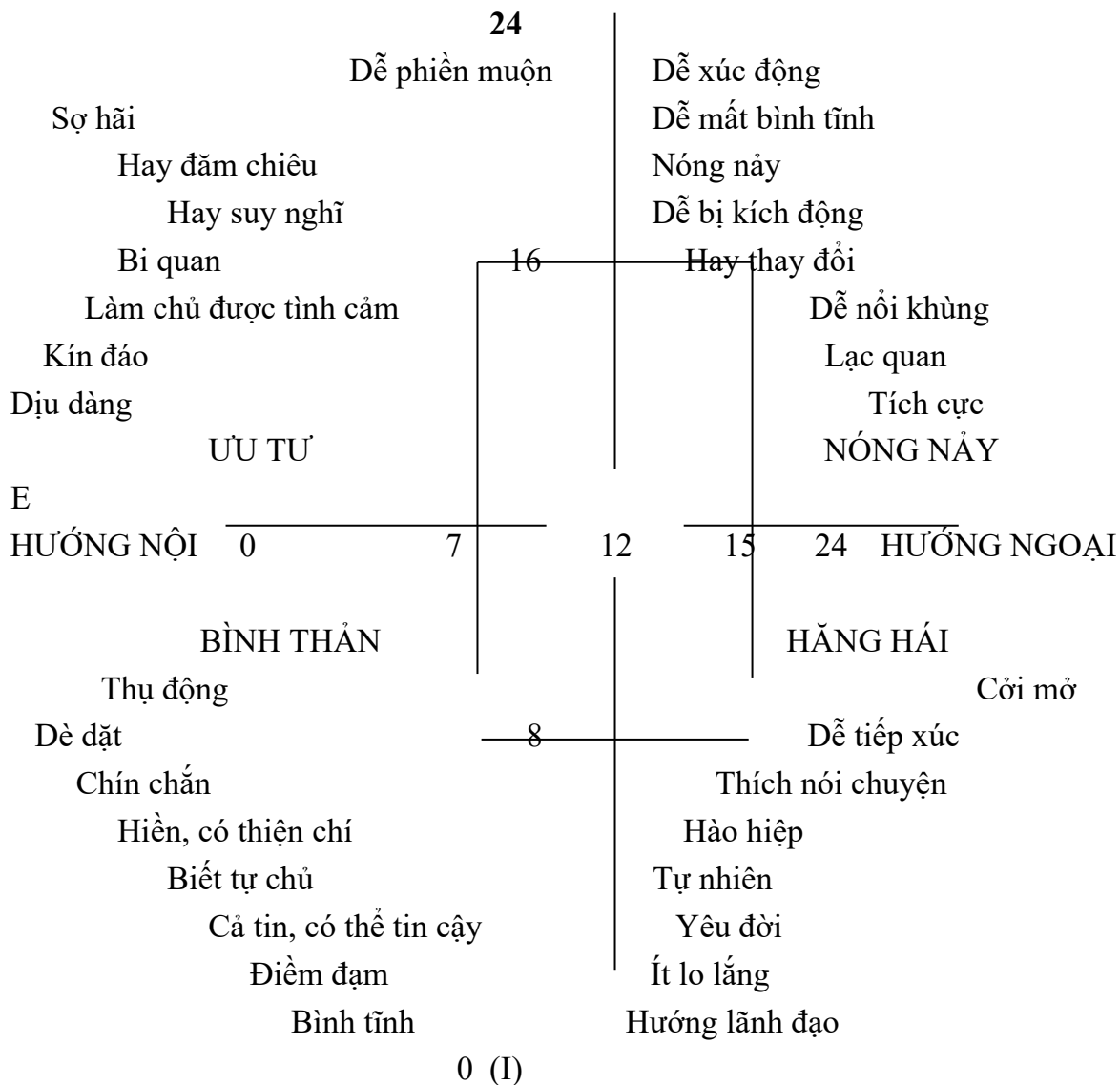
Đánh giá:

- Chỉ số trung bình của tính hướng nội – hướng ngoại: 7 – 15 điểm;
 - Chỉ số trung bình của tính thần kinh: 8 – 16 điểm;
 - Nhân tố I trực giao với nhân tố N:
- + Chỉ số cao về tính thần kinh và tính hướng ngoại thì có khuynh hướng Hysteria;
- + Chỉ số cao về tính thần kinh và tính hướng nội thì có khuynh hướng trầm cảm.

- Vẽ biểu đồ:

EPI:

KHÔNG ỔN ĐỊNH



ỔN ĐỊNH

Diễn giải:

- $S = \dots$, kết quả đáng tin cậy/không đáng tin cậy.

- $E = \dots$; $I = \dots$

⇒ Diễn đồ nhân cách ...

32. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH RORSCHACH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá nhân cách Rorschach hay trắc nghiệm “vết mực loang” (The Rorschach Inkblot Test) là một trắc nghiệm tâm lý được đặt tên theo chính tác giả Hermann Rorschach (1884-1922) là người đầu tiên phát triển kỹ thuật vết mực loang. Ý tưởng chính mà Rorschach phát triển kỹ thuật này chính là sự khác nhau trong các câu trả lời. Ông đã xác lập những chuẩn đầu tiên để phân biệt người bệnh tâm thần với người bình thường. Tiếp đó các tiêu chuẩn này được phát triển để phân biệt những người chậm phát triển tâm thần, người bình thường, nghệ sỹ, học giả và những loại người khác.

Phương pháp Rorschach gồm 10 bức hình, còn gọi là 10 vết mực loang, đối xứng qua trục thẳng đứng. Hình I, IV, V, VI, VII màu đen xám. Hình II, III, VIII, IX, X nhiều màu. Người bệnh được mô tả và giải thích những vết mực mà họ thấy. Nội dung các câu trả lời, hành vi, phản ứng cảm xúc và thời gian trả lời của người bệnh được ghi lại cụ thể.

Hệ thống tính điểm Exner hay còn gọi là hệ thống tổng thể Rorschach (Rorschach Comprehensive System) do John E. Exner phát triển năm 1960 được xem như là phương pháp tiêu chuẩn cho việc giải thích trắc nghiệm Rorschach. Trong hệ thống, các phản hồi được ghi lại và phân tích theo 5 chỉ số về định khu (người làm trắc nghiệm diễn tả được toàn phần hay một phần của vết mực), ưu thế (về hình dáng hay màu sắc vết mực), mức độ hình dáng (hình dáng rõ ràng, tích cực hay không rõ ràng), nội dung (vết mực là hình người, động vật hay là hình phong cảnh thiên nhiên) và tính phổ thông (tần suất gặp câu trả lời).

Mục tiêu chung của trắc nghiệm Rorschach là cung cấp dữ liệu về các biến nhận thức và biến nhân cách như động cơ, xu hướng phản hồi, quá trình nhận thức, yếu tố tình cảm, tri giác cá nhân/liên cá nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh từ 5 tuổi trở lên được chỉ định đánh giá xu hướng nhân cách.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng nặng, hay giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.
- Người bệnh chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.

Người bệnh chống đối, không hợp tác, trong giai đoạn kích động, cấp tính

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

-Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy in, bút, thước kẻ, đồng hồ bấm dây.

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh: “Bây giờ anh/chị sẽ làm bài tập về trí tưởng tượng. Cách làm như sau. Tôi sẽ đưa cho anh/chị xem các bức tranh. Anh/chị hãy mô tả bức tranh này là gì. Nào ta bắt đầu nhé”.

Bước 3: Cán bộ trắc nghiệm ghi lại các thông số liên quan như: thời gian tiềm tàng: từ lúc người bệnh bắt đầu quan sát tranh cho đến khi trả lời; thời gian phản ứng: thời gian kể cho mỗi bức tranh; các hành động của người bệnh trong quá trình xem xét bức tranh, những nhận xét về test: phê phán, bình luận... Và ghi lại nhận xét về thái độ, hành vi của người bệnh: tích cực, hợp tác, vội vã hay thờ ơ.

Bước 4: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 40 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 60 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Exner, John E. (1986). The Rorschach: A comprehensive system, Volume 1: Basic Foundations (2nd edition.). Wiley & Sons, Inc.
2. Exner, John E. (2002). The Rorschach: Basic Foundations and Principles of Interpretation. Volumn 1. Hoboken, Wiley & Sons, Inc.

33. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH (CAT)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá nhân cách CAT (Children's Apperception Test) được xuất bản lần đầu tiên năm 1949 bởi Leopold Bellak và Sonya Sorel Bellak năm 1949 được phát triển dựa trên trắc nghiệm TAT (Christina Morgan và Henry Murray, 1938, 1943). CAT là trắc nghiệm đánh giá các biến thể cá nhân trong phản ứng của trẻ đối với các kích thích tiêu chuẩn được trình bày dưới dạng hình ảnh động vật (CAT-A) hoặc hình ảnh con người (CAT-H) trong các tình huống xã hội thông thường.

CAT đánh giá tính cách, mức độ trưởng thành, sức khỏe tâm lý của trẻ. Ngoài ra, một số khía cạnh khác được bộc lộ qua CAT như mức độ trải nghiệm thực tế và phán đoán, kiểm soát và điều chỉnh, động cơ, sự phòng vệ, sự xung đột và mức độ tự chủ. Tài liệu bao gồm 10 bức tranh mô tả các nhân vật là động vật (CAT-A) trong bối cảnh xã hội của con người. Trẻ được hướng dẫn quan sát, tưởng tượng và mô tả lần lượt mỗi bức tranh dưới dạng một câu chuyện.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh từ 3 đến 10 tuổi được chỉ định đánh giá xu hướng nhân cách

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chống đối, không hợp tác.
- Người bệnh trong giai đoạn kích động, cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện: Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy bút, đồng hồ...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm tạo không khí thoải mái cho trẻ trước khi thực hiện trắc nghiệm, tránh tâm lý sợ hãi dẫn đến trẻ không hợp tác thực hiện trắc nghiệm.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn trẻ: “Bây giờ cô/chú sẽ chơi trò chơi cùng với cháu. Cô/chú sẽ đưa cho cháu xem các bức tranh. Cháu sẽ nghĩ ra cho mỗi bức tranh một câu chuyện. Cháu hãy kể xem điều gì đang xảy ra trên bức tranh; hãy cố gắng mô tả các nhân vật của chúng ta đang làm gì, những suy nghĩ, cảm xúc của họ ra sao, điều gì đã xảy ra và cái gì sẽ diễn ra tiếp theo. Đây là bài tập về trí tưởng tượng và mỗi bức tranh cháu hãy kể trong vòng 5 phút. Hãy cố gắng tưởng tượng ra câu chuyện càng sinh động càng tốt. Nào ta bắt đầu nhé”.

Bước 3: Cán bộ trắc nghiệm ghi lại các thông số liên quan như: thời gian tiềm tàng: từ lúc người bệnh bắt đầu quan sát tranh cho đến khi trả lời, thời gian phản ứng: thời gian kể cho mỗi bức tranh, tất cả các câu chuyện của người bệnh, những nhận xét về test: phê phán, bình luận... Nhận xét của người hướng dẫn về thái độ, hành vi của người bệnh: tích cực, hợp tác, vội vã hay thờ ơ.

Bước 4: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 100 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 120 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá theo yêu cầu của bác sỹ điều trị (nếu có).

VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R.Gericke, K.Bain, Z.Amod (2013). Chapter 3: Use of the Children's Apperception Test and Thematic Apperception Test in South Africa. Psychological Assessment in South Africa – Research and Applications. Wits University Press.
2. Nicky Kroon, Paul P.Goudena, Jan Rispens (1998). Thematic Apperception Tests for Child and Adolescent Assessment: A Practitioner's Consumer Guide.

34. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH (TAT)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá nhân cách TAT (Thematic Apperception Test) được phát triển từ năm 1935 bởi Christina Morgan và Henry Murray và được hoàn thiện vào các năm 1938 và 1943.

Tài liệu của trắc nghiệm bao gồm 30 bức tranh, trong đó có các bức tranh dành riêng cho lứa tuổi và giới và có các bức tranh được sử dụng chung. Chủ thể được quan sát và mô tả lần lượt dưới dạng một câu chuyện.

Về tổng thể, các bức tranh có thể cùng gợi về một số chủ đề như: nhóm tranh gợi lo âu, gợi hung tính, gợi vấn đề tình dục, gợi sự tự khẳng định, gợi các vấn đề gán bó, gợi sự ân hận, gợi chủ đề gia đình – quan hệ bố mẹ - con cái, gợi chủ đề nữ tính, và cảm nhận về cuộc sống (tự đánh giá bản thân).

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ 15 tuổi trở lên được chỉ định đánh giá xu hướng nhân cách.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng nặng, hay giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.
- Người bệnh chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.
- Người bệnh chống đối, không hợp tác, trong giai đoạn kích động, cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

-Cán bộ tâm lý/ bác sỹ/ điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy in, bút, thước kẻ, đồng hồ bấm dây....

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.\

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh: “Bây giờ anh/chị sẽ làm bài tập về trí tưởng tượng. Cách làm như sau. Tôi sẽ đưa cho anh/chị xem các bức tranh. Anh/chị sẽ nghĩ ra cho mỗi bức tranh một câu chuyện. Anh/chị hãy kể xem điều gì đang xảy ra trên bức tranh; hãy cố gắng mô tả các nhân vật của chúng ta đang làm gì, những suy nghĩ, cảm xúc của họ ra sao, điều gì đã xảy ra và cái gì sẽ diễn ra tiếp theo. Đây là bài tập về trí tưởng tượng và mỗi bức tranh anh/chị hãy kể trong vòng 5 phút. Hãy cố gắng tưởng tượng ra câu chuyện càng sinh động càng tốt. Nào ta bắt đầu nhé”. Tuỳ theo mục đích sử dụng, có thể lựa chọn một số tranh khác nhau. Có thể sử dụng 10 tranh đầu hoặc một nhóm tranh tập trung vào chủ đề cần quan tâm.

Bước 3: Ghi lại các thông số: Thời gian tiềm tàng: từ lúc người bệnh bắt đầu quan sát tranh cho đến khi trả lời, thời gian phản ứng: thời gian kể cho mỗi bức tranh, tất cả các câu chuyện của người bệnh, những nhận xét về test: phê phán, bình luận...và ghi lại nhận xét về thái độ, hành vi của người bệnh: tích cực, hợp tác, vội vã hay thờ ơ.

Bước 4: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 5: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 100 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 120 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá theo yêu cầu của bác sỹ điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray, H.A. (1943). Thematic Apperception Test Manual. Cambridge, MA: Harvard University Press.

2. Aronow, E., Weiss, K. A., & Rezinkoff, M. (2001). *A Practical Guide to the Thematic Apperception Test*. Philadelphia: Brunner Routledge.

35. THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH CATELL

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá nhân cách catell, (Sixteen Personality Factor Questionnaire – 16PF) là trắc nghiệm tâm lý đánh giá nhân cách do chính R. B. Catell phát triển năm 1949. Đây là phương pháp nhằm xác định 16 yếu tố nhân cách. Các yếu tố này như là những hội chứng phức hợp, tương ứng với những thuộc tính, tạo nên các thành tố của cấu trúc nhân cách. Sử dụng trắc nghiệm Cattell để xác định thành phần khí chất của nhân cách, khí chất có ý nghĩa đặc biệt trong cơ chế hình thành các loại bệnh tâm căn.

Trong trắc nghiệm nhân cách Cattell, có hai yếu tố có độ tin cậy lớn nhất là tính lo âu và tính hướng ngoại. Yếu tố hướng nội – hướng ngoại là yếu tố thứ phát.

Trắc nghiệm nhân cách Cattell có hai phiên bản A và B, mỗi phiên bản gồm 187 câu và phiên bản rút gọn gồm 105 câu. Người làm trắc nghiệm được lựa chọn 1 trong 3 đáp án có sẵn phù hợp nhất với mình và đánh dấu vào vị trí tương ứng trong phiếu trả lời. Xử lý bằng cách tính tổng số điểm của từng yếu tố nhân cách rồi quy từ điểm thô của các yếu tố ra điểm chuẩn.

Các đặc điểm nhân cách được đánh giá như sau: 1. Ám áp; 2. Lý luận; 3. Cảm xúc ổn định; 4. Sự thống trị; 5. Sống động; 6. Luật lệ - Ý thức; 7. Mạnh dạn xã hội; 8. Độ nhạy; 9. Cảnh giác; 10. Mơ mộng; 11. Sự riêng tư; 12. Sự e ngại; 13. Cởi mở để thay đổi; 14. Tự chủ; 15. Cầu toàn; 16. Căng thẳng.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân được bác sỹ chỉ định đánh giá về nhân cách và kiểu khí chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các đối tượng có động cơ rõ rệt muốn tăng nặng, hay giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.
- Người bệnh chậm phát triển tâm thần, mất khả năng nhận thức.
- Người bệnh chống đối, không hợp tác, trong giai đoạn kích động, cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

Cán bộ tâm lý/bác sỹ/điều dưỡng được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy in, bút, thước kẻ, đồng hồ bấm dây.

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sỹ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng ở người bệnh.

Bước 2: Cán bộ trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh tự trả lời các câu hỏi trắc nghiệm.

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và yêu cầu bổ sung (nếu cần).

Bước 3: Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện:

- Thời gian hướng dẫn người bệnh thực hiện: 70 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 20 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 90 phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ điều trị (nếu có).

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cattell, H.E.P. & Mead, A.D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G.J.Boyle, G.Matthews, & D.H. Saklofske (Eds), The Sage Handbook of Personality Theory and Assessment: Volumn 2, Personality Measurement and Testing. Los Angeles, CA: Sage Publishers.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ NHÂN CÁCH CATTELL

Anh/chị hãy đọc từng câu hỏi và trả lời bằng cách khoanh tròn vào các chữ số đầu phương án trả lời mà anh/chị chọn. Hãy dừng dừng lại quá lâu ở mỗi câu. Đừng bỏ sót đề mục nào!

1. Bạn đã hiểu rõ những hướng dẫn trả lời câu hỏi?
a. Đúng b. Trung gian c. Không
2. Bạn đã sẵn sàng và sẽ trả lời các câu hỏi một cách chân thành.
a. Đúng b. Trung gian c. Không
3. Nếu phải chọn, bạn thích sống một thời gian:
a. Ở ngoại thành đông đúc b. Trung gian c. Đơn độc ở trong rừng
4. Bạn cảm thấy đủ sức lực để vượt qua những khó khăn của mình.
a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
5. Bạn cảm thấy hơi mất bình tĩnh khi gặp thú dữ, kể cả khi nó ở trong cũi.
a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
6. Bạn biết kiềm chế khi người ta phê bình hay nhận xét về bạn.
a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
7. Bạn có những nhận xét châm biếm, thậm chí là cay độc đối với người đáng phải như vậy.
a. Thường xuyên b. Đôi khi c. Không bao giờ
8. Bạn thích nhạc cổ điển hơn là nhạc mới.
a. Đúng b. Không rõ c. Không
9. Nếu gặp trẻ con hàng xóm đánh nhau, bạn:
a. Kêu cho chúng tự dàn xếp b. Không rõ c. Đứng ra phân xử
10. Khi giao tiếp với mọi người, bạn:
a. Sẵn sàng trò chuyện b. Trung gian c. Thích yên lặng
11. Theo bạn sẽ là hay hơn nếu trở thành:
a. Kỹ sư xây dựng b. Không rõ c. Nhà viết kịch
12. Bạn dừng lại để xem các bức tranh trên đường phố nhanh hơn là dừng lại để xem đám đánh nhau.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
13. Bạn luôn luôn có thể hòa thuận với những người tự cao tự đại, mặc dù họ hay khoe khoang, bốc đồng.
a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
14. Nhìn mặt một người hoàn toàn có thể biết người đó không trung thực.
A. Đúng b. Không rõ c. Không

15. Bạn thích những kỳ nghỉ mát dài ngày và các ngày đó đều được tận dụng.
a. Đúng b. Không rõ c. Không
16. Bạn thích những công việc nhiều tiền nhưng không phải làm liên tục hơn là những công việc ít tiền nhưng đều đặn.
a. Đúng b. Không rõ c. Không
17. Bạn bày tỏ những tình cảm của mình.
a. Chỉ khi nào cần thiết b. Trung gian c. Bất kỳ lúc nào
18. Đôi khi bạn bỗng nhiên lo lắng hoặc sợ hãi mà không rõ nguyên do.
a. Đúng b. Trung gian c. Không
19. Khi mà bạn không có lỗi mà bị phê bình
a. Vẫn cảm thấy bình thường b. Trung gian c. Dù sao mình cũng có lỗi.
20. Tiền có thể mua được tất cả.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
21. Những quyết định của bạn dựa trên cơ sở:
a. Tình cảm b. Trung gian c. Lý trí
22. Mọi người sẽ hạnh phúc nếu như họ gần gũi và cư xử bình đẳng với nhau.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
23. Nhìn vào gương, đôi khi bạn khó xác định được đâu là bên phải, đâu là bên trái.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
24. Khi nói chuyện bạn thích:
a. Nói ngay suy nghĩ của mình b. Trung gian c. Sắp xếp lại ý rồi mới nói
25. Bạn thường nhanh chóng nguôi giận
a. Đúng b. Trung gian c. Không
- Trả lời hết cột I
26. Nếu thời gian và tiền công như nhau, thì tốt hơn là làm nghề:
a. Thợ mộc, hoặc đầu bếp b. Không rõ c. Mậu dịch viên
27. Bạn được bầu vào các chức vụ xã hội
a. Rất ít b. Đôi khi c. Nhiều lần
28. “Xẻng” đi với “Xúc” cũng như dao đi với:
a. “Sắc” b. “Cắt” c. “Gỗ”
29. Đôi khi bạn không ngủ được vì một ý nghĩ luẩn quẩn trong đầu.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
30. Trong cuộc sống, bạn hầu như luôn luôn đạt được các mục đích đã đặt ra.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
31. Cần thay đổi các điều luật cũ
a. Sau khi đã thảo luận kỹ b. Không rõ c. Càng nhanh càng tốt

32. Khi phải làm một việc thật nhanh chóng và chính xác mà kết quả của nó có thể gây ảnh hưởng đến người khác thì bạn cảm thấy hơi bối rối.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
33. Nhiều người cho bạn là người có tài kể chuyện.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
34. Khi nhìn thấy những người ăn mặc lôi thôi, bạn:
- a. Vẫn cho là bình thường b. Trung gian c. Cảm thấy khó chịu
35. Bạn thấy hơi bối rối một chút khi bỗng nhiên mọi người chú ý đến mình.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
36. Bạn luôn luôn vui vẻ hòa mình với mọi người.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
37. Thời học phổ thông, bạn thích:
- a. Học hát, học nhạc b. Trung gian c. Học nghề
38. Nếu được bổ nhiệm làm thủ trưởng đơn vị, bạn sẽ yêu cầu mọi người phải thực hiện tốt các mệnh lệnh, nếu không bạn sẽ từ chối sự bổ nhiệm này.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
39. Chủ yếu bố mẹ phải:
- a. Giúp con cái biết kiềm chế tình cảm
b. Trung gian c. Dạy cho con tự phát triển tình cảm
40. Khi tham gia cá hoạt động tập thể, bạn muốn:
- a. Quan tâm đến công tác tổ chức b. Trung gian
c. Quan tâm đến kết quả và sự chấp hành kỷ luật
41. Đôi khi bạn muốn làm những công việc nặng nhọc.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
42. Bạn thích tiếp xúc với những người nhã nhặn hơn là những người thiếu tế nhị, hay phản đối.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
43. Bạn cảm thấy bị xúc phạm khi bị phê bình trước mặt người khác.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
44. Nếu như lãnh đạo gọi bạn đến gặp thì bạn
- a. Nhân dịp này đề nghị những gì có lợi cho mình b. Trung gian
c. Cảm thấy lo lắng vì có lẽ mình có sơ suất gì chăng
45. Hiện nay chúng ta cần những người
- a. Giàu kinh nghiệm và bình tĩnh b. Trung gian
c. Sôi nổi, nhiều hoài bão cho tương lai tốt đẹp
46. Khi đọc một tác phẩm, bạn lập tức nhận ra ngay điều mà tác giả muốn khẳng định
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

47. Lúc còn trẻ bạn tham gia hoạt động thể dục thể thao.
- a. Rất ít b. Trung gian c. Thường xuyên
48. Trong căn phòng của mình, bạn luôn để đồ đạc gọn gàng, ngăn nắp.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
49. Đôi khi bạn thấy căng thẳng, lo lắng khi nhớ lại những việc đã xảy ra.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
50. Thỉnh thoảng bạn hoài nghi: có đúng những người mà bạn đã nói chuyện đều quan tâm đến những điều bạn nói?
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

Trả lời hết cột II

51. Nếu phải lựa chọn thì bạn sẽ làm:
- a. Người kiểm lâm b. Không rõ c. Giáo viên phổ thông
52. Trong ngày lễ, ngày tết, bạn cho rằng tặng quà cho nhau là việc làm:
- a. Thích thú b. Không rõ c. Không thoải mái
53. “Mệt” đi với “Công việc” như là “Khen thưởng” đi với:
- a. “Nụ cười” b. “Thành tích” c. “Hạnh phúc”
54. Trong số những vật sau đây, vật nào khác về bản chất so với 2 vật còn lại:
- a. Nến b. Mặt trăng c. Đèn điện
55. Bạn bè phản bội bạn
- a. Rất ít khi b. Không rõ c. Thường xuyên
56. Bạn có những đức tính tốt hơn hẳn những người khác
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
57. Khi buồn bạn cố giấu không cho người khác biết
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
58. Bạn tham gia vào những trò chơi giải trí, vô bổ.
- a. Nhiều hơn những người khác b. Như những người khác
- c. Ít hơn những người khác
59. Bạn cho rằng cư xử với nhau một cách tự nhiên tốt hơn là phải tỏ ra lịch sự tuân theo những nguyên tắc đạo đức.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
60. Bạn thường im lặng khi có mặt người lớn tuổi, giàu kinh nghiệm và có chức vụ cao hơn
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
61. Bạn khó diễn thuyết, khó nói trước đông người
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
62. Bạn dễ dàng xác định đúng các hướng Nam, Bắc, Đông, Tây khi đến một nơi mới lạ.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

63. Nếu như có người giận bạn, bạn sẽ:
- a. Cố làm lành với họ b. Trung gian c. Giận lại họ
64. Khi gặp điều chướng tai gai mắt, bạn dễ dàng bỏ qua hơn là phản ứng lại
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
65. Bạn hay quên những cái thông thường như tên phố, tên cửa hàng...
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
66. Bạn thích công việc của bác sĩ thú y, thích điều trị, phẫu thuật động vật.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
67. Bạn ăn rất ngon, nhưng đôi lúc ăn cũng không được cẩn thận, từ tốn như những người khác. A. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
68. Cũng có những lúc bạn chẳng muốn nói chuyện cùng ai
- a. Rất ít khi b. Trung gian c. Thường xuyên
69. Đôi khi người ta cũng nhắc nhở rằng bạn đang mất bình tĩnh.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
70. Thời thanh niên, khi có những ý kiến bất đồng với cha mẹ, bạn sẽ:
- a. Giữ nguyên ý kiến của mình b. Trung gian c. Làm theo ý họ
71. Bạn thích những công việc làm một mình hơn là những công việc cần làm chung với người khác
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
72. Bạn thích cuộc sống thư thái hơn là cuộc sống sôi động với những vinh quang, thành tích a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
73. Trong đa số các trường hợp, bạn cảm thấy mình là người chững chạc.
- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
74. Nhận xét, phê bình của một số người làm cho bạn cảm thấy khó chịu hơn là nhận sự giúp đỡ của họ.
- a. Thường xuyên b. Thỉnh thoảng c. Không bao giờ
75. Bạn luôn làm chủ được tình cảm của mình.
- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng
- Trả lời hết cột III
76. Giả sử cần thực hiện những nghiên cứu phát minh có ích, bạn phải:
- a. Nghiên cứu trong phòng thí nghiệm b. Trung gian
- c. Nghiên cứu trong thực tiễn
77. “Ngạc nhiên” đi với “Kỳ quặc” cũng như “Sợ hãi” đi với:
- a. “Dũng cảm” b. “Lo lắng” c. “Khủng khiếp”
78. Trong 3 phân số dưới đây, phân số nào khác với 2 phân số còn lại:
- a. $\frac{3}{7}$ b. $\frac{3}{11}$ c. $\frac{3}{9}$

95. Bạn thích những công việc:
- Có lương đều đặn và tùy thuộc vào khả năng của mình
 - Trung gian
 - Có lương cao và có thể chứng tỏ được mình.
96. Bạn muốn biết được thông tin
- Qua giao tiếp với người khác
 - Trung gian
 - Qua sách báo
97. Bạn tham gia tích cực vào các công tác xã hội
- Đúng
 - Trung gian
 - Không đúng
98. Khi phải thực hiện nhiệm vụ, bạn chỉ cảm thấy yên tâm khi mọi chi tiết đã được giải quyết cặn kẽ.
- Đúng
 - Trung gian
 - Đúng
99. Đôi khi chỉ một thất bại nhỏ cũng dẫn văt bạn một cách ghê gớm
- Đúng
 - Trung gian
 - Không đúng
100. Bạn luôn luôn ngủ say, không bao giờ nói mê hoặc bị mộng du
- Đúng
 - Không rõ
 - Không đúng
- Trả lời hết cột IV
101. Bạn thích những công việc mà khi làm, bạn
- Cần phải nói chuyện với người khác
 - Trung gian
 - Cần phải tính toán, ghi chép
102. “Kích thước” đi với “Chiều dài” như là “Thiếu thật thà” đi với:
- “Nhà tù”
 - “Phá phách”
 - “Trộm cắp”
103. “AB” đi với “CD” như là “QR” đi với
- “PO”
 - “TU”
 - “OP”
104. Khi có người xử sự một cách vô lý, thì bạn:
- Im lặng
 - Không rõ
 - Thể hiện ngay thái độ của mình
105. Nếu có người nói chuyện to lúc bạn đang nghe nhạc, thì bạn:
- Vẫn tập trung nghe, không bị phân tán
 - Trung gian
 - Cảm thấy khó chịu và mất hứng thú
106. Bạn thích người ta nhận xét bạn là người:
- Lịch sự và bình tĩnh
 - Trung gian
 - Sôi nổi
107. Với các hoạt động xã hội, bạn chỉ tham gia trong trường hợp cần thiết, còn các trường hợp khác thì lảng tránh.
- Đúng
 - Không rõ
 - Không đúng
108. Bạn có cho rằng cẩn thận và đừng quá chờ đợi vào những điều tốt lành hơn là luôn lạc quan và trông chờ vào kết quả.
- Đúng
 - Không rõ
 - Không đúng
109. Khi nghĩ tới những khó khăn trong công việc bạn
- Cố gắng lập kế hoạch khắc phục trước khi khó khăn đến

- b. Trung gian c. Khi nào khó khăn đến sẽ có cách giải quyết
110. Bạn dễ dàng làm quen với tất cả mọi người ở các cương vị hoạt động xã hội khác nhau. a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
111. Khi cần ngoại giao, thuyết phục và động viên người khác làm một việc gì đó, người ta thường nhờ đến bạn.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
112. Sẽ là tốt nếu làm a. Người hướng nghiệp cho thanh niên
b. Không rõ c. Người lãnh đạo một xí nghiệp kỹ thuật
113. Nếu như bạn thấy một người xử sự không công bằng, ích kỷ bạn sẽ vạch trần điều đó, mặc dù làm như vậy có thể gây ra một sự khó chịu.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
114. Đôi khi bạn nói những điều ngớ ngẩn để đùa cợt, làm cho mọi người ngạc nhiên và để xem họ sẽ nói gì
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
115. Bạn cũng thích công việc của người phê bình báo trong các mục sân khấu, ca nhạc.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
116. Khi họp lâu, không bao giờ bạn vẽ nghịch hoặc mân mê vật gì đó trên tay.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
117. Nếu có ai đó nói với bạn một điều không đúng thì bạn nghĩ ngay rằng:
a. Đây là người nói dối b. Trung gian c. Người này chưa biết rõ điều đó
118. Bạn cảm thấy như có một sự trừng phạt nào đó đang đe dọa, cả khi bạn không làm việc gì xấu.
a. Thường xuyên b. Đôi khi c. Không đúng
119. Có ý kiến cho rằng, bệnh do nguyên nhân tâm lý, vật lý ngày càng nhiều.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
120. Về trang trọng, tôn kính của các nghi lễ truyền thống cần được giữ gìn.
a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng
121. Ý nghĩ hình như mọi người cho bạn là không bình thường, làm bạn:
a. Rất lo lắng b. Không rõ c. Không lo lắng
122. Khi làm một việc gì đó, bạn thích:
a. Làm tập thể b. Không rõ c. Làm một mình
123. Có những thời kỳ trong lòng bạn nặng trĩu u buồn, thương thân, trách phận. Những suy nghĩ đầy cú luẩn quẩn trong bạn.
a. Thường xuyên b. Trung gian c. Không khi nào
124. Thường bạn rất nhanh nổi cáu với người khác.
a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

125. Bạn dễ dàng bỏ ngay những thói quen cũ.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

Trả lời hết cột V

126. Nếu cùng một mức lương thì bạn thích làm:

- a. Luật sư b. Không rõ c. Phi công hoặc thuyền trưởng

127. “Tốt hơn” đi với “Cực kỳ xấu” cũng như “Chậm hơn” đi với:

- a. “Nhanh” b. “Tốt hơn” c. “Cực kỳ nhanh”

128. Tập hợp chữ nào dưới đây sẽ là tiếp tục của dãy chữ ROOORROOORRR.

- a. ORRR b. ROOO c. OOOR

129. Đôi khi bạn có ý định làm một việc gì theo kế hoạch từ trước thì lại không muốn làm nữa.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

130. Bạn thường có thể làm việc một cách cẩn thận mà không bị sự ồn ào của xung quanh chi phối.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

131. Đôi khi bạn nói cả những điều quan trọng với người không hề quen biết.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

132. Nhiều lúc rồi rồi, bạn thường kể với bạn bè về những điều lý thú trước kia.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

133. Bạn thích tạo ra các trò đùa tinh nghịch, mạo hiểm, dũng cảm để giải trí

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

134. Bạn rất khó chịu khi thấy căn phòng bừa bãi

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

135. Bạn cho mình là người cởi mở, rộng rãi.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

136. Khi tiếp xúc với mọi người, bạn thích:

- a. Tự do thể hiện tình cảm của mình b. Trung gian

c. Kiểm chế sự biểu lộ tình cảm

137. Bạn thích nhạc:

- a. Nhẹ, sống b. Trung gian c. Gây nhiều cảm xúc

138. Bạn khâm phục vẻ đẹp của thơ ca hơn là vẻ đẹp của vũ khí được chế tạo hoàn hảo.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

139. Nếu mọi người xung quanh không quan tâm đến những lời nhận xét đúng đắn của bạn, thì bạn:

- a. Bỏ qua không nhắc lại b. Trung gian c. Nói lại

140. Bạn thích làm phóng viên nhiếp ảnh.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

141. Phải thận trọng khi tiếp xúc với người lạ vì có thể bị lây bệnh.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

142. Khi đi tham quan, bạn thích theo sự chỉ đạo của người hướng dẫn hơn là tự mình lập chương trình để đi

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

143. Người ta đánh giá bạn một cách công bằng là người cần cù, yêu lao động, song không hay gặp may mắn, thuận lợi.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

144. Nếu có người lợi dụng lòng tốt của bạn vào mục đích riêng của họ, thì bạn không khó chịu và sẽ nhanh chóng quên đi điều đó.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

145. Nếu gặp cuộc tranh cãi “nảy lửa” về một vấn đề, thì bạn thích:

- a. Xem ai chiến thắng b. Trung gian c. Dàn hòa

146. Bạn thích tự mình lập kế hoạch, không cần sự giúp đỡ của người khác.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

147. Đôi khi làm ghen tị ảnh hưởng đến hành động của bạn.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

148. Bạn tin chắc rằng không phải thủ trưởng bào cũng đúng, song họ có quyền của người thủ trưởng.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

149. Khi nghĩ đến những công việc cần phải làm tiếp, bạn thấy căng thẳng.

- a. Đúng b. Đôi khi c. Không đúng

150. Trong thi đấu, bạn hầu như không bị ảnh hưởng bởi những lời hò hét của khán giả.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

Trả lời hết cột VI

151. Sẽ hay hơn nếu trở thành:

- a. Họa sĩ b. Không rõ c. Người tổ chức về công tác văn hóa

152. Trong số những từ dưới đây, từ nào không đi với 2 từ còn lại:

- a. “Bất kỳ” b. “Một số” c. “Đa số”

153. “Ngon lửa” đi với “Đám cháy” cũng như “Hoa hồng” đi với:

- a. “Nhiều gai” b. “Hoa đẹp” c. “Hoa thơm”

154. Bạn khó ngủ vì những giấc mơ rất rõ nét.

- a. Thường xuyên b. Đôi khi c. Không bao giờ

155. Nếu như trên con đường đi tới thắng lợi có những cản trở nghiêm trọng thì bạn thấy cần phải mạo hiểm.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

156. Khi ở nhóm tiến hành công việc thì đương nhiên banh là nhóm trưởng

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

157. Bạn thích mặc quần áo bình dị như những người khác hơn là mặc những quần áo làm nổi bật mình lên.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

158. Bạn thích dùng buổi tối để làm những công việc nhẹ nhàng, ưa chuộng hơn là tham gia vào một nhóm náo nhiệt.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

159. Bạn không quan tâm đến những lời khuyên chân thành của người khác, kể cả khi lời khuyên đó có ích cho bạn.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

160. Khi hành động, bạn luôn cố gắng tuân thủ các nguyên tắc xử sự chung đã được xã hội thừa nhận.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

161. Ban không thích người khác nhìn ban khi ban làm việc.

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

162. Đôi khi buộc phải dừng sức mạnh, vì không phải lúc nào sự thuyết phục cũng đạt được kết quả

- a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

163. Trong trường phổ thông, bạn thích môn:

- a. Văn học b. Không rõ c. Toán

164. Đôi khi bạn thấy buồn chỉ vì đôi mắt của mình làm người khác có ác cảm, mặc dù điều đó không có cơ sở.

- a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

165. Nói chuyện với những người luôn cứng nhắc:

- a. Bạn vẫn thấy thú vị và phong phú

c. Làm bạn khó chịu vì có cảm giác như bị gò ép.

166. Có những điều làm cho bạn khó chịu đến nỗi hầu như không bao giờ bạn nói tới nó nữa.

a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

167. Trong giáo dục, điều quan trọng là:
- a. Phải đối xử với trẻ đầy tình thương yêu b. Trung gian
- c. Tạo cho trẻ những thói quen cần thiết và cách cư xử đúng đắn trong xã hội.

168. Mọi người cho rằng, bạn là người nhã nhặn, may mắn, không gặp những oan trái của số phận.

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

169. Bạn cho rằng xã hội cần phải được lãnh đạo bằng trí tuệ, vứt bỏ những thói quen cũ kỹ và những tập tục không cần thiết.

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

170. Bạn nghĩ rằng, thế giới ngày nay, điều quan trọng nhất là phải giải quyết :

a. Các vấn đề về đạo đức b. Trung gian c. Sự bất đồng giữa các nước

171. Bạn nắm được vấn đề tốt hơn khi :

a. Đọc quyển sách viết tốt b. Trung gian c. Tham gia tranh luận

172. Bạn thích hoạt động theo cách riêng của mình hơn là theo các nguyên tắc đã có sẵn. a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

173. Bạn chỉ nêu ra lý lẽ, luận chứng sau khi đã tự mình khẳng định là đúng

a. Luôn luôn b. Trung gian c. Khi cần thiết

174. Có những điều nhỏ nhặt đôi khi tác động lên tinh thần làm bạn không thể chịu nổi, mặc dù biết rằng điều đó không đáng quan tâm đến như thế.

a. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

175. Bạn ít khi nói những điều bột phát mà sau đó phải hối hận

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

176. Nếu người khác yêu cầu bạn tham gia các hoạt động từ thiện, thì bạn:

A. Đồng ý b. Không rõ c. Từ chối khéo

177. Từ nào trong số 3 từ dưới đây không đi với hai từ còn lại

a. “Rộng” b. “Thẳng” c. “Dích dắc”

178. “Nhanh” đi với “Không khi nào” cũng như “Gần” đi với:

a. “Không nơi nào” b. “Xa xôi” c. “Nơi nào đó”

179. Nếu bạn vô tình vi phạm những nguyên tắc đạo đức ở chỗ đông người, thì bạn cho rằng điều đó không sao cả

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

180. Người ta cho bạn là người hay có sáng kiến

a. Đúng b. Không rõ c. Không đúng

181. Bạn có thể tỏ rõ khả năng của mình:

a. Lúc khó khăn, đòi hỏi sự tự chủ b. Không rõ

c. Khi đòi hỏi sự khéo léo dần xếp với mọi người.

182. Người ta cho rằng bạn là người giàu nhiệt tình.

A. Đúng b. Trung gian c. Không đúng

1.3. Lạnh nhạt 1.4. Chính xác, khách quan 1.5. Đa nghi 1.6. Quá lạnh nhạt (đến thô bạo) 1.7. Cáu kỉnh, buồn rầu	- Chú ý đến người khác - Nhân hậu, cầu thả - Cả tin - Dễ thích nghi, dễ bị chi phối - Nhiệt tình - Vui vẻ
2. Yếu tố B	
“B-”: Trí tuệ thấp Không tập trung tư tưởng, tối dạ	“B+”: Trí tuệ cao Tập trung tư tưởng, sáng dạ
2.1. Năng lực trí tuệ thấp 2.2. Không có khả năng giải các bài tập trừu tượng.	- Năng lực trí tuệ cao - Thông minh, sáng dạ
3. Yếu tố C	
“C-”: “Cái tôi” yếu, cảm xúc không bền vững. Dễ bị ảnh hưởng của tình cảm, dễ phiền muộn, hay thay đổi.	“C+”: “Cái tôi” mạnh. Cảm xúc bền vững. Biết kiềm chế, bình thản, nhìn nhận sự việc tỉnh táo.
1.1. Mất cân bằng tinh thần khi phiền muộn 1.2. Dễ thay đổi trong các mối quan hệ; hứng thú không bền vững 1.3. Dễ lo lắng, ưu tư 1.4. Không muốn chịu trách nhiệm, dễ nhân nhượng, từ chối công việc. 1.5. Hay tranh luận	- Cảm xúc bền vững - Ổn định, các hứng thú bền vững - Bình thản - Đánh giá thực tế theo tình huống, điều khiển hoàn cảnh - Trốn tránh khó khăn
4. Yếu tố E	
“E-”: Ngoan ngoãn, phục tùng Dịu dàng, dễ bảo, hay giúp đỡ, nhã nhặn	“E+”: Thích có uy thế, thích quyền lực. Kiên trì, tự tin, cứng rắn, bướng bỉnh, hay gây sự.
4.1. Ngoan ngoãn 4.2. Phục tùng 4.3. Ngoại giao, khách sáo 4.4. Dễ biểu lộ tình cảm 4.5. Dễ bảo 4.6. Dễ bối rối trước người lãnh đạo 4.7. Khiêm tốn	- Kiên trì - Độc lập - Thô bạo, hay thù oán - Rầu rĩ - Ương bướng - Cương trực - Đòi hỏi sự khâm phục
5. Yếu tố F	
“F-”: Hay lo lắng Bình thản, im lặng, nghiêm túc, ít nói	“F+”: Vô tư Dễ phấn khởi, cầu thả, không cẩn thận

5.1. Hay im lặng 5.2. Ân cần 5.3. Hay băn khoăn, lo lắng 5.4. Không thích giao thiệp 5.5. Chậm chạp, cẩn thận	- Nói nhiều - Vô tư - Dễ biểu lộ tình cảm - Sôi nổi, thoải mái
6. Yếu tố G	
“G-”: “Siêu tôi” thấp, thiếu phù hợp với các chuẩn mực đạo đức chung	“G+”: “Siêu tôi” cao, tính cách mạnh. Có lương tâm, tận tụy, kiên trì, hay dạy đời, già dặn, cân bằng.
6.1. Hay thay đổi 6.2. Dễ bị nghi ngờ 6.3. Dễ từ bỏ các ý định của mình 6.4. Cầu thả, lười 6.5. Độc lập 6.6. Dễ quên trách nhiệm	- Bền bỉ, quyết đoán - Được lòng tin - Nghiêm khắc về mặt tình cảm - Chững chạc - Tuân theo các mẫu chuẩn đạo đức - Có lương tâm, có trách nhiệm
7. Yếu tố H	
“H-”: Ngượng ngùng, không cương quyết. Dè dặt, thận trọng, sợ sệt	“H+”: can đảm Tháo vát, dũng cảm, kém nhạy cảm
- Ngượng ngùng, rụt rè - Khó chịu khi có mặt người lạ - Kìm chế tình cảm - Cáu gắt - Cứng nhắc, nguyên tắc - Không quan tâm rộng rãi	- Mạo hiểm, giao thiệp rộng - Tích cực, thích quan tâm đến người khác giới - Giàu cảm xúc, thích mơ mộng - Hiền lành - Tự phát, bột phát - Vô tư, không thấy hết nguy hiểm - Vị tha
8. Yếu tố I	
“I-”: Kém nhạy cảm Vô tình, khô khan, không hy vọng hảo huyền	“I+”: Nhạy cảm Vị tha, mẫn cảm, phụ thuộc, quá cẩn thận
- Khô khan, ít chờ đợi ở cuộc sống - Tự tin, dám chịu trách nhiệm - Nghiêm khắc (đến mức trơ tráo) - Có chút năng khiếu nghệ sĩ (có óc thẩm mỹ) - Không hảo huyền, phóng đại - Hành động thực tế và logic - Vững vàng	- Hiếu động, bận rộn, thích mọi người chú ý đến mình - Dễ bị ám ảnh, không vững vàng tìm kiếm sự đồng tình, giúp đỡ - Hiền lành, mềm mỏng, nhẫn nhục - Sành sỏi, kiêu cách, khoa trương, vờ vĩnh - Phóng đại trong khi nói chuyện với cả

- Không chú ý đến sức khỏe	bản thân - Hành động theo cảm tính - Thay đổi, hời hợt - Nghi bệnh, lo lắng về sức khỏe
9. Yếu tố L	
“L-”: Cả tin. Yếu đuối, dễ buông thả	“L+”: Hay nghi ngờ Ghen tuông, “tự bảo vệ”, căng thẳng nội tâm
- Cảm thấy mình vô dụng - Than phiền về những thay đổi - Không nghi kỵ - Dễ quên khó khăn - Dễ tha thứ, thông cảm, chịu đựng - Không để ý đến những nhận xét, góp ý - Dễ tính, hay nhân nhượng	- Ghen tuông - Giáo điều - Nghi kỵ - Chú ý đến những thất bại - Bạo ngược - Đòi hỏi mọi người chịu trách nhiệm về những sai lầm - Nóng tính
10. Yếu tố M	
“M-”: Thực tế, bình dị Không phóng đại	“M+”: Mơ mộng, lý tưởng hóa Giàu tưởng tượng, hay lơ đãng.
- Dễ dàng giải quyết các vấn đề thực tế - Làm theo hứng thú của cá nhân mình - Đơn giản, tránh những gì không bình thường - Dựa vào thực tế khách quan, vững vàng trong đánh giá thực tế - Trung thực, bình thản, cứng nhắc	- Say mê với các tư tưởng của mình - Thích nghệ thuật và các học thuyết tôn giáo - Say mê với các ảo tưởng bên trong - Đồng danh, dễ rút lui khi có các ý kiến chính đáng - Dễ dàng khâm phục, không cân bằng
11. Yếu tố N	
“N-”: Ngây thơ, đơn giản Thẳng thắn, bộc trực, tự nhiên	“N+”: Sắc sảo, láu lỉnh Kinh nghiệm, láu cá, lão luyện
- Thẳng thắn nhưng không té nhị - Có đầu óc trừu tượng - Giao tiếp rộng, biểu lộ tình cảm - Tự nhiên, trực tiếp - Thảm mỹ bình thường - Không có kinh nghiệm phân tích các nguyên nhân - Bằng lòng với những cái đã có - Tin mù quáng vào bản chất vốn có của từng con người	- Thanh lịch, biết cách cư xử trong xã hội - Có đầu óc chính xác - Ít biểu lộ tình cảm - Điệu bộ - Sành sỏi, thảm mỹ - Sáng suốt, chu đáo trong quan hệ với mọi người - Hám danh vọng, khó tin tưởng - Thận trọng, hay “đi tắt”

12. Yếu tố O	
“O-”: Cầu thả, tự tin Quá tự tin, ôn hòa, tử tế	“O+”: Cảm thấy tội lỗi Đầy sợ hãi, lo âu, có nhiều linh cảm, tự buộc tội, không tin vào bản thân
- Tự tin hoặc quá tự tin - Vui vẻ, yêu đời - Ôn hòa, bình thản - Không thích sự đồng tình hoặc khen ngợi của mọi người - Vô tư - Mạnh mẽ - Không sợ hãi - Không quá suy nghĩ, đắn đo	- Lo lắng, bồn chồn - U sầu, dễ khóc - Tự ái, dễ theo cảm tính - Ý thức trách nhiệm cao, nhạy cảm với phản ứng của mọi người - Tất bật, chi li - Hay nghi bệnh - Có các triệu chứng sợ hãi - Cô đơn, u sầu, buồn bã
13. Yếu tố Q1	
“Q1-”: Bảo thủ Có các quan điểm bảo thủ, chịu đựng các khó khăn sẵn có, chấp nhận “sự thử thách của thời gian”, nghi kỵ những người mới	“Q+”: Cấp tiến Thích thí nghiệm, tự do chủ nghĩa, thích lý giải, biết nhiều
14. Yếu tố Q2	
“Q2-”: Phụ thuộc vào nhóm, hiểu biết xã hội ít, cầu cứu sự giúp đỡ của người khác.	“Q2+”: Độc lập, tự chủ, nhanh trí, có thể làm người chỉ huy, không cần sự giúp đỡ.
15. Yếu tố Q3	
“Q3-”: Tự kiểm tra yếu, ý kiến riêng kém, cầu thả, không chính xác, dựa vào cảm tính, thiếu trách nhiệm.	Q3+”: Sĩ diện, ý kiến riêng cao, chính xác, có ý chí, có thể tự điều khiển bản thân, hành động theo kế hoạch định trước, chỉ huy có hiệu quả.
16. Yếu tố Q4	
“Q4-”: Mức độ căng thẳng nội tâm thấp, yếu đuối; chịu đựng, chậm chạp, điềm tĩnh, không cáu gắt	“Q4+”: Căng thẳng nội tâm cao, chững chạc, sôi nổi, mạnh mẽ, tích cực, dễ cáu giận, không quen mệt mỏi.

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG CHẤT

- 36. Thang đánh giá mức độ sử dụng rượu (Audit)
- 37. Test nhanh phát hiện chất opiats trong nước tiểu
- 38. Test nhanh phát hiện chất gây nghiện trong nước tiểu
- 39. Thang đánh giá mức độ nghiện Himmelbach

36. THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SỬ DỤNG RƯỢU (AUDIT)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá mức độ sử dụng rượu (The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT) là trắc nghiệm đơn giản và hiệu quả để sàng lọc việc sử dụng rượu không lành mạnh, định nghĩa là tiêu thụ có rủi ro hoặc nguy hiểm hoặc bất kỳ rối loạn sử dụng rượu nào.

AUDIT do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng và xuất bản lần đầu tiên năm 1983, được cập nhật năm 1992. AUDIT cung cấp một khuôn khổ để can thiệp nhằm giúp những người sử dụng rượu không lành mạnh giảm hoặc ngừng uống rượu và do đó tránh được những hậu quả có hại của rượu.

AUDIT là một bộ câu hỏi đơn giản, ngắn gọn, gồm 10 câu hỏi được chia thành 3 phần bao gồm: (1) phần 1 (gồm 3 câu đầu): thu thập bằng chứng về sử dụng rượu/bia ở mức có hại; (2) phần 2 (gồm 3 câu giữa): thu thập bằng chứng về nghiện/lệ thuộc rượu/bia; và (3) phần 3 (gồm 4 câu cuối): thu thập bằng chứng về sử dụng rượu/bia ở mức độ mạo hiểm. AUDIT cũng có thể giúp xác định tình trạng nghiện rượu và các hậu quả cụ thể của việc uống rượu có hại. Trắc nghiệm này được thiết kế để sử dụng tại các cơ sở y tế đồng thời cũng có thể sử dụng bởi những người không phải chuyên gia y tế do có những hướng dẫn phù hợp và dễ hiểu.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh sử dụng rượu được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Nếu bệnh nhân trong trạng thái kích động, tri hoãn và thực hiện trắc nghiệm khi ổn định hơn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

Cán bộ tâm lý, bác sĩ, nhân viên y tế được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

Phòng thực hiện trắc nghiệm.

Bộ tài liệu trắc nghiệm.

Bộ xử lý kết quả trắc nghiệm.

Máy tính, máy in, giấy, bút...

3. Người bệnh:

Người bệnh được bác sĩ chỉ định làm trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án nội trú.

Sổ khám bệnh ngoại trú.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sỹ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Cán bộ trắc nghiệm làm quen để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng cho người bệnh.

Cán bộ trắc nghiệm phỏng vấn bệnh nhân theo 10 đề mục của bảng hỏi dựa trên phân trả lời của người bệnh kết hợp với những quan sát lâm sàng về ngôn ngữ cơ thể, cử chỉ không lời, thái độ, cũng như những triệu chứng cơ thể của người bệnh.

Cán bộ trắc nghiệm đánh giá, tính điểm, phân loại mức độ và trả kết quả cho người bệnh
Hướng dẫn người bệnh mang kết quả trắc nghiệm quay trở về bác sỹ chỉ định ban đầu.

4. Thời gian thực hiện

- Thời gian phỏng vấn người bệnh: 10 phút.
- Thời gian cán bộ trắc nghiệm xử lý kết quả, đọc kết quả, in kết quả: 5 phút.
- Tổng thời gian thực hiện trắc nghiệm: 15 phút

V. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ điều trị (nếu có).

VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngừng quá trình thực hiện trắc nghiệm nếu người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...), hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...)

Báo cáo với bác sỹ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babor T.F., Saunders, J.B., Monteiro M.G., Higgins-Biddle J.C. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care (second edition) Geneva. World Health Organization.
2. Bohn M.J., Babor T.F., Kranzler H.R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*. 56(4):43-432.
3. Sanne V., Jolien M.D., Jannet M. de Jonge, Claudia M. van der Heijde, Pêtr V., Rob H.L.M. Bovens, Michiel R. de Boer, Trynke H., Anton E.K., Reinout W.W., Mirte A.G. Kuipers (2020). The Use of the Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption as an Indicator of Hazardous Alcohol Use among University Students. *European Addiction Research*. 26:1-9.

PHỤ LỤC

THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SỬ DỤNG RƯỢU (AUDIT)

STT	Nội dung câu hỏi	Nội dung câu trả lời	Mức điểm
1	<i>Xin cho biết mức độ uống rượu/bia của Anh/chị trong 12 tháng vừa qua</i>	+ Chưa bao giờ <i>(chuyển sang câu 9 và câu 10)</i> + ≤ 1 lần/tháng + 2-4 lần/tháng + 2-3 lần/tuần + ≥ 4 lần/tuần	0 1 2 3 4
2	<i>Trong một ngày có uống rượu/bia, Anh/chị thường uống bao nhiêu?</i>	+ 1-2 lon/chai bia, cốc rượu vang 120ml hay chén rượu mạnh 30ml + 3-4 lon/chai bia, cốc rượu vang 120ml hay chén rượu mạnh 30ml + 5-6 lon/chai bia, cốc rượu vang 120ml hay chén rượu mạnh 30ml + 7-9 lon/chai bia, cốc rượu vang 120ml hay chén rượu mạnh 30ml + ≥ 10 lon/chai bia, cốc rượu vang 120ml hay chén rượu mạnh 30ml	0 1 2 3 4
3	<i>Có khi nào trong một lần uống, Anh/chị uống hết 6 chai/lon bia hay 6 ly rượu vang 120ml hay 6 chén rượu 30ml hoặc nhiều hơn nữa không?</i>	+ Không bao giờ + Dưới một tháng + Hàng tháng + Hàng tuần + Hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày <i>(Nếu câu hỏi 2 và câu hỏi 3 có số điểm đều bằng “0” thì chuyển tiếp đến câu hỏi 9 và câu hỏi 10)</i>	0 1 2 3 4
4	<i>Trong 12 tháng qua có khi nào trong khi uống rượu/bia, Anh/chị nhận thấy không thể tự dừng uống được không?</i>	+ Không bao giờ + Dưới một tháng + Hàng tháng + Hàng tuần + Hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày	0 1 2 3 4
5	<i>Trong 12 tháng qua, có</i>	+ Không bao giờ	0

	<i>khi nào do uống rượu/bia mà Anh/chị không làm được những công việc đã dự định làm không?</i>	+ Dưới một tháng + Hàng tháng + Hàng tuần + Hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày	1 2 3 4
6	<i>Trong 12 tháng qua, có khi nào buổi sáng ngay sau khi thức dậy, Anh/chị cần phải uống ngay một cốc rượu/bia trước khi nghĩ đến việc khác không?</i>	+ Không bao giờ + Dưới một tháng + Hàng tháng + Hàng tuần + Hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày	0 1 2 3 4
7	<i>Trong 12 tháng qua, Anh/chị có khi nào cảm thấy mắc lỗi hoặc áy náy/day dứt/lo lắng về việc uống rượu/bia của bản thân không?</i>	+ Không bao giờ + Dưới một tháng + Hàng tháng + Hàng tuần + Hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày	0 1 2 3 4
8	<i>Trong 12 tháng qua, Anh/chị có khi nào ở trong trạng thái sau khi uống rượu/bia không thể nhớ được chuyện gì đã xảy ra trước đó không?</i>	+ Không bao giờ + Dưới một tháng + Hàng tháng + Hàng tuần + Hàng ngày hoặc hầu như hàng ngày	0 1 2 3 4
9	<i>Từ trước đến nay, Anh/chị đã bao giờ bị thương do uống rượu/bia chưa?</i>	+ Chưa bao giờ + Có nhưng không phải trong năm vừa qua + Có trong năm vừa qua	0 1 2
10	<i>Từ trước đến nay, có người thân, bạn bè, bác sĩ hay CBYT nào lo ngại về việc sử dụng rượu/bia của Anh/chị và đề nghị Anh/chị</i>	+ Chưa bao giờ + Có nhưng không phải trong năm vừa qua + Có trong năm vừa qua	0 1 2

	<i>giảm uống không?</i>		
		Tổng số điểm	

Hướng dẫn tính điểm:

- Phỏng vấn theo bảng hỏi có hướng dẫn, sau đó ghi điểm và cộng tổng điểm.

Đánh giá kết quả:

AUDIT	Điểm đánh giá	Kết quả
Uống rượu, bia hợp lý, nguy cơ thấp	0 – 7	
Uống rượu, bia ở mức nguy cơ	8 – 15	
Uống rượu, bia ở mức có hại	16 – 19	
Nghiện hoặc lệ thuộc vào rượu, bia	≥ 20	

37. TEST NHANH PHÁT HIỆN CHẤT OPIATS TRONG NƯỚC TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Chất Opiats (hay còn gọi các chất dạng thuốc phiện) là tên gọi chung cho nhiều chất như: những chất tự nhiên (nhựa thuốc phiện), chất bán tổng hợp, tổng hợp (morphin, heroin, methadon...).

Nghiện chất Opiats bao gồm sự lệ thuộc cả về cơ thể và tâm thần. Sự lệ thuộc tâm thần là cơ sở sinh học gây ra tái nghiện.

2. Test tìm chất Opiats qua nước tiểu

Các chất Opiats khi được sử dụng qua các con đường: hút, hít, uống, tiêm tĩnh mạch... vào máu tác động lên hệ thần kinh trung ương.

Sau khi tác động được đào thải qua đường nước tiểu

Việc sử dụng test nước tiểu thực hiện được do các chất bài tiết còn lại cũng như những chất chuyển hóa có tác dụng

Bảng 1: Các chất Opiat thường dùng và một số đặc tính cần chú ý

Tên chất Opiats	Nồng độ ngưỡng phát hiện (nước tiểu)	Thời gian	Dương tính giả	
Heroin, morphine, codein(MOP)	300 -2000 ng/ml	2-3 ngày	Nhóm kháng sinh	
Buprenorphine, fantanyl	150-300 ng/ml		Quinolon	
Methadon			Papaverine	
			Rifamipicin	
			Quetiapine	

3. Nguyên lý cơ bản của test nhanh:

Que thử phát hiện sử dụng Opiats trong nước tiểu là xét nghiệm sắc ký miễn dịch dựa vào nguyên lý của phản ứng cạnh tranh.

Chất Opiats hiện diện trong mẫu nước tiểu cạnh tranh kết hợp thuốc ở những vị trí gắn kết kháng thể.

Que thử nhanh phát hiện chất Opiats là xét nghiệm định tính. (Phát hiện được khi chất trong nước tiểu phải vượt ngưỡng)

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các người bệnh có tiền sử sử dụng chất Opiats, nghi ngờ hay có bằng chứng về việc dùng chất Opiats được báo cáo bởi chính bệnh nhân, người thân hoặc những người xung quanh

Người bệnh có chẩn đoán loại trừ là các rối loạn liên quan đến sử dụng chất Opiats

Người trước khi được đưa vào quá trình điều trị với chất Opiats.

Theo dõi quá trình điều trị chống tái nghiện.

Làm:

- Thường quy khi tiến hành điều trị
- Làm ngẫu nhiên: khi nghi ngờ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** 1 bác sĩ và 1 điều dưỡng

2. **Phương tiện:**

Bảng 2: Các phương tiện, vật tư dự tính cần thiết

Tên vật tư	Số lượng
Que thử test nhanh (que thử nhiều chân: 4 chân hoặc 5 chân,..)	01 cái
Cốc đựng nước tiểu (đường kính cốc phải lớn hơn chiều rộng của que thử chất)	01 cái
Găng tay sạch	01 đôi
Khẩu trang y tế	01 cái
Ống thông Nelaton	01 cái
Dây cố định tại giường	01 ộ

3. **Người bệnh:** người bệnh và người nhà người bệnh được giải thích về việc thực hiện quy trình test nhanh

4. **Hồ sơ bệnh án:** hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ:**

Kiểm tra đúng hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đúng tình trạng bệnh lý/rối loạn, đúng chỉ định

Ký cam kết xác nhận làm test nhanh trong hồ sơ (nếu cần)

2. **Kiểm tra người bệnh:**

Kiểm tra đảm bảo người bệnh không có vũ khí, công cụ gây thương tích

Kiểm tra đúng thông tin bệnh nhân trên hồ sơ và bệnh nhân cần thực hiện test nhanh

Kiểm tra tình trạng người bệnh để thực hiện quy trình chính xác, an toàn

3. **Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. **Lấy mẫu bệnh phẩm:**

Tham khảo mục 2 trong Hướng dẫn lấy mẫu, đóng gói, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm truyền nhiễm – Cục y tế dự phòng năm 2017

Chú ý khi lấy mẫu phải theo dõi sát tránh tráo đổi, pha loãng, thêm thuốc đối kháng.

3.2. Kỹ thuật lấy mẫu nước tiểu:

Tham khảo mục 2 trong Hướng dẫn lấy mẫu, đóng gói, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm truyền nhiễm – Cục y tế dự phòng 2017

Trong trường hợp bệnh nhân chống đối, hoặc có các hành vi nguy hiểm:

- Cố định bệnh nhân tại giường
- Đặt sonde bàng quang lấy nước tiểu: tham khảo quy trình đặt sonde bàng quang của Bộ Y tế

3.3. Bảo quản mẫu nước tiểu

Mẫu nước tiểu có thể lưu trữ ở 2 – 8 độ C trong 48 giờ trước khi xét nghiệm.

Nên thực hiện thử test càng sớm càng tốt sau khi lấy xong mẫu nước tiểu.

3.4. Kỹ thuật làm test nhanh:

Test nên được thực hiện trong điều kiện nhiệt độ phòng 15⁰ – 30⁰ C

Bước 1: Điều dưỡng đeo găng sạch. Đặt mẫu nước tiểu trên mặt phẳng ngang, không thấm nước.

Bước 2: Lấy que thử chất từ trong bao đựng, đảm bảo bao còn nguyên vẹn không bị rách, vỡ, ăn mòn. Kiểm tra que thử chất xem có tình trạng ngấm nước hay có bất thường về màu sắc, bị mất chân thử chất cần thử test không. Que thử sau khi được lấy ra nên làm trong vòng 1 giờ.

Bước 3: Nhúng que thử vào trong cốc đựng nước tiểu theo chiều mũi tên trên que thử sao cho toàn bộ các chân của que thử ngập trong nước tiểu tuy nhiên nước tiểu không được chạm vào phần nhựa của que thử hoặc không được vượt quá vạch MAX trên thân que thử, giữ ít nhất trong 10 - 15 giây.

Bước 4: Đặt que thử trên mặt phẳng nằm ngang, không thấm nước, bắt đầu tính thời gian và đợi vạch đỏ xuất hiện

Bước 5: Đọc kết quả test

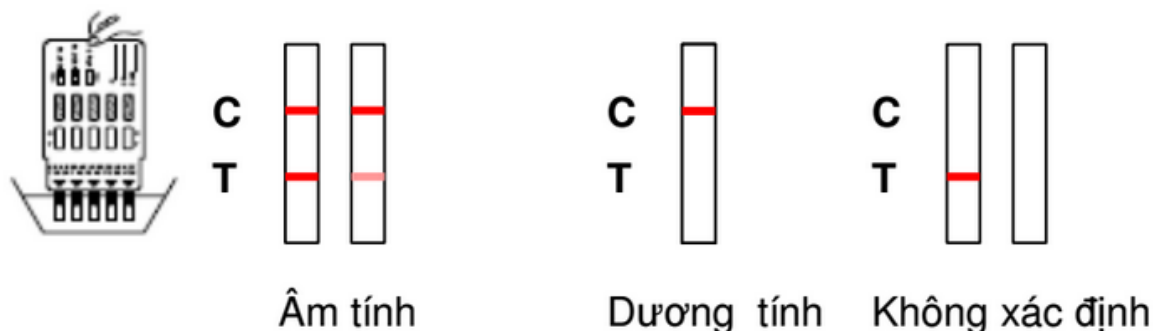
Kết quả thường đọc trong khoảng 5 – 10 phút

Không đọc kết quả sau 10 phút

Đọc kết quả ở chân của que thử tương ứng với cụm “MOP”

- Kết quả âm tính: Xuất hiện hai vạch đỏ rõ rệt: một ở vùng chứng gọi là vạch chứng (C), vạch kia ở vùng kết quả gọi là vạch kết quả (T).
- Kết quả dương tính: Chỉ xuất hiện một vạch chứng (C) . Không thấy xuất hiện vạch kết quả (T) dù đậm hay mờ.
- Kết quả không xác định: Không thấy vạch đỏ xuất hiện ở vạch chứng (C)

- Lỗi: khi không xuất hiện vạch đỏ nào ở cả 2 vạch C và T, mặc dù nước tiểu đã ngấm hết.



Hình minh họa thử test và đọc kết quả test

Trong trường hợp nghi ngờ có thể thử lại lần 2 để khẳng định kết quả.

3.5. Kết thúc quy trình:

Bác sĩ ghi kết quả test nhanh vào hồ sơ bệnh án

Bác sĩ thông báo kết quả cho người bệnh và người nhà người bệnh

Điều dưỡng huỷ bỏ mẫu bệnh phẩm và dụng cụ đựng bệnh phẩm theo hướng dẫn về chất thải lây nhiễm

Điều dưỡng thực hiện quy trình tháo găng và rửa tay theo đúng quy trình của Bộ Y tế

VI. THEO DÕI

Theo dõi tình trạng bệnh nhân trong suốt quá trình làm để đánh giá các vấn đề bất thường xảy ra trong và sau quá trình làm test nhanh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tổn thương niệu đạo trong quá trình đặt sonde tiểu: theo dõi tình trạng chảy máu, dấu hiệu sinh tồn, hội chẩn chuyên khoa Ngoại Thận – tiết niệu nếu cần

Tổn thương do cố định: theo dõi, khám vận động, đánh giá tổn thương, hội chẩn chuyên khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình nếu cần

VIII. LƯU Ý

Kết quả âm tính không nghĩa là không thể có thuốc trong nước tiểu. Kết quả âm tính có thể gặp khi thuốc hiện diện dưới ngưỡng phát hiện của xét nghiệm. có thể làm thêm để khẳng định (ví dụ test Naloxone với chẩn đoán nghiện CDTP)

Que thử không phân biệt được thuốc do chỉ định điều trị và sự lạm dụng thuốc. ví dụ thuốc giảm đau, thuốc giải lo âu... cần khai thác tiền sử dùng thuốc

Kết quả dương tính có nghĩa là có sự hiện diện của thuốc hoặc chất chuyển hóa của nó nhưng không cho biết sự lạm dụng hay nghiện chất. Cần khai thác bệnh sử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smith ML, Hughes RO, Levine B, Dickerson S, Darwin WD, Cone EJ. Forensic drug testing for opiates. VI. Urine testing for hydromorphone, hydrocodone, oxymorphone, and oxycodone with commercial opiate immunoassays and gas chromatography-mass spectrometry. *J Anal Toxicol.* 1995;19(1):18-26. doi:10.1093/jat/19.1.18
2. Tenore PL. Advanced urine toxicology testing. *J Addict Dis.* 2010;29(4):436-448. doi:10.1080/10550887.2010.5092773.
3. Braithwaite RA, Jarvie DR, Minty PS, Simpson D, Widdop B. Screening for drugs of abuse. I: Opiates, amphetamines and cocaine. *Ann Clin Biochem.* 1995;32 (Pt 2):123-153. doi:10.1177/000456329503200203

38. TEST NHANH PHÁT HIỆN CHẤT GÂY NGHIỆN TRONG NƯỚC TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Chất gây nghiện

Chất gây nghiện: là những chất hóa học có thể gây thay đổi về cơ thể và tâm thần khi sử dụng. Chúng bao gồm thuốc, rượu, thuốc lá và các chất bất hợp pháp.

Chúng có thể gây nên trạng thái lệ thuộc về mặt tâm thần hoặc lệ thuộc về mặt cơ thể tùy vào từng chất khác nhau.

2. Test tìm chất gây nghiện qua nước tiểu

Các chất ma túy khi được sử dụng qua các con đường: hút, hít, uống, tiêm tĩnh mạch... vào máu tác động lên hệ thần kinh trung ương.

Sau khi tác động được đào thải qua đường nước tiểu

Việc sử dụng test nước tiểu thực hiện được do các chất bài tiết còn lại cũng như những chất chuyển hóa có tác dụng

Bảng 1: Các chất gây nghiện thường dùng và một số đặc tính cần chú ý

Chất	Viết tắt	Nồng độ ngưỡng phát hiện (nước tiểu)	Thời gian	Dương tính giả
Amphetamine và các chất dạng Amphetamine (ATS)	Methamphetamine (MET)	500 ng/ml	3 ngày	Benzphetamine (didrex)
	Amphetamine (AMP)	500 ng/ml	1-3 ngày	Bupropion
	Ecstasy (MDMA)	200 ng/ml		Chloroquine Chlorpromazine Ephedrine/pseudo-ephedrine Propanolol Trazodol...
Opiats	Heroin, morphine, codein(MOP) Buprenorphine, fantanyl Methadon	300 -2000 ng/ml 150-300 ng/ml	2-3 ngày	Nhóm kháng sinh Quinolon Papaverine Rifamipicin Quetiapine
Cocaine	Benzoylcegonine (COC)	300 ng/ml	2-3 ngày(4 tuần nếu phụ thuộc)	Efavirenz
Marijuanas	Cannabinoid(THC)	50-100 ng/ml		pantoprazole

3. Nguyên lý cơ bản của test nhanh:

Que thử phát hiện sử dụng chất gây nghiện trong nước tiểu là xét nghiệm sắc ký miễn dịch dựa vào nguyên lý của phản ứng cạnh tranh.

Chất ma túy hiện diện trong mẫu nước tiểu cạnh tranh kết hợp thuốc ở những vị trí gắn kết kháng thể.

Que thử nhanh phát hiện chất gây nghiện là xét nghiệm định tính. (Phát hiện được khi chất trong nước tiểu phải vượt ngưỡng)

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các người bệnh có tiền sử sử dụng chất gây nghiện, nghi ngờ hay có bằng chứng về việc dùng chất được báo cáo bởi chính bệnh nhân, người thân hoặc những người xung quanh

Người bệnh có chẩn đoán loại trừ là các rối loạn liên quan đến sử dụng chất gây nghiện

Người trước khi được đưa vào quá trình điều trị với chất gây nghiện.

Theo dõi quá trình điều trị chống tái nghiện.

Làm:

- Thường quy khi tiến hành điều trị
- Làm ngẫu nhiên: khi nghi ngờ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sĩ và 1 điều dưỡng

2. Phương tiện, vật tư

Bảng 2: Các phương tiện, vật tư dự tính cần thiết

Tên phương tiện, vật tư	Số lượng
Que thử test nhanh (que thử nhiều chân: 4 chân hoặc 5 chân,..)	01 cái
Bộ test nhanh (bao gồm que thử nhiều chân 4 chân hoặc 5 chân	01 bộ
Cốc đựng nước tiểu (đường kính cốc phải lớn hơn chiều rộng của que thử chất)	01 cái
Găng tay sạch	01 đôi
Khẩu trang y tế	01 cái
Ống thông Nelaton	01 cái
Dây cố định tại giường	01 bộ

3. Người bệnh: người bệnh và người nhà người bệnh được giải thích về việc thực hiện quy trình test nhanh

4. Hồ sơ bệnh án: hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Kiểm tra đúng hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đúng tình trạng bệnh lý/rối loạn, đúng chỉ định

Ký cam kết xác nhận làm test nhanh trong hồ sơ (nếu cần)

2. Kiểm tra người bệnh:

Kiểm tra đảm bảo người bệnh không có vũ khí, công cụ gây thương tích

Kiểm tra đúng thông tin bệnh nhân trên hồ sơ và bệnh nhân cần thực hiện test nhanh

Kiểm tra tình trạng người bệnh để thực hiện quy trình chính xác, an toàn

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Lấy mẫu bệnh phẩm:

Tham khảo mục 2 trong Hướng dẫn lấy mẫu, đóng gói, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm truyền nhiễm – Cục y tế dự phòng năm 2017

Chú ý khi lấy mẫu phải theo dõi sát tránh tráo đổi, pha loãng, thêm thuốc đối kháng.

3.2. Kỹ thuật lấy mẫu nước tiểu:

Tham khảo mục 2 trong Hướng dẫn lấy mẫu, đóng gói, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm truyền nhiễm – Cục y tế dự phòng 2017

Trong trường hợp bệnh nhân chống đối, hoặc có các hành vi nguy hiểm:

Cố định bệnh nhân tại giường

Đặt sonde bằng quang lấy nước tiểu: tham khảo quy trình đặt sonde bằng quang của Bộ Y tế

3.3. Bảo quản mẫu nước tiểu

Mẫu nước tiểu có thể lưu trữ ở 2 – 8 độ C trong 48 giờ trước khi xét nghiệm.

Nên thực hiện thử test càng sớm càng tốt sau khi lấy xong mẫu nước tiểu.

3.4. Kỹ thuật làm test nhanh:

Test nên được thực hiện trong điều kiện nhiệt độ phòng 15⁰ – 30⁰ C

Bước 1: Điều dưỡng đeo găng sạch. Đặt mẫu nước tiểu trên mặt phẳng ngang, không thấm nước

Bước 2: Lấy que thử chất từ trong bao đựng, đảm bảo bao còn nguyên vẹn không bị rách, vỡ, ăn mòn. Kiểm tra que thử chất xem có tình trạng ngấm nước hay có bất thường về màu sắc, bị mất chân thử chất cần thử test không. Que thử sau khi được lấy ra nên làm trong vòng 1 giờ.

Bước 3: Nhúng que thử vào trong cốc đựng nước tiểu theo chiều mũi tên trên que thử sao cho toàn bộ các chân của que thử ngập trong nước tiểu tuy nhiên nước tiểu không được chạm vào phần nhựa của que thử hoặc không được vượt quá vạch MAX trên thân que thử, giữ ít nhất trong 10 - 15 giây.

Bước 4: Đặt que thử trên mặt phẳng nằm ngang, không thấm nước, bắt đầu tính thời gian và đợi vạch đỏ xuất hiện

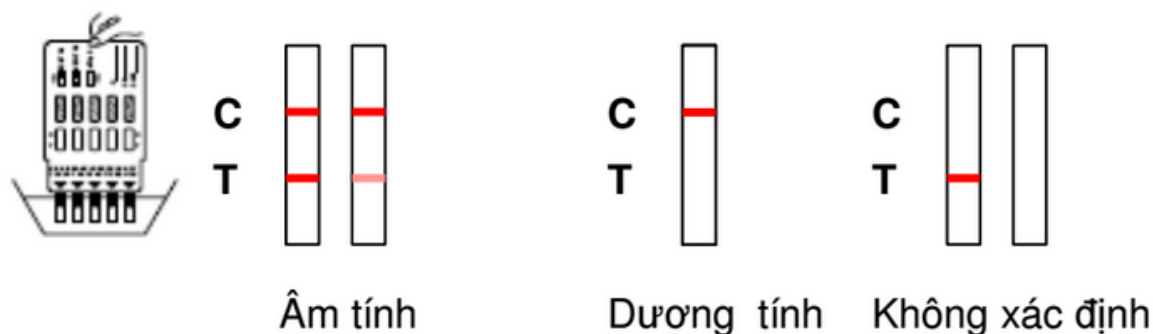
Bước 5: Đọc kết quả test

Kết quả thường đọc trong khoảng 5 – 10 phút

Không đọc kết quả sau 10 phút

Đọc kết quả ở tất cả các chân của que thử chất

- Kết quả âm tính: Xuất hiện hai vạch đỏ rõ rệt: một ở vùng chứng gọi là vạch chứng (C), vạch kia ở vùng kết quả gọi là vạch kết quả (T).
- Kết quả dương tính: Chỉ xuất hiện một vạch chứng (C) . Không thấy xuất hiện vạch kết quả (T) dù đậm hay mờ.
- Kết quả không xác định: Không thấy vạch đỏ xuất hiện ở vạch chứng (C)
- Lỗi: khi không xuất hiện vạch đỏ nào ở cả 2 vạch C và T, mặc dù nước tiểu đã ngấm hết.



Hình minh họa thử test và đọc kết quả test

Trong trường hợp nghi ngờ có thể thử lại lần 2 để khẳng định kết quả.

3.5. Kết thúc quy trình:

Bác sĩ ghi kết quả test nhanh vào hồ sơ bệnh án

Bác sĩ thông báo kết quả cho người bệnh và người nhà người bệnh

Điều dưỡng huỷ bỏ mẫu bệnh phẩm và dụng cụ đựng bệnh phẩm theo hướng dẫn về chất thải lây nhiễm

Điều dưỡng thực hiện quy trình tháo găng và rửa tay theo đúng quy trình của Bộ Y tế

VI. THEO DÕI

Theo dõi tình trạng bệnh nhân trong suốt quá trình làm để đánh giá các vấn đề bất thường xảy ra trong và sau quá trình làm test nhanh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tổn thương niệu đạo trong quá trình đặt sonde tiểu: theo dõi tình trạng chảy máu, dấu hiệu sinh tồn, hội chẩn chuyên khoa Ngoại Thận – tiết niệu nếu cần

Tôn thương do cố định: theo dõi, khám vận động, đánh giá tôn thương, hội chẩn chuyên khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình nếu cần

VIII. LƯU Ý

Kết quả âm tính không nghĩa là không thể có thuốc trong nước tiểu. Kết quả âm tính có thể gặp khi thuốc hiện diện dưới ngưỡng phát hiện của xét nghiệm. có thể làm thêm để khẳng định (ví dụ test Naloxone với chẩn đoán nghiện CDTP)

Que thử không phân biệt được thuốc do chỉ định điều trị và sự lạm dụng thuốc. ví dụ thuốc giảm đau, thuốc giải lo âu... cần khai thác tiền sử dùng thuốc

Kết quả dương tính có nghĩa là có sự hiện diện của thuốc hoặc chất chuyển hóa của nó nhưng không cho biết sự lạm dụng hay nghiện chất. Cần khai thác bệnh sử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wennig R, Moeller MR, Haguenoer JM, et al. Development and evaluation of immunochromatographic rapid tests for screening of cannabinoids, cocaine, and opiates in urine. *J Anal Toxicol.* 1998;22(2):148-155. doi:10.1093/jat/22.2.148
2. Braithwaite RA, Jarvie DR, Minty PS, Simpson D, Widdop B. Screening for drugs of abuse. I: Opiates, amphetamines and cocaine. *Ann Clin Biochem.* 1995;32 (Pt 2):123-153. doi:10.1177/000456329503200203
3. Hadland SE, Levy S. Objective Testing: Urine and Other Drug Tests. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016;25(3):549-565. doi:10.1016/j.chc.2016.02.005

39. THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGHIỆN HIMMELBACH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá mức độ nghiện Hemmilbach là một công cụ bằng giấy và bút do bác sĩ quản lý để đánh giá 12 dấu hiệu hoặc triệu chứng cai nghiện chất dạng thuốc phiện phổ biến. Điểm tổng hợp của 12 mục có thể được sử dụng để đánh giá mức độ phụ thuộc thuốc phiện của một bệnh nhân và để đưa ra suy luận về mức độ phụ thuộc thực thể của họ vào chất dạng thuốc phiện. Với việc ngày càng sử dụng opioid để điều trị đau và sự sẵn có của buprenorphine ngậm dưới lưỡi để điều trị nghiện opioid, đánh giá lâm sàng về mức độ nghiện opioid đã nhận được sự quan tâm mới.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá mức độ nghiện ở người bệnh nghiện các chất dạng thuốc phiện.
- Đánh giá người bệnh trong và sau điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Cán bộ tâm lý/bác sĩ đã được tập huấn về trắc nghiệm.

2. Phương tiện:

- Phòng thực hiện trắc nghiệm: bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...
- Thang đánh giá mức độ nghiện Hemmilbach
- Công cụ để hoàn thành trắc nghiệm: giấy, bút, máy tính, máy in...

3. Người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ chỉ định thực hiện trắc nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi và địa chỉ, nghề nghiệp, giới.
- Tiền sử bệnh
- Tiền sử sử dụng các chất dạng thuốc phiện

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra và nhận chỉ định thực hiện trắc nghiệm.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Cán bộ trắc nghiệm kiểm tra xác nhận người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng với chỉ định của bác sĩ.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Quan sát đánh giá tình trạng bệnh nhân

- Thực hiện đánh giá người bệnh theo thang điểm Hemmilbach

STT	Triệu chứng	Điểm
1	Ngáp	1
2	Chảy nước mắt, nước mũi	1
3	Tăng thân nhiệt	1
4	Toát mồ hôi, ớn lạnh, nổi da gà	2
5	Thèm chất ma túy	2
6	Đau mỗi các khớp, co cứng cơ bụng	2
7	Mất ngủ	2
8	Ỉa chảy	2
9	Mạch nhanh (> 90 CK/ phút)	2
10	Buồn nôn, nôn	3
11	Dị cảm (dòi bò trong xương)	3
12	Dẫn đồng tử	3
Tổng số điểm		24

Dựa vào số điểm, phân chia 3 mức độ nghiện ma túy:

- Nghiện nhẹ : <8 điểm.
- Nghiện trung bình : 8 - 16 điểm.
- Nghiện nặng : >16 điểm.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá lại theo yêu cầu của bác sỹ khám và điều trị (nếu có).
- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Không có tai biến trong quá trình đánh giá mức độ nghiện theo thang điểm Hemmilbach.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nuamah, J. K., Sasangohar, F., Erranguntla, M., & Mehta, R. K. (2019). The past, present and future of opioid withdrawal assessment: a scoping review of scales and technologies. BMC Medical Informatics and Decision Making, 19(1). doi:10.1186/s12911-019-0834-8
2. Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). Journal of Psychoactive Drugs, 35(2), 253–259. doi:10.1080/02791072.2003.10400007
3. Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J., Ness, R., Rubinstein, K. J., & Kanof, P. D. (1987). Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(3), 293–308.

doi:10.3109/00952998709001515

LIỆU PHÁP TÂM LÝ

40. Liệu pháp tâm lý nhóm
41. Liệu pháp tâm lý gia đình
42. Tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình
43. Liệu pháp giải thích hợp lý
44. Liệu pháp hành vi
45. Liệu pháp ám thị
46. Liệu pháp nhận thức hành vi
47. Liệu pháp nhận thức
48. Liệu pháp kích hoạt hành vi (BA)
49. Liệu pháp tâm kịch
50. Liệu pháp tâm lý động
51. Liệu pháp âm nhạc
52. Liệu pháp hội họa
53. Liệu pháp tái thích ứng xã hội
54. Liệu pháp thư giãn luyện tập

40. LIỆU PHÁP TÂM LÝ NHÓM

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp tâm lý nhóm (Group Psychotherapy) là một hình thức điều trị mà trong đó nhiều người bệnh cùng được tham gia, họ được lựa chọn một cách cẩn thận và được hướng dẫn bởi nhà liệu pháp nhóm nhằm thay đổi những hành vi không thích ứng của từng thành viên thông qua sự tác động tương hỗ và sự thông cảm giữa các thành viên trong nhóm.

*Cơ chế:

- Tác động cùng lúc lên nhiều bệnh nhân nhằm thay đổi những hành vi không thích ứng của từng thành viên thông qua sự tác động tương hỗ và sự thông cảm giữa các thành viên trong nhóm.
- Điều chỉnh, phục hồi những thuộc tính tâm lý nào đó của nhân cách người bệnh thông qua việc thiết lập lại các mối quan hệ liên cá nhân.
- Tạo điều kiện để những người bệnh có sự gắn bó về mặt tình cảm, sự chấp nhận để hiểu người khác; giúp họ có cơ hội để quan sát, bắt chước và được cổ vũ về mặt xã hội.
- Tạo điều kiện để loại bỏ hoặc làm thuyên giảm sự căng thẳng cảm xúc, hướng dẫn các mẫu ứng xử phù hợp, huấn luyện các kỹ năng xử lý các mâu thuẫn nhằm điều chỉnh những nét tính cách chưa phù hợp.
- Tạo ra những thay đổi về nhận thức, cách cư xử và sự phát triển tính cách của mỗi người bệnh, hỗ trợ họ trong việc ra quyết định, giải quyết vấn đề và các mâu thuẫn trong cuộc sống của họ.
- Giúp phát triển mối quan hệ hài hòa (trao, nhận những vấn đề tốt – xấu) giữa các thành viên trong nhóm hoặc giữa các thành viên với nhà liệu pháp nhằm mục đích tăng cường sự tham gia của họ trong nhóm.

Liệu trình của liệu pháp tâm lý nhóm: Thông thường, một liệu trình liệu pháp tâm lý nhóm kéo dài 12 phiên. Tuy nhiên, số lượng phiên sẽ thay đổi tùy đáp ứng của người bệnh.

Giai đoạn 1: Lựa chọn và chuẩn bị xây dựng nhóm (2 buổi)

Giai đoạn 2: Tọa đàm tâm lý nhóm (9 buổi)

Giai đoạn 3: Kết thúc liệu trình điều trị (1 phiên)

II. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn tâm thần và hành vi do những thiếu hụt và thiếu kỹ năng trong các mối quan hệ liên cá nhân và nhóm.
- Các rối loạn tâm căn: rối loạn trầm cảm tâm căn, rối loạn lo âu, rối loạn phân ly, tâm căn nghi bệnh, tâm căn ám ảnh...
- Các bệnh cơ thể tâm sinh

- Bệnh tâm thần phân liệt...
- Rối loạn cảm xúc: rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn hưng cảm, trầm cảm, rối loạn khí sắc...
- Rối loạn hành vi và bệnh lý nhân cách: nhân cách dạng phân liệt, nhân cách ranh giới, nhân cách lệ thuộc, nhân cách né tránh, nhân cách chống đối xã hội...
- Rối loạn ăn uống: ăn uống vô độ, chán ăn tâm thần.
- Các rối loạn liên quan đến sử dụng chất: nghiện ma túy, nghiện rượu, nghiện game, nghiện cờ bạc...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những người không có khả năng diễn đạt ngôn ngữ, quá sợ hãi khi giao tiếp.
- Tâm thần phân liệt cấp và đang trong giai đoạn tiến triển nặng .
- Tự kỷ, chậm phát triển tâm thần mức độ nặng/ trầm trọng; Sa sút trí tuệ.
- Người bệnh hoặc các thành viên trong gia đình từ chối tiếp nhận trị liệu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- 02 người (cán bộ tâm lý hoặc bác sỹ tâm thần và điều dưỡng tâm thần) được đào tạo, tập huấn về liệu pháp.

2. Phương tiện:

- Tại phòng chuyên biệt có ghế ngồi.
- Đảm bảo đủ điều kiện ánh sáng, nhiệt độ, yên tĩnh...
- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...

3. Người bệnh:

- Người bệnh có chỉ định điều trị bằng liệu pháp tâm lý nhóm.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ bệnh án.
- Hồ sơ tâm lý cá nhân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 60 phút, gồm các phần sau:

- Phần 1 (10 phút): Chào hỏi, ôn tập nội dung phiên trước, hướng dẫn đánh giá kết quả bài tập, giải đáp thắc mắc phát sinh và phân tích bài tập áp dụng.
- Phần 2 (20 phút): Nhà liệu pháp gợi mở nội dung mới, các thành viên trong nhóm thảo luận, phân tích, đưa ra phương án giải quyết.
- Phần 3 (15 phút): các thành viên thực hành đóng vai, nhận xét và đánh giá.
- Phần 4 (10 phút): Phản hồi và ôn lại
- Phần 5 (5 phút): Tổng kết buổi trị liệu, giao bài tập về nhà, hẹn lịch phiên liệu pháp sau.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, đánh giá sau mỗi phiên liệu pháp.
- Theo dõi, đánh giá sau mỗi liệu trình điều trị.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn.
- Dừng liệu pháp nếu người bệnh chống đối, không hợp tác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2017), Liệu pháp tâm lý, cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB học Quốc Gia Hà Nội.
2. Phạm Toàn (2018), Tâm lý liệu pháp (Lý thuyết và thực hành). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TPHCM.
3. Trần Thị Minh Đức (2009), Giáo trình Tham vấn tâm lý, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
4. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.

41. LIỆU PHÁP TÂM LÝ GIA ĐÌNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Liệu pháp tâm lý gia đình (Family Psychotherapy) là một loại hình trị liệu gia đình có thể giúp các thành viên trong gia đình cải thiện giao tiếp, giải quyết xung đột, cải thiện bầu không khí gia đình. Mặt khác, liệu pháp cũng cung cấp kỹ năng mới cho các thành viên trong gia đình để trợ giúp người bệnh đang gặp khó khăn về vấn đề tâm lý.

**Cơ chế:*

- Làm giảm căng thẳng cảm xúc, thiết lập lại trạng thái cân bằng đã bị phá vỡ trong gia đình và cải thiện chức năng của các thành viên bằng cách tạo ra một không gian làm trung gian để thiết lập những cuộc đối thoại bình đẳng, giúp mỗi người nhận ra những điểm tích cực cũng như tiêu cực trong các quan hệ của họ.
- Giúp xây dựng mối quan hệ gia đình, quản lý hành vi thích nghi của các thành viên trong gia đình, cung cấp kỹ năng làm cha mẹ, xây dựng quy tắc ứng xử trong gia đình, sử dụng các kỹ thuật kỷ luật tích cực.
- Giúp các thành viên hiểu và chấp nhận thực tế đang xảy ra trong gia đình họ, giúp họ tự giải quyết.
- Giúp cơ cấu lại hệ thống tương tác trong gia đình nhằm tăng cường khả năng thích ứng của gia đình trước tác động của môi trường.
- Giúp thay đổi những cách ứng xử cố hữu của họ để cải thiện bầu không khí bế tắc trong gia đình, hiểu hơn về bản thân, về các thành viên khác và về những hành vi ứng xử trong mối tương tác với người khác. Từ đó tạo ra sự thay đổi, cải thiện môi trường sống, làm giảm nguy cơ duy trì và phát triển hành vi rối nhiễu trong gia đình.
- Giúp các thành viên sử dụng những tiềm năng mới và tăng cường khả năng đối mặt với căng thẳng, xung đột.
- Giúp xây dựng những phương pháp giáo dục phù hợp (kỷ luật tích cực, khen thưởng tích cực) với người bệnh, giúp gia đình quản lý những hành vi thích hợp ở người bệnh. Thông thường, một liệu trình của liệu pháp kéo dài khoảng 8 phiên. Tuy nhiên, số lượng phiên thay đổi khác nhau tùy tình trạng người bệnh cụ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em và thanh thiếu niên có khó khăn về tâm lý, rối loạn (RL) trầm cảm, RL lo âu, RL học tập, RL hành vi, RL cảm xúc, RL cảm xúc hành vi, tự kỷ, chậm phát triển tâm thần, RL phân ly, RL tăng động giảm chú ý, nghiện game, nghiện chất (ma túy, rượu...).
- Người lớn, người già có RL trầm cảm, RL lo âu, RL lo âu – trầm cảm, RL stress, RL phân ly, RL stress sau sang chấn...
- RL chức năng tình dục và RL quan hệ vợ chồng, mâu thuẫn gia đình, bạo lực gia đình, RL ăn uống, đau mạn tính có nguồn gốc thực thể hoặc tâm lý.

- RL nhân cách, bệnh cơ thể tâm sinh. Bệnh tâm thần phân liệt, RL ăn uống: ăn uống vô độ, chán ăn tâm thần.
- Các rối loạn liên quan đến sử dụng chất: nghiện ma túy, nghiện rượu, nghiện game, nghiện cờ bạc...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hoặc các thành viên trong gia đình từ chối tiếp nhận trị liệu tâm lý.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

02 người (cán bộ tâm lý hoặc bác sỹ tâm thần và điều dưỡng tâm thần) được đào tạo, tập huấn về liệu pháp.

2. Phương tiện:

- Tại phòng chuyên biệt có bàn, ghế ngồi.
- Đảm bảo đủ điều kiện ánh sáng, nhiệt độ, yên tĩnh...
- Bộ công cụ trị liệu, giấy, bút...

3. Người bệnh:

- Người bệnh có chỉ định điều trị bằng liệu pháp quản lý dựa trên gia đình.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ bệnh án.
- Hồ sơ tâm lý cá nhân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LIỆU PHÁP

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện trị liệu.

3. Thực hiện kỹ thuật

Hoạt động của mỗi phiên trị liệu kéo dài khoảng 60 phút, gồm các phần sau:

- Phần 1(10 phút): NTL ôn tập nội dung buổi trước, đánh giá kết quả bài tập phiên trước, giải đáp thắc mắc phát sinh.
- Phần 2 (15 phút): NTL hướng dẫn các thành viên trong gia đình nội dung/kỹ năng mới.
- Phần 3 (15 phút): Các thành viên trong gia đình thực hành có giám sát.
- Phần 4 (10 phút): Phản hồi và ôn lại.
- Phần 5 (10 phút): Tổng kết trị liệu, cam kết, giao bài tập về nhà.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi đánh giá sau mỗi phiên trị liệu.
- Theo dõi, đánh giá sau mỗi liệu trình điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn.
- Dừng trị liệu nếu người bệnh hoặc các thành viên trong gia đình chống đối, không hợp tác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2017), Trị liệu tâm lý – Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TPHCM.
3. Raymond J.Corsini, Danny Wedding (2016). Tâm lý trị liệu đương đại, Tái bản lần thứ 8, dịch từ nguyên bản tiếng Anh.
4. Trần Đình Tuấn, (2013), *Tham vấn tâm lý cá nhân và gia đình*, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
5. Trần Thị Minh Đức (2009), Giáo trình Tham vấn tâm lí, NXb Đại học Quốc Gia Hà Nội.
6. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.

42. TƯ VẤN TÂM LÝ CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình là một hoặc một vài cuộc nói chuyện liên tiếp mang tính cá nhân giữa cán bộ tư vấn với một hoặc một vài người đang cần sự hỗ trợ về mặt tinh thần để đối mặt với khó khăn hoặc thách thức.

Như vậy, tư vấn tâm lý là giúp người bệnh và gia đình sáng tỏ hơn vấn đề của họ, xem xét các giải pháp khả thi để giải quyết vấn đề và giúp họ tự đưa ra được những lựa chọn tối ưu nhất. Các vấn đề của người bệnh có thể là những khó khăn trong cuộc sống, trong tư duy, tình cảm, ứng xử, định hướng... liên quan đến các vấn đề sức khỏe tâm thần. Trọng tâm của tư vấn tâm lý là định hướng sự việc, nghĩa là chỉ nhắm vào giải quyết vấn đề, không cần quá đi sâu vào giải quyết bản chất nảy sinh ra vấn đề.

*Mục đích của tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình:

- Giúp người bệnh và gia đình giảm bớt các cảm xúc tiêu cực trong hoàn cảnh khó khăn và cảm thấy thoải mái khi trò chuyện về vấn đề khó khăn của họ.
- Giúp người bệnh và gia đình tăng thêm hiểu biết về bản thân và hoàn cảnh của họ; giúp họ biết chấp nhận vấn đề của họ như nó đang có.
- Giúp người bệnh và gia đình đưa ra các quyết định lành mạnh và có khả năng xử lý được vấn đề khó khăn của họ.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình thi hành các quyết định của họ và có khả năng dự phòng các tình huống tương tự xảy ra trong tương lai.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh và gia đình có nhu cầu được tư vấn về các vấn đề liên quan đến sức khỏe, bệnh tật, các vấn đề về tâm lý, xã hội và các vướng mắc trong cuộc sống mà họ gặp phải.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh loạn thần cấp, kích động...
- Người bệnh và gia đình mất khả năng nhận thức do bệnh tật...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- 01 người (cán bộ tâm lý, bác sĩ tâm thần, điều dưỡng tâm thần) được đào tạo, tập huấn về liệu pháp.

2. Phương tiện:

- Tại phòng chuyên biệt có bàn, ghế ngồi.
- Đảm bảo đủ điều kiện ánh sáng, nhiệt độ, yên tĩnh...
- Bộ công cụ tư vấn, giấy, bút...

3. Người bệnh:

- Người bệnh có chỉ định tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ bệnh án.
- Hồ sơ tâm lý cá nhân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

Sổ khám bệnh ngoại trú.

Hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện trị liệu.

3. Thực hiện kỹ thuật

Mỗi phiên kéo dài khoảng 60 phút gồm các phần sau:

- Phần 1 (10 phút): xây dựng mối quan hệ và sự tin tưởng giữa nhà trị liệu (NTL) - người bệnh và gia đình người bệnh, tạo bầu không khí thân thiện. NTL làm rõ về tính chất của hoạt động tư vấn tâm lý, các hoạt động sẽ diễn ra trong buổi tư vấn, nguyên tắc về tính bảo mật cũng như đạo đức nghề nghiệp và thời gian của buổi tư vấn.
- Phần 2 (15 phút): Thu thập thông tin và xác định vấn đề: NTL cần xác định được vấn đề mà người bệnh và gia đình đang gặp vướng mắc cần giải quyết, đảm bảo hiểu đúng vấn đề.
- Phần 3 (15 phút): chọn giải pháp và kế hoạch thực hiện: NTL gợi ý cho người bệnh và gia đình tự đưa ra các phương án giải quyết chính vấn đề của họ; phân tích và giúp người bệnh và gia đình hiểu được những thuận lợi và khó khăn của mỗi giải pháp lựa chọn và xây dựng kế hoạch thực hiện.
- Phần 4 (15 phút): triển khai thực hiện giải quyết vấn đề: người bệnh và gia đình thực hành đóng vai gồm đưa ra vấn đề, giải quyết vấn đề thay đổi thực trạng. NTL nhận xét, đánh giá, giải đáp thắc mắc. Thực hành mẫu (nếu cần).
- Phần 5 (5 phút): lượng giá và kết thúc: NTL tóm tắt lại nội dung phiên tư vấn, củng cố tích cực cho người bệnh và gia đình; kết thúc tư vấn; cung cấp các thông tin về dịch vụ hỗ trợ hoặc hẹn lịch hẹn buổi nữa nếu người bệnh và gia đình có nhu cầu.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi đánh giá sau phiên tư vấn.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn.
- Dừng tư vấn nếu người bệnh và gia đình chống đối, không hợp tác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TP HCM.
2. Trần Đình Tuấn, (2013), Tham vấn tâm lý cá nhân và gia đình, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
3. Trần Thị Minh Đức (2012), Giáo trình Tham vấn tâm lý. NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
4. Võ Văn Bản, (2008), Thực hành điều trị tâm lý. NXB Y học.

43. LIỆU PHÁP GIẢI THÍCH HỢP LÝ

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp giải thích hợp lý (Rational Therapy) là liệu pháp tâm lý dùng lý lẽ logic để giải thích và thuyết phục, giúp bệnh nhân tự điều chỉnh lại các mối quan hệ và hệ thống thái độ có ý thức, chủ động khắc phục ý nghĩ sai lệch, tư duy thiếu logic về bệnh tật của mình. Vai trò của liệu pháp là làm cho người bệnh hoàn toàn tin tưởng vào kết quả điều trị. Đây thường là khởi đầu của các liệu pháp tâm lý tiếp theo, sau khi tiếp xúc với người bệnh nhà trị liệu phải giải thích cho người bệnh hiểu rõ về bệnh tật của họ và gây cho họ có được niềm tin vào kết quả điều trị.

Nhà trị liệu trò chuyện với người bệnh, tìm hiểu những khó khăn của họ, tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh, giúp người bệnh bộc lộ bản thân, và khi cần thiết dùng lời lẽ hợp lý, logic giải thích cho người bệnh về cơ chế sinh bệnh của họ, hay giúp họ điều chỉnh các mối quan hệ và điều chỉnh thái độ cho phù hợp với chuẩn mực.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh tâm căn: rối loạn phân ly, rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm, tâm căn nghi bệnh....
- Các bệnh tâm thể: cao huyết áp tâm thể, viêm loét dạ dày, viêm đại tràng...
- Các rối loạn tâm sinh khác: rối loạn giấc ngủ, rối loạn tình dục

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn loạn thần
- Chậm phát triển tâm thần
- Sa sút trí tuệ
- Các bệnh thực thể nặng
- Bệnh nhân, người nhà từ chối trị liệu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người (cán bộ tâm lý, bác sĩ tâm thần) đã được tập huấn, đào tạo về liệu pháp.

2. Dụng cụ

- Phòng thoáng mát, có trang bị điều hòa, bàn và 2 ghế
- Bút, giấy viết

3. Người bệnh

- Bệnh nhân về các triệu chứng như đã nêu ở phần chỉ định

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ tâm lý cá nhân
- Tiến trình trị liệu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện trị liệu.

3. Thực hiện quy trình

Thời gian mỗi phiên kéo dài khoảng 60 phút. Số lượng phiên điều trị thay đổi tùy đáp ứng của người bệnh.

Các bước tiến hành:

Bước 1: Đây là giai đoạn thực hiện các kế hoạch đã được thống nhất giữa nhà trị liệu và người bệnh. Tùy theo từng định hướng lý thuyết của mình, nhà trị liệu có thể sử dụng các kỹ thuật liệu pháp tâm lý khác nhau.

Bước 2: Thiết lập mối quan hệ với bệnh nhân thông qua giao tiếp trực tiếp để tìm hiểu các triệu chứng, các sang chấn tâm lý, diễn biến các triệu chứng, đặc điểm nhân cách người bệnh.

Bước 3: Giải thích cho người bệnh hiểu được bệnh tật của họ, cơ chế phát sinh, tiến triển của các triệu chứng của bệnh, đồng thời giải thích phương thức điều trị để làm cho người bệnh hoàn toàn tin tưởng và yên tâm vào quá trình điều trị.

Bước 4: Đánh giá những mục tiêu đã đạt được; Xác định những việc cần làm ở các phiên tiếp theo nhằm củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.

VI. THEO DÕI

- Hồ sơ tâm lý
- Tiến trình trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
2. Nguyễn Sinh Phúc (2015), Liệu pháp tâm lý, *Bài giảng chuyên ngành tâm thần, Liệu pháp tâm lý và giao tiếp thầy thuốc - bệnh nhân*, ĐH Khoa học Xã hội và Nhân văn.

44. LIỆU PHÁP HÀNH VI

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp hành vi (Behavioral Therapy) là một trong những liệu pháp tâm lý hiện đại xuất hiện cùng với sự hình thành của môn tâm lý học hành vi mà người tiên phong tạo ra cơ sở lý luận và khoa học cho liệu pháp hành vi cũng như môn tâm lý học hành vi là J.Watson. Từ đó, liệu pháp hành vi liên tục được nghiên cứu, phát triển dựa trên cơ sở khoa học của hai học thuyết: (1) học thuyết phản xạ của I.Pavlov và (2) học thuyết về tập nhiễm gồm học thuyết điều kiện hóa thực thi của B.Skinner và học thuyết về sự củng cố của Bandura.

Theo liệu pháp hành vi, con người là một tập hợp của tất cả các hành vi là kết quả của những gì đã học hỏi được trong suốt quá trình cuộc sống của cá nhân. Khi một cá nhân có quá trình học hỏi đúng nguyên tắc thì đời sống tinh thần của người đó sẽ luôn thích hợp, lành mạnh và có tính xây dựng; ngược lại, tinh thần và cảm xúc của họ sẽ không được cân bằng nếu trong quá trình sống người đó chỉ học hỏi, tiếp thu toàn những cái xấu và điều sai.

Các phương pháp và kỹ thuật trong liệu pháp hành vi bao gồm rất nhiều hình thức khác nhau, và mỗi một ca bệnh đặc thù thì có thể áp dụng một hay nhiều phương pháp và kỹ thuật để trị liệu tùy theo từng ca bệnh. Một số các kỹ thuật thông dụng thường được áp dụng trong liệu pháp hành vi gồm:

- Kỹ thuật khử điều kiện
- Kỹ thuật tự điều chỉnh
- Kỹ thuật phản hồi sinh học
- Kỹ thuật hồi cảm tràn ngập
- Kỹ thuật hồi cảm nhấn chìm
- Kỹ thuật điều kiện hóa thao tác
- Kỹ thuật làm theo mẫu

Mô hình trị liệu hành vi gồm 6 giai đoạn sau (cho một liệu trình từ 8 đến 16 buổi trị liệu):

- Giai đoạn 1 (1 buổi): Xây dựng quan hệ và sự tin tưởng giữa nhà trị liệu và người bệnh có thể gồm các bước sau:
- Giai đoạn 2 (1-2 buổi): Thu thập thông tin và xác định vấn đề:
- Giai đoạn 3 (1-2 buổi): Giáo dục tâm lý và kế hoạch thực hiện.
- Giai đoạn 4 (4-10 buổi): Triển khai thực hiện giải quyết vấn đề.
- Giai đoạn 5 (1 buổi): Lượng giá và kết thúc.
- Giai đoạn 6 (1 buổi): Theo dõi sau kết thúc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn ám ảnh sợ xã hội, ám ảnh sợ khoảng trống, ám ảnh sợ đặc hiệu.

- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức
- Rối loạn lo âu lan tỏa
- Rối loạn trầm cảm
- Lệ thuộc thuốc
- Rối loạn chức năng tình dục
- Rối loạn ăn uống
- Phục hồi xã hội cho bệnh nhân tâm thần phân liệt
- Đau mạn tính có nguồn gốc thực thể hoặc tâm lý
- Rối loạn nhân cách
- Các bệnh lý cơ thể có liên quan đến tâm lý hành vi: cao huyết áp, ung thư, AIDS...
- Các rối loạn sử dụng chất: nghiện thuốc lá, ma túy, rượu...
- Các rối loạn tâm lý ở trẻ em: đái dầm ban đêm, nói lắp, lo âu, ám ảnh, ám ảnh sợ, tự kỷ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tâm thần phân liệt trong giai đoạn cấp tính.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện có loạn thần.
- Trầm cảm có ý tưởng tự sát.
- Bệnh nhân từ chối/ không hợp tác trị liệu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

- 01 người (cán bộ tâm lý, bác sĩ tâm thần) được đào tạo về liệu pháp.

2. Phương tiện:

- Phòng tư vấn có đủ ánh sáng, yên tĩnh, có trang bị điều hòa, bàn, ghế, giấy, bút...
- Bộ tài liệu dành cho cán bộ trị liệu.
- Bộ tài liệu dành cho người bệnh.
- Đồ chơi (nếu là bệnh nhi gồm bóng, thú bông, xếp hình, thẻ hình, bút vẽ, bút màu...).

3. Người bệnh:

- Bệnh nhân được chỉ định trị liệu tâm lý bằng liệu pháp hành vi.
- Bệnh nhân có nhu cầu trị liệu tâm lý.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án nội trú
- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ tư vấn tâm lý.
- Tiến trình trị liệu theo phiên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện trị liệu.

3. Thực hiện quy trình:

Hoạt động của mỗi phiên trị liệu kéo dài khoảng 60 phút:

- Phần 1(10 phút): Chào hỏi, giới thiệu, tạo bầu không khí thân thiện, trao đổi về bài tập về nhà, khó khăn và thành công.
- Phần 2 (20 - 25 phút): nhà trị liệu cung cấp thông tin về kỹ thuật mới cần áp dụng cho buổi trị liệu. Hướng dẫn hoặc làm mẫu để người bệnh hiểu rõ được nội dung và cách tiến hành của kỹ thuật.
- Phần 3 (20 - 25 phút): Người bệnh thực hành kỹ thuật dưới sự hướng dẫn của nhà trị liệu. Đóng vai (nếu cần) để người bệnh thành thục với kỹ thuật. Trong giai đoạn này, nhà trị liệu phân tích điểm mạnh, điểm khó khăn của kỹ thuật khi áp dụng với người bệnh để giúp người bệnh vận dụng kỹ thuật vào trường hợp của chính họ một cách tốt nhất.
- Phần 4 (5-10 phút): Lượng giá và kết thúc buổi trị liệu, xác định kết quả đạt được và những vấn đề cần phải làm ở buổi sau. Giao bài tập về nhà và hẹn lịch trị liệu cho buổi sau.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi đánh giá sau mỗi buổi trị liệu.
- Theo dõi đánh giá sau khi kết thúc một liệu trình trị liệu.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành).
2. Võ Văn Bản, (2008), Thực hành điều trị tâm lý.
3. Raymond J.Cosini & Danny Wedding (2016), Tâm lý trị liệu đương đại (dịch từ nguyên bản tiếng Anh – Hoàng Thị Nam Phương, Nguyễn Thị Minh Hằng).

45. LIỆU PHÁP ÁM THỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp ám thị (Suggestion Therapy) là sự tiếp nhận một cách thụ động những tác động tâm lý từ bên ngoài của một cá thể, từ đó gây ra những biến đổi nhất định về thể chất và tâm thần. Nói cách khác, liệu pháp ám thị là tác động tâm lý của một người lên người khác hay nhóm người khác, làm cho họ nhận thức và tiếp thu một cách không phê phán những lời lẽ, ý nghĩa và ý chí biểu hiện trong đó.

Đây là phương pháp hay dùng nhất để điều trị các triệu chứng chức năng và khi đó nhân cách người bệnh được điều chỉnh lại.

Các loại ám thị:

- Tự ám thị và bị ám thị
- Ám thị trực tiếp và ám thị gián tiếp
- Ám thị lúc thức (nhằm xóa bỏ một triệu chứng chức năng nào đó), ám thị trong giấc ngủ thôi miên và ám thị sau thôi miên.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn liên quan stress: Các rối loạn phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn lo âu...
- Rối loạn Tíc
- Cắt cơn nghiện: thuốc lá, rượu, ma túy...
- Một số rối loạn tâm thể: viêm đại tràng co thắt, hen tâm thể...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối, hạn chế trong các trường hợp:

- Các bệnh loạn thần
- Các bệnh thực thể
- Các bệnh tâm thể nặng
- Rối loạn nhân cách

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

- 02 người (cán bộ tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần và điều dưỡng) đã được tập huấn, đào tạo về liệu pháp.

2. Phương tiện

- Tại phòng thủ thuật, phòng tiêm
- Phòng thoáng mát có trang bị điều hòa.
- Có bàn, ghế ngồi và giường bệnh
- Các công cụ hỗ trợ ám thị: bơm kim tiêm, dược phẩm hỗ trợ (vitamin, nước cất,...)...
-

3. Người bệnh

- Có chỉ định điều trị bằng liệu pháp ám thị

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ tâm lý cá nhân
- Tiến trình trị liệu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH ÁM THỊ

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện trị liệu.

3. Thực hiện quy trình:

Thời gian thực hiện trị liệu ám thị thay đổi, mỗi phiên thường kéo dài 60 phút.

Các bước tiến hành:

Bước 1: Xây dựng mối quan hệ trị liệu với người bệnh (tìm hiểu các triệu chứng, các vấn đề sang chấn tâm lý, sở thích, thói quen của người bệnh)

Bước 2: Nhà trị liệu làm liệu pháp giải thích hợp lý cho người bệnh hiểu về bệnh của họ và tin tưởng vào điều trị

Bước 3: Chọn phương pháp hỗ trợ phù hợp đối với từng người bệnh mục đích làm tăng hiệu quả của ám thị và không nguy hại cho người bệnh: bấm huyệt, châm cứu, xoa bóp, tiêm vitamin...

Bước 4: Nhà trị liệu dùng lời nói kết hợp cả về động tác, hành vi với phương pháp hỗ trợ, chủ động ám thị người bệnh theo hướng dẫn đã lựa chọn trước.

Trong một vài trường hợp có thể dùng thêm một số phương tiện hỗ trợ để tăng cường hiệu quả ám thị.

Bước 5: Kết thúc điều trị: nhà trị liệu tiếp tục khuyến khích tính tự ám thị của người bệnh để duy trì kết quả điều trị.

VI. THEO DÕI

- Hồ sơ tâm lý
- Tiến trình điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Có khi ám thị không làm mất triệu chứng chức năng mà làm xuất hiện thêm các triệu chứng chức năng khác trên người bệnh. Khi đó, cần tạm dừng thực hiện kỹ thuật, đánh giá lại người bệnh có xử trí, can thiệp phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Bản** (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
2. **Nguyễn Sinh Phúc** (2015), *Liệu pháp tâm lý và giao tiếp thầy thuốc - bệnh nhân*, Bài giảng chuyên ngành tâm thần, ĐH Khoa học Xã hội và Nhân văn.
3. **Nguyễn Văn Thọ** (2009), *Liệu pháp tâm lý ám thị*, Thực hành trị liệu tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung Ương 2.
4. Encyclopedia of Psychotherapy, 2002, Elsevier Science (USA).

46. LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp nhận thức hành vi (Cognitive Behavioral Therapy) là liệu pháp được áp dụng để tìm hiểu và điều trị các dạng suy nghĩ và cảm xúc ảnh hưởng đến hành vi tiêu cực trong nhận thức của người bệnh. Thông qua hoạt động liệu pháp, nhà liệu pháp (NTL) sẽ dạy người bệnh các kỹ năng để họ đối phó với những khó khăn về mặt tâm lý bao gồm 5 lĩnh vực: tình huống, suy nghĩ, cảm xúc, cảm giác thể chất và hành động. Năm lĩnh vực này được kết nối và ảnh hưởng lẫn nhau.

Liệu pháp sử dụng các lý thuyết về phản xạ của Pavlov, học thuyết tập nhiễm của Skinner, học thuyết củng cố Albert Bandura, lý thuyết nhận thức Beck trong điều chỉnh hành vi thích nghi ở người bệnh thông qua việc thay đổi niềm tin sai lệch trong suy nghĩ của người bệnh. Từ đó giúp họ có những cảm xúc, hành vi đúng mực, thích nghi hơn trong cuộc sống. NTL sẽ phân tích những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của người bệnh để tìm ra liệu chúng có viển vông hoặc vô ích hay không và để xác định ảnh hưởng của chúng đối với nhau và đối với họ. NTL sẽ giúp người bệnh tìm ra cách thay đổi những suy nghĩ và hành vi không có lợi. Sau khi tìm ra những gì người bệnh có thể thay đổi, NTL sẽ yêu cầu họ thực hành những thay đổi này trong cuộc sống hàng ngày của người bệnh. Điều này sẽ giúp họ kiểm soát các vấn đề của mình và ngăn chặn chúng có tác động tiêu cực đến cuộc sống của họ, đồng thời làm giảm khả năng các triệu chứng bệnh lý quan trở lại ngay cả khi quá trình điều trị kết thúc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn cảm xúc: Rối loạn trầm cảm, Rối loạn lưỡng cực
- Rối loạn lo âu
- Rối loạn hoảng sợ
- Rối loạn ám ảnh
- Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD)
- Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD)
- Rối loạn nhân cách thể bất định
- Các rối loạn loạn thần: Rối loạn tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng...
- Các vấn đề về giấc ngủ
- Rối loạn ăn uống (biếng ăn, ăn vô độ...)
- Các rối loạn sử dụng chất
- Các rối loạn hành vi cảm xúc tuổi trẻ em/ thanh thiếu niên
- Các hành vi tự sát/ tự hủy hoại
- Nghiện game, nghiện chất, nghiện cờ bạc...
- Hội chứng ruột kích thích
- Hội chứng mệt mỏi mãn tính

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Hạn chế trong các trường hợp:

- Trầm cảm nặng có ý tưởng tự sát
- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần, tự kỷ, tâm thần phân liệt mức độ nặng/ trầm trọng
- Các bệnh thực tổn
- Nhân cách Paranoia
- Rối loạn loại phân liệt
- Loạn thần do hưng cảm hoặc trầm cảm
- Bệnh nhân từ chối thực hiện liệu pháp tâm lý

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

01 người (cán bộ tâm lý, bác sĩ tâm thần) được đào tạo về liệu pháp

2. Phương tiện, công cụ

- Phòng rộng đủ ánh sáng, được trang bị điều hòa
- Bàn và ghế ngồi
- Tủ đựng tài liệu bộ công cụ và hồ sơ
- Tài liệu cho nhà liệu pháp
- Tài liệu cho bệnh nhân
- Giấy, bút viết, đồ chơi đóng vai (màu vẽ, bút màu, thú bông, logo, bộ ghép hình, con thú để chơi đóng vai, thẻ tranh/ ảnh, sách, truyện....).
- Máy tính, máy in
- Tủ đựng bộ công cụ

3. Người bệnh

- Bệnh nhân có vấn đề về sức khỏe tâm thần như đã nêu ở mục chỉ định
- Bệnh nhân ổn định, không có dấu hiệu kích động, gây rối, tri giác được sự vật, nhận thức và hiểu được các hướng dẫn của nhân viên y tế.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ tâm lý
- Tiến trình thực hiện
- Bảng theo dõi thực hành của người bệnh tại bệnh phòng hoặc gia đình

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú hoặc sổ khám bệnh ngoại trú.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật:

**Thời gian thực hiện*

- Thời gian tiến hành 60 phút/ 1 phiên liệu pháp

**Các bước tiến hành*

Bước 1: NTL giới thiệu mục đích hoạt động

Bước 2: Thảo luận quy tắc và chủ đề của buổi điều trị, nội quy hoạt động của buổi điều trị.

Bước 3: Thảo luận, chia sẻ trải nghiệm của người bệnh theo chủ đề đã được thống nhất và thông báo trước mỗi buổi điều trị. Đánh giá nhu cầu của người bệnh và gia đình. Xây dựng chương trình can thiệp

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh thực hành kỹ năng liệu pháp

Bước 5: NTL cho người bệnh nhắc lại các bước, nhận xét, đánh giá, chia sẻ suy nghĩ và cảm xúc trong quá trình thực hiện

VI. THEO DÕI

- Bài tập về nhà của bệnh nhân
- Tiến trình liệu pháp

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí cần đánh giá lại vấn đề của người bệnh thường xuyên, giúp NTL thay đổi phương pháp, cách thức hỗ trợ khác để trợ giúp người bệnh được tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Bản (2002)**, Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
2. **Lê Thị Minh Tâm (2013)**, Tiếp cận liệu pháp nhận thức hành vi, NXB Thời đại.
3. **Chand S.P., Kuckel D.P., and Huecker M.R. (2022)**. Cognitive Behavior Therapy. *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).

47. LIỆU PHÁP NHẬN THỨC

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp nhận thức (Cognitive Therapy) là liệu pháp nhằm thay đổi những cảm xúc và hành vi bị rối loạn bởi sự biến đổi phương thức mà người bệnh suy nghĩ về những kinh nghiệm sống có ý nghĩa.

Liệu pháp nhận thức được xây dựng dựa trên nguyên tắc cho rằng hành vi không thích hợp/ hành vi không hiệu quả được kích hoạt bởi các kiểu suy nghĩ không phù hợp hoặc không hợp lý, được gọi là suy nghĩ tự động. Liệu pháp nhận thức tập trung vào việc thay đổi những khuôn mẫu suy nghĩ này (còn được gọi là sự bóp méo nhận thức), bằng cách kiểm tra tính hợp lý và hợp lệ của các giả định đằng sau chúng. Quá trình này được gọi là tái cấu trúc nhận thức. Các nhà liệu pháp (NTL) sử dụng một số kỹ thuật khác nhau trong quá trình liệu pháp nhận thức để giúp người bệnh kiểm tra suy nghĩ và hành vi. Bao gồm: (1) Kiểm tra tính hợp lệ. (2) Diễn tập nhận thức. (3) Khám phá có hướng dẫn. (4) Viết nhật ký. (5) Bài tập về nhà. (6) Làm mẫu. Sau đó, người bệnh có thể mô hình hóa hành vi này.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn cảm xúc: trầm cảm, các rối loạn cảm xúc khác
- Rối loạn hoảng sợ, ám sợ xã hội, ám ảnh sợ khoảng trống, ám ảnh sợ đặc hiệu.
- Rối loạn lo âu
- Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD)
- Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD)
- Rối loạn nhân cách
- Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD)
- Tâm thần phân liệt
- Rối loạn sử dụng chất
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn ăn uống
- Khó kiểm soát cảm xúc (tức giận)
- Đau mạn tính có nguồn gốc thực thể hoặc tâm lý
- Chứng mất trí nhớ, bệnh Alzheimer thể nhẹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần nặng không có khả năng nhận thức
- Các bệnh thực tổn nặng
- Nhân cách Paranoia
- Bệnh nhân từ chối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

01 người (Cán bộ tâm lý, bác sĩ tâm thần) được đào tạo về liệu pháp.

2. Dụng cụ

- Phòng đủ ánh sáng, được trang bị điều hòa, quạt
- Bàn và ghế ngồi
- Tài liệu cho nhà liệu pháp
- Tài liệu cho người bệnh
- Giấy, bút viết
- Máy tính, máy in
- Tủ đựng bộ công cụ

3. Người bệnh

Như đã nêu ở mục chỉ định

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ tâm lý
- Tiến trình liệu pháp
- Bảng theo dõi thực hành của người bệnh tại bệnh phòng hoặc gia đình

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra lại hồ sơ tâm lý của người bệnh

2. Kiểm tra người bệnh

Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật

**Thời gian thực hiện*

- Thời gian tiến hành 60 phút/ 1 phiên liệu pháp

**Các bước tiến hành*

Bước 1: NTL giới thiệu mục đích hoạt động

Bước 2: Thảo luận quy tắc và chủ đề của buổi điều trị, nội quy hoạt động của buổi điều trị.

Bước 3: Thảo luận, chia sẻ trải nghiệm của người bệnh theo chủ đề đã được thống nhất và thông báo trước mỗi buổi điều trị. Đánh giá nhu cầu của người bệnh và gia đình. Xây dựng chương trình can thiệp

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh thực hành kỹ năng nhận thức

Bước 5: NTL cho người bệnh nhắc lại các bước, nhận xét, đánh giá, chia sẻ suy nghĩ và cảm xúc trong quá trình thực hiện hoạt động.

VI. THEO DÕI

- Bài tập về nhà của bệnh nhân
- Tiến trình liệu pháp

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cũng không thấy đề cập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Bản (2002)**, Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
2. **Lê Thị Minh Tâm (2013)**, Tiếp cận liệu pháp nhận thức hành vi, NXB Thời đại.
3. **Nguyễn Sinh Phúc (2015)**, *Liệu pháp tâm lý và giao tiếp thầy thuốc - bệnh nhân*, Bài giảng chuyên ngành tâm thần, ĐH Khoa học Xã hội và Nhân văn.

48. LIỆU PHÁP KÍCH HOẠT HÀNH VI

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp kích hoạt hành vi (Behavioral Activation) là một phương pháp liệu pháp tâm lý cho người bệnh trầm cảm được áp dụng nhiều trên thế giới, và được xem là phương pháp tương đối đơn giản, có hiệu quả, và có thể áp dụng tại cộng đồng.

Kích hoạt hành vi là liệu pháp tâm lý dựa trên cơ sở của lý thuyết hành vi nhằm mục đích động viên bệnh nhân thực hiện các hoạt động mà bệnh nhân thích thú. Nhờ tăng cường thực hiện hoạt động đó, cảm xúc của bệnh nhân sẽ thay đổi, từ đó tình trạng bệnh được cải thiện.

Liệu pháp kích hoạt hành vi là nhà liệu pháp giáo dục cho người bệnh hiểu: (1) thay đổi cảm xúc giúp họ thay đổi hoạt động của mình. (2) Các thay đổi trong cuộc sống có thể dẫn tới trầm cảm và các chiến lược thích ứng ngắn hạn có thể làm họ lún sâu vào cảm giác buồn chán. (3) Việc duy trì và sử dụng thuốc chống trầm cảm là quan trọng. (4) Lên chương trình hoạt động dựa vào kế hoạch chứ không dựa vào cảm xúc. (5) Thay đổi sẽ dễ dàng hơn khi thực hiện từng bước nhỏ. (6) Nhấn mạnh các hoạt động được củng cố một cách tự nhiên. (6) Hoạt động như huấn luyện viên (7) Nhấn mạnh phương pháp thực nghiệm giải quyết vấn đề và nhận diện rằng mọi kết quả đều hữu ích. (8) Không chỉ nói mà phải làm. (9) Giải quyết sự cố có thể xảy ra và các cản trở thực tế đối với sự kích hoạt. Tất cả các kỹ thuật trong liệu pháp đều nhằm mục tiêu làm gia tăng sự kích hoạt và hướng người bệnh tham gia nhiều hoạt động trong xã hội, làm giảm các hành vi trốn tránh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn trầm cảm
- Các rối loạn lo âu
- Rối loạn stress sau sang chấn
- Một số chỉ định khác: Tâm thần phân liệt (triệu chứng âm tính nổi bật), suy giảm nhận thức, bệnh lý cơ thể mạn tính...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Hạn chế/ thận trọng trong các trường hợp:

- Loạn thần cấp và mạn; các bệnh thực tổn nặng
- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần mức độ nặng, tự kỷ mức độ nặng.
- Bệnh nhân từ chối thực hiện liệu pháp tâm lý.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 người (cán bộ tâm lý, bác sĩ tâm thần, điều dưỡng tâm thần) được tập huấn, đào tạo về liệu pháp

2. Phương tiện

- Phòng đủ ánh sáng, được trang bị điều hòa
- Tài liệu cho nhà liệu pháp
- Tài liệu cho bệnh nhân
- Giấy, bút viết

3. Người bệnh

Người bệnh như ở phần chỉ định

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ tâm lý
- Tiến trình liệu pháp

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra lại hồ sơ tâm lý của người bệnh

2. Kiểm tra người bệnh: Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật

**Thời gian thực hiện*

- Thời gian tiến hành mỗi phiên trị liệu kéo dài khoảng 60 phút

**Các bước tiến hành*

Bước 1: Nhà liệu pháp (NTL) giới thiệu mục đích hoạt động

Bước 1: NTL giới thiệu mục đích hoạt động

Bước 2: Thảo luận nội quy và chủ đề của hoạt động. NTL thảo luận nội quy hoạt động, quy tắc, quy định của việc tuân thủ hoạt động liệu pháp.

Bước 3: Đánh giá nhu cầu của người bệnh và gia đình. Từ đó xây dựng chương trình can thiệp.

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh các bước cụ thể trong quá trình thao tác, thực hành liệu pháp

Bước 5: NTL cho người bệnh nhắc lại các bước, nhận xét đánh giá và thực hiện bài tập về nhà.

VI. THEO DÕI

- Hồ sơ tâm lý, Tiến trình liệu pháp. Bài tập về nhà của người bệnh, thành phẩm sau những buổi trị liệu và thực hành tại nhà/ tại phòng. Đánh giá tiến triển thông qua test đánh giá tâm lý.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn.
- Dừng liệu pháp khi xảy ra tai biến, có thể chuyển sang kỹ thuật liệu pháp tâm lý khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Victoria K Ngô** và cộng sự, Liệu pháp tâm lý kích hoạt hành vi, Quỹ Cứu chiến binh Mỹ tại Việt Nam, tháng 5/2012.
2. **Võ Văn Bản**, Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học, Năm 2002.
3. **Ekers D., Webster L., Van Straten A., et al.** (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE*, **9(6)**, e100100.

49. LIỆU PHÁP TÂM KỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp tâm kịch giúp người bệnh biểu diễn trực tiếp sự rối loạn cảm xúc khi được khuyến khích hoạt diễn các hoàn cảnh đời sống liên hệ đến các khó khăn. Không khí của tâm lý kịch giúp cá nhân đối phó với vấn đề của mình với một cảm xúc ít căng thẳng hơn là trong cuộc sống thực thụ (Jacob Moreno, 1946). Cơ chế tác động là giải tỏa xung đột dồn nén, làm sáng khoái tinh thần, tạo tâm trạng thư thái vì nó tháo gỡ vướng mắc xúc cảm, tình cảm, tư tưởng, nhận thức và cả cơ thể. Nguồn gốc giải tỏa, theo Morenon tính tự phát được hiểu là khả năng người bệnh phản ứng phù hợp với tình huống, hoàn cảnh xuất hiện đột ngột. Thường thường, người bị rối loạn tâm thần có thiếu hụt nào đó về kỹ năng giao tiếp, ít có khả năng ứng phó kịp thời phù hợp với hoàn cảnh. Hơn nữa, họ còn bị rối loạn cân bằng giữa thế giới thực và thế giới tưởng tượng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn tâm căn: lo âu, trầm cảm, stress
- Các rối loạn cảm xúc, hành vi ở lứa tuổi thanh thiếu niên
- Tâm thần phân liệt ổn định...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Loạn thần cấp.
- Chậm phát triển tâm thần nặng.
- Trường hợp điếc, mù, câm, rối loạn hành vi tác phong, hành vi chống đối.
- Người bệnh từ chối tham gia liệu pháp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

02 người (Cán bộ tâm lý hoặc Bác sĩ tâm thần và điều dưỡng tâm thần) có kiến thức chuyên môn về liệu pháp tâm kịch.

2. Phương tiện:

- Phòng rộng, được thiếu kế thoáng, mát, đủ ánh sáng, được trang bị điều hòa, không ồn ào, cách xa sự chú ý của mọi người
- Có bàn, ghế;
- Giấy, bút;
- Trang phục, đồ dùng cần thiết cho kịch nghệ (quần áo, loa, mic, ...).

3. Người bệnh: Nhóm người bệnh khoảng 5-10 người.

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ tâm lý, Tiến trình điều trị theo phiên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Sổ khám bệnh, Hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh: Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Hoạt động của mỗi phiên kéo dài 60 -90 phút

Bước 1: xây dựng chủ đề của buổi trị liệu (thời gian 5-10 phút)

- Mọi người ngồi thành vòng tròn. Mọi người được yêu cầu tìm chủ đề để tạo ra một kịch cảnh. Mỗi người kể về điều mà họ nghĩ hay tưởng tượng trong tuần trước.

- Nhà trị liệu hỏi, khơi gợi và hướng dẫn người bệnh kể về các vấn đề liên quan để tạo ra chủ đề yêu thích của cả nhóm cùng quan tâm.

Bước 2: chuẩn bị cho vở kịch (thời gian 5- 10 phút)

- Nhà trị liệu và nhóm xây dựng vở kịch từ chủ đề đã chọn. Phân vai các thành viên trong nhóm, hoặc các con vật, đồ vật quen thuộc trong cuộc sống.

Bước 3: Diễn tiến của vở kịch (thời gian 20- 30 phút)

- Vở diễn bắt đầu như ý tưởng ban đầu. Tuy nhiên sẽ xuất hiện tình huống bất ngờ đối. Nhà trị liệu 1 khơi gợi làm bộc lộ cảm xúc, ám ảnh bị dồn nén, để từ đó kích thích biểu diễn và làm nảy sinh hồi tưởng, tình tiết giống cuộc sống thực. Nhà trị liệu 2 ghi lại một cách cẩn thận buổi diễn.

Bước 4: Kết thúc buổi trị liệu (thời gian khoảng 20 -30 phút)

- Nhà trị liệu sẽ quyết định xem liệu diễn tiếp hay dừng lại. Mọi người sẽ ngồi lại và chia sẻ cảm tưởng, suy nghĩ đã được kịch cảnh gợi ra, kỷ niệm có thể đã đến với tâm trí mình...

- Nhà trị liệu ôn lại quy ước từ buổi đầu tiên liệu pháp. Tuyên bố kết thúc liệu pháp.

VI. THEO DÕI

- Hồ sơ tâm lý, Tiến trình liệu pháp.

- Bài tập về nhà của người bệnh, thành phẩm sau những buổi trị liệu và thực hành tại nhà/ tại phòng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn. Cách xử trí tai biến dừng điều trị, chuyển sang điều trị khác hoặc chuyển nhà trị liệu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2017), Liệu pháp tâm lý – Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội, tr 191-194.
2. Nguyễn Khắc Viện (1992), " *Bài giảng tâm lý học, tập IV, Bàn về các loại tâm pháp*", NXB Phụ Nữ.
3. Gonzalez A.-J., Martins P., and de Lima M.P. (2018). Studying the Efficacy of Psychodrama With the Hermeneutic Single Case Efficacy Design: Results From a Longitudinal Study. *Front Psychol*, **9**, 1662.

50. LIỆU PHÁP TÂM LÝ ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp tâm lý động (Psychodynamic Therapy) là liệu pháp tâm lý giúp con người lùi lại quá khứ, tìm lại những cội rễ vô thức của các vấn đề gây ra rối loạn ở hiện tại, nhằm giải phóng những cảm xúc tiêu cực có liên quan và/ hoặc loại trừ các triệu chứng tâm bệnh. Liệu pháp tâm lý động cơ bản vẫn dựa trên nền tảng lý luận của Phân tâm học về các rối loạn tâm thần, về quan hệ chuyển di...tuy nhiên quá trình điều trị chỉ tập trung vào vấn đề chủ yếu của người bệnh, nhằm giải thích động cơ thúc đẩy bên trong của người bệnh, nhấn mạnh vai trò của ý thức và vô thức đến hành vi của họ, ảnh hưởng quá khứ đến hình thành và quyết định nhân cách người bệnh.

Các giai đoạn của liệu pháp:

Giai đoạn 1: Đối chất cùng người bệnh nhằm đánh giá tình hình người bệnh. Hiểu được bản chất của những thôi thúc và tranh chấp trong nội tâm vô thức và các thể suy nghĩ, cảm nhận và ứng xử trước mọi vấn đề của người bệnh.

Giai đoạn 2: Làm sáng tỏ lý do gì và tại sao có sự chống đối ở người bệnh nhằm tìm hiểu được những động lực vô thức nào đã dẫn đến các hành vi của người bệnh. Từ đó đưa ra những vấn đề cần được giải quyết sớm.

Giai đoạn 3: Giải thích cho người bệnh những vấn đề họ đang vướng mắc. Có thể được thực hiện lặp đi lặp lại nhiều lần và phải được thực hiện trong điều kiện thuận lợi và đúng thời điểm để người bệnh có thể sẵn sàng nghe và hiểu.

Giai đoạn 4. Phối hợp hóa giải vấn đề người bệnh là sự kết hợp giữa bước giải thích đã thay đổi được triệu chứng tâm căn của người bệnh thì cảm xúc của người bệnh bắt đầu được tẩy xóa, người bệnh thấy được mối liên hệ giữa hành vi ở hiện tại với những gì xảy ra trong phần vô thức sâu kín của mình. Tuy nhiên, 4 bước này có thể áp dụng linh hoạt đối với từng người bệnh. Tình trạng phải được cải thiện sau một số buổi .

II. CHỈ ĐỊNH

- Ám sợ xã hội, ám ảnh sợ khoảng trống, ám ảnh sợ đặc hiệu
- Rối loạn hoảng sợ
- Rối loạn lo âu khác
- Rối loạn ám ảnh
- Trầm cảm
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn stress sau sang chấn
- Rối loạn nhân cách
- Các chứng nghiện: thuốc lá, rượu, ma túy
- Các rối loạn tâm lý ở trẻ em: đái dầm ban đêm, nói lắp, lo âu, ám ảnh sợ, ám ảnh, tự kỷ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Loạn thần cấp và mạn
- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần
- Các bệnh thực tổn nặng
- Nhân cách Paranoia
- Người bệnh có khó khăn về diễn đạt
- Bệnh nhân từ chối thực hiện liệu pháp

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật: 01 Bác sỹ tâm thần hoặc Cán bộ tâm lý được đào tạo về liệu pháp.

2. Phương tiện: Phòng thoáng mát, có trang bị điều hòa, bàn và 2 ghế; Bút, giấy viết.

3. Người bệnh: Một hoặc một nhóm người bệnh có triệu chứng như đã nêu ở phần chỉ định.

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ tâm lý cá nhân; Tiến trình liệu pháp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Sổ khám bệnh, Hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh: Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật:

**Hoạt động của mỗi phiên trị liệu: 45- 60 phút*

Phần 1(5 – 10 phút): Nhà trị liệu ôn tập nội dung buổi trước và hướng dẫn đánh giá kết quả bài tập hôm trước giải đáp thắc mắc phát sinh và phân tích bài tập áp dụng.

Phần 2 (10 -15 phút): Nhà trị liệu hướng dẫn người bệnh, gia đình kỹ năng mới

Phần 3 (15 – 20 phút): Bệnh nhân thực hành

Phần 4 (5- 10 phút): Phản hồi và ôn lại

Phần 5 (5 phút): Tổng kết buổi trị liệu, giao bài tập về nhà ...

VI. THEO DÕI

- Hồ sơ tâm lý, Tiến trình liệu pháp.
- Bài tập về nhà của người bệnh, thành phẩm sau những buổi trị liệu và thực hành tại nhà/ tại phòng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn. Cách xử trí tai biến dừng điều trị, chuyển sang điều trị khác hoặc chuyển CBTL khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2017), Liệu pháp tâm lý – Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Nguyễn Sinh Phúc (2015), *Bài giảng chuyên ngành tâm thần – Liệu pháp tâm lý và giao tiếp thầy thuốc - bệnh nhân*, ĐH Khoa học Xã hội và Nhân văn.
3. Phạm Toàn (2020), Tâm bệnh học (tái bản lần 2), NXB Trẻ.
4. Trần Thị Minh Đức (2009), *Giáo trình tham vấn tâm lý*, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.

I. ĐẠI CƯƠNG

51. LIỆU PHÁP ÂM NHẠC

Liệu pháp âm nhạc (Musical Therapy) là phương pháp điều trị cho người bệnh bằng cách sử dụng âm nhạc (nhịp điệu, giai điệu, hòa âm, tiết tấu...) trong mối quan hệ liệu pháp để duy trì, phục hồi hoặc cải thiện cảm xúc, nhận thức, cơ thể và sức khỏe tinh thần.

Liệu pháp âm nhạc có tác động rất lớn tới cảm xúc con người. Việc nghe nhạc hay tự mình được tham gia vào các hoạt động âm nhạc giúp người bệnh thể hiện cảm xúc. Âm nhạc liệu pháp là một phương pháp chữa trị bền vững và hiệu quả đối với người có nhu cầu về tâm lý xã hội, tình cảm, nhận thức và giao tiếp. Liệu pháp âm nhạc giúp điều trị các rối loạn như tự kỷ, alzheimer, thiếu năng trí tuệ. Nó có một tác động tích cực chống stress và làm giảm thiểu tâm trạng âu lo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân với các triệu chứng: Có khó khăn trong việc biểu lộ suy nghĩ, cảm xúc; Rối loạn tư duy; Có sự tự tin thấp; Thu rút, thụ động, ít giao tiếp; Rối loạn stress; Rối loạn lo âu; Trầm cảm; Trẻ em tự kỷ, chậm phát triển mức độ nhẹ và vừa; Mất trí nhớ; Parkinson
- Đáp ứng các nhu cầu: Không có dấu hiệu gây rối, có một số chức năng nhận thức, tầm nhìn rõ ràng, hiểu được yêu cầu của hoạt động.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Loạn thần cấp và mãn tính
- Sa sút trí tuệ và Chậm phát triển tâm thần nặng
- Người bệnh căm, ghét, có hành vi chống đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

02 người (Cán bộ tâm lý hoặc Bác sĩ tâm thần và điều dưỡng) có kiến thức về âm nhạc

2. Phương tiện

- Phòng liệu pháp yên tĩnh có phân chia khu vực sân khấu, đảm bảo riêng tư và thoáng mát có trang bị điều hòa
- Các loại nhạc cụ: đàn ghita, đàn T'rung, sáo, xắc xô, trống, bộ gõ...
- Đầu đĩa CD, băng nhạc (có lời, không lời, hình ảnh), loa, ti vi

3. Người bệnh

- Nhóm nhạc không lời: bệnh nhân 6- 8 người và 1 nhà trị liệu (bệnh đã được nêu trong phần chỉ định)
- Nhóm nhạc có lời: 10 – 12 người và 2 nhà trị liệu
- Nhóm múa: 3- 6 người và 1 nhà trị liệu
- Cá nhân: 1 người bệnh – 1 nhà trị liệu

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án

- Hồ sơ nhóm
- Tiến trình điều trị

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật

**Thời gian thực hiện*

- Thời gian tiến hành mỗi phiên trị liệu kéo dài khoảng 60 phút

**Các bước tiến hành*

Bước 1 : Phổ biến nguyên tắc hoạt động của nhóm

Bước 2 : Tiến hành hoạt động theo trình tự nhất định (khoảng 5 phút thì cho bệnh nhân dừng lại và chuyển hoạt động):

- **Lần 1:** Mỗi người chọn 1 loại nhạc cụ và cả nhóm cùng chơi tự do
- **Lần 2:** Đổi nhạc cụ và cả nhóm cùng chơi tự do lần 2
- **Lần 3:** Ngừng chơi, nhắm mắt lại suy nghĩ về những cảm xúc của mình
- **Lần 4:** Từng người dùng nhạc cụ để giới thiệu về mình (trên sân khấu)
- **Lần 5:** Từng cặp cùng biểu diễn (trên sân khấu).
- **Lần 6 :** Mỗi người chọn 1 loại nhạc cụ và chơi tự do (quay lại bước 1)
- **Lần 7:** Mỗi người nói lên cảm xúc của mình sau buổi trị liệu

Bước 3 : Nhận xét việc tuân thủ nguyên tắc và kết quả hoạt động của nhóm và giao bài tập về nhà

VI. THEO DÕI

- Theo dõi đánh giá sau mỗi điều trị, bài tập về nhà, hồ sơ tâm lý, tiến trình liệu pháp

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang S, Agius M. The use of music therapy in the treatment of mental illness and the enhancement of society wellbeing. *Psychiatria Danubina*, 30:6. 2018
2. Sousa AD. The Role of Music Therapy in Psychiatry. *Altern Ther Health Med* . 3. 2005.

52. LIỆU PHÁP HỘI HOẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp hội họa (Art Therapy) là cách giúp người bệnh bộ lộ vấn đề, tâm tư của mình thông qua tranh vẽ.

Liệu pháp hội họa là liệu pháp được sử dụng bởi những nhà nghệ thuật liệu pháp đã được huấn luyện. Phương pháp này giúp người bệnh tri giác về bản thân, cảm nhận các mối quan hệ của mình với người xung quanh và nhận thức về thế giới. Liệu pháp hội họa được xem là cầu nối giữa các ý nghĩ vô thức và các xung đột nội tâm, đồng thời giúp người bệnh đương đầu với những nỗi sợ hãi, kiềm chế căng thẳng nội tâm, huy động sức tưởng tượng của bản thân để thoát ra, vượt qua được nỗi sợ hãi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân các thể bệnh, với các triệu chứng:
- + Có khó khăn trong việc biểu lộ suy nghĩ, cảm xúc
- + Rối loạn tư duy
- + Có khó khăn trong hoạt động khéo léo bàn tay
- + Có sự tự tin thấp
- + Thu rút, thụ động, ít giao tiếp
- Đáp ứng các nhu cầu:
- + Không có dấu hiệu gây rối
- + Có một số chức năng nhận thức, tầm nhìn rõ ràng
- + Hiểu được yêu cầu của hoạt động

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Loạn thần cấp và mãn tính
- Sa sút trí tuệ, chậm phát triển tâm thần nặng
- Người bệnh điên, khiếm thị

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

02 người (Cán bộ tâm lý hoặc Bác sĩ tâm thần và điều dưỡng) có kiến thức về liệu pháp hội họa.

2. Phương tiện

- Phòng liệu pháp yên tĩnh, đảm bảo riêng tư và thoáng
- Các vật dụng cần thiết: giấy A4, bút chì, màu tô, cọ
- Khung treo sản phẩm của bệnh nhân

3. Người bệnh

Nhóm 9- 16 người bệnh, có cùng vấn đề đã được nêu trong phần chỉ định

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án, hồ sơ nhóm

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Sổ khám bệnh ngoại trú.
- Hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật:

**Thời gian thực hiện*

- Thời gian tiến hành mỗi phiên trị liệu kéo dài khoảng 60 phút

**Các bước tiến hành*

Bước 1: Giới thiệu mục đích hoạt động của nhóm và tên các thành viên (buổi đầu tiên)

Bước 2: Thảo luận nội quy và nội dung hoạt động

Bước 3: Tiến hành hoạt động: bệnh nhân vẽ và trang trí theo ý muốn bản thân

Bước 4: Chia sẻ cảm nhận

Bước 5: Tổng kết và đánh giá quá trình tham gia hoạt động của người bệnh

VI. THEO DÕI

- Theo dõi đánh sau mỗi điều trị, bài tập về nhà của người bệnh, hồ sơ tâm lý, tiến trình liệu pháp

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van Lith T. Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *Arts Psychother.* 2016;47:9-22. doi:10.1016/j.aip.2015.09.003
2. Case C, Dalley T. *The Handbook of Art Therapy*. Third edition. Routledge; 2014.

53. LIỆU PHÁP TÁI THÍCH ỨNG XÃ HỘI

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp tái thích ứng xã hội là liệu pháp tâm lý dùng kỹ thuật tâm lý để giải thích và thuyết phục người bệnh, giúp họ tự điều chỉnh lại hành vi/ việc làm của mình để chủ động khắc phục những khiếm khuyết về bệnh tật, đảm bảo người bệnh không tách rời các phương thức sinh hoạt xã hội trước đây, nhằm thích ứng và tái hoà nhập với cuộc sống.

Liệu pháp tái thích ứng xã hội trong điều trị bệnh tâm thần cho người bệnh bao gồm 3 cấp độ: (1) dự phòng độ I: điều trị khỏi hoàn toàn, không để tái lại các triệu chứng, biểu hiện bệnh. (2) dự phòng độ II: phát hiện sớm, can thiệp và điều trị sớm giúp ngăn chặn tác hại của bệnh. (3) Dự phòng độ III: tái thích ứng xã hội, phục hồi chức năng về tâm lý xã hội cho người bệnh để họ có thể sinh hoạt, làm việc có ích cho bản thân, gia đình và xã hội.

Liệu pháp tái thích ứng xã hội, phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho người bệnh để họ có thể sinh hoạt, làm việc có ích cho bản thân, gia đình, xã hội và hoà nhập cộng đồng ở một mức độ nhất định (có sự phối hợp của bác sĩ, gia đình và xã hội); làm giảm và ngăn ngừa việc mất khả năng, biến chứng và trở ngại, tránh những tái phát cấp tính và làm cho người bệnh có thể sống thích ứng hòa nhập với cộng đồng; làm tăng chất lượng cuộc sống xã hội của họ một cách tối đa, thông qua sự hỗ trợ thích hợp bao gồm khuyến khích các kỹ năng của họ, thúc đẩy sự độc lập và tự chủ để tạo niềm hy vọng vào tương lai; giúp người bệnh cải thiện một cách đầy đủ về cảm xúc, vận động cơ thể, hòa nhập xã hội để họ có thể tái trở lại hoạt động việc làm trước đây; duy trì các kết quả điều trị của các liệu pháp sinh học và tâm lý.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn lưỡng cực...
- Ám sợ xã hội, ám ảnh sợ khoảng trống, ám ảnh sợ đặc hiệu
- Rối loạn hoảng sợ
- Ám ảnh cưỡng bức
- Lo âu lan tỏa
- Tâm thần phân liệt
- Chậm phát triển tâm thần
- Đau mạn tính có nguồn gốc thực thể hoặc tâm lý
- Rối loạn stress sau sang chấn
- Các bệnh lý cơ thể có liên quan đến tâm lý hành vi: cao huyết áp, AIDS, ung thư, lão khoa...
- Các rối loạn tâm lý ở trẻ em: nói lắp, lo âu, ám ảnh sợ, ám ảnh, tự kỷ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Hạn chế, thận trọng trong trường hợp:

- Trầm cảm nặng có ý tưởng tự sát
- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần nặng
- Các bệnh thực tổn nặng
- Bệnh nhân, người nhà từ chối thực hiện liệu pháp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 người (Cán bộ tâm lý, bác sĩ tâm thần) đã được tập huấn, đào tạo về liệu pháp.

2. Phương tiện

- Phòng rộng, thoáng có trang bị điều hòa, quạt, ánh sáng
- Dụng cụ tùy thuộc vào từng kỹ thuật cụ thể để tiến hành trên người bệnh thì cần những dụng cụ tương ứng (đồ dùng cá nhân, bếp nấu, phương tiện, công cụ lao động, phòng tập gym, dụng cụ, đồ dùng để tổ chức các hoạt động chơi tập thể, hoạt động lao động phối hợp nhóm...)

3. Người bệnh

- Bệnh nhân ở các thể bệnh đáp ứng với nhu cầu sau:
- Không có dấu hiệu gây rối
- Có một số chức năng nhận thức (tri giác sự vật, phán đoán,...)
- Hiểu được yêu cầu của hoạt động
- Nên lựa chọn phù hợp với từng bệnh nhân (sức khỏe, sở thích...)

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ tâm lý
- Tiến trình liệu pháp

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại hồ sơ tâm lý

2. Kiểm tra người bệnh

Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện liệu pháp.

3. Thực hiện kỹ thuật

**Thời gian thực hiện*

- Thời gian tiến hành 60 phút/ 1 phiên trị liệu

** Các bước tiến hành*

Bước 1: Nhà trị liệu (NTL) giới thiệu mục đích hoạt động

Bước 2: Thảo luận nội quy và chủ đề của hoạt động. NTL thảo luận nội quy hoạt động, quy tắc, quy định của việc tuân thủ hoạt động liệu pháp.

Bước 3: Đánh giá nhu cầu của người bệnh và gia đình. Từ đó xây dựng chương trình can thiệp.

Bước 4: Hướng dẫn người bệnh các bước cụ thể trong quá trình thao tác, thực hành liệu pháp

Bước 5: NTL cho người bệnh nhắc lại các bước, nhận xét đánh giá và thực hiện bài tập về nhà.

VI. THEO DÕI

- Tiến trình liệu pháp
- Bài tập về nhà của người bệnh, thành phẩm sau những buổi trị liệu và thực hành tại nhà/ tại phòng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cần đánh giá lại vấn đề của người bệnh thường xuyên, giúp NTL thay đổi phương pháp, cách thức hỗ trợ khác để trợ giúp người bệnh được tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện tâm thần Khánh Hòa (2010). *Phục hồi chức năng trong tâm thần*, Tài liệu lưu hành nội bộ.
2. Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng (2009). *Phục hồi chức năng Tâm thần - Xã hội cho người bệnh tâm thần*.
3. Trung tâm đào tạo Sức khỏe tâm thần Quốc tế Đài Loan tại Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng (2019), *Tài liệu tập huấn “Công tác điều dưỡng và hoạt động liệu pháp”*.
4. Trần Viết Nghị, Nguyễn Kim Việt (2001), *Tài liệu hướng dẫn điều dưỡng viên chăm sóc người bệnh tâm thần*. Tài liệu lưu hành nội bộ ngành tâm thần, “Dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần hợp tác với tổ chức y tế thế giới.

54. LIỆU PHÁP THƯ GIÃN LUYỆN TẬP

I. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp thư giãn (Relaxation) đã được xây dựng từ những năm đầu của thế kỉ 20, dựa trên thuyết tâm lý thần kinh, cho rằng thư giãn, giãn mềm về cơ bắp thì có tác động lên con đường cảm xúc của hệ viền và vùng dưới đồi, tạo ra sự yên dịu, giảm stress, cũng như giảm các triệu chứng khác trong các bệnh lý tâm căn. Một số phương pháp như phương pháp điều khiển tích cực trương lực cơ của B.Stokvis, phương pháp giãn cơ tuần tiến của E.Jacobson và năm 1926, Schultz đã xây dựng phương pháp thư giãn tập trung. Phương pháp thư giãn tập trung của Schultz hết sức khoa học nhưng các bài tập đòi hỏi thời gian và giai đoạn hai của bài tập mang tính trừu tượng nên không được phổ biến rộng rãi. Từ năm 1970, GS. Nguyễn Việt và cộng sự đã nghiên cứu phương pháp “thư giãn-luyện tập”, khắc phục phần nào những hạn chế của phương pháp thư giãn tập trung, thu được những kết quả khả quan, phù hợp với những đặc điểm riêng của bệnh, tạo ra sự hào hứng và kiên trì tập luyện.

Cơ chế tác dụng: có hai cơ chế chính

- Cơ chế tự ám thị được hiểu là sự tiếp nhận một cách chủ động những tác động tâm lý từ chính bản thân và từ đó cũng gây ra những biến đổi nhất định.
- Cơ chế phản hồi sinh học trong phương pháp thư giãn luyện tập gồm ba hiện tượng phản hồi. Phản hồi thứ nhất là giữa trương lực cơ và cảm xúc. Thông qua tác dụng tự ám thị, việc tập luyện có tác dụng làm giảm trương lực cơ, tạo ra tác động lên thần kinh trung ương làm giảm trương lực cảm xúc. Ngược lại, giảm căng thẳng cũng sẽ tác động làm giảm trương lực cơ. Phản hồi thứ hai là giữa cơ thể và tâm thần. Tập các động tác Yoga làm hoạt hóa hệ thống cơ, xương khớp, từ đó làm cho cơ thể khỏe mạnh, tinh thần thư thái và ngược lại. Phản hồi thứ ba là giữa hô hấp và tâm thần. Việc tập thở chậm, đều làm cho tinh thần điềm tĩnh hơn và ngược lại.

Nội dung của bài tập

Phần thư giãn: có 3 bài cơ bản: “Tâm thần thư thái”, “Giãn mềm cơ bắp” và “Suối âm cơ thể”.

Phần luyện tập gồm: Luyện thở theo kiểu khí công và tập một số động tác Yoga: Trong phương pháp này sử dụng kết hợp 6 tư thế (Asana) Yoga nhằm làm cho phương pháp thư giãn ít rơi vào trạng thái tĩnh hơn, đặc biệt luyện tư thế giúp cho cơ thể cường tráng hơn và giúp hoạt hóa cơ, xương, khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Các bệnh tâm căn: rối loạn phân ly, rối loạn lo âu, trầm cảm...
2. Các rối loạn tâm thể: loét dạ dày tá tràng, viêm đại tràng, tăng huyết áp, hen phế quản, các chứng đau dai dẳng...
3. Các rối loạn liên quan đến lạm dụng chất: thuốc lá, rượu, ma túy...

4. Các rối loạn giấc ngủ, rối loạn sinh dục
5. Thận trọng với bệnh nhân trên 70 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Loạn thần cấp và mạn
2. Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần
3. Các bệnh thực tổn nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

- 02 người trị liệu (NTL): Cán bộ tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần và điều dưỡng chuyên khoa tâm thần đã được tập huấn, đào tạo về liệu pháp.

2. Phương tiện

- Phòng tập có đủ ánh sáng, yên tĩnh, có trang bị điều hòa. Phòng được trải thảm, có các thảm tập riêng cho mỗi bệnh nhân
- Hệ thống âm thanh và hình ảnh

3. Người bệnh:

- Bệnh nhân và gia đình được bác sĩ hoặc cử nhân tâm lý giải thích về quá trình tập luyện, giải đáp các thắc mắc.
- Người khỏe có nhu cầu

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án nội trú
- Sổ khám bệnh ngoại trú

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại hồ sơ tâm lý

2. Kiểm tra người bệnh

Định danh người bệnh, kiểm tra đúng người bệnh được chỉ định thực hiện trị liệu.

3. Thực hiện kỹ thuật

Liệu trình cơ bản có 5 buổi. Tập luyện củng cố theo tình trạng người bệnh.

Hoạt động của mỗi buổi tập kéo dài 60 phút

- Phần 1(15 phút): NTL hướng dẫn đánh giá kết quả buổi tập hôm trước/ giải đáp thắc mắc phát sinh và phân tích bài tập áp dụng.
- Phần 2 (15 phút): Bệnh nhân tập theo đĩa, nhân viên hướng dẫn và chỉnh sửa tư thế, động tác, ...
- Phần 3 (15): NTL hướng dẫn phân tích tư thế, động tác, giải đáp thắc mắc cho bệnh nhân
- Phần 4 (10 phút): Bệnh nhân tập sau khi đã được sử dụng dưới sự hướng dẫn của CBTL
- Phần 5 (5 phút): Tổng kết buổi tập, giao bài tập về nhà, ...

VI. THEO DÕI

- Theo dõi đánh sau mỗi buổi tập
- Theo dõi đánh giá bệnh nhân tập luyện theo bài tập về nhà
- Theo dõi tiến triển của bệnh bằng lâm sàng và trắc nghiệm tâm lý: test Beck, Zung,

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn
- Cách xử trí tai biến cũng không thấy đề cập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt** (1984), *Giáo trình Tâm thần học*, Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội
2. **Võ Văn Bản** (2008), *Thực hành điều trị tâm lý*, NXB Y học.
3. **Trần Đình Xiêm** (1997), *Tâm thần học*, NXB Y học.

THĂM DÒ CHỨC NĂNG TRONG TÂM THẦN

- 55. Đo điện não vi tính
- 56. Đo điện não video
- 57. Đo lưu huyết não
- 58. Ghi điện não đồ thường quy
- 59. Siêu âm Doppler xuyên sọ

55. ĐO ĐIỆN NÃO VI TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phương pháp đo điện não được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1930. Điện não đồ là phương pháp thăm dò không xâm lấn, dễ thực hiện. Đo điện não đồ là phương pháp ghi hoạt động điện học của não bằng các điện cực đặt tại da đầu một cách chuẩn mực
- Cùng với sự hiểu biết ngày càng rõ ràng hơn về các vùng chức năng trong não bộ, các quá trình hoạt động tâm thần, hành vi được cho là gây ra các biến đổi sinh hoá, hình ảnh trên điện não đồ đáng tin cậy và lặp lại giống nhau khi các hoạt động đó diễn ra. Việc chạy trên máy chạy bộ giúp bác sĩ tim mạch xác định hoạt động của tim người bệnh, giống như vậy, việc kiểm tra các hoạt động tâm thần như đọc, tính toán, giải quyết vấn đề... thay đổi trên điện não đồ giúp bác sĩ tâm thần biết hoạt động của não bộ người bệnh xử lý như thế nào.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Điện não đồ dùng trong chẩn đoán các bệnh lý tâm thần

- Chẩn đoán các tình trạng loạn thần nghi ngờ do tổn thương ở các vùng thùy trán, thùy đỉnh, thùy thái dương và do viêm não tự miễn, viêm não vùng limbic.
- Các bệnh lý tâm thần như Tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn lo âu, chậm phát triển tâm thần, tăng động giảm chú ý.
- Rối loạn phân ly (con co giật không do nguyên nhân động kinh – PNES)
- Các bệnh lý sa sút trí tuệ
- Trong các trường hợp điều trị dược lý tâm thần như dùng clozapine, lithium

2. Điện não đồ trong chẩn đoán các bệnh lý thần kinh

- Chẩn đoán động kinh, phân loại động kinh, vị trí động kinh.
- Các ghi ngờ tổn thương não: u não, viêm não.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh nhân có vết thương vùng đầu.
- Bệnh nhân không hợp tác.
- Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Kỹ thuật viên ghi điện não
- Bác sĩ chuyên khoa tâm thần, thần kinh và các bác sĩ chuyên ngành khác được đào tạo về ghi điện não

2. Phương tiện

- Hệ thống máy ghi điện não
- Phòng ghi điện não đạt tiêu chuẩn:
 - + Khép kín, yên tĩnh, xa nơi phát sóng vô tuyến
 - + Các dụng cụ và thiết bị trong phòng đều cách điện
 - + Hệ thống oxy
 - + Ánh sáng vừa phải
 - + Có dây tiếp đất tốt và an toàn
 - + Có điều hoà hai chiều duy trì nhiệt độ phòng ổn định
 - + Có ổn áp duy trì dòng điện ổn định và an toàn
 - + Có giường hoạt ghế ghi điện não phù hợp

STT	Dụng cụ, phương tiện	Đơn vị	Số lượng
1	Điện cực đĩa	Chiếc	40
2	Điện cực tim	Chiếc	02
3	Điện cực cơ	Chiếc	02
4	Gạc	Gói	01
5	Mũ đội đầu	Chiếc	01
6	Gel tẩy da chết	Tuýp	01
7	Gel dẫn truyền	Tuýp	01
8	Băng keo y tế	Cuộn	01
9	Găng tay y tế dùng 01 lần	Đôi	01
10	Khẩu trang y tế	Chiếc	01
11	Giấy in	Gam	01
12	Máy in	Cái	01
13	Máy điện não	Cái	01
14	Màn hình vi tính	Cái	01

3. Người bệnh

- Người bệnh ngồi yên hoặc nằm yên trong quá trình ghi điện não
- Hợp tác thực hiện các nghiệm pháp
- Da đầu sạch
- Khuyến cáo ngừng hoặc không dùng các thuốc hướng thần. Tuy nhiên, đối với thuốc kháng động kinh không nhất thiết phải ngừng.
- Không sử dụng các thiết bị điện tử có thể gây nhiễu điện

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y Tế

- Cần ghi rõ tên, tuổi, địa chỉ, giới tính, chẩn đoán lâm sàng, tiền sử của bệnh nhân và gia đình, ngày giờ ghi điện não

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: đối chiếu hồ sơ bệnh án/thông tin trên phiếu chỉ định và người bệnh.

2. Kiểm tra người bệnh: giải thích người bệnh hợp tác, kiểm tra sức khỏe người bệnh trước khi làm

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế: ngồi hoặc nằm thoải mái, thư giãn
- Xác định và mắc các vị trí điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10-20
- Test chuẩn bị máy, cài đặt các thông số
- Tiến hành ghi điện não: Trong 20 phút thực hiện các bước ghi như trong quy trình ghi điện não thường quy, làm các nghiệm pháp hoạt hoá: nhắm mở mắt, tăng thông khí, kích thích ánh sáng ngắt quãng (khi mở, khi nhắm mắt) với các tần số khác nhau.
- Kết thúc quy trình ghi điện não: lưu lại bản ghi, tháo điện cực, vệ sinh da đầu, vệ sinh điện cực. Lấy kết quả trên máy phân tích
- Đọc kết quả

VI. THEO DÕI

- Không cần theo dõi và chăm sóc sau thực hiện kỹ thuật

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có tai biến do kỹ thuật ghi điện não
- Trong quá trình ghi, theo dõi tình trạng bệnh nhân, chú ý bệnh nhân có cơn động kinh, rối loạn ý thức
- Xử trí: Bất động bệnh nhân, chuyển khoa để cấp cứu và điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, PJ. điện não đồ lâm sàng. In: Nhà xuất bản Y học, 2006.
2. Lee HS, Kim JS. Implication of Electrophysiological Biomarkers in Psychosis: Focusing on Diagnosis and Treatment Response. *J Pers Med.* 2022;12(1):31. doi:10.3390/jpm12010031
3. Tong S, ed. *Quantitative EEG Analysis Methods and Clinical Applications.* Artech House; 2009.
4. Badrakalimuthu VR, Swamiraju R, de Waal H. EEG in psychiatric practice: to do or not to do? *Adv Psychiatr Treat.* 2011;17(2):114-121. doi:10.1192/apt.bp.109.006916

56. ĐO ĐIỆN NÃO VIDEO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phương pháp đo điện não được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1930, đến nay có nhiều kỹ thuật mới và hiện đại như đo điện não video, ghi điện não - cộng hưởng từ... Kỹ thuật đo điện não với các điện cực trên da đầu hoặc đặt trong nội sọ (điện não đồ nội sọ); dưới da đầu (dưới màng cứng)
- Điện não đồ là phương pháp thăm dò không xâm lấn, dễ thực hiện.
- Điện não video sử dụng một máy quay video kết nối đồng bộ với máy ghi điện não. Máy quay video sẽ ghi lại toàn bộ chuyển động thấy được của người bệnh, cùng lúc đó máy điện não sẽ ghi lại sóng điện não.
- Điện não video được ghi kéo dài với nhiều mốc thời gian khác nhau tùy theo mục đích chẩn đoán. Thời gian phụ thuộc vào tần số xuất hiện cơn, sự cần thiết khảo sát giấc ngủ, cần xác minh sự liên quan giữa hình thái lâm sàng và biểu hiện trên điện não...

II. CHỈ ĐỊNH

1. Trong các bệnh lý tâm thần

- Chẩn đoán các tình trạng loạn thần nghi ngờ do tổn thương ở các vùng thùy trán, thùy đỉnh, thùy thái dương và do viêm não tự miễn, viêm não vùng limbic, cần phân biệt với cơn động kinh với biểu hiện là rối loạn tâm thần.
- Rối loạn phân ly (cơn co giật không do nguyên nhân động kinh - PNES)
- Rối loạn giấc ngủ

2. Trong các bệnh lý thần kinh

- Xác định động kinh, phân loại động kinh, vị trí động kinh.
- Chuẩn bị cho phẫu thuật động kinh: là thăm dò không thể thiếu trước khi phẫu thuật động kinh kháng trị.
- Chẩn đoán trạng thái động kinh không co giật và theo dõi trạng thái động kinh co giật tại các đơn vị điều trị tích cực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đây là thăm dò an toàn nên không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Kỹ thuật viên ghi điện não
- Bác sĩ chuyên khoa tâm thần, thần kinh và các bác sĩ chuyên ngành khác được đào tạo về ghi điện não

2. Phương tiện

- Hệ thống máy ghi điện não video hoàn chỉnh: bộ khuếch đại nhỏ gọn, có thể gắn trên người bệnh, di chuyển cùng với bệnh, máy quay (camera) bao tầm bao quát rộng toàn bộ trạng thái người bệnh, nút bấm báo động khi người bệnh lên con co giật hoặc có những bất thường khác.

- Phòng ghi điện não đạt tiêu chuẩn:

- + Khép kín, yên tĩnh, xa nơi phát sóng vô tuyến
- + Các dụng cụ và thiết bị trong phòng đều cách điện
- + Hệ thống oxy
- + Ánh sáng vừa phải
- + Có dây tiếp đất tốt và an toàn
- + Có điều hoà hai chiều duy trì nhiệt độ phòng ổn định
- + Có ổn áp duy trì dòng điện ổn định và an toàn
- + Có giường hoạt ghế ghi điện não phù hợp

3. Người bệnh

- Người bệnh ngồi yên hoặc nằm yên trong quá trình ghi điện não
- Hợp tác thực hiện các nghiệm pháp
- Da đầu sạch
- Khuyến cáo ngừng hoặc không dùng các thuốc hướng thần. Tuy nhiên, đối với thuốc kháng động kinh không nhất thiết phải ngừng.
- Không sử dụng các thiết bị điện tử có thể gây nhiễu điện

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y Tế
- Cần ghi rõ tên, tuổi, địa chỉ, giới tính, chẩn đoán lâm sàng, tiền sử của bệnh nhân và gia đình, ngày giờ ghi điện não

5. Phương tiện, dụng cụ

STT	Dụng cụ, phương tiện	Đơn vị	Số lượng
1	Điện cực đĩa	Chiếc	29
2	Điện cực tim	Chiếc	02
3	Điện cực cơ	Chiếc	02
4	Điện cực tim	Chiếc	02
5	Điện cực theo dõi SpO ₂	Chiếc	01
6	Gạc	Gói	01
7	Băng cuộn	Cuộn	03
8	Gel tẩy da chết	Tuýp	01
9	Gel dẫn truyền	Tuýp	01
10	Băng keo y tế	Cuộn	01

11	Găng tay y tế dùng 01 lần	Đôi	01
12	Khẩu trang y tế	Chiếc	01
13	Giấy in	Gam	01
14	Máy in	Cái	01
15	Máy điện não	Cái	01
16	Màn hình vi tính	Cái	01

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu hồ sơ bệnh án/thông tin trên phiếu chỉ định và người bệnh.

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích người bệnh hợp tác, kiểm tra sức khỏe người bệnh trước khi làm

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế: ngồi hoặc nằm thoải mái, thư giãn
- Xác định và mắc các vị trí điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10-20
- Test chuẩn bị máy, cài đặt các thông số
- Tiến hành ghi điện não: Tiến hành ghi điện não đủ thời gian theo các mốc thời gian khác nhau ghi trên phiếu chỉ định của bác sĩ lâm sàng: 1h-2h-4h-8h-12h-24h- nhiều ngày. Trong 30 phút đầu tiên, thực hiện các bước ghi như trong quy trình ghi điện não thường quy, làm các nghiệm pháp hoạt hoá: nhắm mở mắt, tăng thông khí, kích thích ánh sáng ngắt quãng (khi mở và nhắm mắt) với các tần số khác nhau.
- Kết thúc quy trình ghi điện não: lưu lại bản ghi, tháo điện cực, vệ sinh da đầu, vệ sinh điện cực. Lấy kết quả trên máy phân tích
- Đọc kết quả: Bác sĩ cần xem lại toàn bộ kết quả ghi (sóng điện não và hình ảnh video) trên trạm đọc, mô tả các hoạt động điện não bình thường và bất thường các đặc tính sau:

- + Tần số
- + Biên độ các sóng tính theo vôn (Volt)
- + Hình thái sóng: nhọn, gai, phức hợp
- + Vị trí xuất hiện sóng

Điều kiện xuất hiện và thay đổi sóng, ảnh hưởng các nghiệm pháp hoạt. Phân tích các biến đổi trên điện não trong mối tương quan với các biểu hiện lâm sàng quan sát qua máy quay trong toàn bộ quá trình ghi

VI. THEO DÕI

- Không cần theo dõi và chăm sóc sau thực hiện kỹ thuật

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có tai biến do kỹ thuật ghi điện não video.

- Trong quá trình ghi, theo dõi tình trạng bệnh nhân, chú ý bệnh nhân có cơn động kinh, rối loạn ý thức
- Xử trí: Bất động bệnh nhân, chuyển khoa để cấp cứu và điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Whitehead K, Kane N, Wardrope A, Kandler R, Reuber M. Proposal for best practice in the use of video-EEG when psychogenic non-epileptic seizures are a possible diagnosis. *Clin Neurophysiol Pract.* 2017;2:130-139. doi:10.1016/j.cnp.2017.06.002
2. W. Curt LaFrance Jr.,‡Gus A. Baker,§Rod Duncan,¶Laura H. Goldstein, and Markus Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force* Reuber *Epilepsia*, 54(11):2005–2018, 2013 doi: 10.1111/epi.12356
3. Lê Quang Cường, PJ. Điện não đồ lâm sàng. In: Nhà xuất bản Y học, 2006.
4. Lee HS, Kim JS. Implication of Electrophysiological Biomarkers in Psychosis: Focusing on Diagnosis and Treatment Response. *J Pers Med.* 2022;12(1):31. doi:10.3390/jpm120100314.
5. A McGonigal, A J C Russell, A K Mallik, M Oto, R Duncan Use of short term video EEG in the diagnosis of attack disorders *Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004 May;75(5):771-2. doi: 10.1136/jnnp.2003.024893.

57. ĐO LƯU HUYẾT NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đo lưu huyết não là phương pháp ghi lại đại lượng điện trở biến đổi của các mô sống, các cơ quan hoặc các phần của cơ thể khi cho một dòng điện xoay chiều tần số cao, cường độ yếu chạy qua.
- Các cơ quan hoặc một phần cơ thể sống luôn có một đại lượng điện trở tương đối ổn định. Những phần của cơ thể luôn có khả năng thay đổi về thể tích làm cho tính dẫn điện cũng thay đổi, sau khi hoạt động có một lượng máu nhất định vào hệ thống tuần hoàn, nhờ khả năng co giãn của mạch máu, lượng máu vào cơ quan tổ chức gây ra biến đổi điện trở.
- Trong thực tiễn y học hiện nay, lưu huyết não đồ được sử dụng như một phương pháp chẩn đoán khách quan có giá trị đối với một số bệnh về não, đặc biệt là chẩn đoán trương lực và lưu lượng tuần hoàn mạch máu não.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định rộng rãi trong các bệnh lý tâm thần nhằm đánh giá mối liên quan tuần hoàn mạch máu não và các hội chứng tâm thần
- Các bệnh nhân tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, thiếu máu não.
- Các bệnh nhân có cơn ngất thoáng qua.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh nhân có vết thương vùng đầu.
- Bệnh nhân co giật, không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện: 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng hoặc 01 kỹ thuật viên Y

2. Chuẩn bị Dụng cụ, phương tiện

STT	Dụng cụ, phương tiện	Đơn vị	Số lượng
1	Máy lưu huyết não	Cái	01
2	Ghế ghi lưu huyết não hoặc giường	Cái	01
3	Máy in	Cái	01
4	Máy vi tính	Cái	01
5	Ốn áp	Cái	01
6	Điện cực bạc	Cái	08
7	Dây điện cực	Dây	06
8	Điện cực tim	Cái	03
9	Dây điện tim	Bộ	01
10	Dây chun	Cái	01
11	Kẹp phẫu tích	Cái	02

12	Ống trụ cầm pince	Cái	01
13	Giấy in	Tờ	02
14	Giấy lau đầu	Tờ	03
15	Cồn 70 độ	ml	10
16	Phòng ghi lưu huyết não	Phòng	01

3. Người bệnh

- Đối chiếu đúng tên tuổi địa chỉ người bệnh
- Được giải thích trước khi ghi lưu huyết não, có chỉ định của bác sỹ lâm sàng, ghi lưu huyết não ở tư thế ngồi thoải mái, hợp tác với thầy thuốc khi thực hiện ghi.
- Loại bỏ đồ kim loại, tắt nguồn điện thoại
- Làm sạch và khô da đầu.

4. Hồ sơ bệnh án:

Cần ghi rõ tên tuổi địa chỉ, giới tính, chẩn đoán lâm sàng, ngày làm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra tên tuổi, chẩn đoán lâm sàng, lý do làm lưu huyết não.

2. Kiểm tra người bệnh: Kiểm tra vùng đầu được bộc lộ tốt và sạch sẽ không.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Bước 1:

Giải thích kỹ thuật cho bệnh nhân đến khám.

Yêu cầu bệnh nhân tự tháo bỏ các vật dụng trên đầu như mũ, khăn, cặp...

Bước 2: Bật nguồn điện, ổn áp. Khởi động máy tính, chạy chương trình riêng trên màn hình máy tính.

Bước 3:

Quấn băng thun trên đầu bệnh nhân.

Bôi Gel vào mặt các điện cực. Đặt điện cực vào băng thun theo đúng vị trí trên sơ đồ (hoặc đặt điện cực trước, bôi Gel sau).

Bước 4:

Nối dây dẫn với các điện cực (Dây đen với các điện cực dòng, dây vàng với các điện cực ghi bên trái. Dây đỏ với các điện cực ghi bên phải). Đạo trình Trán- Chũm trước, đạo trình Chũm- Chẩm sau.

Bước 5: Trong chương trình ghi

Nhập tên, tuổi, đơn vị bệnh nhân rồi ấn Enter.

Nhấn (Measurement) để bắt đầu ghi các sóng lưu huyết.

Bước 6: Sau khoảng 10s, khi các sóng lưu huyết ổn định thì nhấn nút (Start/Stop) để dừng ghi.

Bước 7:

Kiểm tra sự tự đánh dấu của máy trên các sóng. Chọn/Bỏ chọn các sóng lưu huyết chỉ giữ lại các sóng đạt yêu cầu (Tối thiểu 3 sóng).

Nhấn nút Save để lưu lại kết quả.

Bước 8:

Đổi lại dây dẫn để ghi đạo trình tiếp theo.

Bước 9: Vào ESC để kết thúc phần ghi, thoát ra ngoài. Ấn Print để in kết quả.

Bước 10: Tháo dây dẫn, điện cực, băng thun. Kiểm tra lại tình trạng bệnh nhân.

VI. THEO DÕI

– Không cần theo dõi và chăm sóc sau thực hiện kỹ thuật

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến do đo lưu huyết não gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dixon LM, Doust L. The Diagnostic Potential of Rheoencephalography in Psychiatry. *Psychopathology*. 1978;11(4):219-232. doi:10.1159/000283754
2. Kamianov IM. [Rheoencephalography in memory evaluation of patients with vascular pathology of the brain]. *Zhurnal Nevropatol Psikhiatrii Im SS Korsakova Mosc Russ* 1952. 1980;80(9):1306-1309.
3. Nguyễn Xuân Thán (2008). Ghi lưu huyết não. *Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh*. Học viện Quân Y.

58. GHI ĐIỆN NÃO THƯỜNG QUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Ghi điện não đồ là phương pháp ghi hoạt động điện học của não bằng các điện cực đặt ở da đầu một cách chuẩn mực. Giá trị của ghi điện não chủ yếu với chẩn đoán bệnh động kinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh động kinh.
- Các nghi ngờ tổn thương não.
- Chẩn đoán chết não.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương không phải của não bộ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ chuyên khoa thần kinh (hoặc CK tâm thần) và 01 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc: Ngoài buồng ghi điện não yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Máy ghi điện não: 01 (mỗi máy ghi điện não gồm 1 máy khuếch đại và một bộ phận ghi cơ hoặc số hóa). Máy in: 01 chiếc.– Màn hình vi tính: 01 chiếc.– Điện cực: 40 cái.– Bộ dây mắc điện cực: 02 bộ.– Nước muối sinh lý: 01 chai.– Pass: 01 type.– Dây đất: 01 dây.– Giấy ghi điện não: 60 trang/bản ghi.– Mực in.–

3. Người bệnh: Phải nằm yên trong quá trình ghi điện não

- Phải hợp tác được với người ghi để thực hiện một số biện pháp hoạt hóa.
- Da đầu sạch.

4. Hồ sơ bệnh án: Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh.

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh.

2. Kiểm tra người bệnh: Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Tình trạng sức khỏe trước khi làm.

3. Thực hiện kỹ thuật: Người bệnh có thể nằm hoặc nửa nằm nửa ngồi.

- Điều dưỡng mắc điện cực theo vị trí chuẩn.
- Test chuẩn máy.

– Ghi điện não theo các đạo trình chuẩn, thời gian ghi ít nhất 20 phút. Trong quá trình ghi có thực hiện 1 số nghiệm pháp hoạt hóa như thở sâu, nhắm mắt, nháy đèn... In bản ghi điện não.

– Đọc kết quả điện não.

VI. THEO DÕI

Sự hợp tác của người bệnh trong quá trình ghi.

– Quan sát người bệnh để phát hiện nhiều bản ghi.

– Có cơn co giật trong quá trình ghi.

– Có các biểu hiện bất thường nguy hiểm về bệnh của người bệnh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Không có tai biến của quá trình ghi điện não thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, Pierre Jallon (2002). Điện não đồ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.

2. Bộ môn Thần Kinh - Trường Đại học Y Hà Nội. Động kinh. Nhà xuất bản Y học. 2005.

3. A EEG guidelines comitee (1994). Guideline one: Minimum technical requirements for performing clinical electroencephalography. J. Clin, Neurophysiology, 11; 4-5.

59. SIÊU ÂM DOPPLER XUYÊN SỌ (TCD)

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm Doppler xuyên sọ dựa trên nguyên lý các sóng siêu âm sẽ phản chiếu lại khi xuyên qua một vật thể chuyển động trong dòng máu (hồng cầu) với tần số sóng phản xạ thay đổi theo tốc độ và hướng chuyển động của hồng cầu. Các tín hiệu ghi được qua thăm dò vùng thái dương (temporal window) cho phép xác định các thông số về động mạch não giữa, não trước, não sau. Qua cửa sổ dưới cằm cho biết các thông số của động mạch đốt sống và thân nền. Qua cửa sổ ổ mắt có thể xác định được các thông số của động mạch mắt và động mạch cảnh trong.

II. CHỈ ĐỊNH

TCD được ứng dụng trong: Nghiên cứu huyết động học trong não.

- Phát hiện và theo dõi tình trạng co thắt mạch sau chảy máu dưới nhện.
- Phát hiện các dị dạng thông động tĩnh mạch não
- Chẩn đoán và theo dõi tăng áp lực trong sọ.
- Chẩn đoán chết não.
- Theo dõi trong phẫu thuật Migraine
- Phát hiện tắc mạch não, phát hiện tín hiệu vi tắc mạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

TCD là kỹ thuật không xâm nhập, không nguy hại nên không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc: Máy siêu âm Doppler xuyên sọ, gel bôi đầu dò, khăn lau, bàn cho người bệnh nằm hoặc ghế cho người bệnh ngồi, máy vi tính, máy in.

3. Người bệnh: Trong tư thế ngồi hoặc nằm, các vùng cửa sổ siêu âm được vệ sinh sạch sẽ và được bộc lộ tốt.

4. Hồ sơ bệnh án: Cần ghi rõ tên tuổi địa chỉ, giới tính, chẩn đoán lâm sàng, ngày làm siêu âm và bác sĩ làm siêu âm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các bước siêu âm qua cửa sổ thái dương:

Bước 1: Đặt độ sâu khoảng 50-56mm (điểm giữa của đoạn M1 MCA được thiết lập ở độ sâu xấp xỉ 50mm). Đặt đầu dò ở vị trí trên cung gò má, chĩa đầu dò hơi hướng lên trên và ra trước tới tai bên đối diện. Tìm bất cứ tín hiệu dòng chảy nào và tránh tạo góc quá ra trước hoặc quá ra sau. Bằng việc giảm độ sâu, theo

dôi tín hiệu đến điểm đầu xa của M1 mà không mất tín hiệu. Thường thì việc điều chỉnh nhẹ góc đầu dò là cần thiết. Lưu lại tín hiệu đầu xa của M1 MCA tại độ sâu 45mm. Nếu các tín hiệu ở cả hai hướng được tìm thấy, lưu lại tín hiệu tốc độ cao nhất ở mỗi hướng (các nhánh đầu xa M1- đầu gần M2).

Bước 2: Theo dõi các tín hiệu cho đến tận khi chúng biến mất ở độ sâu 35-45mm. Lưu lại bất kỳ tín hiệu bất thường nào. Quay trở lại với tín hiệu của M1 MCA đầu xa.

Bước 3: Theo dõi thân của M1MCA đến tận gốc của nó ở độ sâu 60-70mm phụ thuộc— vào kích thước hộp sọ ở người bệnh người lớn. Chú ý tới sự thay đổi về tốc độ dòng chảy và âm thanh khi siêu âm tới đoạn tận động mạch cảnh trong cũng có thể ở những độ sâu này. Tìm chỗ phân chia của động mạch cảnh trong ở độ sâu xấp xỉ 65mm (phạm vi— từ 58-70mm ở người lớn) và nhận những tín hiệu cả hai đầu xa của M1 MCA và đầu gần A1 ACA. Lưu lại những tín hiệu hai hướng ở chỗ phân chia (M1/A1).

Bước 4: Theo dõi tín hiệu A1 ACA cho đến tận những độ sâu 70-75mm.

-Lưu lại tín hiệu A1 ACA ở độ sâu 70mm.

Bước 5: Theo dõi tín hiệu A1 ACA đến tận phạm vi độ sâu đường giữa (75-80mm).

– Tín hiệu A1 ACA có thể biến mất hoặc tín hiệu hai hướng có thể xuất hiện ở độ sâu đường giữa. Lưu lại bất cứ tín hiệu bất thường nào

.- Quay trở lại chỗ phân chia ở độ sâu 65mm.

Bước 6: Tìm tín hiệu chỗ kết thúc của động mạch cảnh trong ngay phía dưới và thỉnh thoảng hơi phía sau chỗ phân chia ở độ sâu 60-65mm. Nếu đầu dò được tạo góc phía dưới và phía trước tới chỗ phân chia của động mạch cảnh trong ở các độ sâu 60-70mm, phần xa của động mạch cảnh đoạn siphon có thể được tìm thấy qua cửa sổ thái dương. Lưu lại bất cứ tín hiệu bất thường nào

.- Quay lại chỗ phân chia ở độ sâu 65mm.

Bước 7: Đặt độ sâu ở 63mm và xoay đầu dò ra phía sau 10-30—.

Thường có một khoảng trống dòng chảy giữa chỗ phân chia của động mạch cảnh trong và các tín hiệu của động mạch não sau. Tìm các tín hiệu của PCA cùng hướng đầu dò (P1) và ngược hướng đầu dò (P2) và ở độ sâu trong phạm vi 55-75mm. Lưu lại các tín hiệu PCA với tốc độ dòng chảy cao nhất.

2. Các bước siêu âm qua cửa sổ ổ mắt:

Bước 1: Giảm năng lượng (Power) tới mức thấp nhất (17mW) hoặc 10%.

– Đặt độ sâu ở mức 50-52mm, đặt đầu dò trên mí mắt và tạo một góc nhẹ với đường giữa. Xác định mạch và hướng dòng chảy đầu xa động mạch mắt.

– Lưu lại tín hiệu dòng chảy đầu xa động mạch mắt ở độ sâu 52mm.–

Bước 2: Tăng độ sâu lên tới 60-64mm tìm các tín hiệu dòng chảy động mạch cánh trong đoạn Siphon. Các tín hiệu của đoạn Siphon thường ở chính giữa cửa sổ ở mắt.

– Lưu lại các tín hiệu hai hướng ở độ sâu 62mm (C3 hoặc gối Siphon).

– Nếu tín hiệu chỉ ở một hướng, lưu lại các tín hiệu cùng hướng đầu dò (C4 hoặc cánh tay dưới của Siphon) và ngược hướng đầu dò (C2 hoặc cánh tay trên của Siphon).

3. Các bước siêu âm qua cửa sổ dưới cằm

Bước 1: Đặt lại hệ thống mức năng lượng (Power) cao nhất Đặt đầu dò ở đường giữa và dưới 1 inch (2,54cm) so với gờ xương sọ và chĩa tới sống mũi. Đặt độ sâu ở 75mm (vị trí được cho là điểm kết thúc của động mạch đốt sống và bắt đầu động mạch thân nền). Xác định tín hiệu dòng chảy ngược hướng đầu dò.

– Tín hiệu này có thể là đoạn tận của động mạch đốt sống (góc đầu dò hơi chệch– sang phía bên) hoặc của đầu gần động mạch thân nền (đầu dò đặt ở chính giữa và hơi hướng lên trên). Tăng độ sâu, theo dõi dòng chảy ngược hướng đầu dò. Độ sâu tăng lên được cho là tập trung chùm tia vào đầu gần của động mạch thân nền. Lưu lại tín hiệu đầu gần động mạch thân nền tới độ sâu 80mm.

Bước 2: Theo dõi động mạch thân nền tới độ sâu 90mm (đoạn giữa động mạch thân nền)

– Các tín hiệu hai hướng có thể được tìm thấy ở các độ sâu khác nhau với dòng chảy sức trở kháng thấp của các động mạch tiểu não cùng hướng đầu dò. Lưu lại các tín hiệu bất thường.

Bước 3: Theo dõi động mạch thân nền đầu xa tới độ sâu 100+mm đến tận khi nó biến mất hoặc thay thế bởi tín hiệu tuần hoàn phía trước. Lưu lại tín hiệu tốc độ cao nhất ở độ sâu đầu xa động mạch thân nền.

Bước 4: Theo dõi thân động mạch thân nền quay về phía trước trong khi giảm độ sâu của siêu âm tới 80mm và khẳng định những dấu hiệu trước đó.

Bước 5: Đặt đầu dò khoảng 1 inch sang bên so với đường giữa và chĩa về hướng sống mũi hoặc hơi chệch về mắt bên đối diện. Tìm tín hiệu dòng chảy của động mạch đốt sống ngược hướng với đầu dò.

– Theo dõi đường đi của đoạn động mạch đốt sống trong sọ từ độ sâu 80mm đến 40mm. Lưu lại tín hiệu của động mạch đốt sống ở độ sâu 60mm hoặc tín hiệu tốc độ dòng chảy cao nhất.

Bước 6: Đặt đầu dò ở vị trí bên đối diện lệch 1 inch so với đường giữa.

– Nhắc lại các bước kiểm tra động mạch đốt sống cho bên đối diện từ 80 tới 40mm Lưu lại tín hiệu động mạch đốt sống ở độ sâu 60mm hoặc tín hiệu tốc độ dòng chảy cao nhất.

VI. THEO DÕI: Đối với các người bệnh nặng cần theo dõi các chức năng sống.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Không có tai biến do siêu âm xuyên sọ gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Thính (2001). “Doppler xuyên sọ”. Bài giảng Thần kinh dành cho đối tượng chuyên khoa định hướng. Bộ môn Thần kinh Trường Đại học Y Hà Nội, 228-232.
2. Andrei V. Alexandrov, MD, RVT (2004). Cerebrovascular ultrasound in stroke prevention and treatment. 17-32; 81-129.
3. William J. Zwiebel, M.D (2004). Introduction to vascular ultrasonography. 145-172.

CAN THIỆP VÀ ĐIỀU BIẾN NÃO TRONG TÂM THẦN

60. Kích thích từ xuyên sọ (TMS)

61. Sốc điện thông thường

60. KÍCH THÍCH TỪ XUYÊN SỌ (TMS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Kích thích từ xuyên sọ TMS (Transcranial Magnetic Stimulation - TMS) là một kỹ thuật kích thích và điều biến thần kinh dựa trên nguyên tắc cảm ứng điện từ của một điện trường trong não, dùng các xung từ tính sóng ngắn xuyên qua xương sọ kích thích các tế bào thần kinh để làm thay đổi chức năng điện thần kinh của vùng não tương ứng. Khi sử dụng các xung từ tính sóng ngắn dưới dạng xung đơn cùng cường độ tác động lặp lại tại một vùng não gọi là kích thích từ xuyên sọ lặp lại (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation – rTMS).

II. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn trầm cảm
- Sang chấn tâm lý
- Tâm thần phân liệt
- Ảo thanh kéo dài
- Các triệu chứng âm tính
- Đau nửa đầu
- Động kinh
- Û tai
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn lo âu lan toả
- Rối loạn hoảng sợ
- Phục hồi chức năng
- Phục hồi chức năng sau đột quỵ
- Hội chứng đau
- Các rối loạn khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

Tiền sử đặt stent mạch não hoặc mạch cảnh

Máy kích thích não sâu

Điện cực để theo dõi hoạt động của não

Ốc tai kim loại

Mảnh đạn trong cơ thể

Xăm mặt bằng mực kim loại hoặc mực nhạy từ tính

Các thiết bị hoặc vật thể kim loại khác được cấy ghép trong hoặc gần đầu

Chống chỉ định tương đối

Máy tạo nhịp tim.

Phẫu thuật kẹp túi phình mạch

Tiền sử phẫu thuật sọ não trước đó

Tiền sử bệnh động kinh

Phụ nữ có thai

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật:

01 bác sỹ chuyên khoa tâm thần

2. Phương tiện:

01 máy TMS

3. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích về lợi ích và nguy cơ của phương pháp điều trị, chấp nhận điều trị bằng kỹ thuật tDCS
- Đề nghị bệnh nhân tháo bỏ các đồ kim loại ở đầu và cổ (kẹp tóc, khuyên tai, vòng...) nếu có, bệnh nhân gửi lại cho người nhà.
- Sàng lọc các yếu tố nguy cơ của quy trình điều trị bằng TMS nếu bệnh nhân đến lần đầu tiên
- Đưa dụng cụ nút tai và đề nghị bệnh nhân nút tai 2 bên bằng dụng cụ nút tai

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh
- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

2. Kiểm tra người bệnh

- Phù hợp với chỉ định
- Tình trạng sức khỏe trước khi tiến hành kỹ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kiểm tra hệ thống ghế (giường nằm) điều trị, hệ thống máy. Khởi động máy.
- Kiểm tra Coil, lắp Coil lên giá và cắm Coil vào máy.
- Đề bệnh nhân ngồi (nằm) lên ghế (giường) trong tư thế thoải mái và thư giãn.

*** Xác định cường độ kích thích**

- Xác định bên điều trị, tùy theo mục đích điều trị
- Xác định và đánh dấu điểm tương ứng với vùng vận động của cơ dạng ngón cái (5cm tính từ đỉnh đầu hướng xuống lỗ tai ngoài).
- Đặt chế độ xung của máy TMS ở chế độ “Single pulse”.
- Đặt cường độ của máy TMS ở cường độ trung bình (khoảng 60%). Trong trường hợp bệnh nhân không thoải mái hoặc đau tại chỗ thì có thể đặt ở cường độ thấp hơn (khoảng 30%).

- Di chuyển đầu Coil đến vị trí tương ứng với vùng vận động của cơ dạng ngón cái (điểm giữa Coil tương ứng với điểm đánh dấu, Coil tạo góc 45° so với mặt phẳng tiếp tuyến hướng về đỉnh trán, cán Coil hướng về phía lưng và ra sau).
- Kê dưới tay 2 bên của bệnh nhân bằng đệm để tạo tư thế tay thoải mái.
- Tay bên đối diện với bên não được kích thích của bệnh nhân có thể được chống vuông góc với mặt phẳng của miếng đệm hoặc tư thế duỗi thẳng và có đệm bằng nệm hình tam giác để thuận tiện cho việc quan sát cơ.
- Để bắt đầu kích thích, ấn nút “Start” trên Coil hoặc trên máy.
- Bảo bệnh nhân thư giãn tay (có thể bảo bệnh nhân chú ý tới hoạt động khác, ví dụ tập trung vào tay còn lại).
- Quan sát sự co cơ ngón cái hoặc các ngón tay, nếu không thấy có sự co cơ thì tăng cường độ kích thích thêm 5% mỗi lần và có thể thay đổi vị trí của Coil khoảng 2cm xung quanh điểm đã đánh dấu.
- Nếu thấy có sự co cơ, đánh dấu điểm này, giảm cường độ kích thích (5% một lần) đến khi không còn thấy được sự co cơ ngón cái hoặc các ngón tay.
- Tăng cường độ kích thích (2% một lần) đến khi thấy sự co cơ của ngón cái hoặc các ngón tay.
- Giảm dần cường độ kích thích 1% mỗi lần đến khi ngưỡng kích thích được xác định (10 kích thích gây ra 5 co cơ).
- Ghi lại cường độ kích thích và sẵn sàng cho quá trình điều trị.

*** Tiến hành kỹ thuật**

- Xác định và đánh dấu vùng điều trị
- Cài đặt máy cho buổi điều trị:
 - Tần số: Nút “Frequency”
 - Thời gian một chuỗi xung: Nút “Train”
 - Thời gian giữa các chuỗi xung: Nút “Pause”
 - Thời gian buổi điều trị: Nút “Session”
 - Cường độ: nút “Amplitude”
 - Ấn “Fix MT” và đặt %MT bằng cách điều chỉnh nút “Amplitude”.
- Đặt Coil 45° tại vị trí điều trị
- Ấn nút “Start” để bắt đầu điều trị theo thời gian đã cài đặt
- Sau khi kết thúc thời gian của buổi điều trị, chuyển Coil khỏi vị trí đầu của bệnh nhân trở về tư thế ban đầu. Bỏ nút tai của bệnh nhân
- Thông báo cho bệnh nhân buổi điều trị tiếp theo và ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

Đảm bảo bệnh nhân thức trong điều trị

Theo dõi tình trạng co rút của mặt hoặc tay, chân bên đối diện hoặc các biến cố có thể xảy ra trong quá trình điều trị

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

TMS:

Các tác dụng phụ thường gặp khi thực hiện kích thích từ xuyên sọ:

- Đau đầu
- Bị khó chịu da đầu tại vị trí kích thích;
- Ngứa ran, co giật cơ mặt hoặc co thắt;
- Lâng lâng;

Xử trí: bác sĩ có thể điều chỉnh mức độ kích thích để giảm các tác dụng phụ cho người bệnh hoặc đề nghị dùng thuốc giảm đau không kê đơn trước khi làm thủ thuật.

Các tác dụng phụ khi kích thích điện xuyên sọ thường từ nhẹ đến trung bình và cải thiện ngay sau khi kết thúc phiên điều trị riêng lẻ, giảm dần theo thời gian trong các đợt điều trị bổ sung.

Tác dụng phụ không phổ biến của TMS bao gồm:

- Co giật
- Hưng cảm, đặc biệt ở người bệnh rối loạn lưỡng cực;
- Giảm thính lực trong trường hợp không được bảo vệ tai cẩn thận khi điều trị
- Xử trí ban đầu
- Bảo vệ đầu BN
- Cho nằm đầu bằng, tránh vật sắc nhọn
- Khai thông đường thở
- Oxy liệu pháp
- Sau 3 phút không hết

Tiếp tục oxy

Đặt đường truyền tĩnh mạch

Tiêm bắp Midazolam 5-15mg hoặc Diazepam 10mg)

Gọi trợ giúp

- Sau khi co giật:

Đánh giá thần kinh học

Công thức máu

Sàng lọc thuốc

Chẩn đoán hình ảnh não

EEG

Ghi bệnh án

rTMS:

Các tác dụng phụ thường ít gặp và không đáng kể như: khó chịu vùng da đầu, co giật cơ mặt, đau đầu nhẹ, cảm thấy đầu lâng lâng. Phần lớn bệnh nhân sẽ thấy cường độ và tần suất của tác dụng phụ giảm dần theo tiến trình thực hiện rTMS. Tác dụng phụ nghiêm trọng nhất của rTMS là khả năng co giật nhưng rTMS có nguy cơ thấp gây co giật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MarK, S.G., (2006) Transcranial Magnetic Stimulation in Clinical Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Rosa, M.A. and M.O. Rosa, (2012) Transcranial Magnetic Stimulation Handbook

61. SỐC ĐIỆN THÔNG THƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc điện (electroconvulsive therapy without anesthesia - ECT) là đưa một dòng xung điện qua não, dòng điện này cộng hưởng với dòng điện của não làm quá ngưỡng hoạt động của các tế bào thần kinh thùy trán hoặc thùy thái dương, tạo ra cơn co giật kiểu động kinh và một tình trạng hôn mê ngắn dẫn đến thay đổi các chất dẫn truyền thần kinh và hoạt động của não bộ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trầm cảm nặng hoặc trầm cảm kháng trị.
- Căng trương lực.
- Tâm thần phân liệt
- Rối loạn hoang tưởng.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em < 6 tuổi, người già > 60 tuổi, phụ nữ có thai, cơ thể suy yếu.
- Hội chứng tăng áp lực nội sọ, tăng nhãn áp.
- Bệnh tim mạch: cao huyết áp, suy vành, phồng-xơ cứng động mạch não.
- Bệnh hô hấp nặng có thể gây hôn mê: suy hô hấp cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Bệnh gan - thận, cường giáp trạng.
- Dị tật cột sống, lao cột sống, chấn thương cột sống.
- Các bệnh về xương, khớp như: thừa xương, viêm xương.
- Các bệnh nhiễm khuẩn đang trong giai đoạn cấp tính..

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần và 02 điều dưỡng viên

2. Phương tiện

- Máy sốc điện: Máy có khả năng biến dòng điện thông thường thành dòng điện có cường độ, điện thế và thời gian đủ để gây một cơn co giật kiểu động kinh mà không gây tổn thương cho não. Cường độ dòng điện từ 50-250 mA, điện thế từ 80-120 V, thời gian từ 0,2-1s. Dòng điện qua máy sốc và qua não bằng hai điện cực đặt ở hai bên thái dương. Sau khi thực hiện, người bệnh lên cơn co giật kiểu động kinh, hôn mê từ 2-5 phút rồi tỉnh lại
- Bình oxy, Ambu bóp bóng, máy hút đờm, hộp cấp cứu
- Giường bệnh có khả năng nâng cao đầu hoặc chân
- Ngáng miệng có đệm bông gạc để bệnh nhân không cắn vào lưỡi khi co giật
- Thuốc

3. Người bệnh

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân yên tâm và làm các thủ tục cần thiết.
- Dặn bệnh nhân không được ăn uống gì ít nhất là 2 giờ trước khi sốc điện để tránh tình trạng nôn mửa trào ngược vào đường khí quản gây ngừng thở.
- Cho bệnh nhân đi tiểu tiện.
- Cắt bỏ răng giả, nới bớt khuy áo, thắt lưng.
- Tiêm dưới da Atropine sulfate 0,25 mg/1ml từ 30 phút trước khi sốc điện để chống nôn và giảm tiết nước bọt, cũng như điều hoà được nhịp tim sau sốc.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh.
- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

2. Kiểm tra người bệnh

- Phù hợp với chỉ định
- Tình trạng sức khoẻ trước khi tiến hành kỹ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật

- Trước khi sốc từ 10 - 20 phút, kiểm tra mạch, huyết áp, tim phổi.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, gối vai, thắt lưng, khoeo.
- Bác sỹ xác định cường độ dòng điện và thời gian cho từng trường hợp người bệnh. Thường sử dụng dòng điện có hiệu điện thế 80 -120V, cường độ 50-250mA, thời gian từ 0,5 – 0,9 giây.
- Vệ sinh vị trí đặt điện cực trên cơ thể người bệnh
- Đặt hai điện cực đã thấm dung dịch Natriclorua 0,9% hoặc paste dẫn điện vào hai bên thái dương hoặc một bên thái dương và một bên đỉnh đầu tùy hình thức sốc điện một hay hai bên bán cầu.
- Một người đỡ vùng khớp vai, người đỡ vùng khớp gối hai bên, gót chân hai bên.
- Bác sỹ bấm nút điện: người bệnh lên cơn co giật toàn thân khoảng 20 - 30 giây. Sau khi hết cơn co giật nghiêng đầu người bệnh về một bên để đảm bảo đờm rãi dễ thoát ra ngoài. Sau khi người bệnh tự thở được bình thường, để người bệnh nằm nghiêng hoặc ngửa đến khi tỉnh hoàn toàn.
- Theo dõi sát toàn trạng người bệnh, ý thức, sắc mặt, mạch, huyết áp nhịp thở không để người bệnh đi lại tự do nếu có cơn hoảng hôn.
- Trường hợp không gây được cơn co giật điển hình nếu cần thực hiện lại phải ít nhất sau 2- 3 phút.
- Thu dọn dụng cụ

VI. THEO DÕI

- Sau khi sốc, để đầu nghiêng một bên cho nước dãi dễ chảy ra ngoài. Theo dõi bệnh nhân cho đến khi tỉnh hoàn toàn mới đưa về phòng bệnh, vì sau sốc có một số bệnh nhân ý thức rơi vào trạng thái hoàng hôn.

- Sau khi hết cơn phải tiến hành đếm mạch, nhịp thở, cặp nhiệt độ, đo huyết áp. Sau từ 30 phút - 1 giờ người bệnh trở lại bình thường

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Những tai biến xảy ra khi không tuân thủ những chống chỉ định sốc điện, cũng như kỹ thuật tiến hành không đúng.

Những tai biến thường gặp:

a. Về cơ thể.

- Trật khớp vai, khớp hàm: nắn lại ngay sau khi hết cơn, lúc người bệnh chưa tỉnh hoàn toàn.

- Người bệnh không tự thở lại được: sau 1 đến 2 phút người bệnh không tự thở được phải tiến hành cấp cứu như một trường hợp ngừng hô hấp tuần hoàn.

b. Về tâm thần.

- Lú lẫn tâm thần: thấy trong cơn hoàng hôn kèm theo kích động, thường tự mất đi sau 5 – 10 phút. Nếu lú lẫn kéo dài phải ngừng sốc điện

- Giảm trí nhớ: thường chỉ giảm tạm thời, làm giảm tác dụng không mong muốn này bằng cách sốc điện cách nhật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Electroconvulsive Therapy , Can J Psychiatry. 1993 Aug
2. Guidance on the use of electroconvulsive therapy (2003)
<https://www.nice.org.uk/guidance/ta59/resources/guidance-on-the-use-of-electroconvulsive-therapy-pdf-2294645984197>

CẤP CỨU VÀ XỬ TRÍ RỐI LOẠN TÂM THẦN

62. Xử trí trạng thái loạn trương lực cơ cấp
63. Xử trí trạng thái kích động
64. Xử trí trạng thái động kinh
65. Xử trí trạng thái không ăn
66. Xử trí hội chứng an thần kinh ác tính
67. Xử trí trạng thái bồn chồn bất an do thuốc hướng thần
68. Xử trí trạng thái loạn động muộn
69. Cấp cứu tự sát
70. Xử trí hạ huyết áp tư thế
71. Xử trí ngộ độc thuốc hướng thần
72. Xử trí dị ứng thuốc hướng thần
73. Xử trí trạng thái sảng rượu

62. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI LOẠN TRƯƠNG LỰC CƠ CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm: Loạn trương lực cơ cấp là tác dụng phụ ngoại tháp do dùng nhóm thuốc an thần kinh. Bệnh biểu hiện bằng các động tác bất thường hoặc cơn co cứng của các cơ vùng đầu, cổ, các chi hoặc thân mình, xuất hiện trong vòng vài ngày sau bắt đầu dùng hoặc sau khi tăng liều thuốc an thần kinh. Hội chứng này gặp ở khoảng 2% số bệnh nhân dùng thuốc an thần kinh. Cơ chế sinh lý bệnh chưa rõ, giả thiết là có sự thay đổi về nồng độ thuốc an thần kinh, gây ra các thay đổi nội môi ở các nhân xám đáy não-là nguyên nhân chính gây ra loạn trương lực cơ cấp.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng:

- Một hoặc nhiều hơn các dấu hiệu, triệu chứng sau xuất hiện liên quan với việc dùng thuốc ATK.

+ Tư thế bất thường của đầu, cổ so với cơ thể: xoắn vặn các cơ cổ, uốn cổ ra sau.... Có thể gây sai khớp.

+ Co thắt các cơ hàm: cứng miệng, há hốc miệng, nhãn nhó.

+ Khó nuốt, khó nói, khó thở, có thể gây ngạt thở.

+ Nói ngọng, nói cứng lưỡi, loạn vận ngôn.

+ Lưỡi thập thò hoặc rối loạn chức năng lưỡi.

+ Mắt bị kéo xéch lên trên, xuống dưới về một bên, có khi có hiện tượng đảo lộn nhãn cầu.

+ Tư thế bất thường của các ngón chi hoặc thân mình.

- Các dấu hiệu, triệu chứng đó xuất hiện vài ngày sau khi bắt đầu, hoặc tăng nhanh liều thuốc ATK, hoặc khi giảm liều các thuốc dùng để dự phòng các triệu chứng ngoại tháp.

- Các triệu chứng trên không do các rối loạn tâm thần gây ra như căng trương lực trong Tâm thần phân liệt.

- Các triệu chứng trên không do các loại thuốc không phải là ATK gây ra, không phải do một bệnh thần kinh hoặc nội khoa khác gây ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Xử trí bệnh nhân xuất hiện tình trạng loạn trương lực cơ cấp do dùng thuốc an thần kinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân không có tình trạng loạn trương lực cơ cấp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sĩ và điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- Găng tay vô trùng: 02 đôi
- Bơm tiêm 5ml: 02 cái

2.2. Thuốc

- Thuốc nhóm Benzodiazepam: Diazepam, Clonazepam
- Thuốc kháng Cholinergic: Trihexylphenidyl

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.
- Đặt người bệnh ở tư thế an toàn, thuận tiện.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiểu sử liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra các triệu chứng loạn trương lực cơ cấp
- Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Xử trí ngay khi người bệnh xuất hiện loạn trương lực cơ cấp

- Tiêm bắp thịt hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc uống:
Diazepam, Seduxen x 5 - 10 mg/lần.
- Tiêm bắp thịt hoặc tiêm tĩnh mạch Clonazepam x 0,5-4 mg
- Uống Trihexylphenidyl 2mg x 2 - 8 mg/ngày
- Bromocriptine (Parlodel viên 2,5 và 10 mg liều từ 1-6 viên ngày. Chống chỉ định như hội chứng Raynaud vì gây co mạch sinh hoại tử.

3.2. Điều trị dự phòng

- Xem lại toàn trạng của bệnh nhân, các triệu chứng rối loạn tâm thần và liều dùng thuốc an thần kinh
- Điều chỉnh lại liều cho phù hợp, cân nhắc chuyển sang nhóm an thần kinh khác ít có nguy cơ gây loạn trương lực cơ cấp hoặc phối hợp với nhóm thuốc kháng Cholinergic

VI. THEO DÕI

- Bệnh nhân được theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn trong và sau quá trình xử trí

- Cần theo dõi các tác dụng phụ của thuốc kháng Cholinergic như khô miệng, nhìn mờ, bí đái và có thể tăng tác dụng kháng Cholin của một số ATK như Thioridazine.
- Theo dõi diễn biến của loạn trương lực cơ cấp.

VII. TAI BIẾN

Chưa ghi nhận trường hợp tai biến nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Kim Việt** (2003), “*Các rối loạn vận động do thuốc*”. Tài liệu giảng dạy sau đại học, bộ môn Tâm thần học, Đại học Y Hà Nội. Tr 154 - 157.
2. **Dressler D. and R. Beneck** (2005). “*Diagnosis and management of acute mouvement disorder*”. J Neurol 252(11), P. 1299 – 306.
3. **Van Harten PN** (1999). Acute dystonia induced by drug treatment. BMJ, 623-626

63. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI KÍCH ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa: Kích động là một trạng thái hưng phấn tâm lý, vận động quá mức xuất hiện đột ngột, không có mục đích, không thích hợp với hoàn cảnh, thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh.

2. Nguyên nhân:

2.1. Rối loạn tâm thần:

Kích động: thường gặp nhất trong các bệnh sau: Tâm thần phân liệt, hưng cảm nặng ở bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Động kinh tâm thần, nhân cách bệnh: thể bùng nổ, paranoia. Rối loạn tâm thần ở người già (sa sút trí tuệ).

2.2. Các trạng thái kích động phản ứng: do căn nguyên tâm lý

- Sang chấn tâm lý mạnh: rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn phân ly...
- Do thay đổi đột ngột môi trường sinh hoạt (chuyển viện, chuyển phòng), do bệnh nhân tâm thần khác kích động mà kích động theo, do giận dữ, bất bình với những sự việc không vừa ý trong phòng bệnh. Do nhận thức sai là bị đưa đi giam giữ hoặc bị cưỡng ép, bị gia đình lừa dối đưa đi bệnh viện; thường có phủ định bệnh.

2.3. Kích động do các bệnh thực thể tại não: u não, chấn thương sọ não, dị dạng mạch não, nhiễm khuẩn não – màng não,....

2.4. Kích động liên quan đến rượu và ma túy: Trạng thái nhiễm độc rượu và ma túy, hội chứng cai.

II. CHỈ ĐỊNH: Xử trí bệnh nhân có tình trạng kích động

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sĩ và điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- Găng tay vô trùng, dụng cụ tiêm truyền: bơm tiêm, cốc truyền, dây truyền dịch
- Băng, băng, cồn, dây băng vải cố định bệnh nhân, phòng cố định bệnh nhân.

2.2. Thuốc:

- Thuốc nhóm Benzodiazepam: Diazepam, Lorazepam
- Thuốc chống loạn thần: Aminazin, Haloperidol
- Dung dịch Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5%

3. Người bệnh: Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.

4. Hồ sơ bệnh án: Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, chẩn đoán bệnh, tiền sử liên quan đến bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Quan sát:

- Các biểu hiện của bệnh nhân ăn mặc, cử chỉ, tác phong, lời nói, cảm xúc ...
- Chú ý các vật dụng BN đang có hoặc ở xung quanh có thể gây nguy hiểm.

2. Hỏi người nhà hoặc người đi cùng:

- Tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh, trạng thái của BN trước khi kích động
- Những biểu hiện từ lúc lên kích động đến nay.

3. Thông báo và nhờ sự hỗ trợ của các nhân viên y tế khác:

Chuẩn bị các phương tiện như dây cố định, thuốc, phòng bệnh...

4. Trấn tĩnh ngay trạng thái tâm thần của bệnh nhân bằng liệu pháp tâm lý:

Bằng thái độ điềm đạm, bình tĩnh, dùng lời nói ôn tồn để hỏi, động viên, an ủi, giải thích hợp lý cho người bệnh. Đề phòng bệnh nhân có thể tấn công bất ngờ.

5. Nếu BN hợp tác:

Tiến hành khám ngay cho người bệnh về tình trạng toàn thân, các dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, các thương tích, các dấu hiệu thần kinh khu trú, các hội chứng - triệu chứng tâm thần.

6. Nếu BN kích động, không hợp tác khám bệnh:

- Có thể cưỡng chế đưa bệnh nhân vào phòng riêng hoặc phòng cách ly, cố định BN tại giường/phần để xử trí thuốc. Lưu ý: Tránh quá thô bạo vì có thể gây tay, trật khớp, trước và sau khi xử trí nên đã thông tư tưởng để người nhà yên tâm.
- Cần kiểm tra trong tư trang, quần áo và trên người của bệnh nhân, loại bỏ các vật dụng nguy hiểm như dao kéo, bật lửa, ...

7. Điều trị bằng hóa dược

7.1. Nếu chưa rõ nguyên nhân:

- Diazepam 10 - 20mg tiêm tĩnh mạch. Thường sau khi tiêm thuốc một vài phút, tình trạng kích động sẽ dịu đi, bệnh nhân bắt đầu lơ mơ ngủ... Tiến hành thăm khám kỹ hơn trên người bệnh để tìm hiểu nguyên nhân.

7.2. Sau khi đã nắm được nguyên nhân: cần điều trị theo nguyên nhân

- Kích động trong tâm thần phân liệt:

- + Chlorpromazine (Aminazine) 25 - 50 mg, tiêm bắp.
- + Haloperidol (Haldol) 5 - 20 mg, tiêm bắp.

Có thể phối hợp thêm: Diazepam 10 - 20 mg (tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp)

- Kích động do trạng thái căng trương lực:

- + Thuốc lựa chọn đầu tiên là Seduxen 10 - 20 mg/lần, 2 - 3 lần/ngày.
- + Có thể phối hợp với Haldol hay các an thần kinh khác.

Lưu ý: dễ bỏ sót nguyên nhân thực tổn

+ Nếu căng trương lực do tâm thần phân liệt có thể dùng liệu pháp Shock điện sau khi đã kiểm tra kỹ tình trạng tim mạch, ECG...

- *Kích động trong động kinh tâm thần:*

+ Phenobarbital 100 - 200 mg, tiêm bắp, 1 - 2 lần/ngày

+ Có thể phối hợp diazepam 10 - 20mg, tiêm tĩnh mạch, 2 - 3 lần/ ngày.

- *Kích động do rượu-ma túy tổng hợp* (say rượu, sảng rượu, hoang tưởng ảo giác do rượu, nhiễm độc ma túy tổng hợp):

+ Diazepam 10 - 20mg/lần (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp) 2 - 3 lần/ngày.

+ Kết hợp Haloperidol 5 - 10 mg/lần x 1 - 2 lần/ ngày, nhưng phải hết sức thận trọng.

- *Kích động trong các bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm độc:*

+ Tốt nhất là điều trị bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm độc.

+ Nếu cần thiết để làm bệnh nhân yên dịu, có thể dùng:

Diazepam 10 - 20 mg/ ngày (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp)

Loprazepam: 1 - 3 ống/ ngày.

+ Thận trọng khi sử dụng thuốc an thần kinh, nếu cần thì sử dụng nhóm thuốc ATK thế hệ mới.

- *Kích động ở người già:* Việc dùng thuốc an thần kinh phải hết sức thận trọng, nên dùng liều thấp, tăng dần.

- *Các trạng thái kích động do phản ứng tâm lý:* Nên kiên trì giải thích động viên BN, dùng diazepam 10 - 20 mg/ngày (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp) và chỉ dùng 1 - 2 ngày đầu.

- Chú ý chế độ dinh dưỡng, bồi phụ nước điện giải, chế độ vệ sinh, phòng chống loét và chăm sóc cấp một.

- Quản lý người bệnh tại buồng riêng, yên tĩnh, thoáng mát, dễ quan sát, loại bỏ các vật dụng nguy hiểm.

7.3. Sau cơn kích động:

Sau khi đã tạm giải quyết được tình trạng kích động, cần:

- Hỏi kỹ bệnh sử, thăm khám lâm sàng và cho làm các xét nghiệm để xác định bệnh, nguyên nhân và có hướng điều trị thích hợp.

- Để bệnh nhân nằm tại phòng trấn tĩnh, theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu, sắc mặt...

- Chú ý bồi phụ nước - điện giải, chế độ dinh dưỡng, vệ sinh thân thể và phòng chống loét.

- Không nên dùng an thần kinh liều cao, kéo dài vì dễ gây ra tình trạng ngộ độc thuốc.

- Giải thích hợp lý để người bệnh yên, tránh lo lắng, sợ hãi trước môi trường mới.

- Điều trị theo nguyên nhân gây kích động./.

VI.THEO DÕI

- Theo dõi diễn biến tâm lý, tâm thần của bệnh nhân.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc an thần kinh: loạn trương lực cơ cấp, hạ huyết áp tư thế, ...
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, vùng cổ định tay chân của bệnh nhân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Theo dõi sát tình trạng người bệnh sau khi xử trí tình trạng kích động, để xử trí tiếp nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục kích động gây nguy hiểm cho người bệnh và người xung quanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tâm thần học - Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005.
2. Bệnh học tâm thần - Nhà xuất bản quân đội nhân dân, năm 2005.

64. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Đại cương

Trạng thái động kinh là một tình trạng cấp cứu trong thần kinh, nó phản ánh mức độ nặng nhất của động kinh vì có nhiều biến chứng nguy hiểm tới tính mạng của người bệnh, do vậy cần được xử trí kịp thời nhằm: – Cắt cơn động kinh bằng mọi cách. – Chống các rối loạn thần kinh thực vật. – Về mặt lý thuyết triệu chứng các trạng thái động kinh cũng phong phú như cơn động kinh.

2. Định nghĩa

Trạng thái động kinh là hiện tượng lặp lại các cơn động kinh trong khoảng thời gian ngắn (cơn này chưa kết thúc, cơn khác lại bắt đầu) hoặc cơn động kinh tồn tại kéo dài (từ 10 - 30 phút) hay ít nhất có hai cơn động kinh trở lên kèm theo rối loạn ý thức hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú giữa các cơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Với tất cả các trạng thái động kinh có co giật.
- Còn các trạng thái động kinh cơn cục bộ thì tùy thuộc vào tình trạng cụ thể.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cơn động kinh đơn độc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ và 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

Ngoài các dụng cụ thông thường như ống nghe huyết áp thì: – Đèn soi thanh quản lưỡi cong hoặc đèn soi thanh quản lưỡi thẳng: 01 bộ. – Ống nội khí quản các cỡ: mỗi loại 02 chiếc. – Nòng nội khí quản: 02 chiếc

- Kẹp: 01 chiếc.
- Canun Mayo: 01 chiếc.
- Máy thở: 01 chiếc.
- Bộ hút đờm dãi với ống hút cứng: 01 bộ.
- Bộ thông khí bằng tay: 01 bộ.
- Bóp bóng + Mask: 01 bộ.
- Gel bôi trơn tan trong nước: 01 tuýp.
- Nguồn Oxy.
- Găng tay vô trùng: 05 đôi.

- Mũ phẫu thuật: 04 chiếc.
- Băng cố định.
- Bơm tiêm 5ml: 05 cái.

2.2. Thuốc

Midazolam, Fentanyl, Adrenalin, Atropin, Diazepam, thuốc xịt gây tê.

3. Người bệnh

– Thông báo, giải thích cho người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí. – Đặt người bệnh ở tư thế an toàn, thuận tiện.

4. Hồ sơ bệnh án

– Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp. – Chẩn đoán bệnh. – Tiền sử liên quan đến bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

2. Kiểm tra người bệnh

Xem lại các thông số về hô hấp, tuần hoàn, tình trạng cơn động kinh.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước và thứ tự ưu tiên các thuốc kiểm soát trạng thái động kinh:

Bước 1: Bước đầu tiên (0-10/30 phút), dùng một trong các thuốc sau theo thứ tự ưu tiên:

- **Lorazepam 4mg** ở người lớn hoặc 0,1mg/kg ở trẻ em tiêm tĩnh mạch chậm liều bolus không quá 2mg/phút hoặc
- **Diazepam 10 - 20mg** ở người lớn hoặc 0,25 - 0,5mg/kg ở trẻ em nhưng không quá 5mg/ph hoặc
- **Midazolam 0,1 - 0,25mg/kg** tiêm tĩnh mạch chậm nhưng không quá 0,15mg/kg/ph hoặc 4mg/ph hoặc
- **Clonazepam 1-2mg** ở người lớn, hoặc 0,01 - 0,03mg/kg ở trẻ em nhưng không quá 1mg/ph. Nếu sau 10 phút dùng các thuốc kháng động kinh liều đầu tiên, cơn giật vẫn tiếp tục thì có thể nhắc lại lần 2.
- **Paraldehyde 0,4ml/kg** đặt hậu môn có thể sử dụng ở trẻ nhỏ nếu benzodiazepine thất bại hoặc việc tiêm tĩnh mạch không được kiểm soát tốt, hoặc người bệnh có những rối loạn hô hấp. Nếu cơn giật vẫn tiếp tục sau 30 phút thì chuyển bước 2.

Bước 2: Bước kiểm soát trạng thái động kinh (10/30 - 60/90 phút).

- **Fosphenytoin:** truyền tĩnh mạch 15 - 20mg/kg với tốc độ tối đa là 150mg/phút hoặc
- **Phenytoin:** Bolus tĩnh mạch 1g ở người lớn hoặc 15 - 20mg/kg ở trẻ nhỏ với tốc độ tối đa là 50mg/phút (1mg/kg/phút) hoặc

– **Phenobarbital**: truyền tĩnh mạch 10 - 20mg/kg ở người lớn hoặc 15 - 20mg/kg ở trẻ em với tốc độ tối đa 100mg/phút.

– **Valproate**: truyền tĩnh mạch 25mg/kg (3-6mg/kg/phút). Nếu người bệnh tiếp tục co giật sau 30 - 90 phút thì chuyển sang bước 3.

Bước 3: Bước của trạng thái động kinh khó trị (trên 60 - 90 phút).

– **Profol**: Bolus tĩnh mạch 2mg/kg, nhắc lại nếu cần thiết, và sau đó tiếp tục duy trì truyền tĩnh mạch với liều 5 - 10mg/kg /giờ là chủ yếu, giảm liều tới liều vừa đủ có khả năng tạo được sự xuất hiện đột ngột của burst suppression pattern (1 dạng sóng trong đó có các hoạt động điện thế cao và bị gián đoạn bởi các hoạt động điện thế thấp. Xuất hiện thành từng đợt) trên điện não đồ. Thường là 1-3 mg/kg/phút).

– **Midazolam**: Bolus tĩnh mạch 0,1 - 0,3mg/kg với tốc độ không quá 4mg/phút là chủ yếu. Sau đó duy trì truyền tĩnh mạch ở liều đủ để tạo nên sự xuất hiện của “burst suppression”. Thường là 0,05mg - 0,4mg/kg/giờ. Khi cơn giật được kiểm soát trong 12 giờ, liều dùng thuốc nên giảm đi từ khoảng 12 giờ 1 lần. Nếu co giật xuất hiện trở lại, thuốc truyền tĩnh mạch nên được dùng lại trong 12 giờ tiếp theo và sau đó cai thuốc lần nữa. Vòng xoắn này có thể lặp lại mỗi 24-46 giờ cho đến khi cơn giật được kiểm soát hoàn toàn. Khẳng định chắc chắn rằng cơn giật đã chấm dứt bằng điện não đồ và lâm sàng bởi vì nếu có phân ly điện não đồ - Lâm sàng thì đó là một tiên lượng xấu của trạng thái động kinh.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, SpO₂, khí máu động mạch, điện tim.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. **Suy hô hấp** Xử trí: bóp bóng hỗ trợ, đặt nội khí quản, thở máy nếu có chỉ định.

2. **Ngừng tuần hoàn** Xử trí: cấp cứu ngừng tuần hoàn, ép tim ngoài lồng ngực, Adrenalin tiêm tĩnh mạch.

3. **Tụt huyết áp** Xử trí: truyền dịch, Adrenalin,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, Pierre Jallon (2002). Điện não đồ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.
2. Hồ Hữu Lương (2000). Động kinh (Lâm sàng thần kinh). Nhà xuất bản Y học.
3. C. P. Panayiotopoulos (2010). A clinical guide to epileptic syndromes and their treatment. 2nd revised edition.
4. Thomas P, Etats de mal epileptiques (2002). Diagnostic et Elsevier. Paris, 17-045-A-40.
5. Working group on status epileptiques (1993). Treatment of convulsive status epileptiques. JAMA, 270: 854-859

65. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI KHÔNG ĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Trạng thái không ăn là tình trạng người bệnh từ chối sử dụng bất kỳ loại thực phẩm dinh dưỡng nào kéo dài trên 24h mà không có lý do hoặc lý do không hợp lý. Đây là một cấp cứu tâm thần và là một trạng thái bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân tâm thần do nhiều nguyên nhân khác nhau với bệnh cảnh kéo dài rất lâu, điều trị gặp nhiều khó khăn. Người bệnh dễ dẫn đến sụt cân, mất nước, suy kiệt, mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, tử vong, đòi hỏi phải được chẩn đoán đúng, điều trị tích cực và chăm sóc tốt.

2. Nguyên nhân:

2.1. Trạng thái căng trương lực (kích động hoặc bất động) của tâm thần phân liệt: Người bệnh thường ngồi hoặc nằm bất động, không chịu ăn uống; khi đưa cơm nước vào miệng thì ngậm chặt lại.

2.2. Do hoang tưởng, ảo giác chi phối:

- Hoang tưởng bị tội: người bệnh cho rằng bản thân họ là xấu xa và có nhiều tội lỗi, không đáng sống, không đáng được ăn uống và từ chối không chịu ăn uống.

- Hoang tưởng bị hại: người bệnh luôn lo sợ bị người khác ám hại, đầu độc mình bằng cách bỏ thuốc độc vào thức ăn nên không chịu ăn uống.

- Ảo thanh xui khiến: có tiếng người bảo bệnh nhân không được ăn uống.

- Ảo khứu và ảo vị với nội dung khó chịu: mùi hôi, mùi tanh, vị đắng...

2.3. Trầm cảm nặng.

2.4. Rối loạn bản năng ăn uống: ở trẻ chậm phát triển tâm thần, tâm thần phân liệt giai đoạn sa sút, sa sút trí tuệ ở người già.

2.5. Do bệnh lý cơ thể: viêm dạ dày, lao phổi, ung thư, kém hấp thu ...

2.6. Nguyên nhân tâm lý: thức ăn không thích hợp, tôn giáo ...

2.7. Chán ăn tâm thần (anorexia nervosa).

II. CHỈ ĐỊNH

Xử trí bệnh nhân có trạng thái không ăn(từ chối ăn uống)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sĩ và điều dưỡng viên.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- Găng tay vô trùng
- Dụng cụ tiêm truyền: bơm tiêm, cốc truyền, dây truyền dịch
- Băng, băng, cồn

- Dây băng vải cố định bệnh nhân
- Phòng quản lý cố định bệnh nhân
- Dụng cụ cho ăn sonde dạ dày

2.2. Thuốc

- Dung dịch Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5%, dung dịch dinh dưỡng, đậm.
- Thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần kinh...

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiền sử liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra trạng thái không ăn
- Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Các biện pháp chung:

- Tìm hiểu nguyên nhân, động viên khuyến khích người bệnh ăn uống.
- Cho ăn nhiều lần trong ngày, nên dứt từng thìa nhỏ.
- Có thể để thức ăn, thức uống bên cạnh người bệnh.
- Chú ý vệ sinh thân thể, tránh loét, phòng bội nhiễm.
- Đảm bảo dinh dưỡng, nước - điện giải cho bệnh nhân bằng cách cho ăn qua sonde dạ dày hoặc đường tĩnh mạch nếu điều trị chưa có hiệu quả, bệnh nhân vẫn không ăn uống.
- Xây dựng chế độ dinh dưỡng đảm bảo cung cấp đủ cho bệnh nhân, hội chẩn chuyên khoa dinh dưỡng nếu cần.
- Đảm bảo vệ sinh các nhân, tránh bội nhiễm, phòng chống loét.

3.2. Tích cực điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân:

- TTPL thể căng trương lực: dùng thuốc an thần kinh ưu tiên loại hoạt hóa như Amisulpirid 100 - 200mg/ngày. Cân nhắc điều trị bằng sốc điện khi các phương pháp khác không hiệu quả và không có chống chỉ định.
- TTPL có hoang tưởng, ảo giác chi phối: có thể dùng an thần kinh liều cao.

- Trầm cảm: dùng thuốc chống trầm cảm, đơn trị liệu hoặc phối hợp thuốc, kết hợp liệu pháp tâm lý.
- Chán ăn tâm thần: điều trị bằng thuốc chống trầm cảm như Fluoxetin, Amitriptylin kết hợp các liệu pháp tâm lý

VI. THEO DÕI

- Theo dõi diễn biến tâm lý, tình trạng bệnh lý tâm thần của bệnh nhân.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc an thần kinh, chống trầm cảm có thể xảy ra: loạn trương lực cơ cấp, hạ huyết áp tư thế,...
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, theo dõi lượng nước tiểu 24h, cân nặng cơ thể 2 lần/tuần.
- Theo dõi xét nghiệm cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, SGOT, SGPT, điện giải đồ).

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

*** Rối loạn nước điện giải**

Xử trí theo phác đồ xử trí rối loạn nước điện giải của Bộ y tế

*** Hạ đường huyết**

Truyền dung dịch Glucose 5% - 10% - 20% đảm bảo đường máu trên 5,5mmol/L, theo dõi đường máu sau mỗi lần truyền. Nếu cần có thể tiêm tĩnh mạch Glucose 20% hoặc chuyển chuyên khoa hồi sức, nội tiết theo dõi điều trị tiếp.

*** Tai biến trong khi đặt sonde dạ dày**

Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: cần sử dụng máy hút, đặt nội khí quản cấp cứu nếu cần
Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: cấp cứu nhịp chậm theo phác đồ cấp cứu tim mạch.

Đặt nhầm vào khí quản gây tình trạng người bệnh ho, sặc, tím môi: nếu thấy bất cứ triệu chứng nào như trên cần phải rút ống sonde ngay.

Tổn thương vùng mặt (trầy xước mũi, viêm loét mũi sau khi đặt,...): chăm sóc vết thương hàng ngày

*** Tai biến trong khi truyền dịch**

- Sốc phản vệ: ngừng truyền, cấp cứu theo phác đồ cấp cứu sốc phản vệ của bộ y tế
- Phù phổi cấp:

Cung cấp oxy đầy đủ

Đề bệnh nhân ở tư thế nửa ngồi

Dùng thuốc: Morphin sulphate, Furosemid, Nitroglycerin

Chuyển chuyên khoa cấp cứu, hồi sức tích cực tùy tình trạng

*** Tai biến do dùng các thuốc an thần kinh, chống trầm cảm**

Loạn trương lực cơ cấp

An thần kinh ác tính

Bồn chồn, bất an do thuốc hướng thần

Hội chứng serotonin

Hội chứng giống parkinson

Xử trí theo các quy trình kỹ thuật chuyên khoa Tâm Thần tương ứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt (1984), “*Chẩn đoán và xử trí các trường hợp cấp cứu trong tâm thần học*”. Triệu chứng học tâm thần. Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội, 174 - 181.
2. Gruenewald D.A. (2018). Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Practical Approach for Long-Term Care Facilities. *J Palliat Med*, **21**(9), 1214–1220.
3. Bolt E.E., Hagens M., Willems D. và cộng sự. (2015). Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Ann Fam Med*, **13**(5), 421–428.

66. XỬ TRÍ HỘI CHỨNG AN THẦN KINH ÁC TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

- Hội chứng an thần kinh (ATK) ác tính là một trường hợp cấp cứu, đe dọa tính mạng bệnh nhân do dùng các thuốc ATK, có thể xuất hiện bất kỳ lúc nào trong quá trình điều trị.

- Các yếu tố thuận lợi:

+ Do dùng các thuốc ATK có nguy cơ gây ngoại tháp cao

+ Bắt đầu bằng liều quá cao

+ Sử dụng liều cao, tăng liều nhanh, nhất là bằng đường tiêm

+ Do dùng quá nhiều loại, sai nguyên tắc phối hợp các ATK

+ Sử dụng thuốc đồng thời với Lithium, người bệnh lạm dụng chất, có bệnh lý thần kinh, bệnh nội khoa cấp tính đi kèm.

+ Môi trường nóng nực, bệnh nhân trong điều kiện rối loạn nước-điện giải.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

2.1. Cứng cơ nặng + sốt cao liên quan việc dùng các thuốc ATK

2.2. Có 2 hay nhiều hơn các triệu chứng sau:

- Toát mồ hôi (diaphoresia)

- Khó nuốt (dysphagia)

- Run (tremor)

- Đại tiểu tiện không tự chủ (incontinence)

- Rối loạn ý thức đi từ lú lẫn (confusion) đến hôn mê (coma)

- Không nói (mutism)

- Tăng nhịp tim (tachycardia)

- Huyết áp tăng, giao động

- Tăng bạch cầu (leucocytosis)

- Biểu hiện tổn thương cơ

2.3. Các triệu chứng trên không phải do các rối loạn tâm thần khác gây ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Xử trí bệnh nhân có hội chứng an thần kinh ác tính do sử dụng thuốc an thần kinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện: Bác sĩ và điều dưỡng viên.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- Găng tay vô trùng

- Dụng cụ tiêm truyền: bơm kim tiêm, cốc truyền, dây truyền dịch
- Băng, băng, cồn

2.2. Thuốc

- Dung dịch Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5%
- Thuốc nhóm Benzodiazepam: Diazepam, Clonazepam
- *Các thuốc đồng vận tác dụng kiểu dopamine*: Bromocriptine, Amantadine
- Thuốc chống đông, ngăn ngừa huyết khối tĩnh mạch.

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.
- Đặt người bệnh ở tư thế an toàn, thuận tiện.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh, các thuốc điều trị
- Bệnh sử liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra hội chứng an thần kinh ác tính
- Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

3. Thực hiện kỹ thuật

- Ngừng sử dụng an thần kinh
- Điều trị triệu chứng và dự phòng biến chứng:
 - + Duy trì ổn định tim mạch, xem xét sử dụng máy thở, thuốc chống loạn nhịp, máy tạo nhịp, duy trì ổn định huyết áp
 - + Hạ sốt, bồi phụ nước-điện giải
 - + Đảm bảo dinh dưỡng, phòng chống loét, bội nhiễm
- Các thuốc đặc hiệu:
 - + Dantrolence (dantrium):
 - Viên nang, thuốc uống x 4-8 mg/kg/ngày chia 3-4 lần.
 - Dung dịch, thuốc tiêm: 20 mg/60mL, Tiêm truyền tĩnh mạch với liều 2,5 mg/kg
 - + Bromocriptine 2,5 - 5 mg/ngày
 - + Amantadine (Mantadix 100 mg) x 1-2 viên ngày.
 - + Benzodiazepine (Lorazepam 1-2mg tiêm bắp, sử dụng cách nhau sau 4-6h hoặc Diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch sử dụng cách nhau 8h)

VI. THEO DÕI

- Theo dõi diễn biến của hội chứng an thần kinh ác tính.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chưa ghi nhận các tai biến. Tuy nhiên, cần thận trọng hơn khi xử trí cho người lớn tuổi, tiền sử bệnh lý tim mạch, suy giảm chức năng gan thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kim Việt (2003), “*Các rối loạn vận động do thuốc*”. Tài liệu giảng dạy sau đại học, bộ môn Tâm thần học, Đại học Y Hà Nội. Tr 154 - 157.
2. Gurrera RJ (1999). Sympathoadrenal hyperactivity and the etiology of neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry, 169-180
3. Sing KJ (2002). Neuroleptic malignant syndrome and quetiapine. Am J psychiatry, 149-150
4. Trollor JN (2009). Neuroleptic malignant syndrome associated with atypical antipsychotic drug. CNS Drugs, 477-492
5. Olmsted TR (1988). Neuroleptic malignant syndrome: guidelines for treatment and reinstitution of neuroleptics. South Med J, 888-891

67. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI BỒN CHỒN BẤT AN DO THUỐC HƯỚNG THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

- Trạng thái bồn chồn bất an là tác dụng phụ của nhóm thuốc an thần kinh (ATK), có thể xuất hiện ở một vài ngày sau khi dùng thuốc ATK hoặc giảm thuốc chống ngoại tháp hoặc tăng liều ATK.
- Thường gặp ở phụ nữ, trung niên và 90% các trường hợp xảy ra trong 72 ngày đầu của quá trình điều trị. Cơ chế bệnh sinh hiện vẫn chưa rõ ràng.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- + Xuất hiện các triệu chứng chủ quan bồn chồn, bất an sau khi dùng thuốc ATK
- + Ít nhất một trong các triệu chứng sau xuất hiện (khách quan - quan sát được)
 - Vận động bồn chồn, lúc lắc đầu đưa chân tay luôn luôn
 - Đổi chân nọ chân kia liên tục
 - Đi đi lại lại để giảm bớt bồn chồn
 - Không thể đứng hoặc ngồi một chỗ được vài phút.
- + Các triệu chứng này khởi phát trong vòng 4 tuần khi dùng thuốc ATK
- + Các triệu chứng này không thể xem là một rối loạn tâm thần khác gây ra (bệnh tâm thần phân liệt, cai nghiện, kích động vật vã, tăng hoạt động trong rối loạn tăng động và thiếu hụt sự chú ý, ...). Cần lưu ý khi triệu chứng xảy ra trước khi dùng ATK không tăng bồn chồn khi tăng liều ATK, không đỡ khi giảm liều ATK hoặc điều trị bằng các thuốc điều trị trạng thái bồn chồn.
- + Các triệu chứng trên không do một loại thuốc khác, một bệnh thần kinh hoặc cơ thể gây ra (xảy ra trước khi dùng ATK, tiến triển không liên quan với sự thay đổi thuốc)

II. CHỈ ĐỊNH

Xử trí những bệnh nhân có hội chứng bồn chồn bất an do sử dụng thuốc an thần kinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật: 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện:

- + Phương tiện, dụng cụ:
 - Găng tay vô trùng
 - Dụng cụ tiêm truyền
- + Thuốc:
 - Thuốc đối vận β -adrenergic: Propranolon
 - Thuốc nhóm Benzodiazepam: Diazepam, Clonazepam

- Thuốc kháng Cholinergic: Trihexylphenidyl
- Thuốc khác: Amantadin

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiền sử liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thời gian tiến hành: 5-10 phút

1. Kiểm tra hồ sơ

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra trạng thái bồn chồn, bất an
- Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

+ Nguyên tắc:

- Chính liều thuốc ATK đang sử dụng
- Phối hợp với các nhóm thuốc đối vận β -adrenergic hoặc thuốc nhóm benzodiazepam hoặc thuốc kháng cholinergic.
- Xem xét việc thay đổi thuốc ATK khác

+ Cụ thể:

- Thuốc đối vận β -adrenergic như:

Propranolon x 20 - 80 mg/ngày

Clonidin x 0,1 - 0,3 mg/ngày

- Thuốc nhóm benzodiazepine:

Diazepam x 10 - 20 mg/ngày

- Các thuốc khác:

+ Thuốc kháng cholinergic: Trihexylphenidyl 2mg x 2 - 8 mg/ngày

+ Thuốc Amantadine

VI. THEO DÕI

- Cần theo dõi các tác dụng phụ của thuốc kháng Cholinergic như khô miệng, nhìn mờ, bí đái và có thể tăng tác dụng kháng cholinergic của một số ATK như Thioridazine.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc Benzodiazepin: loạn choạng, gây ngã.
- Theo dõi diễn biến của hội chứng bồn chồn, bất an.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chưa ghi nhận các tai biến. Tuy nhiên, cần thận trọng sử dụng cho người lớn tuổi, tiền sử bệnh lý tim mạch, suy giảm chức năng gan thận

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kim Việt (2003), Các rối loạn vận động do thuốc. Tài liệu giảng dạy sau đại học, bộ môn Tâm thần học, Đại học Y Hà Nội. Tr 154 - 157.
2. Fleischhacker WW (1990), The pharmacologic treatment of neuroleptic-induced akathisia. J Clin Psychopharmacol, 12-21
3. Kumar R (2009), Akathisia and second-generation antipsychotic drugs. Curr Opin Psychiatry, 293-299
4. Stryker R (2010), Trazodone for the treatment of neuroleptic-induced akathisia: a placebo-controlled, double –blind, crossover study. Clin neuropharmacol, 219-222.

68. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI LOẠN ĐỘNG MUỘN

I. ĐỊNH NGHĨA

1. Khái niệm

Loạn động muộn là tác dụng phụ do sử dụng thuốc an thần kinh (ATK), gặp ở người được điều trị bằng thuốc ATK kéo dài (3-6 tháng). Thường gặp ở nữ giới, người già và những người có biểu hiện của rối loạn khí sắc, rối loạn nhận thức. Yếu tố thuận lợi gồm tuổi cao, tổn thương não, đã từng được điều trị bằng sốc điện. Có thể gặp ở 10 - 20% các bệnh nhân dùng thuốc chống loạn thần từ 1 năm trở lên.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

+ Các vận động không tự chủ của lưỡi, cằm thân mình hoặc đầu chi kéo dài ít nhất vài (4) tuần. Và xuất hiện do dùng thuốc ATK ít nhất vài tháng (có thể ngắn hơn ở người già). Các vận động thường gặp nhất là ở vùng mặt, miệng, ở các ngón chân và tay, ở đầu, gáy và hông với bệnh nhân nặng. Ở những bệnh nhân nặng có thể rối loạn điều hòa việc thở, nuốt gây ra những chứng nuốt hơi, ợ hơi và những tiếng càu nhàu.

+ Các vận động không tự chủ có thể gồm:

- Các động tác múa giật: động tác nhanh, giật cục, không lặp lại.
- Các động tác múa vờn: động tác chậm, uốn éo, liên tục.
- Các động tác có nhịp điệu định hình.

+ Các triệu chứng trên xuất hiện khi đang dùng ATK hoặc khoảng 4 tuần sau khi ngừng thuốc (8 tuần sau khi dùng thuốc ATK chậm).

+ Đã dùng ATK ít nhất 3 tháng (1 tháng nếu là người già trên 60 tuổi).

+ Các triệu chứng không phải là do một bệnh thần kinh, nội khoa nào gây ra (huntington, sydeam, cholea), loạn động tự phát, cường giáp trạng, bệnh Wilson hoặc dùng các thuốc có thể gây loạn động cấp có thể hồi phục (L-Dopa, Bromocriptine).

+ Các triệu chứng không xếp vào loại các rối loạn vận động cấp do dùng thuốc ATK (loạn trương lực cơ cấp, Akathisia cấp do ATK,...)

II. CHỈ ĐỊNH

Xử trí bệnh nhân bị loạn động muộn do sử dụng thuốc an thần kinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

+ Phương tiện, dụng cụ

- Găng tay vô trùng

- Dụng cụ tiêm truyền.

+ Thuốc

- Thuốc an thần kinh Clozapin
- Thuốc Baclofen
- Thuốc nhóm Benzodiazepam: Diazepam, Clonazepam
- Thuốc khác: Melatonin, Vitamine E, B6

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.
- Đặt người bệnh ở tư thế an toàn, thuận tiện.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiền sử liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thời gian tiến hành 5-10 phút

1. Kiểm tra hồ sơ

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra các triệu chứng loạn động muộn
- Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Giảm liều hoặc chuyển thuốc chống loạn thần khác (Clozapin).
- Kết hợp:
 - + Thuốc chống co thắt, doãi cơ Baclofene 10mg x 10 - 30 mg/ngày
 - + Thuốc nhóm Benzodiazepin: Diazepam 10 mg, Clonazepam 1- 4mg (Rivotril).
 - + Thuốc Melatonin 10mg/ngày.
 - + Thuốc Vitamin E 400mg/ngày.
 - + Thuốc Vitamin B6 liều cao (> 400mg/ngày).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc Benzodiazepin: loạn choạng, gây ngã.
- Theo dõi diễn biến của loạn động muộn.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chưa ghi nhận các tai biến. Tuy nhiên, cần thận trọng sử dụng cho người lớn tuổi, tiền sử bệnh lý tim mạch, suy giảm chức năng gan thận

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kim Việt (2003), Các rối loạn vận động do thuốc. Tài liệu giảng dạy sau đại học, bộ môn Tâm thần học, Đại học Y Hà Nội. Tr 154 - 157.
2. World Health Organization (1992), Schizophrenia. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva
3. Lucia Ricciardi, Tamara Pringsheim, Thomas R.E. Barnes (2019), Treatment Recommendations for Tardive Dyskinesia , Can J Psychiatry.
4. Joseph f Goldberg (2021), Tardive Dyskinesia: Assessing and Treating a Debilitating Side Effect of Prolonged Antipsychotic Exposure, <https://psychnews.psychiatryonline.org/>.

69. CẤP CỨU TỰ SÁT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tự sát được hiểu là hành vi tự giết bản thân

Theo tổ chức y tế thế giới WHO, tự sát được chia thành:

- Ý tưởng tự sát (suicidal ideation): Thể hiện đơn thuần trong ý nghĩ muốn chết nhưng chưa hành động.
- Toan tự sát (attempted suicide): Bao gồm các hành vi khác nhau cố gắng để tự tử nhưng không thành công.
- Tự sát hoàn thành (completed suicide): hành vi trực tiếp hay gián tiếp của bệnh nhân dẫn đến tử vong.

Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ :

- a, Rối loạn trầm cảm
- b, Tâm thần phân liệt và rối loạn loạn thần cấp
- c, Rối loạn hoang tưởng dai dẳng
- d, Rối loạn tâm thần thực tồn
- e, Lệ thuộc rượu và sử dụng chất kích thích
- f, Rối loạn nhân cách
- g, Rối loạn hành vi ăn uống
- h, Tự sát và các nguyên nhân xã hội:

II. CHỈ ĐỊNH: Tất cả các trường hợp có ý tưởng tự sát và hành vi tự sát

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật:

Người thực hiện quy trình kỹ thuật: nhân viên y tế gồm bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý kết hợp người nhà người bệnh.

2. Phương tiện:

Các thuốc sử dụng, dụng cụ cố định bệnh nhân, dụng cụ giảm thiểu tổn thương cho bệnh nhân...

3. **Người bệnh:** Cố gắng đưa bệnh nhân đến điểm an toàn.

4. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án chuyên khoa Tâm thần ghi chép đầy đủ về các triệu chứng lâm sàng và các thuốc đang điều trị.

V. Các bước tiến hành

1. **Kiểm tra hồ sơ:** Kiểm tra hồ sơ và các thuốc đang sử dụng

2. Kiểm tra người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ khám và đánh giá lâm sàng
- Điều dưỡng đo huyết áp và báo cáo tình hình cho bác sĩ

- Người bệnh và người nhà được bác sĩ giải thích về tình trạng có ý tưởng tự sát hoặc hành vi tự sát

3. Thực hiện kỹ thuật

- Bao gồm khám và đánh giá tâm thần, cơ thể, và đánh giá các yếu tố môi trường gia đình và xã hội

Khám cơ thể :

Phát hiện các tổn thương cơ thể do hành vi tự sát gây ra, đánh giá mức độ trầm trọng, chuyển hồi sức cấp cứu nếu cần thiết.

Đánh giá tổng trạng, tình trạng dinh dưỡng, vệ sinh cơ thể, những dấu vết cơ thể do bị ngược đãi cũng như lạm dụng tình dục, tìm những dấu hiệu lạm dụng rượu và ma túy. Nếu cần thiết xác định nồng độ rượu trong máu và xét nghiệm tìm độc chất.

Khám tâm thần :

Tìm hiểu tiền căn bệnh lý tâm thần cá nhân và gia đình

Phát hiện các rối loạn tâm thần hiện tại và đánh giá mức độ liên quan với mưu toan hoặc hành vi tự sát hiện tại.

Tìm hiểu những phương tiện đã được sử dụng cho hành vi tự sát.

Phát hiện những yếu tố thúc đẩy trực tiếp cũng như các nét đặc trưng của nhân cách

Đánh giá các yếu tố môi trường và xã hội :

Tìm hiểu các tình huống bị ngược đãi.

Tìm hiểu kết quả học tập, hoặc thành quả lao động.

Đánh giá mối quan hệ đối với các thành viên trong gia đình, trường học hoặc nơi làm việc.

- Chỉ định nhập viện điều trị nội trú những trường hợp có nguy cơ tự sát cao, đặc biệt khi sự theo dõi và hỗ trợ của gia đình bị hạn chế

Vai trò của bác sĩ

Sử dụng hoá dược

Thuốc chống trầm cảm: Được chỉ định cho những người bệnh bị trầm cảm. Cần lưu ý tác dụng phụ có thể gây bồn chồn, kích thích, mất ngủ liên quan đến tăng hành vi tự sát đặc biệt ở thanh thiếu niên.

Thuốc chỉnh khí sắc: có tác dụng giảm hành vi tự sát ở những bệnh nhân có rối loạn cảm xúc lưỡng cực và cả ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn. Trong trầm cảm lưỡng cực.

Thuốc chống loạn thần: chỉ định tự sát ở bệnh nhân loạn thần, thường sử dụng thuốc chống loạn thần an dịu, trong trường hợp kích động kèm theo có thể điều trị phối hợp cùng Benzodiazepin.

• *Liệu pháp tâm lý*

Điều trị phối hợp với liệu pháp hoá dược. Lựa chọn các liệu pháp tâm lý phụ thuộc vào chẩn đoán , đánh giá người bệnh có tự sát

Liệu pháp nhận thức hành vi và liệu pháp hành vi biện chứng là hai phương pháp có bằng chứng mạnh mẽ nhất trong ngăn ngừa hành vi tự sát.

Vai trò của điều dưỡng:

Lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện kế hoạch

Giáo dục, tư vấn cho gia đình về nguy cơ tự sát, các dấu hiệu nhận biết

Loại bỏ sự sẵn có của các vật dụng có thể gây nguy hiểm cho người bệnh như vật sắc nhọn...

Quản lý việc sử dụng thuốc của người bệnh, đảm bảo uống thuốc tận miệng hoặc tận dạ dày, tránh người bệnh có thể tích thuốc

Nếu người bệnh có nguy cơ tự sát cao cần sự theo dõi sát 24/24h thậm chí cả khi vệ sinh và ngủ. Không ra khỏi khuôn viên bệnh viện.

Nếu người bệnh nguy cơ tự sát thấp, có thể tham gia một số hoạt động khác nhưng vẫn cần sự theo dõi sát.

Xếp phòng người bệnh nên gần phòng nhân viên để dễ quan sát, không nên xếp cuối đường, gần cầu thang máy...

Cửa sổ và hành lang nên có thanh chắn để đảm bảo người bệnh không nhảy từ trên cao xuống.

Cảnh giác với các hành vi của người bệnh như giảm giao tiếp, nói về cái chết, mất phương hướng...

VI. THEO DÕI

Thường xuyên đánh giá tình trạng bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị, chỉ bỏ theo dõi tự sát khi người bệnh hoàn toàn không còn suy nghĩ, ý định tự sát, nhận thức được sai lầm trong suy nghĩ và hành vi của mình, cam kết không thực hiện những hành động gây hại cho bản thân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Vì một số lý do, khi bệnh nhân có cơ hội thực hiện hành vi tự sát tại bệnh viện, cần nhanh chóng đánh giá phát hiện các tổn thương cơ thể do hành vi tự sát gây ra, đánh giá mức độ trầm trọng và chuyển hồi sức cấp cứu nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shain B. N. (2018). Youth Suicide: The First Suicide Attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 730–732.
2. Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(1), 1–21.
3. McClellan, C., Ali, M. M., & Mutter, R. (2021). Impact of Mental Health Treatment on Suicide Attempts. *The journal of behavioral health services & research*, 48(1), 4–14. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09714-4>

70. XỬ TRÍ HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Theo Hiệp Hội Thần Kinh Tự Chủ Hoa Kỳ (American Autonomic Society) và Viện Thần Kinh Hoa Kỳ (American Academy of Neurology), hạ huyết áp tư thế là tình trạng lâm sàng với huyết áp tâm thu giảm ít nhất 20 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương giảm ít nhất 10 mmHg khi đứng trong vòng 3 phút.

Tình trạng này có thể có hoặc không triệu chứng đi kèm. Các triệu chứng như hoa mắt, nhìn mờ, chóng mặt, lú lẫn... xảy ra vài giây đến vài phút khi đứng và biến mất khi nằm. Một số bệnh nhân có thể té ngã, ngất hoặc động kinh toàn thể.

2. Nguyên nhân cấp và mạn tính gây hạ huyết áp tư thế

Hạ huyết áp tư thế đứng cấp	Hạ huyết áp tư thế đứng mạn
Do thuốc Thuốc chống trầm cảm ba vòng Thuốc chẹn α 1-giao cảm Thuốc chữa Parkinson Thuốc hạ huyết áp <i>Do giảm thể tích nội mạch</i> Mất nước, nôn, ỉa chảy Mất máu Do nguyên nhân tim mạch Nhồi máu cơ tim, suy tim ứ huyết Do nguyên nhân nội tiết Suy thượng thận, giảm tiết aldosterone	Rối loạn liên quan đến tuổi cao Giảm độ nhạy của các phản xạ áp lực và chức năng phó giao cảm Rối loạn khả năng co mạch qua α 1-giao cảm Giảm khả năng giãn của tim và tĩnh mạch Giảm nhận thức khát và giảm khả năng giữ muối và nước Bệnh lý thần kinh tự động tiên phát Rối loạn thần kinh tự động đơn thuần Teo đa hệ thống của hệ thần kinh trung ương Bệnh Parkinson, Sa sút trí tuệ thể Lewy Bệnh lý thần kinh tự động thứ phát Đái tháo đường (típ 1 và típ 2) Rối loạn cận u (amyloidosis, ung thư phổi tế bào nhỏ) Bệnh lý tự miễn hạch thần kinh tự động

II. CHỈ ĐỊNH

Thực hiện khi có người bệnh có biểu hiện hạ huyết áp tư thế: huyết áp tâm thu giảm ít nhất 20 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương giảm ít nhất 10 mmHg khi đứng trong vòng 3 phút

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Quy trình chỉ xử trí khi người bệnh có tình trạng lâm sàng hạ huyết áp tư thế khi đứng.

IV. Chuẩn bị

1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật:

Người thực hiện quy trình kỹ thuật: bác sĩ, điều dưỡng

2. Phương tiện:

Các thuốc sử dụng; máy đo huyết áp, SpO₂; ...

3. Người bệnh:

- Bệnh nhân nằm tư thế đầu thấp
- Nới lỏng quần áo, nằm nơi thoáng

4. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án chuyên khoa Tâm thần ghi chép đầy đủ về các triệu chứng lâm sàng và các thuốc đang điều trị liên quan đến hạ huyết áp tư thế.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ và các thuốc đang sử dụng

2. Kiểm tra người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ khám và đánh giá lâm sàng
- Điều dưỡng đo huyết áp và báo cáo tình hình cho bác sĩ
- Người bệnh và người nhà được bác sĩ giải thích về tình trạng hạ huyết áp tư thế: biểu hiện và nguyên nhân có thể gặp.

3. Thực hiện kỹ thuật

- *Bước 1:* Phát hiện các triệu chứng hạ huyết áp tư thế: chóng mặt, hoa mắt, nhìn mờ ... khi thay đổi tư thế
- *Bước 2:* Xác nhận lại tư thế đứng làm hạ huyết áp > 20/10 mmHg
- *Bước 3:* Điều chỉnh hoặc dừng lại các thuốc có thể gây ra hoặc làm xấu hơn tình trạng hạ huyết áp tư thế (ví dụ β blockers, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, thuốc lợi tiểu, α blockers, thuốc chẹn kênh Calci, thuốc ức chế
- *Bước 4:* Xét nghiệm và các đánh giá khác để tìm nguyên nhân có can thiệp được (ví dụ công thức máu toàn phần, chỉ số BUN/ CR, B12, điện tâm đồ để tầm soát bệnh thiếu máu, mất nước và nguyên nhân tim mạch)
- *Bước 5:* Sử dụng hoá dược

Bồi phụ thể tích Fludrocortisone

Các tác nhân khác Pyridostigmine

Các tác nhân tăng áp tác động ngắn Droxidopa Midodrine

-*Bước 6:* Quản lý không dùng thuốc (ví dụ bổ sung dịch, muối, chất tập thể dục)

VI. THEO DÕI

Sau khi xử trí hạ huyết áp tư thế, cần theo dõi tiếp sau 30 phút và hướng dẫn người nhà và bệnh nhân theo dõi các biểu hiện của hạ huyết áp tư thế có thể xảy ra.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Hội chẩn thêm bác sĩ thần kinh hoặc chuyên gia về rối loạn vận động cho các trường hợp nguy cơ như bệnh nhân có triệu chứng dạng hạ huyết áp tư thế nhưng có kết quả

kiểm tra HA tư thế đứng âm tính hoặc các biểu hiện đặc biệt nghiêm trọng; bác sĩ tim mạch cho những bất thường về tim

VIII. CÁC GHI CHÚ KHÁC

Bảng 1: Một số loại thuốc có thể làm giảm huyết áp hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng hạ huyết áp tư thế

<i>Nhóm thuốc</i>	<i>Ví dụ</i>
Ma túy	Morphine
Thuốc chống trầm cảm ba vòng	Imipramine (Tofranil)
Thuốc chống trầm cảm không vòng tuần hoàn	Trazodone (Desyrel), paroxetine (Paxil), venlafaxine (Effexor)
Chất ức chế monoamine oxidase	Phenelzine (Nardil)
Thuốc an thần kinh	Chlorpromazine (Thorazine), quetiapine (Seroquel)
Thuốc hạ huyết áp	Clonidine (Catapres), labetalol (Normodyne, Trandate), verapamil (Calan, Isoptin, Verelan), captopril (Capoten), hydralazine (Apresoline)
Nitrat	
Thuốc lợi tiểu	Furosemide (Lasix)
Tác nhân Antiparkinsonian	Levodopa (Sinemet), bromocriptine (Parlodel), ropinirole (Requip), pramipexole (Mirapex)
Thuốc điều trị phì đại tiền liệt tuyến	Prazosin (Minipress), terazosin (Hytrin)
Thuốc điều trị rối loạn cương dương	Sildenafil (Viagra)
Thuốc gây ra bệnh thần kinh tự chủ	Amiodarone (Cordarone, Pacerone), vincristine (Oncovin, Vincasar), cisplatin (Platinol)
Insulin (ở bệnh nhân đái tháo đường bị suy tự chủ)	

Bảng 2. Quản lý không dùng thuốc

Biện pháp	Lời bàn
Thực hiện cử động thay đổi tư thế từ từ	Thời gian cho phép sự thích nghi thần kinh tự chủ
Tránh ho và các cử động làm tăng áp lực trong lồng ngực	Các cử động này giảm hồi lưu tĩnh mạch về tim
Tránh nằm lâu	Nằm lâu thúc đẩy HHATT
Tập vận động đẳng trương (isotonic exercise)	Sự căng cơ do vận động đẳng trương giảm hồi lưu tĩnh mạch về tim
Thực hiện các động tác đối vận như chéo chân, khom lưng, ngồi xổm, căng cơ	Các động này giảm ứ trệ tĩnh mạch ngoại biên và tăng hồi lưu tĩnh mạch về tim
Nâng đầu giường 10-20 độ	Vị trí này làm giảm THA khi nằm và đi tiểu
Ngưng hoặc giảm liều các thuốc gây hạ HA	Có thể chấp nhận THA khi nằm để duy trì sự dung nạp khi đứng
Mang vớ và dụng cụ bó bụng (abdominal binder) đàn hồi	Mang các dụng cụ này giảm ứ trệ ngoại biên ở TM chi dưới và tuần hoàn tạng.
Giảm HHATT sau ăn	Các bữa ăn nhỏ, ít carbohydrate, không uống rượu
Tăng lượng dịch nhập và muối	Chế độ ăn đến 10 g muối/ngày và dịch nhập 2-2,5 lít/ngày
Uống nước nhanh	Uống nhanh 0,5 lít nước tăng HA trong vòng 5-15 phút

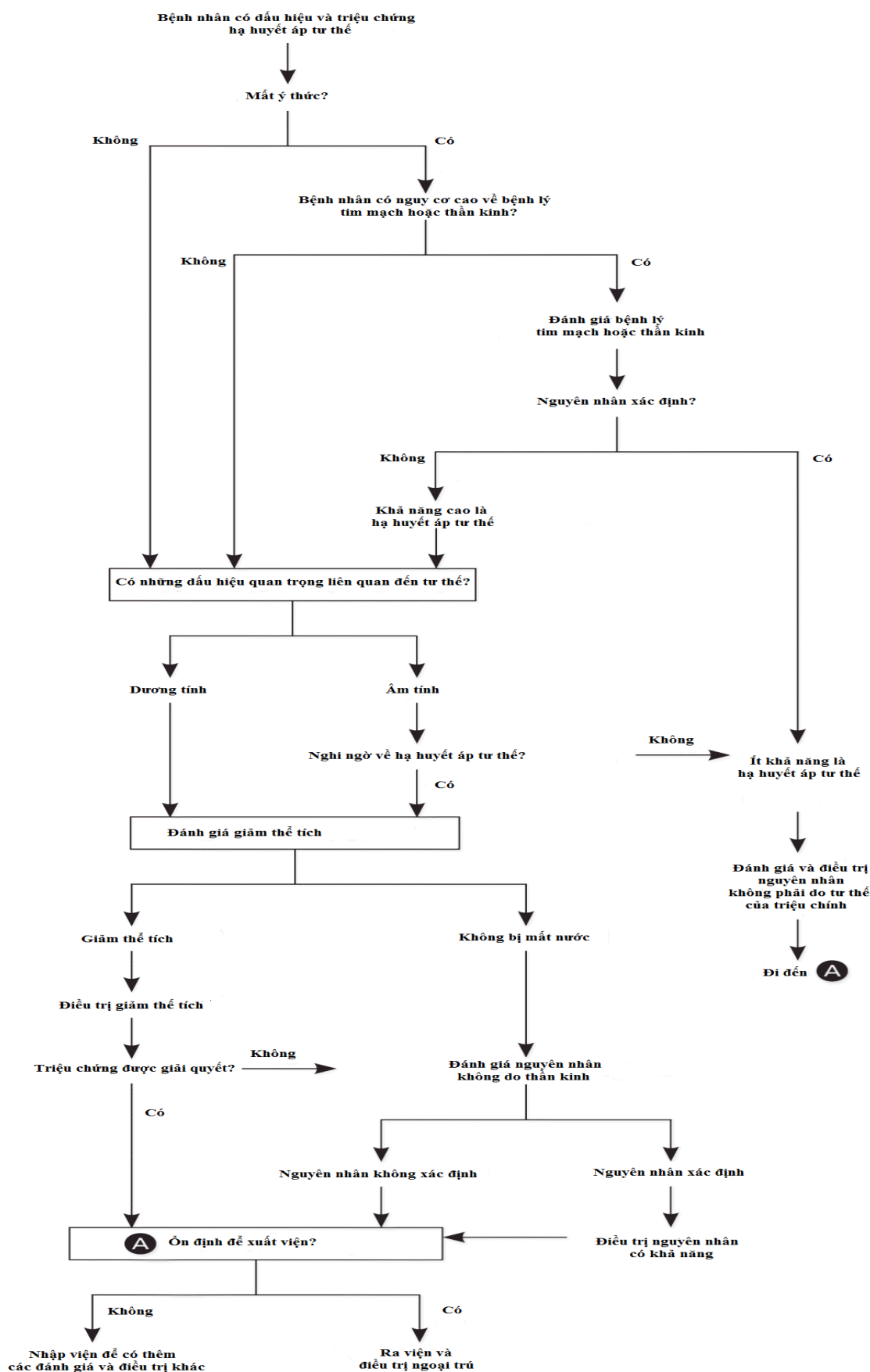
Bảng 3. Liệu pháp hóa dược

Thuốc	Cơ chế tác dụng	Liều	Tác dụng phụ	Lời bàn
9-α-fluorohydrocortisone	Tăng hấp thu Natri ở ống thận xa, có thể tăng nhạy cảm của mạch máu với catecholamine	0,05-0,3 mg/ngày	THA khi nằm, phù mắt cá, giảm Kali, nhức đầu, suy tim (hiếm)	Tác dụng kéo dài, có thể cần bổ sung Kali
Midodrine	Đồng vận α_1 -adrenoreceptor trực tiếp	2,5-10 mg 2-4 lần/ngày	Phản ứng nổi da gà, ngứa, THA khi nằm, nhịp tim chậm, rối loạn tiêu hóa, bí tiểu	Thuốc duy nhất được FDA công nhận, không uống trong khoảng 4 giờ trước khi nằm
Pyridostigmine	Ức chế acetylcholinesterase, tăng dẫn truyền thần kinh ở hạch giao cảm	30-60 mg/ngày	Tăng tiết nước bọt, tăng nhu động, buồn nôn, nôn và co thắt dạ dày	Tác dụng tối đa ở tư thế đứng khi dẫn truyền thần kinh giao cảm lớn nhất
Desmopressin acetate DDAVP	Đồng phân Vasopressin tác dụng thụ thể V2 ở ống góp, tăng thể tích tuần hoàn và giảm tiểu đêm	Xịt mũi 5-40 ug/ngày, uống 100-800 ug/ngày	Ngộ độc nước và hạ Natri máu	Theo dõi cẩn thận tình trạng dịch và điện giải
Erythropoietin	Thuốc tạo máu điều chỉnh thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, tăng khối lượng hồng cầu và thể tích máu trung tâm, có thể tác dụng trực tiếp hoặc gián tiếp lên thành mạch	25-75 U/kg TDD 3 lần/tuần đến khi Hct bình thường, có thể giảm liều duy trì sau đó	THA khi nằm, đa hồng cầu, chưa rõ các nguy cơ dài hạn (bao gồm nguy cơ tim mạch)	Thường cần bổ sung sắt

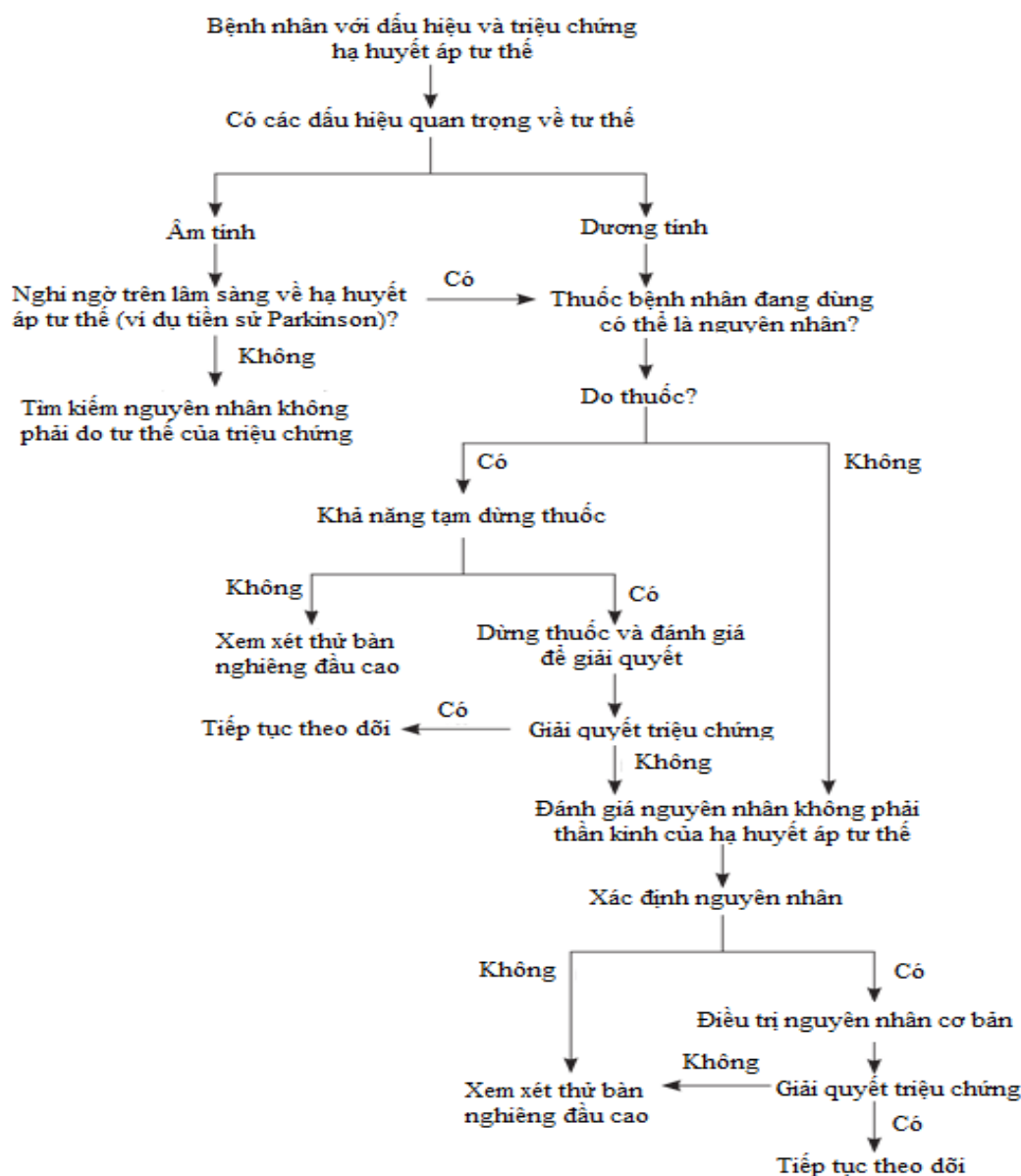
Bảng 4. Khuyến cáo đối với hạ huyết áp tư thế: mô hình A -> F

A: Abdominal binder	Mang dụng cụ bó bụng khi ra khỏi giường, có thể kết hợp với đàn hồi
B: Bolus of water Bed up	Uống 2 ly nước lạnh (500ml) trước khi đứng lâu Ngủ với nâng đầu giường lên 10-20 độ hoặc 10 cm
C: Countermeasures	Co cơ dưới vùng eo khoảng nửa phút để nâng HA khi đứng lâu hoặc có triệu chứng
D: Drugs	Thuốc: midodrine, pyridostigmine, fludrocortisone sử dụng để nâng HA. Nhận ra các thuốc sử dụng gây ra hạ HHATT
E: Education Exercise	Giáo dục BN nhận ra các triệu chứng HHATT, các tình trạng gây ra hạ HA như bữa ăn nhiều, nhiệt độ, gắng sức..., biết những điều cần làm để nâng HA. Tránh không vận động và thực hiện chương trình thể dục nhẹ nhàng.
F: Fluid and Salt	Cần nhiều muối và dịch

Quy trình: Quy trình tiếp cận chẩn đoán hạ huyết áp tư thế ở cơ sở chăm sóc cấp tính



Quy trình: Quy trình tiếp cận chẩn đoán hạ huyết áp tư thế ở sở điều trị ngoại trú:



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. [Http://vientimmach.vn/vi/chi-dao-tuyen-va-bv-ve-tinh/ha-huyet-ap-tu-the-dung.html](http://vientimmach.vn/vi/chi-dao-tuyen-va-bv-ve-tinh/ha-huyet-ap-tu-the-dung.html)
2. Trần Công Duy (2013), Chẩn đoán và điều trị hạ huyết áp tư thế, <https://timmachhoc.vn/>
3. JEFFREY B. LANIER, MD, MATTHEW B. MOTE (2011), Evaluation and Management of Orthostatic Hypotension, Am Fam Physician. 2011; 527-536
4. Jennifer Jones, MD; Louis Kuritzky (2018), Recognition and Management of Orthostatic Hypotension in Primary Care, 525-531
5. Jose-Alberto Palma , Horacio Kaufmann (2020), Management of Orthostatic Hypotension, Continuum (Minneap Minn), 154–177.

71. XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC HƯỚNG THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: thuốc hướng thần là các loại thuốc có tác động đến tâm thần

Thuốc hướng thần được chia làm 8 nhóm thuốc sau:

- Nhóm thuốc an thần kinh
- Nhóm thuốc bình thần
- Nhóm các thuốc chống trầm cảm
- Nhóm các thuốc chỉnh khí sắc
- Nhóm các thuốc kích thần
- Nhóm các thuốc tăng cường chuyển hóa nuôi dưỡng thần kinh
- Nhóm các thuốc gây ngủ, chống co giật
- Nhóm các thuốc gây loạn thần

Ngộ độc thuốc hướng thần là sau khi vào cơ thể, thuốc gây ra những hội chứng lâm sàng và tổn thương cơ quan đe dọa tử vong cho người bệnh.

Những biểu hiện ngộ độc hay gặp là biểu hiện trên hệ thần kinh, hô hấp, tuần hoàn...

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngộ độc thuốc hướng thần

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 Bác sĩ và 01 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- Găng tay vô trùng
- Dụng cụ tiêm truyền: bơm tiêm, cọc truyền, dây truyền dịch
- Băng, băng, cồn
- Dụng cụ cho ăn sonde dạ dày...

2.2. Thuốc

- Dung dịch Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5%, thuốc hạ sốt...

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiền sử liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tùy theo nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng ngộ độc loại thuốc hướng thần mà có các xử trí phù hợp. Thời gian thực hiện thay đổi tùy tình trạng người bệnh:

Các biện pháp xử lý chung:

Bước 1: Ngừng ngay việc sử dụng các thuốc hướng thần gây ngộ độc hoặc nghi gây ngộ độc.

Bước 2: Cấp cứu ban đầu hay ổn định các chức năng sống nhằm bảo đảm tính mạng và ổn định tình trạng bệnh nhân.

- Thực hiện các biện pháp giải độc ngay lập tức như gây nôn với những thuốc hướng thần được sử dụng qua đường uống và bệnh nhân còn tỉnh.
- Nếu bệnh nhân đã có rối loạn ý thức, đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng an toàn, đảm bảo thông thoáng đường thở.
- Nếu bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp, thực hiện các biện pháp hỗ trợ hô hấp, cung cấp oxy
- Bệnh nhân ngừng tuần hoàn, thực hiện cấp cứu ngừng tuần hoàn theo phác đồ cấp cứu ngừng tuần hoàn của Bộ Y tế.
- Giải quyết các triệu chứng khác của người bệnh: hạ sốt, bồi phụ nước, điện giải, đảm bảo dinh dưỡng...

Bước 3: Liên hệ chuyển chuyên khoa hồi sức cấp cứu – chống độc và các chuyên khoa có liên quan trong bệnh viện hoặc chuyển đến bệnh viện có chuyên khoa Hồi sức cấp cứu – chống độc gần nhất. Hoặc hội chẩn chuyên khoa hồi sức cấp cứu – chống độc và các chuyên khoa liên quan trong trường hợp chưa chuyển bệnh nhân, xử trí theo ý kiến của chuyên khoa .

VI. THEO DÕI

Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và tiến triển của người bệnh trong suốt quá trình.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Theo dõi và xử trí tình trạng quá liều các thuốc xử trí.

Tình trạng diễn biến nặng, tai biến nặng chuyển chuyên khoa cấp cứu – chống độc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Viết Thiêm, 2003, "dược lý tâm thần", các rối loạn liên quan stress và điều trị trong tâm thần, trường Đại học Y hà nội, trang 70-99.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc, Ban hành kèm theo Quyết định số 3610/QĐ-BYT ngày 31/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế

72. XỬ TRÍ DỊ ỨNG THUỐC HƯỚNG THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa: Dị ứng thuốc là phản ứng quá mức, bất thường, có hại cho cơ thể người bệnh khi dùng hoặc tiếp xúc với thuốc, do đó có giai đoạn mẫn cảm. Dị ứng thuốc không phụ thuộc vào liều thuốc, có tính mẫn cảm chéo, với 1 số triệu chứng và hội chứng lâm sàng nhất định, thường có biểu hiện ngoài da và rất ngứa. Nếu dùng lại thuốc đó hoặc họ hàng với nó thì phản ứng dị ứng sẽ xảy ra nặng hơn và có thể tử vong.

2. Phân loại: Thuốc hướng thần là các loại thuốc có tác động đến tâm thần.

Phân loại thuốc hướng thần: được chia làm 8 nhóm thuốc sau:

- Nhóm thuốc an thần kinh
- Nhóm thuốc bình thần
- Nhóm các thuốc chống trầm cảm
- Nhóm các thuốc chỉnh khí sắc
- Nhóm các thuốc kích thần
- Nhóm các thuốc tăng cường chuyển hóa nuôi dưỡng thần kinh
- Nhóm các thuốc gây ngủ, chống co giật
- Nhóm các thuốc gây loạn thần.

3. Một số biểu hiện dị ứng: mày đay, phù Quinck, chứng mất bạch cầu hạt, viêm da dị ứng tiếp xúc, đỏ da toàn thân, sốc phản vệ, hội chứng Steven Johnson, hội chứng Lyell....

II. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp người bệnh có biểu hiện dị ứng với thuốc hướng thần

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 Bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- 01 đôi găng tay vô trùng
- Dụng cụ tiêm truyền: bơm tiêm, cốc truyền, dây truyền dịch
- Băng, băng, cồn, hộp chống sốc
- 01 bộ sonde dạ dày.
- 01 bóng ambu, 01 bình oxy, 01 dây thở oxy kính mũi
- 01 bộ dụng cụ đặt nội khí quản.

2.2. Thuốc

- Adrenalin dung dịch 1/1000, ống 1ml/1mg, dung dịch Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5%, thuốc hạ sốt

- Thuốc chống dị ứng

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiền sử dùng thuốc hướng thần liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: Tùy theo nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng dị ứng mà có các xử trí phù hợp.

5.1. Cách xử trí sốc phản vệ: Theo hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ (*ban hành kèm theo thông tư số 51/2017/tt-byt ngày 29 tháng 12 năm 2017 của bộ trưởng bộ y tế* (có phụ lục kèm theo).

5.2. Cách xử trí hội chứng Steven Johnson

Thường gặp do nhóm thuốc chống co giật như phenyltoin, bacbiturat, carbamazepin (có trường hợp khởi phát sau vài ngày, trường hợp dị ứng muộn sau vài tuần).

Dùng các thuốc nghi ngờ gây dị ứng.

Đảm bảo các chỉ số sinh tồn.

Hội chẩn ngay chuyên khoa Dị ứng và điều trị theo ý kiến chuyên khoa.

5.3. Cách xử trí hội chứng Lyell

Hội chứng Lyell là tập hợp các triệu chứng da và nội tạng rất nặng. Nguyên nhân do thuốc chiếm phần lớn trong đó có thuốc hướng thần (hydantoin, haloperidol..).

Dùng các thuốc nghi ngờ gây dị ứng.

Đảm bảo các chức năng sinh tồn.

Hội chẩn ngay chuyên khoa Dị ứng và điều trị theo ý kiến chuyên khoa.

5.4. Cách xử trí một số phản ứng da do thuốc hướng thần : mày đay, phù Quinck, chứng mất bạch cầu hạt, đỏ da toàn thân, hồng ban nút, hồng ban nhiễm sắc cố định, hồng ban đa dạng

Dùng các thuốc nghi ngờ gây dị ứng.

Đảm bảo các chức năng sinh tồn.

Thuốc cụ thể:

- Glucocorticoid, liều dùng phụ thuộc vào các thể lâm sàng
thể nhẹ: prednisolon 5mg x 6-8 viên/ngày hoặc medrol 16mg x 2 viên/ngày trong 3-5 ngày
Thể nặng: solumedrol 40mg x 2-4 lọ /ngày trong 3-5 ngày. Sau đó dùng prednisolon 5mg x 6-8viên/ngày hoặc medrol 16mg x 2 viên/ngày trong 3-5 ngày

- Kháng histamin H1, liều dùng phụ thuộc vào các thể lâm sàng

Thể nhẹ: chlorpheniramin 4mg x 2 viên/ngày hoặc telfast 180mg x 1viên/ngày trong 3-5 ngày

Thể nặng: dimedrol 10mg tiêm bắp 2-4 ống/ngày trong 3-5 ngày, sau đó dùng uống chlorpheniramin 4mg x 2 viên/ngày hoặc telfast 180mg (hoặc Alerius, Xyzal 5mg, clarityne 10mg) 1viên/ngày trong 3-5 ngày.

Hội chẩn chuyên khoa Dị ứng khi tình trạng lâm sàng không cải thiện.

VI. THEO DÕI

Theo dõi sát tình trạng huyết động, dấu hiệu sinh tồn và các đáp ứng với điều trị của người bệnh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Theo dõi và xử trí tình trạng quá liều các thuốc xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Viết Thiêm (2003), "dược lý tâm thần", các rối loạn liên quan stress và điều trị trong tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, trang 70-99.
2. Nguyễn Kim Việt (2003), "Các tác dụng phụ thuốc hướng thần", các rối loạn liên quan stress và điều trị trong tâm thần, trường Đại học Y Hà Nội, trang 148-153.
3. Stahl, S.M, 2013 "Mood stabilizers", Stahl's Essential Psychopharmacology, fourth edition, Cambridge University Press, page 370-389.
4. Gruchalla. R.S (2003),"Drug allergy, Clinimmunol Alergy Journal, Vol 111, No2, page 548-559.
5. Hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ (*ban hành kèm theo thông tư số 51/2017/tt-byt ngày 29 tháng 12 năm 2017 của bộ trưởng bộ y tế*).

73. XỬ TRÍ TRẠNG THÁI SĂNG RƯỢU

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Săng rượu (trạng thái cai rượu có mê sảng) là một trạng thái loạn thần cấp tính và trầm trọng, thường xuất hiện ở những người nghiện rượu mạn tính, khi cơ thể bị suy yếu hay vì một bệnh lý nào đó(nhiễm khuẩn, chấn thương...). Săng rượu cũng có thể xuất hiện sau khi cai rượu tương đối, tuyệt đối hoặc sau khi sử dụng rượu số lượng. Săng rượu có thể diễn ra đột ngột, nhưng thường diễn ra sau 02 đến 04 ngày dừng sử dụng rượu.

2. Lâm sàng

2.1. Giai đoạn khởi phát:

Săng rượu có thể khởi phát cấp tính hay từ từ. Trong giai đoạn này chủ yếu mệt mỏi, chán ăn, rối loạn giấc ngủ, rối loạn thần kinh thực vật.

Thay đổi cảm xúc: hoảng hốt, lo âu. Bệnh tiến triển nặng dần, nhất là về chiều tối, có thể có ảo tưởng thị giác, hồi ức...

2.2. Giai đoạn toàn phát:

Ý thức mê sảng hoặc lú lẫn; Các ảo tưởng và ảo giác sinh động, triệu chứng run nặng. Thường có hoang tưởng, kích động, mất ngủ...

Rối loạn năng lực định hướng thời gian và không gian, định hướng xung quanh có thể lệch lạc. Mức độ mờ ý thức thường nặng lên về chiều tối.

Các ảo giác như: ảo thị, ảo thanh, ảo giác xúc giác...

Hoang tưởng cũng rất thường gặp và thường là các hoang tưởng cảm thụ.

Có thể có kích động, rối loạn giấc ngủ...

Các rối loạn toàn thân rõ rệt: run chân tay; run lưỡi; vã mồ hôi, sốt nhẹ...

Các triệu chứng kéo dài thường không quá 1 tuần.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trạng thái sảng rượu theo ICD 10

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 Bác sĩ và 02 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- Găng tay vô trùng
- Dụng cụ tiêm truyền: bơm tiêm, cốc truyền, dây truyền dịch
- Băng, băng, cồn
- Bình oxy, dây thở oxy

- Dây băng vải cố định bệnh nhân

2.2. Thuốc

- Dung dịch Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5%, Vitamin B1, B6, B12
- Thuốc nhóm Benzodiazepam
- Thuốc an thần kinh, dinh dưỡng thần kinh, bảo vệ gan, vitamin nhóm B

3. Người bệnh

Thông báo, giải thích cho người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiểu sử sử dụng chất
- Tiền sử các rối loạn tâm thần và bệnh lý cơ thể

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: đối chiếu thông tin người bệnh và quá trình điều trị

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá toàn trạng, ý thức, rối loạn tâm thần và bệnh lý cơ thể

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đảm bảo thông thoáng đường thở, đề phòng trụy tim mạch.
- Ngừng sử dụng rượu hoàn toàn.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh rối loạn cân bằng nước - điện giải cho bệnh nhân đầy đủ, kịp thời: Ringer lactat, NaCl 0,9%, Glucose 5% truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng Oresol .
- Sử dụng Diazepam 10 - 30 mg/ngày uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch
- Các thuốc chống loạn thần: Lựa chọn 1 trong các thuốc sau:
 - + Thuốc an thần kinh điển hình: viên 1,5mg, viên 2mg, viên 5mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24h.
 - + Thuốc an thần kinh không điển hình: Clozapin 50-800mg/24h, Risperidon 1-12mg/24h, Olanzapin 5-60mg/24h, Quetiapin 600-800mg/24h, Paliperidon 3-12mg/24h , Aripiprazol 10-30mg/24h, Ziprasidon 120-200 mg/24h.
- Bổ sung Vitamin nhóm B (B1, B6, B12) liều cao: đặc biệt vitamin B1 liều cao x 1g/ngày nên dùng đường tiêm.
- Thuốc bảo vệ tế bào gan: Aminoleban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác
- Tăng cường dinh dưỡng thần kinh.
- Điều trị các bệnh cơ thể và các rối loạn tâm thần kết hợp (nếu có).

- Nếu bệnh nhân kích động mạnh cần phải quản lý, cố định bệnh nhân tại giường, buồng riêng.
- Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân: ăn lỏng, dễ tiêu. Nếu cần thiết có thể nuôi dưỡng qua sonde dạ dày, đường tĩnh mạch.
- Đề phòng loét, nhiễm trùng.
- Trường hợp nặng cần phải tiến hành các biện pháp hồi sức tích cực hoặc chuyển chuyên khoa hồi sức tích cực
- Sau khi ổn định cần điều trị chống tái nghiện bằng thuốc, kết hợp với liệu pháp tâm lý, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu,

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các chỉ số sinh tồn, ý thức, triệu chứng thần kinh thực vật
- Theo dõi xét nghiệm chức năng gan thận, creatinin kinase, điện giải.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Các tai biến trong quá trình điều trị: suy hô hấp, ngừng tuần hoàn... (xử trí theo phác đồ cấp cứu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế thế giới, 1992, ICD-10
2. Bộ Y tế, 2020, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp

ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT

- 74. Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng các thuốc hướng thần
- 75. Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone
- 76. Điều trị chống tái nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng naltrexon
- 77. Điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện bằng Clonidine
- 78. Điều trị nghiện chất dạng Amphetamine
- 79. Điều trị nghiện rượu

74. ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chất dạng thuốc phiện là tên gọi chung cho nhiều chất như: những chất tự nhiên (nhựa thuốc phiện), chất bán tổng hợp, chất tổng hợp (morphin, heroin, methadone...).

Nghiện chất dạng thuốc phiện bao gồm sự lệ thuộc cả về cơ thể và tâm thần. Sự lệ thuộc tâm thần là cơ sở sinh học gây ra tái nghiện.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với các thành phần của thuốc.
- Chống chỉ định với Diazepam nếu: suy hô hấp mất bù, nhược cơ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật: 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng

2. Phương tiện:

Thuốc, Dụng cụ, vật tư tiêu hao: bơm tiêm, bông cotton, găng tay, ...

3. Người bệnh: Giải thích và tư vấn về quá trình điều trị, hỗ trợ tâm lý cho người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án:

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến nghiện các chất dạng thuốc phiện
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: đối chiếu thông tin người bệnh và quá trình điều trị

2. Kiểm tra người bệnh:

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Đánh giá những dấu hiệu liên quan đến sử dụng ma túy

3. Thực hiện kỹ thuật:

Sử dụng các thuốc hướng thần theo phác đồ:

Thuốc giải lo âu:

- Dẫn xuất benzodiazepin như diazepam dạng viên 5 mg (sử dụng đường uống).
- Cần sử dụng trước tiên và liên tục nhất là trong 1-2 ngày đầu.
- Không sử dụng diazepam nếu: dị ứng với diazepam, suy hô hấp mất bù, nhược cơ.
- Hai ngày đầu: uống 4 viên mỗi lần - cách 4 giờ lại cho uống 1 lần cho đến khi hết bồn chồn và ngủ yên. Sau khi tỉnh giấc nếu vẫn còn lo âu thì tiếp tục cho thuốc.
- Ngày thứ 3 và thứ 4 bắt đầu giảm liều: 2 viên một lần, cách 6-8 giờ
- Ngày thứ 5 cắt hẳn thuốc để tránh khả năng gây nghiện diazepam.

(Trong một số trường hợp cần thiết có thể sử dụng diazepam kéo dài hơn)

Thuốc an thần kinh: levomepromazin

- Nếu có triệu chứng nặng (vật vã, kích động...) hay phức tạp (cảm giác dòi bò trong xương...) thì mới sử dụng levomepromazin.
- Cách cho thuốc: levomepromazin viên nén 25mg.
- Lần đầu cho uống 2 viên.
- Lần 2: sau một giờ nếu chưa an dịu và huyết áp tối đa bằng hay cao hơn 100mmHg thì cho uống thêm 4 viên.
- Lần 3: sau một giờ nếu vẫn chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 4 viên.
- Lần 4 và những lần sau: đợi sau 2 giờ nếu chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 2 viên
- Khi bệnh nhân ngủ dậy không có hội chứng cai thì không cần cho thêm levomepromazin. Chăm sóc và theo dõi huyết áp thường xuyên.
- Trường hợp bệnh nhân có các rối loạn cảm xúc, hành vi kèm theo có thể sử dụng phối hợp các thuốc an thần kinh khác.

VI. THEO DÕI:

Đánh giá tình trạng ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

Tai biến:

Một số triệu chứng người bệnh có thể gặp phải khi dùng thuốc Diazepam quá liều: giảm phản xạ, ngủ gà, lú lẫn, hôn mê.

Xử trí:

- Rửa dạ dày
- Theo dõi nhịp tim, hô hấp, mạch và huyết áp
- Truyền dịch tĩnh mạch hoặc thông khí đường hô hấp
- Dùng Noradrenalin hay Metaraminol để chống trường hợp hạ huyết áp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế thế giới, 1992, ICD-10
2. Tổ chức Y tế thế giới, 2017, Điều trị Rối loạn sử dụng ma túy
3. Bộ Y tế, 2020, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp

75. ĐIỀU TRỊ THAY THỂ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIÊN BẰNG THUỐC METHADONE

I. ĐỊNH NGHĨA

Methadone là một chất dạng thuốc phiện (CDTP) tổng hợp, có tác dụng dược lý tương tự như các CDTP khác (đồng vận) nhưng không gây nhiễm độc hệ thần kinh trung ương và không gây khoái cảm ở liều điều trị, có thời gian bán hủy dài (trung bình là 24 giờ) nên chỉ cần sử dụng 1 lần trong 1 ngày là đủ để không xuất hiện hội chứng cai. Methadone có độ dung nạp ổn định nên ít phải tăng liều khi điều trị lâu dài.

Điều trị thay thể nghiện các CDTP bằng thuốc methadone là một điều trị lâu dài, có kiểm soát, giá thành rẻ, được sử dụng theo đường uống, dưới dạng siro nên giúp dự phòng các bệnh lây truyền qua đường máu như HIV, viêm gan B, C đồng thời giúp người bệnh phục hồi chức năng tâm lý, xã hội, lao động và tái hòa nhập cộng đồng.

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị thay thể nghiện CDTP bất hợp pháp (thuốc phiện, heroin...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với methadone và các tá dược của thuốc.
- Các bệnh gan nặng, bệnh gan mất bù.
- Suy hô hấp nặng, hen cấp tính, chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ, viêm loét đại tràng, co thắt đường tiết niệu và đường mật.
- Các rối loạn tâm thần nặng mà chưa được điều trị ổn định: tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm có ý tưởng và hành vi tự sát.
- Đang điều trị bằng thuốc đồng vận, đối vận, hoặc vừa đồng vận vừa đối vận với CDTP (LAAM, naltrexone, buprenorphine).

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng
- 2. Phương tiện:** Methadone, cốc đong định lượng
- 3. Người bệnh:** Giải thích, tư vấn về quá trình điều trị, hỗ trợ tâm lý người bệnh
- 4. Hồ sơ bệnh án:**
 - Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
 - Tiền sử và bệnh sử liên quan đến nghiện các CDTP
 - Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Kiểm tra hồ sơ:** đối chiếu thông tin người bệnh và quá trình điều trị
- 2. Kiểm tra người bệnh**
 - Đánh giá sức khỏe toàn trạng

- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Đánh giá những dấu hiệu liên quan đến sử dụng ma túy

3. Chuẩn bị thuốc: Liều lượng Methadone được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

4. Thực hiện kĩ thuật

4.1. Giai đoạn dò liều: Thường là 2 tuần đầu điều trị

a) Khởi liều: từ 15-30mg tùy thuộc vào kết quả đánh giá độ dung nạp CDTP của người bệnh (liều trung bình là 20mg).

b) Điều chỉnh liều methadone trong giai đoạn dò liều:

- Đánh giá bệnh nhân hàng ngày trước khi cho liều methadone
- Thường không tăng liều methadone trong 3 ngày đầu điều trị. Tuy nhiên có thể tăng thêm liều methadone trong khoảng 3-4 giờ đầu sau khi uống liều methadone đầu tiên khi người bệnh xuất hiện hội chứng cai.
- Nếu người bệnh có dấu hiệu nhiễm độc sau khi sử dụng liều khởi đầu thì phải giảm liều điều trị.
- Sau mỗi 3-5 ngày điều trị, nếu vẫn còn biểu hiện hội chứng cai có thể tăng thêm từ 5-10mg/lần. Tổng liều tăng trong 1 tuần không vượt quá 20mg.

4.2. Giai đoạn điều chỉnh liều: từ tuần thứ 3 của quá trình điều trị và có thể kéo dài từ 1 đến 3 tháng đến khi người bệnh đạt được liều có hiệu quả

- Đánh giá lại người bệnh trước khi quyết định tăng hoặc giảm liều methadone.
- Sau mỗi 3-5 ngày điều trị, liều methadone có thể tăng từ 5-15mg/lần. Tổng liều tăng trong 1 tuần không vượt quá 30mg.

4.3. Giai đoạn điều trị duy trì:

- Liều duy trì khác nhau ở từng người bệnh. Liều thông thường: 60-120mg/ ngày. Thấp nhất là 15mg/ ngày

4.4. Ngừng điều trị: Khi bệnh nhân có nguyện vọng cai methadone.

- Với liều methadone > 40mg/ngày: giảm 10mg/1 lần/1 tuần.
- Với liều methadone < 40mg/ngày: giảm 5mg/ 1 lần/1 tuần. Với liều này có ngừng methadone hoàn toàn mà không cần giảm liều.

4.5. Bỏ điều trị và tái sử dụng:

- Bỏ 1 ngày: không đổi liều
- Bỏ 2 ngày: cho liều như bình thường nếu không có biểu hiện nhiễm độc
- Bỏ 3 ngày: khám bệnh nhân và xét liều như bình thường
- Bỏ 4 ngày: bác sĩ khám và cho 1/2 liều
- Bỏ 5 ngày: bác sĩ khám và uống 1/2 liều tùy bệnh nhân
- Bỏ >5 ngày: điều trị lại như bệnh nhân mới sử dụng methadone

VI. THEO DÕI

- Các hành vi nguy cơ cao tiếp diễn trong quá trình điều trị.

- Tiến triển của các bệnh cơ thể kèm theo.
- Người bệnh có thai trong quá trình điều trị.
- Xét nghiệm nước tiểu: giúp điều chỉnh liều methadon thích hợp. Khi nghi ngờ người bệnh sử dụng CDTP bất hợp pháp trong quá trình điều trị.
- Nếu người bệnh vẫn tiếp tục sử dụng CDTP sau nhiều lần điều chỉnh tư vấn cần cân nhắc ngừng điều trị nếu cần thiết. Người bệnh phải uống methadon hàng ngày dưới sự giám sát chặt chẽ của cán bộ y tế, phối hợp gia đình, cộng đồng, các tổ chức xã hội.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến:

Người bệnh có thể bị nhiễm độc do sử dụng đồng thời rượu và các chất gây nghiện khác hoặc do dùng methadone liều cao. Biểu hiện với các triệu chứng sau:

Mức độ nhẹ:

- Chóng mặt
- Buồn nôn, nôn
- Buồn ngủ, ngủ gà

Mức độ nặng:

- Đi đứng loạng choạng
- Rối loạn phát âm: nói ngọng
- Sùi bọt mép ở miệng
- Đồng tử co nhỏ
- Mạch chậm, huyết áp giảm
- Thở chậm, nông
- Hôn mê, có những cơn ngừng thở và có thể dẫn đến tử vong

Xử trí:

- Tạm ngừng uống methadone cho đến khi không còn biểu hiện nhiễm độc.
- Tìm hiểu nguyên nhân và đánh giá mức độ nhiễm độc:
- Nếu mức độ nhẹ, theo dõi người bệnh tại cơ sở và cho người bệnh uống thuốc methadone khi đã hết biểu hiện nhiễm độc
- Nếu mức độ nặng do quá liều: xử trí cấp cứu và chuyển đến khoa hồi sức của bệnh viện đa khoa nếu cần

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế thế giới, 1992, ICD-10
2. Tổ chức Y tế thế giới, 2017, Điều trị Rối loạn sử dụng ma túy
3. Bộ Y tế, 2020, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp

76. ĐIỀU TRỊ CHỐNG TÁI NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG NALTREXON

I. ĐỊNH NGHĨA

Chất dạng thuốc phiện là tên gọi chung cho nhiều chất như: những chất tự nhiên (nhựa thuốc phiện), chất bán tổng hợp, tổng hợp (morphin, heroin, methadone...).

Nghiện chất dạng thuốc phiện bao gồm sự lệ thuộc cả về cơ thể và tâm thần. Sự lệ thuộc tâm thần là cơ sở sinh học gây ra tái nghiện. Sau điều trị hội chứng cai cần tiếp tục điều trị duy trì lâu dài chống tái nghiện. Cần điều trị toàn diện cả các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội và cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc gia đình và cộng đồng trong quá trình điều trị.

Naltrexone là một thuốc đối kháng opioid, có tác dụng phong bế các thụ thể opioid ở trong não do đó nó làm mất hiệu lực của heroin và các chất dạng thuốc phiện khác. Naltrexone được dùng để điều trị duy trì chống tái nghiện chất ma túy dạng thuốc phiện sau khi họ đã điều trị hội chứng cai các chất này.

II. CHỈ ĐỊNH

- Naltrexone được dùng để điều trị duy trì chống tái nghiện chất ma túy dạng thuốc phiện sau khi bệnh nhân đã điều trị hội chứng cai các chất này.
- Khoảng thời gian khuyến cáo tối thiểu giữa việc ngừng sử dụng opioid và bắt đầu sử dụng naltrexone tùy thuộc vào loại opioid được sử dụng, thời gian sử dụng, lượng dùng của liều cuối cùng.
- Các chất chủ vận opioid có thời gian bán hủy dài như methadone cần thời gian thanh lọc đến 10 ngày, các opioid tác dụng ngắn hơn như heroin cần tối đa 7 ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc giảm đau opioid
- Nếu bệnh nhân hiện đang phụ thuộc vào opioid hoặc đang trong giai đoạn cai nghiện thuốc phiện
- Nếu bệnh nhân đã thất bại với nghiệm pháp naloxone hoặc xét nghiệm nước tiểu dương tính với opioid
- Nếu bệnh nhân bị viêm gan cấp tính hoặc suy gan
- Bệnh nhân dị ứng với naltrexone
- Nếu có dị ứng đã được chứng minh với polylactideco - glycolide (PLG), arboxymethylcellulose, hoặc bất kỳ thành phần nào khác của chất pha loãng (mũi tiêm)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật: 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng

2. Phương tiện: Naltrexon, nước uống

3. Người bệnh

- Giải thích và tư vấn về quá trình điều trị và hỗ trợ tâm lý cho người bệnh

– Xét nghiệm: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, chức năng gan (SGOT, SGPT), chức năng thận (protein niệu), thử nước tiểu tìm chất ma túy opioid (bằng sắc ký lớp mỏng hoặc que thử). Đặc biệt là nghiệm pháp Naloxon để đảm bảo sạch chất ma túy opioid trong nước tiểu.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến nghiện các CDTP
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: đối chiếu thông tin người bệnh và quá trình điều trị

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Đánh giá những dấu hiệu liên quan đến sử dụng ma túy

3. Chuẩn bị thuốc: Liều lượng naltrexone được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

4. Thực hiện kỹ thuật

Liệu trình sử dụng thuốc naltrexon:

- Ngày đầu tiên: uống 1/2 viên (25 mg naltrexone hydroclorid). Sau 30 phút, nếu không thấy hội chứng cai uống tiếp 1/2 viên (25 mg)
- 2 đến 3 tuần đầu uống 1 viên/ ngày (50 mg naltrexon hydroclorid).
- Các tuần tiếp theo uống cách nhật:
 - Thứ 2: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)
 - Thứ 4: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)
 - Thứ 6: uống 1-3 viên (50-150 mg naltrexone hydroclorid)

Hoặc

- Thứ 3: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)
- Thứ 5: uống 1-2 viên (50-100 mg naltrexone hydroclorid)
- Thứ 7: uống 1-3 viên (50-150 mg naltrexone hydroclorid)

VI. THEO DÕI

- Xét nghiệm nước tiểu tìm các chất nhóm opioid tháng đầu 2 tuần/lần, tháng sau 4 tuần/lần, trong trường hợp nghi ngờ cần thử nước tiểu đột xuất.
- Kiểm tra chức năng gan ít nhất 3 tháng/ lần. Nếu men gan tăng cao, tùy từng trường hợp bác sĩ sẽ quyết định dừng sử dụng thuốc.
- Thời gian điều trị: điều trị duy trì cho người nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc naltrexon phải kéo dài ít nhất 12 tháng để đạt kết quả chống tái nghiện.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Xử trí các tác dụng không mong muốn trong những ngày đầu sử dụng thuốc

- Mất ngủ, bồn chồn: Diazepam 5 mg uống 1- 2 viên/ lần trước khi đi ngủ.
- Đau bụng: Alverin citrat 40 mg, uống 1-2 viên/lần
- Tiêu chảy: Dung dịch Oresol uống theo chỉ dẫn
- Đau đầu: Paracetamol 500 mg, uống 1 viên/lần
- Buồn nôn: Primperal 10 mg/ lần
- Chóng mặt: Cinarizin 25 mg / ngày, ...
- Mệt mỏi: bổ sung vitamin dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
- Thuốc bổ gan, thuốc dinh dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chức năng nhận thức...

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế thế giới, 1992, ICD-10
2. Tổ chức Y tế thế giới, 2017, Điều trị Rối loạn sử dụng ma túy
3. Bộ Y tế, 2020, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp

77. ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CAI CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG CLONIDINE

I. ĐẠI CƯƠNG

Chất dạng thuốc phiện là tên gọi chung cho nhiều chất như: những chất tự nhiên (nhựa thuốc phiện), chất bán tổng hợp, tổng hợp (morphin, heroin, methadone...).

Nghiện chất dạng thuốc phiện bao gồm sự lệ thuộc cả về cơ thể và tâm thần. Trạng thái lệ thuộc về cơ thể khi giảm hay ngừng sử dụng các chất ma túy còn được gọi là hội chứng cai. Hội chứng cai có thể gây khó chịu nghiêm trọng, kéo dài hành vi tìm thuốc, là rào cản để cai nghiện ma túy. Vì vậy cần người nghiện cần được hỗ trợ về y tế trong quá trình cai để giảm bớt những đau đớn về tinh thần và thể xác vì không được dùng ma túy trong thời gian này.

Clonidine là thuốc chủ vận chọn lọc alpha2-adrenergic, có tác dụng chính là chống tăng huyết áp. Đồng thời khi sử dụng Clonidine trong điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện thấy có nhiều hiệu quả.

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị hội chứng cai chất dạng thuốc phiện.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn với clonidine hoặc một thành phần nào của chế phẩm thuốc.
- Hội chứng suy nút xoang (sick sinus syndrome).
- Thận trọng :

Dùng thận trọng đối với người có bệnh mạch não, suy động mạch vành, suy thận.

Không ngừng thuốc đột ngột, vì huyết áp có thể tăng nhanh và những triệu chứng do tăng quá mức hệ giao cảm (tăng tần số tim, run, kích động, bồn chồn, mất ngủ, ra mồ hôi, đánh trống ngực). Có nguy cơ tăng huyết áp hồi ứng nghiêm trọng.

Nếu phải ngừng thuốc, cần giảm dần liều trong một tuần hoặc lâu hơn; hiệu chỉnh liều lượng ở người có rối loạn chức năng thận (đặc biệt ở người cao tuổi).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật: bác sỹ, điều dưỡng ...
- Khám lâm sàng: tình trạng sức khỏe chung, đo các chỉ số sinh tồn bao gồm mạch, huyết áp..
2. Bệnh nhân:
3. Phương tiện: Bao đo huyết áp, thuốc, nước uống
4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Clonidine 0,15mg x 1/2 – 1 viên một lần, uống thêm liều tiếp theo khi có hội chứng cai, liều trung bình 2 – 8 viên/ngày.

- Khi HA < 90/60 mmHg hoặc Mạch < 60 lần/phút tạm dừng uống thuốc, sau 30 phút kiểm tra mạch HA ổn định sử dụng thuốc.
- Duy trì trong 3 ngày, từ ngày thứ 4 bắt đầu giảm liều, sau khoảng 10 ngày có thể dừng thuốc khi hết hẳn triệu chứng cai các chất dạng thuốc phiện.
- Nếu bệnh nhân ngủ kém hoặc bồn chồn khó chịu nhiều có thể dùng thêm Diazepam trong 3-5 ngày.
- Nếu bệnh nhân đau mỗi cơ khớp nhiều có thể thêm Paracetamol.
- Bù đủ nước và điện giải: dung dịch Ringer lactat, Natriclorua 0,9%, Glucose 5% số lượng 1-2 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.
- Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12)...
- Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác...
- Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
- Thuốc dinh dưỡng thần kinh:
- Thuốc tăng cường chức năng nhận thức

VI. THEO DÕI

Những thông số cần theo dõi cẩn thận: Huyết áp đo ở tư thế đứng và ngồi/nằm ngửa, tần số và độ sâu hô hấp, sự giảm đau, trạng thái tâm thần, nhịp tim chậm (có thể điều trị bằng atropin).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Những triệu chứng quá liều gồm: nhịp tim chậm, ức chế hệ thần kinh trung ương, hạ nhiệt, ỉa chảy, ức chế hô hấp, ngừng thở.

Việc điều trị chủ yếu là để hỗ trợ và chữa triệu chứng. Hạ huyết áp thường đáp ứng với truyền dịch tĩnh mạch hoặc đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg (chậu hông cao hơn đầu). Có thể dùng Naloxon để điều trị sự ức chế hệ thần kinh trung ương và/hoặc ngạt thở; tiêm tĩnh mạch với liều 0,4 - 2 mg, tiêm nhắc lại tùy theo sự cần thiết, hoặc dùng dưới dạng dung dịch tiêm truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (2019). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp, Nhà xuất bản Y học, Tr.81-87.
2. Stephen M. Stahl (2017). Stahl's Essential Psychopharmacology Prescriber's Guide - Sixth Edition, Cambridge University Press, p505-508.
3. Nguyễn Minh Tuấn (2004). Nghiện Heroin, Các phương pháp điều trị, Nhà xuất bản Y học,
4. Nguyễn Kim Việt (2000). Dự phòng nghiện ma túy, Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Viết Nghị, Nguyễn Minh Tuấn (1995). "Điều trị nghiện ma túy bằng thuốc hướng thần", kỷ yếu Hội nghị khoa học về các phương pháp điều trị nghiện ma túy, Bộ Y tế, Viện sức khỏe tâm thần.

78. ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG AMPHETAMINE

I. ĐẠI CƯƠNG

Ma túy tổng hợp là các loại ma túy do con người tổng hợp nên từ các thành phần hóa chất khác nhau, không phải từ thành phần thiên nhiên.

Các chất dạng Amphetamine (Amphetamine Type Stimulants) là tên gọi chung của một nhóm chất kích thích có cấu trúc hóa học dạng Amphetamine như: Methamphetamine, Dexamphetamine, Methylenedioxymethamphetamine (MDMA), Amphetamine. Chúng có tác dụng kích thích nhất thời hệ thống thần kinh trung ương gây cảm giác hưng phấn, khoái cảm, chống mệt mỏi... khi sử dụng liều cao kéo dài có thể gây hoang tưởng, ảo giác...

Tình trạng sử dụng ATS kéo dài có thể dẫn tới tăng độ dung nạp và phụ thuộc. Phụ thuộc ATS dẫn tới suy giảm nghiêm trọng về mặt sức khỏe hoặc gây nguy hại cho người dùng. Cũng như tất cả các loại ma túy khác, phụ thuộc vào ATS có thể là phụ thuộc tâm lý, thể chất hoặc do cả hai yếu tố này.

	Liều thấp	Liều cao
Thể chất	• Tăng huyết áp • Vã mồ hôi • Tăng nhịp tim • Đau ngực • Thở nhanh • Đau đầu • Run • Các cơn nóng, lạnh • Tăng nhiệt độ cơ thể • Giảm cảm giác thèm ăn	• Huyết áp cao • Khó thở hoặc loạn nhịp tim • Động kinh • Xuất huyết não • Siết hàm và nghiến răng • Buồn nôn, nôn • Quá liều • Trụy tim
Tâm thần	- Hưng phấn - Tâm trạng vui vẻ - Cảm giác vui sướng - Tăng cảnh giác và tập trung - Giảm mệt mỏi - Nói nhiều - Tăng ham muốn tình dục - Cải thiện hoạt động thể chất	- Lú lẫn - Lo lắng và kích động - Hoạt động lặp đi lặp lại - Giảm khả năng nhận thức và vận động - Hành vi hung hãn, thù địch và bạo lực - Hoang tưởng - Ảo giác - Ảo tưởng

Các tác dụng của ATS

Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện ATS khi có từ 3 trở lên các biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng:

- Thèm muốn chất ATS buộc phải sử dụng;
- Khó kiểm soát được tần suất và liều lượng dùng ATS;
- Khi ngừng sử dụng hoặc giảm bớt liều dùng xuất hiện hội chứng cai;
- Lượng sử dụng ATS ngày càng tăng;
- Xao nhãng hời quên và thú vui trước đây;
- Tiếp tục sử dụng ATS biết rằng nó có tác hại

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị Nghiện các chất dạng Amphetamine

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với các thành phần của thuốc

Ngộ độc chất

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

01 bác sỹ, 01 nhà tâm lý, 01 điều dưỡng

2. Phương tiện: tên, số lượng của thiết bị, dụng cụ, vật tư tiêu hao (định hướng, ước lượng...)

3. Người bệnh

Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục tiêu và cách tiến hành quy trình kỹ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp.
- Chẩn đoán bệnh.
- Tiền sử liên quan đến bệnh và chất khác

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: (trong đó cần cụ thể thời gian tiến hành)

- Kiểm tra hồ sơ:

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó

- Kiểm tra người bệnh:

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp

Tình trạng Tuần hoàn, hô hấp

- Thực hiện kỹ thuật:

Hiện nay, chưa có thuốc nào được Cục An toàn thực phẩm và Thuốc của Hoa Kỳ thông qua trong vấn đề điều trị nghiện methamphetamine.

- + D-amphetamine có thể làm giảm nhẹ triệu chứng cai của methamphetamine và làm giảm thèm nhớ, nhưng không làm giảm tần suất sử dụng.
- + Methylphenidate có thể làm giảm sử dụng methamphetamine, được đánh giá bằng test nước tiểu âm tính ở người bệnh dùng đường tĩnh mạch.
- + Bupropion có thể làm giảm sử dụng methamphetamine ở người bệnh dùng ít.
- + Mirtazapine phối hợp với tư vấn có hiệu quả trong giảm sử dụng, được đánh giá bằng test nước tiểu âm tính.
- + Naltrexone có thể hiệu quả trong làm giảm sử dụng và có thể giúp người bệnh không sử dụng ma túy.-

- Điều trị triệu chứng

Tăng thải trừ ATS

- + Natri clorid 0.9% hoặc Ringer lactat truyền tĩnh mạch 1000-2000 ml/ngày
- + Acid hoá nước tiểu : vitamin C 500-1000 mg/ ngày

Thuốc bình thần, giải lo âu: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

- + Benzodiazepin liều từ 5- 30 mg/ ngày, sử dụng trong vòng 1 tuần,
- + Thuốc giải lo âu Non-benzodiazepin: etifoxine 50-200mg/ngày, sedaxio, ...
- + Một số thuốc điều trị rối loạn giấc ngủ: Zopiclon 3,75-15mg/ngày, Melatonin, ...

Thuốc chống trầm cảm:

- + Mirtazapine 15-30 mg/ngày
- + Sertraline 50-100 mg/ ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

Chống loạn thần: Trong quá trình điều trị, người đang nghiện ATS có thể xuất hiện trạng thái loạn thần

- + Nếu người bệnh trong trạng thái kích động hoặc không hợp tác điều trị: tiêm bắp Haloperidol 5mg/lần, 1-3 lần/ngày, dùng trong 2-3 ngày đầu.
- + Nếu người bệnh hợp tác điều trị: uống haloperidol 5mg/lần, 1-3 lần/ngày hoặc risperidon 2 mg/lần, 2-3 lần/ngày hoặc olanzapine 5mg/lần, 2-3 lần/ngày.

Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT): Thay đổi suy nghĩ, cảm xúc và hành vi có liên quan tới việc sử dụng chất.

Tư vấn ngắn (BA): Giúp người bệnh nhận thức được tác động của việc sử dụng chất.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi diễn biến hội chứng cai của người bệnh sau khi dùng ATS
- Cách ly và giám sát, không để người bệnh sử dụng lại ATS.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tình trạng ngộ độc cấp
- Sốc phản vệ.
- Các ghi chú nếu cần: Nguy cơ nhiễm HIV của người lạm dụng ATS

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế thế giới, 1992, ICD-10
2. Tổ chức Y tế thế giới, 2017, Điều trị Rối loạn sử dụng ma túy
3. Bộ Y tế, 2014, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng amphetamine
4. World Health Organization, 2017, Guidelines for the Management of Methamphetamine Use Disorders in Myanmar
5. Krista J. Siefried, Liam S. Acheson, Nicholas Lintzeris, 2020, Pharmacological Treatment of Methamphetamine/Amphetamine Dependence

79. ĐIỀU TRỊ NGHIỆN RƯỢU

I. ĐẠI CƯƠNG

Rượu là chất tác động tâm thần, rối loạn tâm thần do rượu là nhóm các rối loạn phức tạp, đa dạng phát sinh và phát triển có liên quan chặt chẽ đến nghiện rượu.

Rối loạn loạn thần do rượu là hậu quả tác động trực tiếp, kéo dài của rượu lên não.

Nghiện rượu: Theo ICD-10 (1992), chẩn đoán nghiện rượu khi có từ 3 trở lên các biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng:

- Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng rượu
- Khó khăn trong việc kiểm soát tập tính sử dụng rượu về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng
- Một trạng thái cai sinh lý khi ngừng hay giảm bớt sử dụng rượu
- Có bằng chứng về hiện tượng tăng dung nạp (chịu đựng) rượu như: cần phải tăng liều để loại bỏ những cảm giác khó chịu do thiếu rượu gây ra
- Dần sao nhãng các thú vui hoặc những thích thú trước đây
- Tiếp tục sử dụng rượu mặc dù có bằng chứng rõ ràng về hậu quả tai hại

Hội chứng cai là biểu hiện đặc trưng của nghiện, hội chứng này xuất hiện khi ngừng hoặc giảm đột ngột lượng rượu tiêu thụ. Ba trong các dấu hiệu sau phải có mặt:

- Run: lưỡi, mi mắt và khi duỗi tay
- Vã mồ hôi
- Buồn nôn, hoặc nôn ọe
- Nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp
- Kích động tâm thần vận động
- Đau đầu
- Mất ngủ
- Cảm giác khó ở hoặc mệt mỏi
- Các ảo tưởng ảo giác về thính giác, thị giác hoặc xúc giác nhất thời
- Động kinh cơn lớn

Hội chứng cai rượu kéo dài từ vài giờ đến nhiều ngày tùy mức độ nghiện rượu.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân được chẩn đoán nghiện rượu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, xem xét những bệnh nhân có chống chỉ định với các thuốc dùng để điều trị.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng
2. **Phương tiện:** thuốc, dịch truyền, thiết bị, dụng cụ, vật tư tiêu hao
3. **Người bệnh:** Giải thích và tư vấn về quá trình điều trị và hỗ trợ tâm lý cho người bệnh
4. **Hồ sơ bệnh án:**
 - Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
 - Tiền sử và bệnh sử liên quan đến nghiện các CDTP
 - Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ:** đối chiếu thông tin người bệnh và quá trình điều trị
2. **Kiểm tra người bệnh**
 - Đánh giá sức khỏe toàn trạng
 - Đánh giá sức khỏe tâm thần
 - Đánh giá những dấu hiệu liên quan đến sử dụng ma túy
3. **Chuẩn bị thuốc:** Liều lượng thuốc, dịch truyền được chuẩn bị theo phác đồ điều trị
4. **Thực hiện kỹ thuật**

Người bệnh cần phải nhập viện điều trị nội trú.

Giai đoạn hội chứng cai rượu

- *Bù dịch, điện giải:* Natri clorid 0.9% hoặc Ringer lactat truyền tĩnh mạch 1000-2000 ml/ngày, có thể bù dịch đường uống bằng oresol.
- *Thuốc bình thần:* Benzodiazepin (10-30mg/ngày) dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, bổ sung thuốc an thần kinh nếu có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi....
- *Vitamin nhóm B (B1, B6, B12)* đặc biệt là vitamin B1 liều cao tới 1 g/ngày, nên dùng đường tiêm.
- *Thuốc an thần kinh:* chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn):

- *Thuốc an thần kinh cổ điển:*

Haloperidol: viên 1,5 mg, viên 5 mg, ống 5 mg, liều 5-30mg/ngày

- *Các thuốc an thần kinh mới:*

Risperidone: viên 1 mg, 2 mg, liều 1-12 mg/ngày.

Olanzapine: viên 5 mg, 10 mg, liều 5-60 mg/ngày

Quetiapine: viên 50 mg, 200 mg, 300 mg, liều 600-800 mg/ngày

Clozapine: viên 25 mg, 100 mg, liều 50-800 mg/ngày

Aripiprazol: viên 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg, liều 10-30 mg/ngày

- Điều trị các rối loạn cơ thể kèm theo.

Liệu pháp tâm lý

- Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu...
- Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT): Thay đổi suy nghĩ, cảm xúc và hành vi có liên quan tới việc sử dụng chất.

Giai đoạn điều trị ngoại trú

Có thể dùng: Disulfiram 125-250 mg/ngày, Naltrexol 25-50mg/ngày ...

VI. THEO DÕI

Bệnh nhân nghiện rượu thường mắc các bệnh lý cơ thể đi kèm, do đó cần kiểm tra, theo dõi và thăm khám kỹ lưỡng tất cả các cơ quan bộ phận, để phát hiện và điều trị kịp thời các bệnh lý kèm theo.

Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nghiện rượu thường dẫn đến các biến đổi về tính cách, có thể dẫn đến các rối loạn tâm thần và gây nhiều hậu quả về các bệnh cơ thể, vì vậy phải điều trị kịp thời các bệnh kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế thế giới, 1992, ICD-10
2. Bộ Y tế, 2020, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp
3. Alcohol Toxicity and Withdrawal, 2020, Gerald F. O'Malley

* NỘI DUNG

Trong lâm sàng tâm thần học có nhiều trường hợp cần cấp cứu. Ở đây chỉ đề cập đến cấp cứu do rối loạn hành vi tác phong đặc hiệu cho bệnh nhân tâm thần, cần can thiệp y tế với các biện pháp nhanh nhất mà không đề cập đến những trường hợp loạn thần trên cơ sở các bệnh như: nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương hay các bệnh lý cơ thể. Các trạng thái bệnh lý tâm thần chính trong cấp cứu tâm thần bao gồm: kích động, tự sát, người bệnh không chịu ăn.

1. Kích động

1.1 Định nghĩa

Kích động là một trạng thái hưng phấn tâm lý vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, hành vi có tính chất kể tục, không có mục đích, không phù hợp với hoàn cảnh xung quanh, thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm.

1.2 Nguyên nhân kích động

1.2.1 Kích động phản ứng

- Do nhận thức sai lầm: thường gặp ở bệnh nhân phủ định bệnh, bệnh nhân cho rằng mình không có bệnh, bị cưỡng bức đến viện để giam giữ.
- Do phản ứng với các sự việc không vừa ý trong phòng bệnh, thường gặp ở bệnh nhân động kinh, nhân cách bệnh.
- Do say mê theo đuổi mục đích riêng (thường do hoang tưởng, ảo giác chi phối) nhưng bị những người xung quanh cản trở, thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.
- Do dọa nạt, yêu sách nhằm thoả mãn mục đích riêng, thường gặp trong chậm phát triển tâm thần, rối loạn phân ly.
- Do bị bệnh nhân khác xúc phạm hoặc bệnh nhân khác kích động nên kích động theo.
- Kích động sau stress lạnh, thường gặp trong rối loạn phân ly, rối loạn sau stress trầm trọng.
- Do thay đổi môi trường đột ngột (chuyển viện, chuyển phòng...), thường gặp ở bệnh nhân chấn thương sọ não, tai biến mạch não. Kích động do các bệnh nhiễm trùng, Bệnh nhân rối loạn cảm xúc pha trầm cảm

1.2.2 Kích động trong các bệnh tâm thần

- **Trong bệnh tâm thần phân liệt:** kích động có thể gặp ở tất cả các thể nhưng thường gặp ở các thể: thể thanh xuân, thể căng trương lực, thể paranoid. Kích động thường mang tính chất xung động, đột ngột, không lường trước được, nhiều khi rất nguy hiểm như đánh hoặc giết người. Kích động có thể xuất hiện sau các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc hoặc do hoang tưởng, ảo giác chi phối.
- **Trong rối loạn cảm xúc pha hưng cảm:** thường ít khi kích động, kích động thường xuất hiện sau các nhân tố có hại như: quá trình hưng phấn kéo dài kèm theo kiệt sức, ở bệnh nhân xơ vữa mạch não hoặc nhiễm trùng, nhiễm độc.

- **Động kinh tâm thần:** kích động xuất hiện đột ngột kèm theo rối loạn thức giấc, hoang hân, trong trạng thái này bệnh nhân có thể kích động dữ dội, hung bạo, phá mọi cản trở, giết người, cơn kích động mất đi đột ngột, sau cơn bệnh nhân quên toàn bộ.

- **Kích động trong rối loạn tâm thần ở người cao tuổi:** kích động thường, đột ngột, vô nghĩa, không phê phán được, thường xuất hiện về ban đêm.

- **Ngoài ra còn gặp trong các bệnh sau:**

+ Kích động do các bệnh nhiễm độc (rượu, ma túy, hóa chất dùng trong công nghiệp và nông nghiệp...).

+ Kích động do các bệnh nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn huyết, sốt rét ác tính, thương hàn, viêm não, lao màng não, giang mai não...).

+ Kích động do các bệnh thực thể của não (u não, bệnh lý mạch máu não, chấn thương sọ não...)

1.3 Cách xử trí, theo dõi và chăm sóc

- Hỏi qua người nhà, người đi theo để sơ bộ tìm nguyên nhân kích động.

- Dùng liệu pháp tâm lý thích hợp để ổn định trạng thái tâm thần cho bệnh nhân như giải thích, động viên, lắng nghe ý kiến của người bệnh, cho bệnh nhân đi thăm quan buồng bệnh, nếu bệnh nhân bị trối thì cời trối cho bệnh nhân (nếu có thể được).

- Nếu bệnh nhân đồng ý cho khám bệnh thì bác sĩ tiến hành khám ngay về các bệnh cơ thể, các thương tích, các xét nghiệm cận lâm sàng nhằm loại trừ các chống chỉ định khi điều trị. BS khám bệnh cho bệnh nhân sau cơn kích động

- Khi bệnh nhân quá kích động, cần tiến hành điều trị ngay theo y lệnh bằng các thuốc:
Halopendol 5 mg x 1 - 2 ống.

Seduxen 10 mg x 1- 2 ống(tiêm bắp).

Hoặc Aminazin 25mg x 4 - 6 ống (tiêm bắp).

- Nếu giờ thứ 3 người bệnh vẫn còn kích động thì tiếp tục cho liều như trên. Thông thường sau giờ thứ 6 thì trạng thái tâm thần của người bệnh ổn định.

- Khi bệnh nhân ngủ, trạng thái tâm thần ổn định, cần tiến hành khám về nội khoa, thần kinh và cho làm các xét nghiệm cần thiết nhằm tìm nguyên nhân gây kích động.

- Khi bệnh nhân tỉnh, thầy thuốc cần có mặt để làm liệu pháp tâm lí nhằm ổn định trạng thái tâm thần cho người bệnh.

- Khi bệnh nhân hết trạng thái kích động chuyển sang thuốc uống, theo dõi các tác dụng phụ của thuốc và tìm hiểu nguyên nhân để điều trị theo nguyên nhân.

- Có thể phối hợp với liệu pháp sốc điện (ECT) từ 1-2 lần/24giờ. Chỉ định trong những trường hợp: kích động trầm cảm (có ý tưởng và hành vi tự sát), kích động căng trương lực, kích động thanh xuân, kích động không dùng được thuốc an thần kinh hoặc kháng thuốc an thần kinh.

1.4 Quản lý bệnh nhân kích động tại bệnh phòng

- Tốt nhất trong cơn kích động ta phải quản lý bệnh nhân ở phòng cách ly, phòng cách ly phải được thiết kế làm sao khỏi bị khuấy tâm nhìn của nhân viên, nghĩa là nhân viên luôn quan sát được bệnh nhân để kịp thời can thiệp khi bệnh nhân có những hành vi nguy hiểm.

- Phòng cách ly phải ở khu vực yên tĩnh, tránh hiện tượng kích động dây chuyền, bệnh nhân phòng này kích động làm bệnh nhân ở những phòng khác kích động theo. Khu vực này hạn chế người nhà ra vào, không cho bệnh nhân cũng như những người tò mò vào xem.

- Phòng cách ly phải thoáng mát, bảo đảm ánh sáng, không bí bưng để tránh cho bệnh nhân có cảm giác bị giam giữ, có phòng vệ sinh riêng, thời gian quản lý bệnh nhân ở phòng cách ly càng ngắn càng tốt, trong trường hợp bệnh nhân quá kích động ta có thể cố định bệnh nhân tại giường bằng dây to bản nhưng không được cố định không quá 24 giờ, có nhiều trường hợp bệnh nhân càng kích động do phản ứng lại chuyện bị đưa vào phòng cách ly, khi cho bệnh nhân ra ngoài thì lại hết kích động.

1.5. Vận chuyển bệnh nhân tâm thần bị kích động

- Vận chuyển bệnh nhân tâm thần phải được thực hiện bằng xe chuyên dùng có cán bộ chuyên khoa hộ tống để kịp xử trí mọi diễn tiến trên đường vận chuyển.

- Trong điều kiện hiện nay ta không thể yêu cầu đầy đủ phương tiện mà người thầy thuốc tại tuyến trước phải biết xử trí sơ bộ, giải quyết các vấn đề cơ thể cho bệnh nhân.

Vì vậy, cần phải chú ý rằng bệnh nhân kích động thường không ngủ, không ăn uống nhiều ngày làm cơ thể suy kiệt, do kích động nên thường có nhiều vết xây xước ngoài da, về mặt tâm thần bệnh nhân phải được xử trí bằng các thuốc an thần kinh, khi bệnh nhân ngủ yên ta cho bệnh nhân lên xe cứu thương thông thường hoặc một phương tiện chuyên chở cơ giới nào đó để chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa.

Khi chuyển bệnh nhân đi cần có y tá và bác sĩ đi kèm với đầy đủ hồ sơ bệnh án và một cơ sở thuốc an thần kinh cũng như các thuốc cấp cứu cần thiết khác để sử dụng khi cần thiết trên đường vận chuyển bệnh nhân, nếu bệnh nhân quá kích động ta có thể cố định bệnh nhân vào cang.

Lưu ý: người bệnh khi kích động thường mất nước, điện giải, vì vậy cần bồi phụ nước, điện giải, tăng cường dinh dưỡng, chống nhiễm trùng, chống loét.

1.6. Phòng bệnh

- Tùy theo từng nguyên nhân mà có biện pháp dự phòng cho thích hợp.

- Đối với bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc, động kinh cần phải uống thuốc dự phòng đều đặn.

- Tư vấn cho gia đình, cộng đồng trong việc phòng, quản lý, chăm sóc, hỗ trợ người bệnh. Tư vấn cho gia đình trong việc phòng, quản lý, chăm sóc, hỗ trợ người bệnh

2. Tự sát

2.1 Định nghĩa

Theo Stengel (1958), tự sát là: "bất kỳ sự huỷ hoại nào được gây ra với mục đích huỷ hoại chính mình, dù là rối loạn hay do mâu thuẫn trong tư tưởng, nếu bệnh nhân chết do hậu quả hành động là tự sát, tự sát không thành công gọi là toan tự sát.

2.2 Dịch tễ học

- Tỷ lệ trung bình của tự sát trên toàn thế giới đã tăng lên từ 10 đến 16 người trên 100.000 dân kể từ năm 1950. Mỗi quốc gia khác nhau có tỷ lệ tự sát rất khác nhau, theo thống kê của WHO (1999) tỉ lệ tự sát của một số quốc gia như sau: liên bang Nga 41,5/100.000 dân, Pháp 20,7/100.000 dân, Úc 12,8/100.000 dân, Philippin 2,1/100.000 dân.

- Ngoài ra, tự sát có liên quan đến nền văn hoá, tôn giáo, dân tộc: ở Singapor tỷ lệ tự sát là 9,2/100.000 trong đó người gốc Hoa chiếm 88%.

2.3 Nguyên nhân tự sát và các yếu tố nguy cơ

2.3.1 Các yếu tố nguy cơ

- Tuổi: nguy cơ tự sát tăng theo lứa tuổi và tăng cao ở lứa tuổi sau 50.
- Giới: tỉ lệ tự sát ở nam cao hơn nữ, nữ có tỉ lệ toan tự sát cao hơn nam.
- Mùa: tự sát hay gặp vào mùa xuân, vào ngày nghỉ cuối tuần.
- Những người sống xa lánh xã hội, sống cô độc, nam giới lớn tuổi.
- Những người có các bệnh cơ thể nặng, ung thư, giai đoạn đầu xét nghiệm HIV dương tính.
- Người nghiện ma túy, nhiễm chất độc.
- Tiền sử cá nhân, gia đình có người có hành vi tự sát hoặc có người bị rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Gia đình gần đây có sự mất mát lớn: vợ hoặc chồng chết, tan vỡ hạnh phúc gia đình, mất công việc.
- Có thể tìm hiểu qua thư từ tuyệt mệnh, chúc thư.

2.3.2. Các bệnh tâm thần

- Trầm cảm nặng, kèm theo hoang tưởng bị tội, bệnh nhân cho rằng mình có phẩm chất xấu hèn kém không đáng sống, hay hoang tưởng bị tội mở rộng: lo lắng cho gia đình mình cũng sẽ bị hình phạt ghê gớm nên giết cả gia đình rồi tự sát. Thường gặp trong rối loạn cảm xúc pha trầm cảm.
- Bệnh tâm thần phân liệt: do hoang tưởng, ảo giác chi phối, thường do hoang tưởng bị hại, hoang tưởng chi phối kéo dài làm cho người bệnh đau khổ quá mức hoặc do ảo thanh với nội dung ra lệnh, đe dọa, mạt sát. Có khi hoang tưởng và ảo giác kết hợp thúc đẩy hành vi tự sát.
- Xung động tự tấn công, tấn công người khác: xung động thường kỳ lạ và không biết trước, tự sát có khi là khởi đầu của bệnh.
- Doạ tự sát dẫn đến tự sát thật: lúc đầu người bệnh dọa tự sát nhằm thoả mãn yêu cầu riêng nhưng gia đình, người xung quanh không giải quyết được đúng, kịp thời dẫn đến tự sát thật.

- Nghiện rượu, nghiện ma túy.
- Loạn thần thực tổn, động kinh.

2.4. Cách xử trí, theo dõi và chăm sóc

- Phát hiện sớm hội chứng trầm cảm theo dõi chặt chẽ.
- Khi bệnh nhân có ý tưởng bị tội, cho nhập viện, theo dõi sát ngày đêm.
- Để bệnh nhân ở phòng riêng, kiểm tra kỹ phòng bệnh và người bệnh nhân, không để những phương tiện có thể dùng để tự sát như: dao, dây, vật nhọn...Tuy nhiên, điều cơ bản vẫn là điều trị tích cực và theo dõi sát vì bệnh nhân có rất nhiều cách để tự sát như gục đầu vào chậu nước, dùng quần áo xé ra để làm dây thắt cổ, đập đầu vào tường.....
- Điều trị: tốt nhất và hiệu quả nhất là sốc điện ngày một lần, liệu trình từ 8 - 12 lần cho tới khi hết trầm cảm. Có thể dùng các thuốc chống trầm cảm như: Melipramin, Tofranil liều trung bình 200 - 300 mg/24 giờ.
- *Chú ý: các thuốc chống trầm cảm có tác dụng chậm sau 10 - 15 ngày cho nên trong 2 tuần đầu nên theo dõi sát và phối hợp với sốc điện.*
- Đề phòng bệnh nhân giả vờ khỏi xin ra viện để trốn tránh sự giám sát của thầy thuốc và thực hiện ý định tự sát dễ dàng hơn. Vì vậy, khi trạng thái tâm thần của bệnh nhân thật tốt mới cho ra viện.
- Đối với hoang tưởng, ảo giác dùng Nozinan 400-500mg/24 giờ hoặc Haloperidol 20 - 25mg/24 giờ.

2.5. Phòng bệnh

- Phát hiện sớm những người có yếu tố nguy cơ bởi gia đình, người thân, các tổ chức xã hội, các bác sỹ gia đình.
- Điều trị sớm bệnh nhân trầm cảm, chỉ cho xuất viện khi bệnh nhân không còn ý tưởng tự sát không còn hội chứng trầm cảm, hết các triệu chứng loạn thần.
- Sau khi bệnh nhân ra viện cần tiếp tục kê đơn điều trị ngoại trú và theo dõi theo định kỳ.
- Tư vấn cho gia đình, người thân trong công tác theo dõi, quản lý và điều trị dự phòng tại gia đình.

3. Bệnh nhân không chịu ăn uống

Không chịu ăn uống là một cấp cứu thường gặp trong lâm sàng tâm thần. Nguyên nhân rất phức tạp, bệnh cảnh có thể kéo dài rất lâu, gây hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân.

3.1 Nguyên nhân

- Do rối loạn bản năng ăn uống: thường gặp trong giai đoạn đầu của bệnh tâm thần trẻ em hay trạng thái trầm cảm của người già.
- Do ảo giác chi phối: thường là ảo khứu, ảo vị với nội dung khó chịu: mùi hôi, mùi tanh, vị đắng, vị cay... có trong thức ăn hay ảo thanh ra lệnh cho bệnh nhân không

được ăn, ảo thị nhìn thấy hình ảnh quái dị, ví dụ khi bệnh nhân ăn nó dùng câu liêm móc ruột bệnh nhân.

- Do hoang tưởng chi phối: thường là hoang tưởng bị hại (bệnh nhân cho rằng thức ăn có thuốc độc nên không dám ăn) hay hoang tưởng bị tội (bệnh nhân cho là mình có khuyết điểm lớn không đáng được ăn uống).

- Do trạng thái bất động căng trương lực, bệnh nhân không nhai, không nuốt được.

3.2 Cách xử trí, theo dõi và chăm sóc

- Chủ yếu là điều trị bệnh tâm thần chính gây ra hiện tượng không chịu ăn.

- + Trầm cảm: sốc điện hoặc dùng thuốc chống trầm cảm.

- + Hoang tưởng, ảo giác: Nozinan 400-500mg/24 giờ hoặc haloperidol 20- 25mg/ngày.

- + Trạng thái bất động căng trương lực: sốc điện mỗi ngày một lần cho đến khi chịu ăn hoặc dùng các thuốc an thần kinh giải ức chế (Frenolon, Sulpint, Leponex...) ... cho bệnh nhân ăn qua sonde... nuôi dưỡng qua đường truyền dịch...

- Nếu bệnh nhân không chịu ăn thì cho ăn qua sonde, thức ăn phải đảm bảo đủ năng lượng cho bệnh nhân.

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân bằng truyền các loại huyết thanh ngọt, mặn, vitamin, điện giải...

- Bệnh nhân không chịu ăn uống thường nằm một chỗ, vì vậy phải tăng cường vệ sinh thân thể, thay đổi tư thế để chống loét, chống nhiễm khuẩn.

*** NỘI DUNG**

1. Bố trí phòng khám bệnh cho bệnh nhân tâm thần

- Phòng khám là nơi tiếp đón bệnh nhân đầu tiên, đa số các bệnh nhân tâm thần tự cho mình là không bị bệnh nên từ chối sự khám bệnh. Vì vậy, cách bố trí phòng khám phải làm cho bệnh nhân có cảm giác dễ chịu thoải mái, yên tâm và hợp tác để bác sĩ khám bệnh. Cách bố trí phòng khám phải gọn gàng, sạch đẹp, màu sắc phải hài hòa, trang nhã để làm bớt sự căng thẳng về tâm thần cho người bệnh.

- Thái độ, lời nói, cử chỉ của nhân viên y tế khi tiếp đón người bệnh phải niềm nở, ân cần, chu đáo, nhẹ nhàng và thực sự tôn trọng bệnh nhân để bệnh nhân tin tưởng và hợp tác khám bệnh... nhân viên y tế khi tiếp đón người bệnh phải niềm nở

2. Tiến hành phụ giúp bác sĩ khám bệnh cho bệnh nhân tâm thần

- Hướng dẫn chi tiết cho gia đình bệnh nhân khai đầy đủ và chính xác về tiền sử, bệnh sử tâm thần của bệnh nhân.

- Giải quyết các thủ tục hành chính cần thiết, gọn nhẹ, đơn giản: ghi chép vào sổ khám bệnh đầy đủ các mục (tên, tuổi, nghề nghiệp, quê quán, nơi giới thiệu của bệnh nhân...).

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp và đánh giá toàn trạng bệnh nhân để báo cáo cho bác sĩ.

- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ một cách đầy đủ, chính xác và kịp thời.

- Phối hợp với bác sĩ xử trí một cách tích cực và kịp thời các trường hợp bệnh nhân cấp cứu.

3. Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện, bệnh nhân và phụ giúp bác sĩ làm các kỹ thuật

- Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau khi làm kỹ thuật

3.1 Sốc điện (ECT: Electro-Convulsive-Therapy)

- Sốc điện là đưa một dòng xung điện ngoại lai qua não, dòng điện này cộng hưởng với dòng điện của não làm quá ngưỡng hoạt động của các tế bào thần kinh thùy trán hoặc thùy thái dương, tạo ra cơn co giật kiểu động kinh và một tình trạng hôn mê ngắn, xóa đi toàn bộ chức năng hoạt động tâm thần được hình thành trong quá trình sống cũng như các rối loạn tâm thần được hình thành trong quá trình bị bệnh, sau khi sốc điện các chức năng hoạt động tâm thần bình thường được phục hồi trở lại.

- Năm 1938, hai bác sỹ người Ý là L. Bun và U. Cerletti đã sáng chế ra máy sốc điện, máy có khả năng chỉnh lưu dòng điện thông thường thành dòng điện có hiệu điện thế từ 80 - 120 volts cường độ từ 50 - 150 miliampere để dòng điện qua não đủ gây cơn động kinh mà không làm tổn thương mô não và cơ thể. Ngày nay, người ta sử dụng máy sốc điện với dòng điện có cường độ và hiệu điện thế nhất định nên rất an toàn cho người bệnh.

*** Chỉ định sốc điện**

- Trầm cảm có ý tưởng và hành vi tự sát.

- Tâm thần phân liệt thể căng trương lực, thể paranoid, phân liệt cảm xúc.
- Trạng thái hoang tưởng dai dẳng.
- Trạng thái kích động dữ dội, hưng cảm kéo dài.
- Các trường hợp có chống chỉ định dùng thuốc hướng thần hoặc sử dụng thuốc hướng thần không có kết quả.
- Các trường hợp từ chối ăn uống.
- Hội chứng suy nhược thần kinh có mất ngủ kéo dài, điều trị lâu ngày không có kết quả.

*** Chống chỉ định sốc điện**

- Tăng áp lực nội sọ.
- Các bệnh nhiễm khuẩn đang trong giai đoạn cấp tính.
- Bệnh tim mạch như: nhồi máu cơ tim mới, rối loạn dẫn truyền, phình động mạch chủ và động mạch não, xơ cứng động mạch não, cao huyết áp, suy mạch vành.
- Bệnh hô hấp nặng có thể gây hôn mê: suy hô hấp cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Bệnh gan - thận, cường giáp trạng.
- Bệnh tăng nhãn áp.
- Dị tật cột sống, lao cột sống, chấn thương cột sống.
- Các bệnh về xương, khớp như: thừa xương, viêm xương.
- Phụ nữ đang thời kỳ hành kinh và thai nghén.
- Trẻ em dưới 16 tuổi và người già yếu trên 60 tuổi.

*** Liều lượng**

- Điều trị tấn công: một ngày một lần, một đợt từ 8 - 10 lần.
- Điều trị củng cố: một tuần hai lần trong 3 tuần.

3.1.1 Chuẩn bị dụng cụ

- Kiểm tra lại máy sốc, điện cực, dây điện một lần nữa trước khi sốc để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho bệnh nhân và nhân viên y tế.
- Quan sát lại xem phòng sốc điện đã đầy đủ các phương tiện và dụng cụ để tiến hành sốc điện:
 - + Bình oxy, máy hút đàm nhớt và dụng cụ cấp cứu, thuốc cấp cứu.
 - + Paste để bôi vào điện cực (nếu không có Paste có thể dùng nước muối 0,9% tắm vào gạc để thay).
 - + Gạc hoặc băng cuộn để ngáng lưỡi tránh tụt lưỡi, cắn vào lưỡi.
 - + Gối kê lưng, khăn mặt để lau đờm nhớt cho bệnh nhân.

3.1.2 Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân yên tâm.

- Dẫn bệnh nhân nhịn ăn trước khi sốc điện ít nhất là 3 giờ để tránh tình trạng thức ăn trào ngược vào đường hô hấp.
- Bệnh nhân đi đại tiểu tiện trước khi sốc.
- Tháo răng giả (nếu có), tháo các đồ trang sức trên người bệnh nhân để đề phòng tai biến có thể xảy ra.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp của bệnh nhân trước khi sốc điện. Nếu thấy bất thường phải báo cáo ngay với thầy thuốc.
- Tuyệt đối không cho người nhà vào phòng sốc điện, dặn họ chờ ở ngoài đến khi bệnh nhân tỉnh mới cho vào tiếp xúc.

3.1.3 Phụ giúp bác sĩ làm sốc điện

- Thông thường một kíp sốc điện ít nhất là 3 người: bác sĩ chỉ huy chung và bấm máy. Một người phụ giữ vai bệnh nhân và điều chỉnh ngáng lưỡi trong khi sốc. Một người phụ giữ điện cực đặt vào hai bên thái dương của bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên giường một cách thoải mái, kê gối thấp dưới lưng bệnh nhân để đề phòng tai biến trật cột sống khi bệnh nhân lên cơn co giật, cởi cúc áo ở cổ, thắt lưng quần, đặt cuộn gạc vào giữa hai hàm răng bệnh nhân để cho khỏi cắn vào lưỡi, bảo bệnh nhân nhắm mắt lại, hai tay để thẳng dọc theo hai bên hông.
- Bôi Paste vào hai cực, sau đó đặt hai điện cực vào hai bên thái dương bệnh nhân. - Bác sĩ điều chỉnh các thông số của máy sốc cho phù hợp với bệnh nhân, cắm điện vào máy sốc, bấm nút điện trên máy sốc điện trong khoảng thời gian từ 0,2 - 1 giây.
- Người phụ giữ hai vai, khớp gối, khớp hàm bệnh nhân, để các chi ở tư thế thoải mái để đề phòng gãy xương, trật khớp.
- Khi bệnh nhân hết cơn co giật thì rút gối ở lưng ra và kê gối lên đầu cho bệnh nhân, đặt đầu bệnh nhân nghiêng sang một bên, rút ngáng lưỡi. Nếu còn đờm dãi thì lấy khăn mặt lau sạch cho bệnh nhân và kiểm tra xem bệnh nhân có bị xây xước không?
- Sau sốc điện để bệnh nhân ở phòng thoáng, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở và theo dõi từ 30 phút đến 1 giờ.
- Thông thường sau cơn co giật bệnh nhân có rối loạn ý thức trong một thời gian ngắn và sau đó bệnh nhân sẽ ngủ. Nhưng có một số trường hợp bệnh nhân sau làm sốc điện còn ở trong tình trạng ú ớ quờ quạng, lúc này bệnh nhân không biết gì nên phải giữ bệnh nhân nằm yên tại giường cho đến khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn mới thôi để tránh tai biến.
- Thu dọn dụng cụ, máy móc.

3.1.4 Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau khi làm sốc điện

- Tỷ lệ tử vong do sốc điện ước tính là 1/50.000 trường hợp, chủ yếu do các biến chứng về tim mạch.
- Nếu chuẩn bị tốt, chỉ định đúng, tiến hành đúng thao tác thì sẽ không xảy ra những tai biến do sốc điện (gãy xương, trật khớp, ngừng thở lâu ...). Khi có tai biến xảy ra thì phải tiến hành xử trí kịp thời.

- Trật khớp vai, khớp thái dương hàm, khớp háng.....phải nắm vào đúng phương pháp và kịp thời.
- Gãy xương do co giật và giữ bệnh nhân không đúng tư thế. Xử trí: cố định ngay xương gãy.
- Gãy răng, răng rụng rơi vào khí quản hoặc thức ăn trào ngược lên đường thở do chuẩn bị bệnh nhân chưa tốt. Xử trí: mở khí quản cấp cứu trong trường hợp ngừng hô hấp do phản xạ, dị vật rơi vào đường thở.
- Ngừng thở lâu do ức chế hô hấp: ấn nhẹ vào vùng trên rốn phía dưới lồng ngực (ép cơ hoành) vài lần để kích thích vòng hoành giúp bệnh nhân thở lại. Thông thường ấn vài lần là bệnh nhân có thể thở được bình thường. Nếu ngừng thở kéo dài hơn thì phải hô hấp nhân tạo hoặc thở yếu thì cho thở ôxy đồng thời dùng thêm thuốc trợ hô hấp.
- Nếu bệnh nhân có trạng thái lú lẫn hoặc vật vã, quờ quạng thì phải giữ bệnh nhân tại giường cho đến khi bệnh nhân tỉnh hẳn mới thôi.
- Nếu bệnh nhân ra đờm rãi nhiều phải lau sạch cho bệnh nhân và đặt đầu nghiêng sang một bên. Nếu bệnh nhân có nhiều mồ hôi phải lau sạch và thay quần áo cho bệnh nhân.
- Kiểm tra lại mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở của bệnh nhân, nếu thấy bất thường phải báo ngay thầy thuốc để xử lý.
- Ngoài ra, sau khi sốc điện bệnh nhân có thể nhức đầu, đau lưng, mỏi các khớp, giảm trí nhớ, mệt mỏi... cần phải giải thích cho bệnh nhân và người nhà yên tâm và các triệu chứng trên sẽ mất dần sau một thời gian ngừng sốc điện (rối loạn trí nhớ gặp ở 75% bệnh nhân, thường sau 6 tháng trí nhớ mới phục hồi hoàn toàn).

3.2 Liệu pháp tâm lý

- Liệu pháp tâm lý là phương pháp tác động của người thầy thuốc một cách tích cực, có hệ thống vào tâm thần người bệnh thông qua lời nói, thông qua các yếu tố tiếp xúc khác.
- Liệu pháp tâm lý cần được áp dụng từ lúc bệnh nhân đặt chân đến phòng khám và phải được tiếp tục duy trì trong suốt quá trình bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đến khi bệnh nhân ra viện điều trị ngoại trú. Liệu pháp tâm lý bao gồm liệu pháp tâm lý gián tiếp và liệu pháp tâm lý trực tiếp.

3.2.1 Liệu pháp tâm lý trực tiếp

- Khi khám bệnh, làm xét nghiệm, thủ thuật, tiêm truyền ... phải đảm bảo làm đúng theo các quy tắc chế độ chuyên môn, tiến hành một cách nhẹ nhàng.
- Các thủ thuật trong bệnh viện cố gắng thực hiện, tránh trôi buộc và có hành vi thô bạo với bệnh nhân.
- Khi tiếp xúc với bệnh nhân tâm thần cần tránh thái độ sợ sệt hoặc coi thường bệnh nhân. Khi đón tiếp bệnh nhân phải niềm nở ân cần và chỉ dẫn chu đáo. Kịp thời loại bỏ những diễn biến tâm lý phức tạp của bệnh nhân có cảm giác bị bỏ rơi sinh ra lo lắng sợ hãi.

- Phải đảm bảo môi trường “Vô khuẩn về tâm lý”, mọi lời nói của nhân viên phục vụ phải ăn khớp với nội dung lời nói của thầy thuốc. Những lời nói không khéo, những cái cười thiếu ý thức, những lời giải thích không có trách nhiệm ... có thể làm mất tác dụng của liệu pháp tâm lý rất công phu của thầy thuốc.

- Thái độ của nhân viên y tế đúng mực, niềm nở, chỉ dẫn tỉ mỉ, chu đáo tận tình sẽ tác động tốt đến tâm thần của bệnh nhân....dùng lời nói trực tiếp tác động vào tâm thần của bệnh nhân để chữa bệnh....

3.2.2 Liệu pháp tâm lý gián tiếp

- Là liệu pháp dùng lời nói trực tiếp tác động vào tâm thần của bệnh nhân để chữa bệnh.

- Liệu pháp tâm lý trực tiếp thường dùng ở Việt Nam bao gồm: giải thích hợp lý, ám thị khi thức, tự ám thị và thư giãn luyện tập.

- Nhân viên y tế phải có mặt trong liệu pháp tâm lý trực tiếp theo yêu cầu của bác sĩ để làm cho bệnh nhân yên tâm, tin tưởng tiếp thu lời nói của bác sĩ, gây ấn tượng mạnh mẽ cho bệnh nhân.

- Trong khi thực hiện liệu pháp, nhân viên phục vụ phải tỏ ra hết sức tôn trọng người bác sĩ (thực hiện y lệnh đầy đủ, chính xác và kịp thời), lời nói và cử chỉ nhẹ nhàng, lịch thiệp, phối hợp ăn khớp với bác sĩ.

- Nhân viên phục vụ có mặt và phụ cho bác sĩ trong khi tiến hành các liệu pháp còn đóng vai trò thực hiện các động tác phụ trợ để làm tăng tác dụng tâm lý chữa bệnh của lời nói như: dùng các thuốc kích thích, tiêm thuốc, châm cứu, bấm huyệt.....

- Liệu pháp tâm lý trực tiếp bao gồm nhiều liệu pháp, thầy thuốc chỉ định liệu pháp nào tùy theo từng bệnh nhân cụ thể. Nhân viên y tế phụ bác sĩ tuyệt đối không được phát ngôn bừa bãi hoặc giải thích vô trách nhiệm, trái với lời nói của bác sĩ sau khi đã tiến hành xong liệu pháp.

- Trong quá trình phụ bác sĩ làm các liệu pháp, nhân viên phụ cần phải biết cách động viên, an ủi và khích lệ bệnh nhân đúng lúc, đúng chỗ và kịp thời, làm cho bệnh nhân tin tưởng tuyệt đối vào kết quả chữa bệnh của liệu pháp.

3.2.3 Một số liệu pháp tâm lý khác

- *Liệu pháp phân tâm (phân tích tâm lý)*: giới chuyên môn cho rằng bệnh nhân mắc bệnh là do những xung đột giữa những nhu cầu, những mong muốn mang tính bản năng với khả năng thoả mãn những nhu cầu, mong muốn đó. Người bệnh không ý thức được những nguyên nhân này, nên nhiệm vụ của nhà trị liệu là bằng nghiệp vụ chuyên môn của mình phải phát hiện ra những dồn nén, tức là những nguyên nhân gây bệnh. Khi nguyên nhân được soi sáng trên bình diện ý thức (được giải toả), thì xung đột sẽ hết, người bệnh sẽ khỏi bệnh.

- *Liệu pháp hành vi*: người trị liệu không chú trọng đến nguyên nhân, chỉ tập trung vào điều chỉnh những hành vi lệch lạc. Người bệnh chỉnh hành vi theo mẫu đúng, có sự hướng dẫn đánh giá của nhà trị liệu và chế độ thưởng phạt rõ ràng. Người bệnh nhận thức được hành vi cần phải điều chỉnh như thế nào.

- *Liệu pháp nhận thức*: người trị liệu cho rằng những ý nghĩ sai lệch và không được tổ chức (những suy nghĩ này có ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi của người bệnh) là điểm chung cho tất cả các rối loạn tâm lý. Việc đánh giá hiện thực và làm giảm những suy nghĩ này tạo sự tiến bộ về cảm xúc và hành vi. Người thầy thuốc bằng nhiều cách khác nhau tìm kiếm việc tạo ra những thay đổi nhận thức - thay đổi hệ thống tư duy và niềm tin của người bệnh - trong trật tự - để cuối cùng đem đến sự thay đổi trong cảm xúc và hành vi.

- *Trò chuyện, giải thích hợp lý*: nhân viên y tế trò chuyện với người bệnh, tìm hiểu những khó khăn của họ, tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh, giúp người bệnh bộc lộ bản thân, và khi cần thiết dùng lời lẽ hợp lý, logic giải thích cho người bệnh về cơ chế bệnh của họ, hay giúp học điều chỉnh các mối quan hệ và điều chỉnh thái độ cho phù hợp với chuẩn mực.

- *Liệu pháp tâm lý cá nhân*: Nhân viên y tế trực tiếp với một người bệnh.

- *Liệu pháp tâm lý nhóm*: người bệnh được phân nhóm theo những tiêu chuẩn nhất định và nói chuyện theo những chủ đề có sẵn hay có thể theo chủ đề tự do. Trong nhóm, người bệnh có thể bộc lộ ý kiến của mình, tìm kiếm sự giúp đỡ và đồng cảm của nhóm. Sinh hoạt nhóm giúp bệnh nhân có khả năng bộc lộ cảm xúc, suy nghĩ của mình, họ cảm thấy yên tâm vì họ không phải là người duy nhất có các vấn đề, trở nên tự tin hơn, có khả năng tốt hơn trong việc ứng phó với những khó khăn trong cuộc sống.

- *Lao động liệu pháp*: người bệnh được tự mình làm ra các sản phẩm như may vá, làm nền... Trong công việc họ phải tập trung chú ý, phải suy nghĩ. Việc tự làm ra sản phẩm đem lại niềm vui và sự tự tin cho người bệnh, họ cảm thấy mình có giá trị hơn. Lao động liệu pháp

- *Âm nhạc trị liệu*: âm nhạc có tác động rất lớn tới cảm xúc con người. Việc nghe nhạc hay tự mình được tham gia vào các hoạt động âm nhạc giúp người bệnh thể hiện cảm xúc, cải thiện trạng thái cảm xúc. Âm nhạc trị liệu là một phương pháp chữa trị bền vững và hiệu quả đối với người có nhu cầu về tâm lý xã hội, tình cảm, nhận thức và giao tiếp. Các kết quả nghiên cứu và thực tiễn y khoa đã chứng minh hiệu quả của âm nhạc, thậm chí với cả những bệnh nhân không đáp ứng với những cách chữa trị khác. Giao lưu văn nghệ cùng các bệnh nhân tâm thần

- *Tâm kịch*: giúp cho sự phát triển nhân cách và hoàn thiện sự cân bằng giữa nhận thức, cảm xúc và hành vi.

- *Thở dưỡng sinh - Thư giãn*

+ Thở dưỡng sinh: nhịp thở, trương lực cơ và cảm xúc có mối qua hệ qua lại với nhau (khi chúng ta hoảng sợ, nhịp thở dồn dập ...). Kiểm soát nhịp thở sẽ giúp điều chỉnh trương lực cơ và cảm xúc.

+ Thư giãn là một cách nhằm đạt được sự thư giãn dựa trên sự tập trung chú ý thụ động và nhận thức của cơ thể vào những cảm nhận đặc biệt. Nó tỏ ra có hiệu quả với những rối loạn liên quan đến stress bao gồm lo âu, căng thẳng, mất ngủ Các bệnh nội khoa mạn tính từ bệnh đau nửa đầu, viêm ruột kết, hội chứng đường ruột dễ bị kích

thích, tiểu đường, cao huyết áp cho đến các bệnh về tuyến giáp và một số bệnh khác cũng được cải thiện khi luyện tập thư giãn.

- *Thiền định*: Một môn khoa học tâm lý cổ truyền có hiệu quả trong trị liệu tâm lý và được các bác sỹ và nhà tâm lý bước đầu áp dụng tại bệnh viện. Chữ thiền định rất đa dạng trong nhiều định nghĩa. Trong tiếng Anh, từ này được sử dụng một cách thoải mái để chỉ đến việc suy nghĩ về một cái gì đó. Các từ điển định nghĩa là trầm tư mặc tưởng, luyện tập tâm thức trong sự trầm mặc, chuyển chú ý đến một chủ đề của sự trầm mặc, để suy nghĩ, suy tư và nghiền ngẫm.

*** NỘI DUNG**

1. Quy định chung về sử dụng thuốc cho bệnh nhân tâm thần

- Sử dụng thuốc cho người bệnh phải bảo đảm an toàn, hợp lý, hiệu quả và kinh tế.
- Thuốc phải được bảo đảm đến cơ thể người bệnh.
- Phải thực hiện đúng các quy định về bảo quản, cấp phát, sử dụng và thanh toán tài chính.

2. Tác dụng của các thuốc hướng thần

2.1. Tác dụng của các thuốc an thần kinh

2.1.1. Tác dụng chống loạn thần

- Các thuốc an thần kinh có tác dụng làm mất hoang tưởng, ảo giác và các rối loạn tư duy kiểu phân liệt.

2.1.2 Tác dụng an dịu

- Các thuốc an thần kinh có tác dụng chống kích động và các rối loạn hành vi, đồng thời cũng làm giảm sự căng thẳng tâm thần và gây ngủ.

2.1.3. Tác dụng giải ức chế

- Một số thuốc an thần kinh khi dùng liều thấp thì có tác dụng hoạt hóa, nhưng khi dùng liều cao thì lại có tác dụng an thần. Vì vậy, có thể dùng điều trị các triệu chứng căng trương lực, tình trạng lười biếng, tự kỷ, bàng quang vô cảm xúc.

2.1.4. Tác dụng không mong muốn (tác dụng phụ)

- Chảy dãi, khó nuốt, run tay chân, khô miệng, táo bón, bí tiểu.
- Bệnh nhân có cảm giác bồn chồn khó chịu, đứng ngồi không yên.
- Hạ huyết áp khi thay đổi tư thế.
- Mẫn ngứa, dị ứng thuốc. Trong một số trường hợp có thể xuất hiện hội chứng an thần kinh ác tính.

2.1.5. Các thuốc an thần kinh thường dùng

- Aminazin, Haloperidol, Dogmatil, Frenolon.....

2.2. Tác dụng của các thuốc chống trầm cảm

- Các thuốc chống trầm cảm có tác dụng làm tăng khí sắc, hoạt hóa tâm thần, kích thích thức tỉnh. Vì vậy, dùng để điều trị cho những bệnh nhân trầm cảm do những nguyên nhân khác nhau.
- Phần lớn các thuốc chống trầm cảm đều có tác dụng điều trị sau 10 - 15 ngày kể từ khi bắt đầu dùng thuốc.
- Các thuốc chống trầm cảm ngoài tác dụng làm tăng khí sắc, gây hoạt hóa, còn có tác dụng an dịu, giảm đau.

- Các tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc chống trầm cảm: khô miệng, mạch nhanh, huyết áp hạ, run tay chân, khó nuốt, táo bón.....

2.3. Tác dụng của các thuốc điều chỉnh khí sắc

- Các thuốc điều chỉnh khí sắc là những thuốc có tác dụng làm tình trạng cảm xúc của bệnh nhân trở nên ổn định, vừa có tác dụng điều trị trạng thái hưng cảm, đồng thời cũng có tác dụng điều trị trạng thái trầm cảm.
- Thuốc điều chỉnh khí sắc thường được dùng để điều trị dự phòng loạn thần cảm xúc.
- Thuốc điều chỉnh khí sắc có phạm vi an toàn hẹp, nên khi sử dụng cho bệnh nhân phải kiểm tra nồng độ thuốc trong máu bệnh nhân, kiểm tra chức năng gan, thận.
- Các tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc là: chóng mặt, buồn nôn, chân tay run, tiêu chảy, tiểu nhiều. Trong một số trường hợp có thể gây ra tình trạng ngộ độc cấp.

3. Tiến hành dùng thuốc cho bệnh nhân tâm thần

3.1. Nguyên tắc chung

- Giải thích cho người nhà bệnh nhân biết phần lớn các thuốc điều trị bệnh tâm thần là thuốc độc, nên phải quản lý chặt chẽ, không để cho bệnh nhân tự động lấy thuốc uống để đề phòng trường hợp bệnh nhân uống thuốc quá liều hoặc bệnh nhân tự sát. tư vấn và căn dặn người nhà bệnh nhân.....
- Căn dặn người nhà bệnh nhân cho bệnh nhân uống thuốc đều đặn mỗi ngày, thông thường uống sau khi ăn và buổi tối trước khi đi ngủ, uống đủ liều và uống đúng giờ qui định.
- Nói rõ cho người nhà bệnh nhân biết các biến chứng và các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh như: táo bón, khô miệng, khó nuốt, chảy dãi, chân tay run....để người nhà yên tâm khi thấy bệnh nhân có biểu hiện khác thường như mất ngủ, dị ứng, đi loạng choạng.....thì báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Dặn dò bệnh nhân và người nhà phải đưa bệnh nhân đến khám bệnh đầy đủ, đều đặn theo định kỳ để bác sĩ điều chỉnh lại thuốc và có hướng dẫn điều trị thích hợp.
- Thực hiện đầy đủ và chính xác các y lệnh của bác sĩ.
- Dùng đúng thuốc, đủ liều lượng và đúng thời gian.
- Trước khi cho người bệnh dùng thuốc phải thực hiện:
 - + 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
 - + Tuân thủ tuyệt đối các quy chế sử dụng thuốc độc.
 - + Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn tuyệt đối khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc.
- Nếu phát hiện điều gì bất thường trước hoặc sau khi sử dụng thuốc cho người bệnh phải báo cáo ngay cho bác sĩ biết để điều chỉnh và xử trí kịp thời.

3.2 Tiêm thuốc cho bệnh nhân tâm thần

- Tiêm thuốc thường được thực hiện trong giai đoạn cấp tính lúc bệnh nhân mới nhập viện, kích động chống đối không chịu nằm viện, không chịu uống thuốc.

- Trước khi tiêm cần phải giải thích, động viên để bệnh nhân yên tâm, trong trường hợp bệnh nhân không hợp tác, chống đối kích động thì phải chờ đông người giữ bệnh nhân để tiêm (thường ít nhất có 3 người nam để giữ người bệnh).
- Khi tiêm phải đặt bệnh nhân ở tư thế thuận lợi, thoải mái, dễ tiêm. Để phòng tình trạng bệnh nhân kích động, giãy giụa làm gãy kim hoặc vỡ bơm tiêm.
- Vị trí tiêm: thường tiêm ở mông hoặc mặt trước ngoài đùi, là nơi có nhiều cơ nên thuốc dễ tan.
- Khi tiêm xong phải để bệnh nhân nằm tại giường, để phòng tình trạng tụt huyết áp khi thay đổi tư thế.
- Tiêm xong phải theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và toàn trạng của bệnh nhân, phát hiện kịp thời các biến chứng để báo cáo cho bác sĩ xử trí.
- Thuốc tiêm cho bệnh nhân tâm thần thường là số lượng nhiều, nếu thuốc lâu tan sờ vào chỗ tiêm thấy cứng thì phải chườm nóng vào chỗ tiêm cho bệnh nhân, lần tiêm tiếp theo nên thay đổi vị trí tiêm cho phù hợp.
- Phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng trong khi tiêm để tránh abscess vùng tiêm. Thông thường bơm tiêm và kim tiêm chỉ dùng cho một lần tiêm.

3.3 Cho bệnh nhân tâm thần uống thuốc

- Phần lớn bệnh nhân tâm thần ngại uống thuốc, thường giấu thuốc một cách rất tinh vi như ở kẽ ngón tay, dưới lưỡi, khe lợi, ống tay áo, túi áo... cho nên phải có biện pháp kiểm tra bệnh nhân có uống thuốc thật sự không, đảm bảo nguyên tắc thuốc phải đủ liều và đến tận dạ dày của bệnh nhân.
- Thời gian quy định cho bệnh nhân uống thuốc thường là sau bữa ăn sáng, trưa và tối (lúc 19 giờ 30 phút). Thông thường bệnh nhân uống thuốc ngày 2 lần (buổi sáng và buổi tối).
- Khi cho bệnh nhân uống thuốc phải cho từng bệnh nhân uống một, không phát thuốc đồng loạt cho bệnh nhân uống cùng một lúc sẽ không kiểm tra được. Bệnh nhân uống thuốc xong phải kiểm tra miệng bệnh nhân (dưới lưỡi, khe lợi...) nếu thấy không còn thuốc thì mới cho bệnh nhân khác uống tiếp.
- Nếu bệnh nhân không tự uống được, phải hòa thuốc vào nước cho bệnh nhân uống.
- Khi bệnh nhân uống thuốc xong, dặn bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, không nên đi lại nhiều và theo dõi các diễn biến bất thường của bệnh nhân để báo cáo bác sĩ. Cấp thuốc điều trị cho bệnh nhân tâm thần

3.4. Hướng dẫn sử dụng thuốc cho bệnh nhân tâm thần điều trị ngoại trú

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần phải được điều trị ngoại trú tại nhà, thông thường liều thấp hơn ở bệnh viện.
- Khi bệnh nhân ra viện, phải dặn người nhà quản lý thuốc chặt chẽ và hàng ngày cho bệnh nhân uống thuốc đều đặn theo chỉ định của bác sĩ.
- Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân biết các tác dụng phụ của thuốc hoặc các biến chứng có thể xảy ra để có biện pháp theo dõi và báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân biết cách phát hiện và kiểm tra được bệnh nhân giấu thuốc hoặc vứt bỏ để có biện pháp đề phòng.

4. Các biến chứng có thể xảy ra khi sử dụng thuốc hướng thần cho người bệnh

4.1 Xuất hiện tác dụng không mong muốn của thuốc

- Xuất hiện mạch nhanh, huyết áp hạ, rối loạn thần kinh thực vật, bồn chồn bất an, táo bón, run tay chân, khó nuốt, tăng tiết nước bọt, tăng trương lực cơ.
- Biểu hiện dị ứng thuốc như mẩn đỏ, ngứa, mề đay.
- Có thể ngộ độc cấp hoặc xuất hiện hội chứng an thần kinh ác tính.
- Nếu sử dụng các thuốc an thần kinh kéo dài, có thể xuất hiện loạn động muộn.

4.2 Khi đã phát hiện được các biến chứng do dùng thuốc

- Phải kịp thời báo cáo cho bác sĩ biết để xử trí, có thể giảm thuốc hoặc cắt toàn bộ thuốc an thần đang sử dụng, có thể phải cho thêm các thuốc làm giảm tác dụng phụ.

4.3 Phòng các tai biến có thể xảy ra

- Dặn bệnh nhân nên nằm nghỉ tại giường sau khi dùng thuốc và uống thuốc sau khi ăn.
- Cần kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp thường xuyên. Nếu phát hiện bất thường phải báo cáo kịp thời cho bác sĩ xử trí.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HYSTERIA

* NỘI DUNG

1. Đại cương

Bệnh Hysteria là một bệnh loạn thần tâm căn khá phổ biến (y học hiện đại xếp hysteria vào nhóm bệnh tâm căn phân ly), bệnh được mô tả từ rất lâu. Bệnh thường xuất hiện sau một chấn thương tâm lý ở những người nhân cách yếu.

Tỷ lệ gặp ở 0,3 - 0,5% dân số, thường gặp ở nữ giới. Tần suất bệnh gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới khoảng 10 lần do phụ nữ trẻ có hệ thần kinh nhạy cảm, nhân cách yếu, thiếu sự chịu đựng thường dễ mắc bệnh. Đôi khi, bệnh cũng xuất hiện ở trẻ em được nuông chiều quá mức. Bệnh xảy ra đột ngột, biểu hiện đa dạng và sau đó, bệnh nhân lại bình thường.

Do đó, nhiều người vẫn nghi ngờ hysteria có thật sự là bệnh hay không. Triệu chứng bệnh đa dạng nên dễ lầm với bệnh cơ thể khác. Đặc điểm quan trọng là bệnh nhân rất dễ tự ám thị và bị ám thị lý kỳ hóa hiện tượng, kịch tính hóa, thích được mọi người chú ý.

Con hysteria xuất hiện khi hệ thần kinh cao cấp bị kích thích quá độ, làm mất sự điều chỉnh bình thường của hệ vỏ não cao cấp. Nói đến rối loạn tâm căn nói chung và rối loạn phân ly nói riêng chúng ta không chỉ đề cập tới các biểu hiện lâm sàng mà còn phải đề cập tới **nhân cách tiền bệnh lý** cũng như vai trò của các nhân tố tâm lý trong sự hình thành và phát triển của bệnh. Bệnh nhân khó thở, tay chân hơi lạnh và cứng là triệu chứng của bệnh Hysteria.

- Nhân cách tiền bệnh lý: nổi bật là các nét của một nhân cách kịch tính: Đó là một nhân cách dễ xúc động, đa cảm. Tính ám thị tăng cao. Thường gặp ở phụ nữ. Có thể do những khó khăn trong mối quan hệ giữa con người xảy ra sớm và thường được giải quyết dưới hình thái kịch tính. Tiến triển bệnh rất thay đổi. Các biến chứng có thể là: rối loạn chuyển di, rối loạn phân ly, rối loạn tình dục, rối loạn trầm cảm.

- Trong rối loạn phân ly, nhân cách có vai trò đặc biệt quan trọng.

2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân chủ yếu là các sang chấn tâm thần thường là những cảm xúc mạnh, lo sợ cao độ, tức giận quá mức, thất vọng nặng nề.....

- Bệnh thường xuất hiện ở những người có loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu.

3. Các hình thái lâm sàng: có 2 hình thái lâm sàng chính:

- Rối loạn chuyển di (rối loạn tâm căn với các biểu hiện cơ thể).

- Rối loạn phân ly (rối loạn tâm căn với các biểu hiện tâm thần).

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1 Rối loạn chuyển di (rối loạn tâm căn với các biểu hiện cơ thể)

4.1.1 Định nghĩa

Đó là kết quả của một nhu cầu hay của một xung đột tâm lý chuyển thành một sự biến đổi hay một sự hạn chế ngoài ý muốn (vô thức) ở một chức năng cơ thể, chứ không phải là hậu quả của một tổn thương thực thể.

4.1.2 Đặc điểm

- Thường gặp ở tuổi trưởng thành (nhưng cũng có thể xảy ra ở tuổi nhỏ và người già).
- Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là: 1/2.
- Tiền sử gia đình: thường gặp ở những gia đình có người có rối loạn phân ly.
- Thường gặp hơn trong tầng lớp xã hội - kinh tế kém, trình độ văn hoá thấp.

4.1.3 Nguyên nhân

**** Nguyên nhân sinh học***

- Một biểu hiện kích thích vỏ não thái quá, phát động các cơ chế ức chế của hệ thống thần kinh trung ương ở thân não, và hệ thống hoạt hoá của cấu tạo lưới.
- Khuynh hướng trên tăng ở các bệnh nhân có một chấn thương thùy trán hoặc có các rối loạn thần kinh khác.

**** Nguyên nhân tâm lý***

- Biểu hiện của một xung đột tâm lý vô thức bị đè nén. Có các nét nhân cách tiền bệnh lý, thường là nhân cách kịch tính.
- Xung động (tình dục hoặc xâm phạm) không được chấp nhận chuyển di thành triệu chứng. Các triệu chứng thường giống triệu chứng của một bệnh thực tổn có ở một trong số các thành viên của gia đình.

4.1.4 Các triệu chứng lâm sàng

**** Các cơn cấp: chiếm hơn 50%.***

- Có thể riêng biệt hoặc phối hợp với các biểu hiện khác.
- Cơn nói chung ngắn, liên quan trực tiếp với tình trạng xung đột (sang chấn).
- Biểu hiện thường gặp là:
 - + Các cơn co giật kiểu động kinh, kiểu uốn ván, kiểu múa giật...
 - + Các cơn ngất xỉu....
 - + Các cơn cảm xúc: ý thức chỉ rối loạn một phần (trạng thái hoàng hôn).

**** Các cơn kéo dài: có thể biểu hiện riêng rẽ hoặc kết hợp.***

► *Biểu hiện rối loạn vận động*

- Liệt mềm hay liệt cứng, ở vị trí khác nhau: một chi hay nhiều chi, liệt lên mức tối đa ngay).
- Rối loạn phát âm: nói khó, nói lắp, không nói nhưng cơ quan phát âm thì bình thường.
- Rối loạn đứng và đi.

- Co cứng cơ, co thắt cơ.
- Các cử động bất thường: gật đầu, lắc đầu, nháy mắt....gặp nhiều nhất là run, run không có hệ thống, càng chú ý run càng tăng.

► **Biểu hiện rối loạn về giác quan**

- Mù hysteria: mù đột ngột hoàn toàn. Đáy mắt và các chức năng khác của mắt vẫn bình thường..
- Điếc hysteria: cơ quan thính giác không thấy tổn thương, phản xạ thính-mi (+).

► **Biểu hiện rối loạn về cảm giác**

- Tê, mất cảm giác ở các vùng trên cơ thể không phù hợp với chi phối của thần kinh cảm giác (mất cảm giác hình găng tay, hình bít tất chân....), ranh giới vùng rối loạn cảm giác rất rõ ràng.
- Tăng cảm giác đau, ở các vị trí khác nhau.

► **Biểu hiện rối loạn thực vật nội tạng**

- Co thắt các cơ trơn và cơ vòng: khó thở, đau ngực, đau bụng, nhức đầu...
- Nấc: do co thắt môn vị.

4.2 Rối loạn phân ly (rối loạn tâm căn với các biểu hiện tâm thần)

4.2.1 Đặc điểm chung: Các rối loạn phân ly thường gặp:

- Quên phân ly.
- Con trốn nhà phân ly.
- Rối loạn nhiều nhân cách.
- Rối loạn giải thể nhân cách.

*** Quên phân ly**

- Gặp nhiều nhất trong các rối loạn phân ly.
- Thường xuất hiện sau một thảm họa hoặc sang chấn tâm lý trong chiến tranh.
- Nữ nhiều hơn nam.
- Thường ở thanh thiếu niên và người trẻ.
- Nguyên nhân: Khởi phát sau một sang chấn tâm lý.

► **Biểu hiện:**

- Một trí nhớ đột ngột.
- Bệnh nhân ý thức được sự mất trí nhớ này.
- Chứng quên tuổi thơ (không nhớ gì nữa về tuổi thơ).
- Quên chọn lọc (tập trung vào một số sự việc có liên quan đến sang chấn).
- Có thể có hồi ức hư cấu và bịa chuyện nhẹ.

► **Tiến triển:** Kết thúc đột ngột, ít tái phát.

*** Con trốn nhà phân ly**

- Hiếm.
- Thường gặp sau một thảm họa hoặc trong chiến tranh.
- Tỷ lệ mắc giữa nam và nữ và tuổi khởi phát thường thay đổi.
- Lạm dụng rượu là một nhân tố thuận lợi.

► Biểu hiện:

- Đột nhiên quên (phân ly) kết hợp với một chuyển di, bề ngoài có vẻ có mục đích, không lú lẫn, tự chăm sóc được, thường xa chỗ ở.
- Cũng có thể mất toàn bộ trí nhớ đối với các sự kiện của quá khứ và bệnh nhân không ý thức được về sự mất trí nhớ này.
- Có thể mang đặc tính cá nhân hoàn toàn mới, kỳ dị, thường trong vài ngày.
- Có thể có bối rối và rối loạn định hướng trong chuyến đi.

► Tiến triển:

- Con thường ngắn trong vài giờ, nhưng có thể kéo dài hàng tháng, đi rất xa chỗ ở.
- Phục hồi tự phát và nhanh chóng.
- Ít tái phát.

*** Rối loạn nhiều nhân cách**

- Không phải là hiếm như quan niệm trước đây.
- Thường gặp ở thanh thiếu niên và người trẻ.
- Nữ nhiều hơn nam. Nguyên nhân:
- Do những đối xử tâm lý quá xấu trong tuổi thơ ấu.
- Tiền sử có các rối loạn co giật, được thấy ở 25% trường hợp.
- Không có các nguyên nhân thực tổn.

► Biểu hiện:

- Tồn tại trên cùng một đối tượng nhiều nhân cách khác nhau, các hành vi và tư duy thay đổi phù hợp với nhân cách đang xuất hiện.
- Có sự chuyển đổi đột nhiên từ nhân cách này sang nhân cách khác.
- Nói chung đang ở nhân cách này thì quên nhân cách vừa diễn ra trước đó.

► Tiến triển:

- Thường nặng và có khuynh hướng mạn tính.
- Hồi phục không hoàn toàn.

*** Rối loạn giải thể nhân cách (Cảm giác cơ thể và tâm thần biến đổi).**

- Giải thể nhân cách đơn thuần và liên tục thì hiếm nhưng giải thể nhân cách từng giai đoạn cách quãng thì thường gặp.

- Hiếm thấy trên 40 tuổi.
- Thường gặp ở nữ.
- Nguyên nhân: Sau sang chấn tâm lý nặng. Những nhân tố thuận lợi: Các trạng thái lo âu, trầm cảm.
- Biểu hiện:
 - Cảm giác biến đổi về chính bản thân, về cơ thể và về hoạt động tâm thần, thấy không giống như trước nữa (thí dụ: đầu, tay, chân, các ngón, như quá lớn hay quá nhỏ).
 - Tri giác về thực tại còn nguyên vẹn.
 - Tri giác thời gian và không gian cũng bị biến đổi.
- Tiến triển: Khởi phát đột ngột, có khuynh hướng mạn tính

5. Điều trị

- Chủ yếu điều trị tâm lý (ám thị, thư giãn, thôi miên, nhận thức - tập tính...).
- Điều trị hoá dược là thứ yếu, chỉ áp dụng khi có các triệu chứng tâm thần quan trọng kết hợp với điều trị:
 - + Trầm cảm (các thuốc chống trầm cảm).
 - + Lo âu nhiều hay kéo dài thuốc giải lo âu trong một thời gian ngắn).
 - + Kích động, các biểu hiện loạn thần (an thần kinh).
- Đối với triệu chứng phân ly chuyển di riêng lẻ (tê, liệt, mù, câm...) chủ yếu dùng ám thị, khi thức có thể dùng thư giãn và khi thật cần thiết dùng thôi miên.
- Đối với các rối loạn phân ly đa dạng hay tái phát, phải điều trị tâm lý lâu dài, thiết lập mối quan hệ thông cảm, liệu pháp nâng đỡ, thư giãn luyện tập...
- Tránh chiều chuộng bệnh nhân, đồng thời tránh nghi ngờ, mềm dẻo nhưng cương quyết, luôn chú trọng bồi dưỡng nhân cách người bệnh.

6. Chăm sóc bệnh nhân: khi chăm sóc người bị bệnh hysteria, điều dưỡng nên có thái độ ứng xử thích hợp.

- Trang phục, lời nói, việc làm của nhân viên y tế phải thật đúng mực để tác động tích cực tới liệu pháp tâm lý của bác sĩ.
- Tuyệt đối không được coi thường bệnh nhân nhất là cho bệnh nhân bị bệnh giả vờ, từ đó mà có thái độ chế giễu, bỏ rơi, hắt hủi. Tránh thái độ quá lo lắng, quá sốt sắng chiều chuộng hoặc theo dõi quá chặt làm bệnh nhân tưởng mình bị bệnh quá nặng.
- Khi tiếp xúc với bệnh nhân thì phải nghiêm túc nhưng niềm nở, ân cần, chu đáo nhưng tự tin, không ủy mị làm ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh.
- Để người bệnh nằm trên giường rộng, tránh bị ngã khi xoay trở. Tránh nằm gần những vật cứng, dễ vỡ. Nơi nằm nên có không khí thoáng mát.
- Giải thích, trấn an cho bệnh nhân và khuyên họ hít thở đều.

- Nếu mọi việc qua đi an toàn và đã được kiểm soát tốt, điều dưỡng chỉ cần hướng dẫn thân nhân bệnh nhân cách chăm sóc người bệnh tại nhà.
- Nếu cơn kéo dài, nhắc nhở người nhà cần đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất để được chăm sóc tốt hơn. Tại đây, người bệnh được điều trị bằng các liệu pháp tâm lý, trợ giúp thở ô-xy, điều chỉnh các bệnh nền phối hợp nếu có, dùng thêm các loại thuốc an thần.
- Tạo điều kiện để bệnh nhân lao động và vui chơi giải trí hòa mình vào tập thể xung quanh, đồng thời luôn gần gũi thân mật để hiểu được hoàn cảnh và diễn biến tâm lý của bệnh nhân để cung cấp thêm tư liệu cho bác sĩ điều trị.
- Khi bác sĩ đang tiến hành liệu pháp tâm lý trực tiếp, điều dưỡng phải có mặt để bệnh nhân yên tâm, tin tưởng tiếp thu tốt lời nói của bác sĩ điều trị.
- Điều dưỡng viên phải tỏ ra hết sức tôn trọng thầy thuốc như: thực hiện y lệnh đầy đủ, chính xác và kịp thời, lời nói, cử chỉ nhẹ nhàng, lịch thiệp, phối hợp ăn khớp với thầy thuốc.
- Trường hợp bệnh nhân có chỉ định thư giãn luyện tập thì phải hướng dẫn cụ thể, tỉ mỉ để bệnh nhân tiếp thu dễ dàng và luyện tập thành công.
- Cần bồi dưỡng, giáo dục, nâng đỡ nhân cách bệnh nhân.

7. Phòng bệnh

- Phòng bệnh bằng phối hợp giảng dạy tâm lý và chăm sóc sức khỏe học đường, cân đối áp lực học tập, vui chơi, làm việc, nghỉ ngơi, loại trừ các yếu tố gây căng thẳng.
- Tuyên truyền hướng dẫn các bậc phụ huynh biết cách giáo dục và rèn luyện con cái để có nhân cách vững mạnh, có nhiều đức tính tốt như biết chịu đựng gian khổ, không ngại khó khăn, khiêm tốn, sống có lý tưởng, biết kiềm chế bản thân.
- Trong gia đình và xã hội, mỗi thành viên phải thương yêu nhau, sống chân thành, cởi mở và tôn trọng lẫn nhau. Phòng tránh mọi sang chấn tâm thần có thể xảy ra.
- Rèn luyện thân thể, giải quyết các bệnh mãn tính.....cơ thể khỏe mạnh là điều kiện tốt để phòng chống các sang chấn tâm thần.
- Bệnh nhân bị bệnh hysteria hồi phục nhanh, nhưng bệnh dễ tái phát khi tiếp cận với những hoàn cảnh tương tự. Muốn cải thiện, người bệnh cần tập tính chịu đựng, tập luyện nhân cách vững vàng trong các môi trường khác nhau.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

* NỘI DUNG

1. Đại cương

Tâm thần phân liệt được dịch từ chữ Schizophrenia có nghĩa là chia cắt các hoạt động tâm thần, hoạt động tâm thần của bệnh nhân không hoà hợp, không thống nhất. Đây là một bệnh loạn thần nặng, tiến triển từ từ có khuynh hướng mạn tính, căn nguyên chưa rõ, nhân cách của người bệnh bị biến đổi theo kiểu phân liệt, làm cho người bệnh tách dần ra khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, làm cho tình cảm của người bệnh trở nên khô lạnh, học tập và làm việc sút kém.

Bệnh này đã được các nhà tâm thần học biết đến từ thời xa xưa. Từ năm 1857, tác giả R. Morel (người Pháp) gọi là bệnh mất trí sớm, trong gần một thế kỷ qua, các nhà tâm thần học trên toàn thế giới đã tập trung nghiên cứu về bệnh này vì đây là loại bệnh tâm thần nặng và phức tạp nhất trong các rối loạn tâm thần.

Bệnh có một số đặc điểm sau: người bệnh mất thống nhất trong hoạt động tâm thần, mất dần liên hệ với xung quanh, cảm xúc ngày càng khô lạnh, tư duy lệch lạc trầm trọng, hành vi kỳ dị khó hiểu.

Tuổi phát sinh chủ yếu ở lứa tuổi từ 18 - 40.

Dịch tễ: theo một số tác giả cho thấy, ở Việt Nam có tỷ lệ khoảng 0,7% dân số, thế giới khoảng từ 0,3 đến 1% dân số.

2. Nguyên nhân

Cho đến nay nguyên nhân chính của bệnh tâm thần phân liệt vẫn còn chưa được xác định rõ, đa số các nhà tâm thần học trên thế giới chấp nhận cho rằng đây là một loại bệnh không phải có một thể duy nhất mà có nhiều thể lâm sàng khác nhau. Hiện nay, tồn tại một số quan điểm cho rằng có thể có nhiều giả thuyết như do di truyền gặp từ 30 đến 40% nếu cả bố và mẹ bị bệnh tâm thần phân liệt, nguyên nhân sinh học là những yếu tố nội sinh như rối loạn chuyển hoá các chất môi giới hoá học thần kinh như dopamin, cathecolamin, serotonin, GABA, andopin...

Môi trường tâm lý xã hội cũng ảnh hưởng rất lớn, bệnh nhân mất khả năng thích ứng với các Stress tâm lý xã hội, rối loạn cấu trúc và xung đột gia đình, các biến đổi văn hoá tuy không phải là nguyên nhân nhưng cũng góp phần thúc đẩy bệnh phát sinh và phát triển.

3. Triệu chứng lâm sàng

Các rối loạn phân liệt có đặc điểm chung là sự rối loạn cơ bản và đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc không thích hợp hay cùn mòn, ý thức của bệnh nhân còn rõ ràng và năng lực trí tuệ còn được duy trì mặc dù có một số thiếu sót về nhận thức có thể xuất hiện trong quá trình tiến triển.

Các nhóm triệu chứng có tầm quan trọng đặc biệt và thường đi với nhau là:

- Tư duy vang thành tiếng, bị đánh cắp, bị phát thanh.

- Hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối.
- Có các ảo thanh thường xuyên bình phẩm về bệnh nhân, có thể xuất phát từ một bộ phận nào đó của cơ thể.
- Có các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hoá và hoàn toàn không thể có được (ví dụ: bệnh nhân cho rằng mình có khả năng tiếp xúc với người ngoài hành tinh, có khả năng làm thay đổi thời tiết...).
- Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào có khi kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh.
- Tư duy gián đoạn, hay thêm từ khi nói, ngôn ngữ không liên quan, không thích hợp và ngôn ngữ bịa đặt.
- Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng, uốn sấp, phủ định, sững sờ.
- Có các triệu chứng âm tính: vô cảm, ngôn ngữ nghèo nàn, học tập kém, lao động giảm sút.
- Biến đổi không thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính cá nhân như mất những sở thích cũ, lười nhác, mải mê suy nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.
- Trí tuệ còn được duy trì, ý thức còn rõ ràng.

Các triệu chứng trên phải tồn tại trên một tháng khi đó mới cho phép chẩn đoán tâm thần phân liệt.

4. Điều trị

Đây là bệnh phải điều trị lâu dài, điều trị tấn công tại bệnh viện và điều trị duy trì tại gia đình, kết hợp dùng thuốc với liệu pháp lao động và tái thích ứng xã hội.

► Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng là chủ yếu.
- Cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị (hoá dược liệu pháp, tâm lý liệu pháp, liệu pháp lao động và tái thích ứng xã hội v.v...).
- Phát hiện sớm, can thiệp sớm, điều trị tích cực cơn loạn thần đầu tiên, tiếp tục điều trị duy trì, quản lý và phục hồi chức năng cho bệnh nhân tại gia đình và cộng đồng
- Phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc bệnh nhân, phát hiện kịp thời các yếu tố thúc đẩy bệnh tái phát, tác động tâm lý tốt với bệnh nhân...
- Chăm sóc bệnh nhân lâu dài, đảm bảo cơ thể khoẻ mạnh.

4.1. Liệu pháp tâm lý

- Tiếp xúc với người bệnh với thái độ thông cảm, nâng đỡ, không mặc cảm, không coi thường hay tránh né, khiếp sợ bệnh nhân.
- Giải quyết những nhu cầu và những mâu thuẫn của người bệnh tại gia đình và cộng đồng.

- Giúp đỡ gia đình và người bệnh trong điều trị cơn cấp tính của bệnh tâm thần phân liệt.
- Tổ chức sinh hoạt nhóm gia đình bệnh nhân để biết cách quản lý, cho bệnh nhân uống thuốc, chăm sóc người bệnh, phát hiện sớm dấu hiệu tái phát để can thiệp sớm.
- Sử dụng liệu pháp hành vi để phòng ngừa các rối loạn chức năng.
- Liệu pháp tâm lý hỗ trợ để giúp đỡ bệnh nhân trong cuộc sống hàng ngày.
- Tổ chức hệ thống cửa mở trong bệnh viện tránh giam giữ đến mức tối đa, tổ chức bệnh viện ban ngày tại cộng đồng.

4.2 Liệu pháp lao động và tái thích ứng xã hội

- Nhằm phục hồi lại các chức năng lao động và nghề nghiệp mà bệnh nhân đã mất đi trong khi bị bệnh.
- Hướng dẫn bệnh nhân hoạt động ở mức độ mà khả năng của họ cho phép đạt được để xây dựng lòng tin. Từng bước nâng cao mức độ hoạt động theo khả năng cao nhất mà họ không cảm thấy căng thẳng.
- Phục hồi chức năng nghề nghiệp.
- Tái hoà nhập vào gia đình và cộng đồng.

4.3. Liệu pháp hoá dược

- Liệu pháp hoá dược là liệu pháp thông dụng nhất và có hiệu lực nhất trong điều trị các trạng thái loạn thần cấp và chống lại xu hướng mạn tính hoá và tái phát của bệnh, dựa trên nguyên tắc: chọn thuốc phù hợp với triệu chứng lâm sàng, dùng thuốc thích hợp với từng trạng thái cơ thể, chú ý phụ nữ có thai, người già, người cho con bú, hạn chế tối đa sự kết hợp nhiều thuốc an thần cùng một lúc. Theo dõi chặt chẽ, phát hiện kịp thời các tác dụng phụ, biến chứng, bệnh cơ thể và tình trạng nhiễm độc.

- Nguyên tắc sử dụng các thuốc chống loạn thần:

- + Chỉ định phù hợp và loại trừ các trường hợp chống chỉ định.
- + Lựa chọn đúng thuốc, đúng liều cho từng người bệnh và từng thể bệnh.
- + Chia liều thích hợp trong ngày, tốc độ tăng liều nhanh hay chậm tùy thuộc từng người bệnh.
- + Kiểm tra các thông số sinh lý của bệnh nhân, theo dõi và xử trí các tác dụng không mong muốn của thuốc.
- + Giảm liều từ từ, phối hợp điều trị duy trì bằng thuốc với giáo dục cho gia đình biết quản lý thuốc và cho bệnh nhân uống thuốc đều hàng ngày.

- Các thuốc an thần kinh điển hình thường được sử dụng là:

<i>Thuốc</i>	<i>Liều trung bình</i>
Aminazin:	50 – 600 mg/ngày.
Tisercin:	24 – 600mg/ngày.
Haloperidol:	2 – 20mg/ngày.

Melleril: 25 – 100mg/ngày.

- Các thuốc an thần kinh không điển hình thường được sử dụng là:

Thuốc	Liều trung bình

Solian:	50 – 200mg/ngày.

Clozapin:	75 – 125mg/ngày.

Risperidone:	1 – 6 mg/ngày.

Olanzapin:	5 – 20 mg/ngày.

- Kết hợp các thuốc hướng thần khác để làm giảm lo âu, trầm cảm:

Thuốc	Liều trung bình

Seduxen:	5 – 20 mg/ngày.

Promethazin:	50 – 100 mg/ngày.

Amitriptylin:	25 – 50 mg/ngày.

4.4. Liệu pháp sốc điện

- Chỉ định: bệnh nhân trong tình trạng trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát, các trạng thái căng trương lực sững sờ, không chịu ăn, kích động, hoang tưởng, ảo giác điều trị lâu ngày kháng thuốc.

- Cần khám lâm sàng và cận lâm sàng thận trọng để loại trừ các trường hợp chống chỉ định.

5. Chăm sóc bệnh nhân

5.1. Nhận định triệu chứng

- Giai đoạn cấp tính: tùy thể lâm sàng mà có các triệu chứng khác nhau, người bệnh hưng phấn tâm lý, kích động, căng trương lực bất động, tự kỷ, thiếu hoà hợp, trầm cảm có hoang tưởng bị tội dẫn tới hành vi tự sát. Ở giai đoạn này thông thường bệnh nhân phủ định bệnh không chấp nhận điều trị và tìm cách trốn viện.

- Giai đoạn thuyên giảm: các triệu chứng lâm sàng trên không còn điển hình nữa, bệnh nhân có thể tiếp xúc được, tác phong hài hoà hơn nhưng vẫn chưa hoàn toàn ổn định, đôi khi vẫn có những biểu hiện kỳ dị khó hiểu, nói chung ở giai đoạn này bệnh nhân ăn được, ngủ được, ý thức được bệnh của mình và tự giác uống thuốc.

- Giai đoạn ổn định: các triệu chứng ở giai đoạn cấp giảm nhiều, bệnh nhân ý thức được bệnh của mình, tiếp xúc tốt, sinh hoạt trở lại gần như bình thường, một số bệnh nhân trở lại làm việc như cũ tuy vẫn phải uống thuốc duy trì.

Một số bệnh nhân mạn tính điều trị tuy ổn định nhưng không làm được việc như cũ, sống phụ thuộc vào gia đình, đôi khi có biểu hiện bất thường về tính cách nhưng nếu duy trì uống thuốc đều thì lại ổn định.

Một số bệnh nhân bị bệnh lâu năm hoặc không được điều trị chu đáo dẫn đến giai đoạn cuối là sa sút trí tuệ, sống cuộc sống bản năng.

5.2. Nhận định bệnh nhân

- Bệnh nhân có hội chứng hoang tưởng, ảo giác (Hội chứng Paranoid).
- Bệnh nhân có hội chứng hưng cảm (nói nhiều hay đi lại nhiều).
- Bệnh nhân kích động làm ồn ào bệnh phòng.
- Bệnh nhân căng trương lực, không chịu ăn.
- Bệnh nhân tự kỷ thiếu hòa nhập.
- Bệnh nhân có hội chứng trầm cảm.

5.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Bệnh nhân có hội chứng hoang tưởng, ảo giác

- Theo dõi sát các hoang tưởng ảo giác, báo cáo bác sĩ để có hướng xử trí kịp thời, làm cho bệnh nhân mất dần các hoang tưởng ảo giác.
- Thực hiện đầy đủ y lệnh của bác sĩ như cho bệnh nhân uống thuốc, tiêm thuốc.
- Chú ý đến các bệnh nhân không chịu ăn do hoang tưởng ảo giác chi phối, cho ăn qua sonde mũi-dạ dày hay qua đường truyền tĩnh mạch.

5.3.2. Bệnh nhân có hội chứng hưng cảm (nói nhiều hay đi lại)

- Thực hiện thuốc theo y lệnh. - Giải thích hợp lý làm cho bệnh nhân tin tưởng và nghe lời.
- Hướng dẫn bệnh nhân vào những việc lao động, vui chơi giải trí để bệnh nhân đỡ nói nhiều và bớt đi lại.

5.3.3. Bệnh nhân kích động làm ồn ào bệnh phòng

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ, chú ý theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ sau khi tiêm để đề phòng tai biến của thuốc.
- Những bệnh nhân kích động mạnh phải cho nằm phòng cách ly riêng để tránh ảnh hưởng tới những bệnh nhân khác, với chế độ chăm sóc đặc biệt, trong phòng bệnh chỉ trang bị những dụng cụ thật cần thiết cho sinh hoạt như giường nằm, chiếu, chăn màn.
- Những bệnh nhân đã ổn định cho nằm buồng chung, chăm sóc bệnh nhân về vệ sinh, ăn uống, trang phục, giúp đỡ bệnh nhân tái thích ứng với xã hội.
- Thực hiện đúng, kịp thời y lệnh, chuẩn bị thuốc, máy sốc điện và các phương tiện cấp cứu.
- Dùng liệu pháp tâm lý: giải thích hợp lý đối với những bệnh nhân kích động phản ứng.

5.3.4. Bệnh nhân căng trương lực, không chịu ăn

- Chuẩn bị sốc điện cho bệnh nhân.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh bác sĩ.
- Cho bệnh nhân ăn qua sonde mũi-dạ dày.
- Truyền dịch theo y lệnh: Glucose 20% hay NaCl 0,9%.
- Đề phòng loét, mưng mủ cho bệnh nhân nằm lâu.

5.3.5. Bệnh nhân tự kỷ thiếu hòa nhập

- Thực hiện thuốc theo y lệnh bác sĩ.
- Hướng dẫn bệnh nhân lao động, vui chơi giải trí, vệ sinh thân thể.

5.3.6. Bệnh nhân có hội chứng trầm cảm

- Báo cáo ngay với bác sĩ khi bệnh nhân có các biểu hiện bất thường để có hướng xử trí kịp thời.
- Thực hiện y lệnh thuốc chống trầm cảm.
- Loại bỏ những đồ dùng, những vật có nguy cơ bệnh nhân lấy làm phương tiện để tự sát như dây, dao, chai, lọ, hệ thống điện phải ở trên cao.....
- Theo dõi sát bệnh nhân, gần gũi tiếp xúc bệnh nhân để phát hiện những ý tưởng hành vi tự sát.
- Động viên, giải thích cho bệnh nhân.
- Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ để sốc điện.
- Chăm sóc dinh dưỡng, vệ sinh thân thể cho bệnh nhân.

5.4. Đánh giá: việc chăm sóc được coi là có kết quả khi:

- Các triệu chứng giảm và hết, bệnh nhân tiếp xúc và sinh hoạt bình thường.
- Chấp hành tốt nội quy bệnh phòng, có thể trở lại làm việc được, người bệnh ý thức rõ được bệnh của mình, tự giác dùng thuốc, thực hiện tốt các liệu pháp điều trị.

6. Phòng bệnh

- Rèn luyện nhân cách để thích ứng với môi trường và xã hội.
- Theo dõi những người có yếu tố di truyền để phát hiện sớm điều trị kịp thời. Những người đã bị bệnh cần được điều trị liên tục có hệ thống gia đình.
- Loại trừ các sang chấn tâm thần tại cộng đồng và gia đình tránh yếu tố gây tái phát.
- Phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động nghề nghiệp tại cộng đồng.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH

* NỘI DUNG

1. Khái niệm

Động kinh là tình trạng bệnh lý với sự tái diễn của nhiều cơn biểu hiện bằng các cơn giật cơ đột ngột hoặc biến đổi trạng thái ý thức hoặc rối loạn hoạt động của hệ thần kinh thực vật. Đó là một hội chứng phức tạp bao gồm nhiều mặt biểu hiện trên lâm sàng và trên xét nghiệm phản ánh một quá trình tổn thương kích thích ở não. Có nhiều nguyên nhân khác nhau có thể gây ra cơn động kinh. Bệnh động kinh là sự tái diễn của các cơn động kinh một cách có chu kỳ với tính chất định hình của các cơn động kinh. Trong thực tế động kinh thường là triệu chứng của bệnh tiềm ẩn hoặc của rối loạn chuyển hoá. Điện não đồ - Một phương pháp hỗ trợ chẩn đoán bệnh động kinh.

2. Sinh bệnh học

Cơn động kinh thường xảy ra khi các tế bào não bị kích thích quá độ về mặt sinh lý và sinh hoá. Một số tế bào bất thường ở não có thể phát sinh ra các kích thích đó đột ngột hoặc thường xuyên, có khi làm xuất hiện cơn động kinh cũng có khi không gây động kinh.

Người ta gọi các tế bào bất thường đó là ổ động kinh và có thể ghi EEG để phát hiện các ổ này. Một ổ gây động kinh có thể là hậu quả của chấn thương sản khoa, chấn thương sọ não, u não, chảy máu não hoặc viêm màng não. Một số trường hợp tuy không bị chấn thương hoặc không có bệnh gì cấp tính trước khi xảy ra cơn động kinh thì có thể do rối loạn sinh hoá hoặc chuyển hoá bao gồm bệnh tiểu đường, bệnh thoái hoá, rối loạn nội tiết, khuyết tật di truyền (gen) hoặc thiếu hụt dinh dưỡng.

Nếu không tìm được nguyên nhân gây bệnh người ta gọi đó là động kinh nguyên phát. Các cơn động kinh có thể xảy ra nhiều lần nhắc lại nhưng có khi chỉ xảy ra trong thời điểm nhất định.

Các cơn xảy ra một cách đơn độc hoặc không tái diễn thường gặp ở những trường hợp bệnh nặng với sự rối loạn chuyển hoá trong cơ thể người bệnh hoặc ở các trẻ nhỏ bị sốt cao (cơn giật do sốt cao).

Các cơn tái diễn thường xuất hiện khi có biến đổi sinh lý hoặc có một yếu tố gây bệnh nhất định nào đó như thiếu ngủ, cảm xúc mạnh, uống rượu, kích thích thị giác hoặc tăng cường thở sâu, tuy nhiên nhiều khi không xác định được các yếu tố điều kiện này (các yếu tố thuận lợi).

3. Phân loại động kinh

Có hai nhóm lớn là động kinh toàn bộ và động kinh cục bộ. Trong động kinh toàn bộ có thể phân biệt ra động kinh toàn bộ nguyên phát và động kinh toàn bộ thứ phát. Dưới đây là bảng phân loại đã được Tổ chức y tế Thế giới công nhận năm 1981:

3.1 Động kinh toàn bộ (có cơn giật hoặc không có cơn giật)

- Động kinh cơn lớn (cơn cơn giật).
- Động kinh cơn nhỏ (động cơn cơn vắng ý thức điển hình hoặc không điển hình).

- Động kinh giật cơ.
- Động kinh cơn trương lực.
- Động kinh cơn mất trương lực.
- Động kinh cơn giật.

3.2 Động kinh cục bộ toàn bộ thứ phát

3.3 Động kinh cục bộ

- Động kinh cục bộ với triệu chứng đơn sơ.
- Động kinh cục bộ với triệu chứng phức tạp.
- Các triệu chứng có thể biểu hiện trên các mặt: vận động, cảm giác cơ thể, cảm giác đặc biệt, tâm thần, thực vật, tự động (chỉ riêng đối với động kinh cục bộ phức tạp).

3.4 Động kinh chưa phân loại được

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1 Động kinh toàn bộ

- Thuật ngữ toàn bộ có ý nghĩa là trong loại động kinh này toàn bộ não và toàn bộ cơ thể bị xâm phạm.
- Trong động kinh toàn bộ có: động kinh cơn lớn (cơn co giật), động kinh cơn nhỏ (cơn vắng ý thức), động kinh co thắt trẻ em, động kinh giật cơ và động kinh mất trương lực.

4.1.1. Động kinh cơn lớn

- Bao gồm một loạt hiện tượng xảy ra trong vài phút.

Khởi đầu người bệnh mất ý thức đột ngột và lâm vào trạng thái co cứng các cơ (giai đoạn co cứng cơ).

Các chi trên co gập, chi dưới duỗi, đầu ngửa ra sau.

Có thể trong lúc co cứng các cơ hô hấp người bệnh sẽ phát ra một tiếng kêu to, do không khí trong lồng ngực bị tổng mạnh ra ngoài theo đường thở bị co thắt hẹp lại.

Cũng trong lúc này xảy ra một giai đoạn ngừng thở ngắn làm cho người bệnh bị tím tái cho tới khi thôi co cứng và chuyển sang các động tác giật (giai đoạn co giật), xen kẽ co và duỗi các cơ, hệ thần kinh thực vật bị kích thích gây tăng tiết nhiều nước bọt. Đại tiện tiện tự động có thể xảy ra.

Sau cùng nhịp độ của các động tác co giật giảm dần rồi rồi các cơ bắt đầu duỗi.

Vài phút tiếp theo người bệnh dần dần phục hồi ý thức nhưng cũng có thể còn lú lẫn nhưng thường là ngủ thiếp đi.

- Cơn lớn xảy ra có thể đưa tới nhiều nguy cơ tai biến cho bệnh nhân.

Lúc khởi phát cơn, người bệnh có thể ngã bất kỳ đâu và sẽ bị chấn thương.

Trong giai đoạn co giật, đầu và tứ chi cũng có thể bị chấn thương do va chạm vào các vật cứng. người bệnh có thể cắn phải lưỡi.

Trầm trọng nhất là các cơn động kinh không dứt hẳn và cơn nọ kế tiếp cơn kia đưa người bệnh vào trạng thái động kinh (động kinh liên tục).

Não sẽ bị thiếu oxy rồi loạn hô hấp có thể dẫn đến tử vong.

4.1.2. Động kinh cơn nhỏ

- Thường thể hiện bằng các cơn vắng ý thức và hay gặp ở lứa tuổi học sinh.

Mặc dầu đây là các cơn động kinh toàn bộ nhưng thực tế là cơn nhỏ, nên có khi không phát hiện được nếu không chú ý theo dõi. Bệnh nhi thường mất ý thức trong vài giây và cũng không bị ngã.

Khi cơn xảy ra trẻ ngừng hoạt động (ngừng nói, ngừng viết,...) nhưng rất nhanh chóng vài giây sau khi qua cơn trẻ lại tiếp tục các động tác còn bỏ dở khi trước mà không hề hay biết gì về việc mới xảy ra.

Trong một ngày có thể xảy ra nhiều lần như vậy.

4.1.3. Động kinh co thắt ở trẻ em

- Thường gặp ở trẻ dưới hai tuổi.

Đây là những cơn động kinh toàn bộ thể hiện dưới dạng các cơn co thắt gấp gây gục đầu hoặc gấp thân có thể kèm theo hoặc không kèm theo các động tác co giật.

Các cơ co thắt gấp như vậy xảy ra chớp nhoáng, có khi thành từng chập (nhiều cơn liên tiếp).

Nói chung bệnh nhi vẫn có thể lớn lên nhưng phần đông bị chậm phát triển tâm trí và khi lớn lên sau này có thể xuất hiện các động kinh khác.

4.1.4 Động kinh cơn co giật

- Loại động kinh này thường hiếm với các biểu hiện lâm sàng là những giai đoạn ngắn ngủi co các cơ ở toàn cơ thể hoặc ở một hay hai chi.

- Người bệnh thường mất ý thức rất ngắn và có thể bị ngã lúc xảy ra co giật. Các cơ bị co nhẹ hoặc nặng trong cơn. Bệnh này có thể gặp ở mọi người.

4.1.5 Động kinh cơn mất trương lực

- Loại động kinh này cũng khá hiếm với biểu hiện người bệnh đột ngột bị mất trương lực cơ toàn cơ thể làm cho người bị ngã gục do đó có thể bị thương khi xảy ra cơn.

4.2 Động kinh cục bộ

4.2.1 Động kinh cục bộ với triệu chứng đơn sơ

- Tùy theo ổ vị trí động kinh khu trú ở diện vận động hoặc cảm giác ở vỏ não người bệnh sẽ có những biểu hiện cụ thể trên lâm sàng, ví dụ co giật một tay hoặc tê bì ở một chi.

Đôi khi hiện tượng co giật đó đi từ một nhóm cơ này sang một nhóm cơ khác rồi lan toả đến toàn bộ cơ thể (cơn động kinh Bravais-Jackson) thậm chí sau đó lan sang nửa người bên đối diện.

4.2.2 Động kinh cục bộ với triệu chứng phức tạp

- Loại động kinh này có tên gọi là thái dương hoặc động kinh tâm thần vận động. Thường ổ động kinh khu trú tại thùy thái dương.

Biểu hiện lâm sàng khá phức tạp, ví dụ: người bệnh có thể có động tác định hình như nhai, xoay tay hoặc nghiêng răng,... trong lúc có cơn tự động đó người bệnh thường bị rối loạn ý thức và không hay biết gì về các động tác mình đang làm, sau đó cũng không nhớ lại được.

Có khi trong cơn người bệnh chợt ngửi thấy một mùi khó chịu hoặc như cảm thấy một vị gì kỳ lạ hoặc như nghe thấy một âm thanh nào đó (âm thanh đó không hề có thực bên ngoài). Đồng thời người bệnh còn có thể thấy vô cùng lo âu hoặc sợ hãi và rối loạn về nhận thức thực tế xung quanh bản thân (cảm tưởng đã thấy rồi hoặc cảm tưởng chưa thấy bao giờ).

Các động kinh cục bộ phức tạp có thể có triệu chứng báo trước (cơn gió thoảng qua) về mất thị giác, thính giác hoặc khứu giác. Cơn động kinh cục bộ phức tạp cũng chỉ kéo dài vài phút nhưng sau đó người bệnh thường bị lú lẫn vài phút hoặc có khi vài giờ.

5. Xử trí - điều trị

- Cơ bản là thuốc chống động kinh. Có nhiều loại để sử dụng cho nhiều loại động kinh khác nhau như: Barbituric, Hydatoxin, Seduxen, Depakine,...

- Thuốc điều trị động kinh cần được uống nhiều lần trong ngày, liều lượng chia làm 2-3 lần. Liều lượng thuốc được tính theo cân nặng cơ thể, tuổi và nhất là căn cứ vào thể lâm sàng.

- Khi xảy ra cơn động kinh liên tục cần phải sử dụng thuốc chống động kinh theo đường tĩnh mạch.

- Thầy thuốc điều trị là người quyết định điều chỉnh tăng hoặc giảm liều lượng thuốc.

- Người bệnh động kinh thường được theo dõi chặt chẽ về tác dụng của thuốc đặc biệt chú ý tới các chức năng máu, gan, thận và luôn cảnh giác với các tai biến có thể xảy ra như ngộ độc, dị ứng, viêm gan, viêm thận,...

- Dùng thuốc là để kiểm soát cơn động kinh giúp cho người bệnh vẫn đảm bảo được đời sống bình thường hàng ngày trong gia đình và xã hội. Như vậy trong khi điều trị người bệnh vẫn có thể tham gia lao động sinh hoạt bình thường, trẻ em vẫn có thể vui chơi học tập như những trẻ em khác.

6. Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân

6.1 Trong cơn động kinh

- Đặt người bệnh nơi an toàn để phòng mọi va chạm trong lúc người bệnh lên cơn động kinh.

- Theo dõi mọi giai đoạn diễn biến của người bệnh trong cơn động kinh.

- Nói lỏng các dây nịt, dây thắt lưng cho người bệnh dễ thở.

- Đặt người bệnh nằm ngửa, nghiêng đầu một bên để đàm dãi dễ thoát ra ngoài, đặt cây đè lưỡi có quần gạc giữa hai hàm răng để phòng cắn vào lưỡi, không cho người bệnh ăn uống bất cứ thứ gì.
- Có thể đỡ người bệnh khỏi ngã nhưng không nên đè giữ hoặc chống lại các động tác co giật của người bệnh trong lúc lên cơn động kinh.
- Chờ khi qua cơn sẽ đặt người bệnh sang thế nằm nghiêng, lau hút sạch đàm dãi, quan sát cơ thể người bệnh xem có tổn thương hay không. Theo dõi cho tới khi người bệnh tỉnh lại hoàn toàn. Để phòng trong giai đoạn lú lẫn trước khi tỉnh lại người bệnh có thể bị vật vã hoặc kích động.
- Thực hiện các y lệnh điều trị đầy đủ cho bệnh nhân.

6.2. Ngoài cơn động kinh

- Điều dưỡng phụ giúp bác sĩ thăm khám người bệnh tại phòng khám hoặc trong buồng bệnh.
- Lấy bệnh phẩm làm các xét nghiệm theo y lệnh của bác sĩ.
- Đưa người bệnh đi làm các X quang, EGG,...
- Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi tác dụng phụ hoặc tai biến khi dùng thuốc.
- Theo dõi các sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân: ăn uống, ngủ, nghỉ, vệ sinh cá nhân,.....
- Theo dõi diễn biến của bệnh ghi chép đầy đủ vào hồ sơ, ví dụ: giờ xảy ra cơn động kinh, địa điểm, đặc điểm của cơn co giật hoặc các hiện tượng khác của động kinh, thời gian, diễn biến sau cơn, các yếu tố có liên quan như người bệnh mệt, sốt, thiếu ngủ, đói,...
- Luôn luôn động viên nâng đỡ người bệnh về mặt tâm lý.

6.3 Cơn động kinh liên tục

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trên giường, có khung chắn và hạn chế cử động bằng dây to bản bảo vệ người bệnh khỏi bị té, ngã.
- Lấy dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện các y lệnh điều trị: thuốc, xét nghiệm đầy đủ nhanh chóng, chính xác.
- Cho người bệnh tiêu tiện tại giường, vệ sinh sạch sẽ, ngừa loét.
- Theo dõi các diễn biến của cơn theo thời gian, ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án.
- Không cho ăn uống trong lúc còn cơn động kinh liên tục.
- Cho thở oxy theo chỉ định của bác sĩ.
- Theo dõi sát người bệnh cho tới khi tỉnh hoàn toàn.
- Động viên gia đình người bệnh yên tâm trong quá trình điều trị người bệnh trong cơn động kinh liên tục.

7. Giáo dục sức khỏe

7.1. Lúc nằm viện

► Gia đình

- Biết động viên an ủi bệnh nhân an tâm điều trị.
- Kết hợp cùng với nhân viên y tế theo dõi sát bệnh nhân, phát hiện ngay khi bệnh nhân lên cơn, tránh té ngã nguy hiểm cho bệnh nhân.
- Khi bệnh nhân lên cơn báo ngay cho nhân viên y tế.
- Biết cách chăm sóc cho bệnh nhân khi lên cơn: đỡ bệnh nhân tránh té ngã, cho nằm xuống mặt phẳng, dùng gạc chêm giữa hai hàm răng, đầu nghiêng qua một bên, giữ lỏng bệnh nhân, không nên cố gắng cột hoặc giữ chặt bệnh nhân.
- Báo cho bác sĩ hoặc điều dưỡng ngay những diễn biến bất thường của bệnh nhân.

► Bệnh nhân

- Giải thích việc điều trị bệnh là phải dùng thuốc liên tục và lâu dài.
- Phải uống thuốc đều đặn hàng ngày theo chỉ định Bác sĩ.
- Không nên dùng các chất kích thích như: rượu, bia...

7.2 Lúc ra viện

► Gia đình

- Nhận thuốc, bảo quản, quản lý thuốc và cho bệnh nhân uống đều theo chỉ định của bác sĩ.
- Thường xuyên theo dõi, động viên an ủi bệnh nhân, tránh gây sang chấn tâm lý cho người bệnh.
- Không để bệnh nhân điều khiển máy, phương tiện động cơ, làm việc gần nước, gần lửa, trên cao và các nơi nguy hiểm.
- Khi bệnh nhân đang dùng thuốc nếu có gì bất thường phải đưa đi khám ngay.

► Bệnh nhân

- Ý thức được để khỏi bệnh phải dùng thuốc đều đặn hàng ngày.
- Uống thuốc theo chỉ định Bác sĩ.
- Không nên uống rượu, bia và sử dụng các chất kích thích.
- Không điều khiển máy móc và các phương tiện động cơ.
- Không làm việc gần nước, lửa, trên cao và những nơi nguy hiểm.
- Biết tạo cho mình một tinh thần thoải mái, tránh các sang chấn tâm lý.
- Ăn uống nghỉ ngơi hợp lý, không làm việc quá sức.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN TÂM THẦN

* NỘI DUNG

Rối loạn tâm thần là loạn năng trong khả năng tư duy và xử lý thông tin. Người bị loạn tâm thần không có khả năng nhận thức, ghi nhớ, xử lý, hồi tưởng, hoặc tác động lên thông tin, một cách mạch lạc, theo một phương cách được nhất trí chấp nhận. Có sự giảm khả năng chủ ý huy động, di chuyển, duy trì và hướng sự chú ý. Một đặc điểm quan trọng của trạng thái loạn tâm thần là bệnh nhân không thể xếp loại ưu tiên các kích thích. Khả năng tác động lên hiện thực không thể tiên đoán được và bị giảm bởi vì bệnh nhân không thể phân biệt các kích thích nội tại với ngoại tại.

1. Nhận định tình trạng bệnh nhân rối loạn tâm thần cấp

- Bệnh nhân nghe thấy các tiếng nói bất thường, có các ảo giác (các cảm giác sai hoặc tưởng tượng, ví dụ: nghe thấy tiếng nói khi không có ai ở xung quanh).
- Bệnh nhân có các biểu hiện hoang tưởng: bệnh nhân có các ý tưởng hoàn toàn sai lầm mà những người khác cùng nhóm xã hội với họ không có suy nghĩ như vậy. Ví dụ: bệnh nhân tin tưởng rằng họ đang bị hàng xóm đầu độc, họ đang nhận được các thông điệp từ tivi hoặc đang bị quan sát theo dõi bởi người khác bằng những phương tiện đặc biệt.
- Các điều bệnh nhân tin hay sợ hãi kỳ dị.
- Lú lẫn, bất an, bồn chồn.
- Bệnh nhân có thể bị kích động hay có các hành vi kỳ dị.
- Ngôn ngữ lộn xộn, phân liệt hay ngôn ngữ kỳ lạ.
- Các trạng thái cảm xúc cực đoan và không ổn định.
- Các gia đình có thể đưa bệnh nhân đến khám vì các thay đổi trong hành vi của bệnh nhân, bao gồm các hành vi kỳ lạ hoặc biểu hiện hoảng hốt, sợ hãi (tách biệt với mọi người, đa nghi hăm dọa với người khác ...).

* Nếu các triệu chứng loạn thần tái diễn hay mãn tính → rối loạn loạn thần mãn tính.

* Nếu các triệu chứng hưng cảm chiếm ưu thế (tăng khí sắc, ngôn ngữ hay tư duy phi tán, tự cao ...). → các rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

* Nếu khí sắc trầm chiếm ưu thế trong bệnh cảnh → bệnh trầm cảm.

2. Nhận định tình trạng bệnh nhân rối loạn tâm thần mãn

Bệnh nhân có thể biểu hiện:

- Khó khăn trong suy nghĩ và tập trung chú ý.
- Nghe thấy các tiếng nói bất thường.
- Có những điều tin kỳ lạ (ví dụ: có những lực lượng siêu nhiên, bị theo dõi, truy hại...).

- Các triệu chứng cơ thể đặc biệt (ví dụ: có các động vật hay đồ vật bất thường bên trong cơ thể mình).
- Các vấn đề về cảm xúc hành vi bất thường, rút lui, cô lập khỏi xã hội.
- Có thể có các rắc rối trong điều hành công việc hay nghiên cứu.
- Giảm động lực hoặc giảm các mối quan tâm thích thú, lơ là chăm sóc bản thân.
- Các rối loạn tư duy (biểu hiện bằng ngôn ngữ kỳ lạ hoặc rời rạc không liên quan).
- Gia đình có thể đưa bệnh nhân đi khám bệnh vì các biểu hiện bàng quan, cô lập, tách biệt với mọi người, lười vệ sinh cá nhân hoặc có cá hành vi kỳ dị.

► Các giai đoạn có tính chất chu kỳ biểu hiện:

- Kích động hoặc bồn chồn bất an.
- Hành vi kỳ lạ.
- Các ảo giác (các tri giác sai lầm hay tưởng tượng, ví dụ: nghe thấy cả tiếng nói mà người khác không nghe thấy).
- Các hoang tưởng (các điều tin chắc chắn và hoàn toàn sai lầm, ví dụ: bệnh nhân cho rằng mình có dòng dõi hoàng gia, đang nhận được cá thông điệp từ T.V, đang bị theo dõi hoặc truy hại).

3. Các hướng dẫn quản lý bệnh nhân

► Thông tin cơ bản cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân:

- Kích động và các hành vi kỳ dị là các triệu chứng của bệnh tâm thần.
- Các giai đoạn cấp thường có tiên lượng tốt, song tiến triển lâu dài của bệnh thì khó có thể tiên lượng trước được từ giai đoạn cấp.
- Các triệu chứng có thể luôn biến động. Có các triệu chứng báo trước và các triệu chứng sớm khi tái phát.
- Thuốc men là thành tố cơ bản trong trị liệu để làm giảm các triệu chứng hiện tại và các dự phòng tái phát.
- Việc điều trị có thể cần phải tiếp tục vài tháng sau khi đã hết các triệu chứng.
- Trợ giúp của gia đình đóng vai trò cơ bản để bệnh nhân tuân thủ điều trị và tái phục hồi chức năng một cách có hiệu quả.
- Các tổ chức cộng đồng có thể là nguồn trợ giúp quý báu cho bệnh nhân và gia đình họ. Tư vấn cho thân nhân và chăm sóc bệnh nhân tâm thần

4. Chế độ chăm sóc và tư vấn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân

- Bệnh nhân loạn thần cần được theo dõi giấc ngủ, số giờ ngủ được trong ngày, khi ngủ có ngủ mê, có thức giấc giữa đêm không?... Do người bệnh thường bị hoang tưởng, ảo giác, kích động, không tự chăm sóc được bản thân nên gia đình phải hết sức chú ý.
- Điều dưỡng hướng dẫn người nhà khi chăm sóc bệnh nhân cần lưu ý những vấn đề sau có thể xảy ra cho người bệnh:

► Các triệu chứng bệnh như hoang tưởng (có những ý tưởng sai, không đúng với thực tế), ảo giác (cảm thấy những sự việc không hề có trong hiện thực) có thuyên giảm hay không?

► Có xuất hiện thêm các ý nghĩ kỳ dị (không thể có được trong thực tế) không?

► Có dễ kích động hay không?

► Bệnh nhân đã nhận thức được bệnh của mình hay chưa? Có hợp tác điều trị không?

► Cần phát hiện ý tưởng và hành vi tự sát (nhất là ở những bệnh nhân trầm cảm nặng, hoặc đã có hành vi tự sát trong tiền sử). Ngoài ra, cần theo dõi các triệu chứng khác như thái độ với người thân, với bệnh nhân khác, sự quan tâm chăm sóc vệ sinh cá nhân...

- Giảm thiểu các căng thẳng và sự kích thích đối với bệnh nhân:

► Không tranh luận với các suy nghĩ loạn thần của bệnh nhân (Ví dụ: bạn có thể không đồng ý với các điều tin của bệnh nhân, song không được cố tranh cãi là bệnh nhân đã sai).

► Tránh đôi đầu hay chỉ trích bệnh nhân trừ khi đó là cần thiết để phòng tránh các hành vi gây thương tổn hay gây rối.

- Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và người chăm sóc họ

► Gia đình hoặc bạn bè cần phải luôn ở bên bệnh nhân.

► Đảm bảo các nhu cầu cơ bản của bệnh nhân (Ví dụ: thức ăn, nước uống ...)

► Chú ý tránh các thương tổn cho bệnh nhân.

- Hầu hết các bệnh nhân loạn thần đều có một mức độ rối loạn nhất định về ăn uống. Trong mọi trường hợp, phải cho họ ăn đủ chất và lượng. Nên chọn những thức ăn có nhiều đạm, đường, rau (thành phần này cần nhiều vì các thuốc an thần kinh cũng có thể gây táo bón), bổ sung các vitamin (bằng ăn hoa quả tươi), uống nhiều nước. Nếu bệnh nhân có tăng huyết áp, tiểu đường... kèm theo, phải có chế độ ăn dành riêng cho từng bệnh do bác sĩ dinh dưỡng chỉ định.

- Các trường hợp kích động gây nguy hiểm cho bệnh nhân, người nhà hay cộng đồng cần phải đưa vào viện và theo dõi chặt chẽ ở một cơ sở an toàn. - Người nhà phải luôn có thái độ tôn trọng, giúp đỡ, không phân biệt đối xử đối với bệnh nhân, lắng nghe ý kiến, thực hiện các yêu cầu, nguyện vọng của họ trong điều kiện cho phép. Khi từ chối, nên giải thích cho người bệnh hiểu.

- Phải tuân thủ các chỉ định của nhân viên y tế, không tự ý cho người bệnh dùng thuốc và kịp thời báo cáo những biểu hiện bất thường cả về cơ thể và tâm thần.

- Khuyến khích bệnh nhân bắt đầu lại các hoạt động thường ngày sau khi đã cải thiện được các triệu chứng.

5. Chăm sóc về chế độ thuốc men

- Các thuốc chống loạn thần sẽ làm giảm các triệu chứng loạn thần. Liều lượng thuốc nên là liều thấp nhất có thể được mà vẫn có hiệu quả điều trị, mặc dù một số bệnh nhân có thể cần liều cao hơn.

- Các thuốc chống lo âu cũng có thể được sử dụng phối hợp với các thuốc an thần kinh để điều trị các cơn kích động cấp diễn.
- Phải giải thích cho bệnh nhân biết rằng việc dùng thuốc liên tục sẽ giảm được nguy cơ tái phát.
- Cần tiếp tục điều trị bằng các thuốc chống loạn thần ít nhất 3 tháng sau cơn loạn thần đầu tiên và cần dùng lâu dài hơn sau các cơn tiếp theo.
- Trường hợp bệnh nhân không chịu uống thuốc như y lệnh của bác sĩ, có thể tiêm các thuốc chống loạn thần có thời gian bán hủy dài để đảm bảo việc duy trì liên tục và giảm nguy cơ tái phát.
- Thông báo cho bệnh nhân biết các tác dụng phụ có thể xảy ra. Các tác dụng phụ vận động thường gặp là:
 - ▶ Loạn trương lực hay co thắt xoắn vặn cơ cấp. Các biểu hiện này có thể điều trị được bằng tiêm Benzodiazepine hoặc dùng thuốc chống parkinson.
 - ▶ Bồn chồn bất an, vận động không ngừng nghỉ, các triệu chứng này có thể điều trị được bằng giảm liều hoặc dùng thuốc chẹn β .
 - ▶ Các triệu chứng giống Parkinson (run, mất vận động) có thể điều trị bằng uống thuốc chống Parkinson (Ví dụ: Biperiden 1 mg 3 lần trong một ngày).

*** Khám chuyên khoa**

- Nếu có thể cần nhắc khám chuyên khoa cho tất cả các trường hợp mới có rối loạn các rối loạn loạn thần.
- Trầm cảm hoặc hưng cảm có các triệu chứng loạn thần có thể cần một phương thức điều trị khác. Cần nhắc khám chuyên khoa để chẩn đoán rõ ràng và đảm bảo một trị liệu đúng đắn nhất.
- Khám chuyên khoa với các dịch vụ cộng đồng thích hợp có thể làm giảm bớt gánh nặng cho các gia đình và tăng cường khả năng tái phục hồi.
- Cần xem xét khám chuyên khoa với các trường hợp có các tác dụng phụ vận động nặng.

*** Lưu ý**

- Nếu các triệu chứng trầm cảm nổi bật trong bệnh cảnh (khí sắc trầm, buồn, bi quan, cảm giác có tội).
- Nếu các triệu chứng hưng cảm chiếm ưu thế trong bệnh cảnh (kích thích, tăng sắc, tự cao).
- Nhiễm độc mạn tính hoặc trạng thái cai rượu, cai các chất khác (chất kích thích, chất gây ảo giác) có thể gây ra các triệu chứng loạn thần.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

* NỘI DUNG

1. Tầm quan trọng của công tác chăm sóc người bệnh tâm thần tại cộng đồng

- Việc điều trị bệnh tâm thần, đặc biệt là những bệnh tâm thần tiến triển mạn tính tại các cơ sở điều trị nội trú chỉ là một giải pháp điều trị nhất thời của thời kỳ bệnh tiến triển cấp tính, nó chỉ chiếm một thời gian không đáng kể trong quá trình điều trị người bệnh.
- Người bệnh được điều trị và phục hồi chức năng tâm lý, xã hội chủ yếu là tại cộng đồng.
- Nếu tại cộng đồng chỉ biết sử dụng thuốc cho bệnh nhân uống đều đặn hàng ngày, vẫn chưa đủ bởi vì mục tiêu của chúng ta là điều trị bệnh và giúp cho người bệnh hòa nhập cộng đồng.
- Để đạt được mục tiêu trên, cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị, phối hợp nhiều tổ chức trong xã hội, phối hợp cùng với gia đình và đặc biệt là sự hợp tác của người bệnh trong suốt quá trình điều trị, mới có thể đạt được mục tiêu đề ra.

2. Dịch tễ học bệnh tâm thần

Với tốc độ phát triển nhanh chóng của nền khoa học và công nghệ trên thế giới. Với tình trạng đô thị hóa ngày càng cao, với nhịp độ làm việc ngày một khẩn trương, con người sử dụng công cụ lao động ngày một tinh vi. Cùng với tốc độ phát triển của xã hội thì bệnh tâm thần cũng phát triển và đa dạng hơn, phức tạp hơn. Với số liệu điều tra gần đây cho ta thấy bệnh tâm thần ở các nước phát triển và đang phát triển có tỷ lệ khá cao:

- Ở Mỹ có 30% dân số có rối loạn tâm thần (Kessler 1995), 20% dân số Úc có ít nhất 1 lần rối loạn tâm thần trong đời (Rob Moodie 1998) v.v....
- Ở nước ta trong hơn 300 rối loạn tâm thần và hành vi theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD10). Có 10 rối loạn tâm thần thường gặp chiếm tỷ lệ 14,19% (Thái nguyên), theo điều tra dịch tễ tiến hành vào tháng 4/2002 tỷ lệ này ở Thừa Thiên Huế là 11,84%. Những nước đang phát triển như nước ta, nề kinh tế còn nhiều khó khăn, cơ sở vật chất còn thiếu thốn nhiều, nhìn chung chưa đáp ứng được yêu cầu nâng cao chất lượng chữa bệnh và phòng bệnh tích cực. Trong nhân dân vấn đề tâm lý xã hội như nghiện rượu, nghiện ma túy, rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên có xu hướng ngày càng tăng nên công tác quản lý và điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Sự mặc cảm của bệnh nhân tâm thần trong nhân dân còn phổ biến. Do đó, cần phải được tuyên truyền, giáo dục cho mọi người hiểu biết đúng đắn về bệnh tâm thần và có trách nhiệm quản lý, giúp đỡ người bệnh tâm thần tái hòa nhập vào cộng đồng.

3. Một số bệnh tâm thần thường gặp tại cộng đồng

- Bệnh tâm thần phân liệt chiếm tỷ lệ trong khoảng 0.3 - 0.8%.
- Động kinh tâm thần, chiếm tỷ lệ trong khoảng 0.3 - 0.5%.

- Chậm phát triển trí tuệ, chiếm tỷ lệ trong khoảng 0.4 - 0.5%.
- Loạn thần tuổi già, chiếm tỷ lệ khoảng 0.6%.
- Rối loạn lo âu và rối loạn tâm căn có liên quan đến stress, chiếm tỷ lệ khoảng 3.15 - 5.48%.
- Rối loạn hành vi trẻ em và thanh thiếu niên, chiếm tỷ lệ khoảng 0.15 - 0.2%.
- Trầm cảm, chiếm tỷ lệ khoảng 2.5%.
- Nghiện rượu, lạm dụng rượu, chiếm tỷ lệ khoảng 4 - 4.5%.
- Rối loạn tâm thần sau chấn thương, chiếm tỷ lệ khoảng 0.89%.
- Nghiện ma túy, chiếm tỷ lệ trong khoảng 0.22 - 1.28%.

4. Nhiệm vụ của các thành viên trong cộng đồng

4.1. Đối với các bộ y tế cơ sở tại cộng đồng

4.1.1. Thái độ tiếp xúc

► Những điều nên làm

- Đối xử với bệnh nhân tâm thần như những người bình thường.
- Khi tiếp xúc nên tạo không khí thân mật. - Nên lắng nghe ý kiến trình bày của bệnh nhân.
- Nhân viên y tế cần phải biết bệnh nhân tâm thần họ còn nhận thức được thái độ của họ và có tình cảm, sở thích riêng, chúng ta nên tôn trọng họ.

► Những điều không nên làm

- Sợ, ghê tởm, khinh bỉ bệnh nhân nên không muốn tiếp xúc.
- Tức giận, ruồng bỏ họ vì sợ bệnh nhân làm phiền mình.
- Lấy bệnh nhân làm trò đùa, điều cợt bệnh nhân.
- Không tin vào những điều bệnh nhân nói.

4.1.2. Nhiệm vụ của cán bộ y tế tại cộng đồng

Xác định được số người mắc bệnh tâm thần trong địa bàn mà cán bộ y tế quản lý. Thông qua điều tra, thăm khám hoặc tiếp nhận từ tuyến trên chuyển về, lập hồ sơ quản lý điều trị ngoại trú.

► Sơ cứu ban đầu người mắc bệnh tâm thần

Trường hợp kích động, có ý tưởng hay hành vi toan tự sát, căng trương lực không chịu ăn uống... Nhân viên y tế cần yêu cầu sự giúp đỡ của người thân bệnh nhân, không chế xử trí ban đầu và chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa điều trị.

► Chuyển bệnh nhân đến cơ sở điều trị

Sau khi đã xác định bệnh nhân tâm thần, sơ cứu cần thiết, cán bộ y tế nên chuyển bệnh nhân đến phòng khám càng sớm càng tốt. Nếu có điều kiện thì nên cùng gia đình bệnh nhân và bệnh nhân đến phòng khám chuyên khoa.

Những trường hợp nên khuyên gia đình bệnh nhân đến khám chuyên khoa như: kích động dữ dội, rối loạn hành vi nặng, trầm cảm có hành vi tự sát, căng trương lực ...

► Theo dõi kiểm tra điều trị ngoại trú

- Kiểm tra việc uống thuốc theo y lệnh, uống hết thuốc hay tự ý giảm hoặc tăng liều thuốc.
- Theo dõi tiến triển bệnh như thế nào.
- Kiểm tra bệnh nhân có biểu hiện tác dụng phụ của thuốc an thần kinh hay không?
- Bệnh nhân bắt đầu làm việc, tiếp xúc, sinh hoạt trong gia đình, xã hội từ lúc nào?
- Bệnh nhân có thường xuyên đến bác sỹ khám bệnh hay không?

► Giáo dục sức khỏe tâm thần

- Tư vấn cho tất cả các thành viên trong gia đình về nguyên nhân, cách điều trị, dự phòng và tái thích ứng xã hội đối với bệnh nhân tâm thần là rất cần thiết.
- Nói cho họ biết về các thông tin bệnh tâm thần, những vấn đề vượt quá sự hiểu biết của nhân viên y tế thì cần hỏi thêm ý kiến từ bác sỹ chuyên khoa.
- Cán bộ y tế có thể gợi ý cho gia đình biết những tác dụng không mong muốn của thuốc an thần kinh để khi có thể xảy ra gia đình không hốt hoảng.
- Giáo dục bệnh nhân và gia đình tuân thủ điều trị.
- Đối với những bệnh nhân điều trị có kết quả, nó là cơ sở cho cán bộ y tế tuyên truyền giáo dục cộng đồng tốt nhất.

4.2. Đối với cộng đồng xã hội và gia đình

Đặc điểm bệnh nhân tâm thần có khuynh hướng xa lánh dần xã hội, mất dần thói quen nghề nghiệp, tự ti mặc cảm, bởi vậy cộng đồng xã hội và gia đình cần phải giúp đỡ họ thoát khỏi tình trạng trên.

4.2.1. Đối với cộng đồng xã hội

- Cần hiểu biết về bệnh tâm thần và tích cực tham gia vào việc chữa bệnh và phục hồi chức năng cho bệnh nhân.
- Tạo điều kiện xây dựng cơ sở y tế, trang thiết bị, thuốc chữa bệnh, chế độ chăm sóc cả vật chất lẫn tinh thần cho bệnh nhân.
- Phục hồi chức năng giao tiếp, tạo điều kiện cho bệnh nhân vui chơi giải trí như mọi người.
- Tôn trọng và lắng nghe ý kiến của bệnh nhân không nên tranh luận. Giúp đỡ họ khi họ gặp khó khăn.
- Phục hồi chức năng lao động, tạo cho bệnh nhân có việc làm phù hợp với khả năng của họ. Mục tiêu là làm sao người bệnh cảm thấy mình vẫn là người có ích, không đặt cao chất lượng và năng suất lao động đối với bệnh nhân.

4.2.2. Đối với gia đình

- Gia đình cần có thái độ xem bệnh nhân như những thành viên khác, không phân biệt đối xử.
- Gia đình cần chấp nhận những hành vi kỳ dị của người bệnh, cần tỏ rõ tình thương đối với bệnh nhân, làm như vậy người bệnh mới có cảm giác mình được đảm bảo yêu thương.
- Khuyến khích bệnh nhân làm một số công việc trong gia đình, hoặc tạo cho họ có việc làm mới phù hợp với khả năng của bệnh nhân. Không để cho bệnh nhân ngồi không.
- Cần kiên trì giúp đỡ bệnh nhân, không bi quan chán nản.
- Không nên cưỡng ép, giận dữ, nên dịu dàng hướng dẫn bệnh nhân trong xử sự giao tiếp.
- Không nên phê bình ngay khi bệnh nhân sai trái, tránh tranh cãi, trừng phạt mà nên dịu dàng khuyên bảo từ từ.
- Nếu bệnh nhân sa sút không tự phục vụ bản thân được thì gia đình nên đôn đốc, giúp đỡ bệnh nhân trong những công việc: ăn uống, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo đi lại trong làng, ngoài phố, uống thuốc theo y lệnh.....
- Định kỳ đến bác sỹ khám bệnh, điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp tình trạng bệnh lý của người bệnh.

5. Đánh giá kết quả điều trị và chăm sóc

Để giúp cán bộ y tế và gia đình người bệnh đánh giá việc làm của mình trong công tác phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng. Nhân viên y tế hãy trả lời những câu hỏi sau đây:

- Người bệnh có sống tại nhà với bạn hay không ?
- Bệnh nhân có uống thuốc đều hay không?
- Bệnh nhân có định kì đến gặp bác sỹ khám bệnh hay không?
- Bệnh nhân có chuyện trò với gia đình hay không?
- Bệnh nhân có ăn cơm cùng gia đình không?
- Bệnh nhân có giữ vệ sinh sạch sẽ gọn gàng hay không?
- Bệnh nhân có tham gia làm việc cùng gia đình hay cùng xã hội không?
- Bệnh nhân có chuyện trò giao tiếp với mọi người?

Nếu những câu hỏi trên đều được trả lời có thì nhân viên y tế đã làm tốt công việc của mình tại cộng đồng. Nếu nhiều câu hỏi trên được trả lời không thì coi như cần phải cố gắng hơn hoặc cần có sự giúp đỡ của các bác sỹ chuyên khoa.

6. Phương hướng quản lý và chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

- Xây dựng và củng cố mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần từ Trung ương đến các địa phương.

- Đào tạo cán bộ, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh tâm thần.
- Tuyên truyền giáo dục về sức khỏe tâm thần cho mọi thành viên trong cộng đồng hiểu biết đúng đắn hơn về các bệnh tâm thần, biết cách chăm sóc, nuôi dưỡng và cho bệnh nhân tâm thần uống thuốc tại nhà.
- Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhân và cán bộ y tế cơ sở biết cách hướng dẫn bệnh nhân vui chơi, hoạt động, lao động tái thích ứng, phát hiện kịp thời những nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần để báo cáo cho bác sĩ xử trí kịp thời.
- Các trạm tâm thần cơ sở tổ chức khám định kỳ một tháng một lần cho bệnh nhân tâm thần, có hồ sơ theo dõi quản lý bệnh nhân tâm thần chi tiết, đầy đủ và khoa học.
- Vận động chính quyền các cấp, các tổ chức nhân đạo giải quyết việc làm thích hợp cho bệnh nhân tâm thần, tổ chức cho họ vui chơi, giải trí, tái hòa nhập vào cộng đồng.
- Điều trị tích cực cho những bệnh nhân tâm thần cấp tính ở các bệnh viện tâm thần, sau đó cho họ trở về với gia đình. Khi bệnh nhân ra viện cần có những biện pháp cụ thể để điều trị, quản lý, phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng, nơi họ trở về sinh sống.

\

QUẢN LÝ-THEO DÕI-HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

* NỘI DUNG

Bệnh tâm thần là một bệnh lý nặng nề cho người bệnh, gia đình và xã hội. Người bệnh tâm thần bị hạn chế trong quyền cơ bản nhất, đó là quyền nhận thức làm người. Đối với gia đình, việc chạy tiền chữa trị và tốn nhiều thời gian để chăm sóc bệnh nhân tâm thần là một gánh nặng thực sự. Bệnh tâm thần được phân loại vào nhóm bệnh xã hội và phản ánh thực trạng y tế của một quốc gia và cần phải có sự hợp lực của nhiều ban ngành liên quan để phòng tránh và xử lý, nhất là việc quản lý, hỗ trợ, phục hồi tâm lý xã hội cho người bệnh tâm thần, để giúp họ có thể tái lao động, sớm hòa nhập với cộng đồng. Để làm được điều này, người bệnh tâm thần rất cần đến sự giúp đỡ của gia đình, xã hội và của cộng đồng.

1. Theo dõi và quản lý người bệnh tâm thần tại khoa điều trị ở bệnh viện và ở cộng đồng

1.1 Theo dõi và quản lý người bệnh tâm thần tại khoa điều trị ở bệnh viện

► *Nhiệm vụ của bác sĩ tại khoa điều trị*

- Bác sĩ thăm khám người bệnh ngay khi được điều dưỡng trưởng khoa báo cáo.
- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án của người bệnh, có chẩn đoán sơ bộ và hướng điều trị (chậm nhất trong vòng 24 giờ đối với trường hợp cấp cứu, 36 giờ đối với các trường hợp khác).
- Cho làm xét nghiệm cần thiết trong vòng 48 giờ, trường hợp cấp cứu phải làm ngay.
- Làm xét nghiệm tại giường những trường hợp cấp cứu, chăm sóc cấp I.
- Tiến hành điều trị, kê đơn thuốc (3 lần/tuần) theo đúng quy định, chỉ định chế độ dinh dưỡng và chế độ chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh tật.
- Đối với các trường hợp người bệnh không thuộc diện cấp cứu, bác sĩ hoặc cử nhân tâm lý thực hiện các liệu pháp tâm lý.
- Trường hợp người bệnh diễn biến nặng phải báo cáo ngay cho trưởng khoa để phối hợp xử lý, hội chẩn và báo cáo lãnh đạo.
- Chỉ định các hoạt động phục hồi chức năng và tái thích ứng xã hội cho người bệnh.
- Bác sĩ có trách nhiệm sơ kết và tổng kết điều trị theo quy chế hồ sơ bệnh án. Bác sĩ Trưởng khoa có trách nhiệm kiểm tra và ký vào hồ sơ bệnh án trong vòng tuần đầu nằm viện.

► *Nhiệm vụ của điều dưỡng tại khoa điều trị*

- Lấy mạch nhiệt độ huyết áp và ghi vào hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Có trách nhiệm theo dõi diễn biến của người bệnh, ghi chép vào phiếu theo dõi và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường cho bác sĩ để xử trí.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện các liệu pháp phục hồi chức năng, vui chơi giải trí theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.

► **Trường hợp cấp cứu**

- Nhóm điều dưỡng và bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ thường trực phải khẩn trương cấp cứu người bệnh trong phạm vi trách nhiệm quyền hạn.

1.2 Quản lý người bệnh theo phân cấp chế độ

1.2.1 Phân cấp chế độ quản lý người bệnh (QLNB)

- **Quản lý người bệnh cấp 1:** Những người bệnh có ý tưởng hoặc hành vi tự sát, có hành vi nguy hiểm cho bản thân người bệnh và những người xung quanh, phải cử người theo dõi chặt chẽ.

- **Quản lý người bệnh cấp 2:** Những người bệnh có ý tưởng hoặc hành vi trốn viện, không yên tâm điều trị, phải cử người theo dõi thường xuyên.

1.2.2. Quản lý người bệnh trong khu vực của khoa điều trị

- Hàng ngày điều dưỡng trưởng khoa có trách nhiệm phân công người quản lý chăm sóc người bệnh. Mỗi khoa lâm sàng phải có sổ theo dõi quản lý người bệnh ra vào khoa.

- Người bệnh muốn ra ngoài khoa phải có người nhà và được sự đồng ý của bác sĩ, người quản lý, phải được ghi và ký vào sổ, ghi rõ quan hệ với người bệnh, thời gian ra và quay trở lại.

- Nếu quá thời gian cho ra ngoài mà người bệnh không trở lại thì phải tổ chức đi tìm. Nếu không tìm thấy sau 1 giờ phải báo cáo lên phòng kế hoạch tổng hợp hoặc trực lãnh đạo.

- Cấm không được để cho người bệnh ra ngoài mà không có người quản lý giám sát. Trường hợp người bệnh ra ngoài tự do gây ra những hậu quả cho bản thân hoặc cho những người xung quanh thì những người cho ra phải hoàn toàn chịu trách nhiệm.

- Những trường hợp người bệnh tự ý bỏ viện thì khoa phải tổ chức đi tìm ngay và báo ngay cho Phòng kế hoạch tổng hợp hoặc trực lãnh đạo.

1.2.3. Quản lý người bệnh ngoài khu vực khoa điều trị

- Trường hợp người bệnh được đưa đi hoạt động phục hồi chức năng, làm xét nghiệm và các hoạt động khác phải được quản lý chặt chẽ.

- Bảo vệ bệnh viện có trách nhiệm không để người bệnh tự do ra khỏi cổng bệnh viện. Khi phát hiện phải thông báo cho khoa có người bệnh và phối hợp với khoa điều trị đưa người bệnh về.

- Nếu bảo vệ bệnh viện để người bệnh tự do ra ngoài cổng gây rối trật tự hoặc gây hậu quả xấu thì người thường trực và tổ trưởng tổ bảo vệ phải chịu trách nhiệm các hậu quả do người bệnh gây ra.

1.3 Theo dõi và quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng

(đọc nội dung trong bài chăm sóc người bệnh tâm thần tại cộng đồng)

2. Trách nhiệm của gia đình và cộng đồng đối với người bệnh tâm thần

Bệnh tâm thần là một bệnh của não, có nhiều biến đổi sinh học phức tạp và chịu tác động rất mạnh của môi trường tâm lý xã hội không thuận lợi. Người bệnh tâm thần bị nhiều thiệt thòi cho bản thân, gia đình và xã hội do bệnh gây ra các di chứng rối loạn hành vi, tình cảm, ý nghĩ bất thường. Vì vậy, mọi người trong đó có gia đình và cộng đồng phải phối hợp với cán bộ y tế để:

- Phát hiện sớm người có biểu hiện rối loạn tâm thần đưa người bệnh đi chữa bệnh sớm tại các cơ sở y tế. Như vậy sẽ ngăn chặn tác hại do người bị bệnh gây ra cho gia đình và xã hội và việc điều trị sớm sẽ có hiệu quả giúp bệnh chóng khỏi trở về với gia đình.
- Bệnh tâm thần phân liệt có khuynh hướng tiến triển mãn tính. Vì vậy, gia đình và cộng đồng và cán bộ y tế phải phối hợp một cách kiên nhẫn, hiểu biết, chia sẻ trong việc chăm sóc, phục hồi chức năng, giảm thiệt thòi cho người bệnh.
- Người bệnh tâm thần được hưởng quyền lợi chăm sóc, điều trị như những bệnh tật khác theo luật sức khoẻ và các chính sách chế độ khác của nhà nước.
- Không phân biệt đối xử, kỳ thị hành hạ ngược đãi người bệnh dưới bất cứ hình thức nào.
- Không được sử dụng những tà thuật, và các phương pháp chữa bệnh không có cơ sở khoa học làm ảnh hưởng đến sức khoẻ và sự an toàn của người bệnh tâm thần và cộng đồng.
- Khuyến khích bệnh nhân tập thư giãn để làm giảm các triệu chứng cơ thể do căng thẳng gây ra.
- Đặt kế hoạch cho các hoạt động ngắn hạn để thư giãn, giải thích hoặc giúp bệnh nhân tạo được các niềm tin. Tiếp tục lại các hoạt động đã có hữu ích trong quá khứ.
- Thảo luận cách đối phó với các ý nghĩ âm tính hay các lo lắng đã bị khuếch đại từ phía người bệnh. Nếu có các triệu chứng cơ thể, thảo luận về mối liên kết giữa các triệu chứng cơ thể và tâm thần. Nhất là các triệu chứng liên quan đến sự căng thẳng, từ đó lựa chọn phương pháp thư giãn để giải quyết các triệu chứng cơ thể.

3. Hỗ trợ, phục hồi chức năng tâm lý xã hội và tái hoà nhập cộng đồng

- Tổ chức người bệnh tâm thần tại xã, phường vào một câu lạc bộ, nhóm có người phụ trách, có nội qui và lịch sinh hoạt tuần, tháng.
- Định kỳ sinh hoạt người bệnh, tìm hiểu tâm tư nguyện vọng, năng lực, kiếm khuyết, khó khăn của từng thành viên.
- Tổ chức các hoạt động văn nghệ, thể dục, dã ngoại du lịch, thăm hỏi ốm đau mang tính tập thể, hoà nhập, tạo cho người bệnh các điều kiện sinh hoạt như người bình thường.
- Mời cán bộ chuyên môn nói chuyện với câu lạc bộ về bệnh mà họ đã mắc, cách uống thuốc, tác dụng phụ của thuốc, cách phòng bệnh, các dấu hiệu báo trước khi bệnh tái phát...

- Tùy theo điều kiện cơ sở vật chất mà tổ chức huấn luyện kỹ năng thích hợp cho người bệnh, có thể tại câu lạc bộ, có thể tại 1 gia đình người bệnh nào đó hoặc chính tại gia đình người bệnh do người thân huấn luyện. Hầu hết các kỹ năng là cơ bản, không cần cầu kỳ phức tạp. Ví dụ như huấn luyện người bệnh tự vệ sinh cá nhân: tắm, giặt, đánh răng rửa mặt hoặc tổ chức một buổi nấu ăn tập thể cho nhóm người bệnh.

- Tập huấn kiến thức cho gia đình người bệnh: tổ chức các lớp tập huấn kiến thức về chăm sóc người bệnh tâm thần, giải đáp thắc mắc của gia đình (do cán bộ chuyên môn phụ trách), các gia đình thành lập nhóm tự giúp đỡ (động viên chia sẻ nâng đỡ tương trợ lẫn nhau). Nội dung tập huấn bao gồm:

+ Cách theo dõi người bệnh, biết các triệu chứng của bệnh, ghi chép các triệu chứng, báo cáo đều đặn cho bác sỹ điều trị.

+ Cách phát hiện các triệu chứng tái phát.

+ Cách phát hiện các triệu chứng cấp cứu, nguy hiểm để đưa đi điều trị kịp thời.

+ Cách quản lý thuốc và cho uống thuốc.

+ Cách quản lý và chăm sóc tại nhà.

4. Hỗ trợ, phục hồi chức năng lao động nghề nghiệp cho người bệnh tâm thần

- Tùy theo điều kiện kinh tế xã hội của từng địa phương và thói quen lao động của người dân mà ta tổ chức lựa chọn loại hình lao động cho phù hợp. Ở nước ta, trên 80% dân số làm nông nghiệp, do vậy loại hình lao động chính là trồng trọt, chăn nuôi và lao động thủ công.

- Đối với người bệnh tâm thần công việc bắt đầu trở lại là những công việc đơn giản, nhẹ nhàng, không đòi hỏi chi tiết phức tạp.

- Tại cộng đồng, có thể tổ chức một nhóm lao động phục hồi chức năng như trồng trọt, chăn nuôi hoặc gia công, sản xuất các sản phẩm thủ công, đồ dùng vật dụng công đoạn thô cho các nhà máy, xưởng sản xuất tư nhân... Có thể gửi người bệnh vào các hợp tác xã, xưởng bảo trợ, nhà máy... Khi tiến hành liệu pháp lao động cần lưu ý một số nguyên tắc sau:

+ Lao động phải có người hướng dẫn kèm cặp nhằm hỗ trợ và đảm bảo sự an toàn cho người bệnh.

+ Bắt đầu từ dễ đến khó, từ đơn giản đến phức tạp, luôn ưu tiên những công việc mà trước đây người bệnh đã làm, có năng khiếu và niềm ham thích.

+ Lao động với hình thức tập thể là chủ yếu.

+ Có sự đánh giá, động viên khen thưởng.

+ Ít nhiều nhưng phải có trả công thích hợp cho từng người bệnh.

- Phải có cơ sở vật chất, kinh phí cho cơ sở đáp ứng cho việc tổ chức các hoạt động, huy động xã hội hoá với các cơ quan, đơn vị, tổ chức từ thiện, cá nhân hảo tâm, gia đình người bệnh...

VỆ SINH - PHÒNG BỆNH TÂM THẦN

* NỘI DUNG

Bệnh tâm thần có thể xảy ra vào bất kỳ giai đoạn sống nào của con người, nhưng nguy hiểm nhất là bệnh thấy xuất hiện nhiều ở tuổi trẻ và đang còn trong độ tuổi lao động gây ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống gia đình và xã hội. Chính vì vậy mà việc phòng bệnh là rất cần thiết và là công việc của toàn xã hội. Chăm sóc sức khỏe tâm thần, còn gọi là vệ sinh phòng bệnh tâm thần, là một nhiệm vụ quan trọng không chỉ của riêng ngành y tế mà còn của ngành giáo dục, vệ sinh môi trường, pháp luật, an ninh trật tự, tư tưởng văn hóa... Chăm sóc sức khỏe tâm thần nhằm mục đích trang bị cho mỗi thành viên trong xã hội một tinh thần vững mạnh, loại trừ các yếu tố gây bệnh trong môi trường sống và làm việc, nhất là chăm lo sức khỏe lao động và chế độ nghỉ ngơi để tái sản xuất lao động và tận hưởng cuộc sống một cách hợp lý.

1. Khái niệm

Vệ sinh tâm thần nhằm củng cố hệ thần kinh và loại trừ các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh như nhân cách yếu, ảnh hưởng xấu của xã hội, giáo dục không đúng, sang chấn tâm thần nhẹ nhưng kéo dài, thể trạng suy yếu. Phòng bệnh tâm thần chủ yếu nhằm loại trừ những nguyên nhân gây bệnh (có rất nhiều nguyên nhân, có nguyên nhân rõ ràng như nhiễm khuẩn, sang chấn tâm thần mãnh liệt...). Vệ sinh tâm thần và phòng bệnh tâm thần là 2 vấn đề có liên quan mật thiết với nhau, không tách rời nhau và cùng có mục tiêu chung là làm cho con người tránh khỏi bệnh tâm thần.

2. Vệ sinh tâm thần

2.1 Tổ chức lao động thích hợp

- Nhằm mục đích phát huy năng lực cá nhân, tránh mệt mỏi thần kinh và suy nhược cơ thể.
- Có chế độ lao động riêng thích hợp cho từng loại như lao động trí óc, lao động chân tay và thích hợp cho từng người.
- Với từng người nên điều hoà xen kẽ giữa lao động trí óc và lao động chân tay, xen kẽ lao động và nghỉ ngơi, giải trí, thể dục, thể thao.

2.2 Tổ chức cuộc sống sinh hoạt thích hợp

- Chú trọng vệ sinh nhà ở, chỗ làm việc, phải thoáng khí, ít tiếng ồn.
- Ăn uống hợp lý, mặc đủ ấm.
- Đặc biệt chú trọng đến giấc ngủ như ngủ đúng giờ, loại trừ các kích thích xấu ảnh hưởng đến giấc ngủ.

2.3 Giáo dục thích hợp trong gia đình, nhà trường, tập thể và xã hội

- Nhằm mục đích bồi dưỡng nhân cách mạnh, có khả năng chịu đựng cao, tự kiểm chế tốt.

- Trong gia đình, quá nuông chiều, tăng bốc sẽ hình thành tính cách thuận lợi cho các rối loạn phân ly sau này. Quá nghiêm khắc sẽ làm cho đứa bé nhút nhát, mất sáng kiến, tự ti, tạo điều kiện cho hội chứng suy nhược tâm thần dễ phát triển về sau.
- Cần giáo dục tính tập thể cho trẻ em để chúng hoà nhập tốt, có tính độc lập là điều kiện tốt để rèn luyện nhân cách vững vàng.
- Tùy sức, tùy tuổi, động viên trẻ em biết lao động, tự giải quyết khó khăn, rèn luyện tính dũng cảm, chịu đựng gian khổ để khi ra đời đủ sức chống đỡ với những tác nhân có hại của môi trường.
- Đến giai đoạn dậy thì cần phải giải thích các biến đổi về tâm sinh lý, tránh cho các em những lo lắng, bỡ ngỡ. Trong giai đoạn này giáo dục các em có thái độ đúng đắn trong vấn đề tình bạn, tình yêu.
- Giáo dục của gia đình phải kết hợp nhịp nhàng, khéo léo với giáo dục của nhà trường và đoàn thể.

2.4 Hạn chế và loại trừ các sang chấn tâm thần trường diễn xuất hiện trong mối quan hệ thường ngày

- Trong gia đình, mâu thuẫn căng thẳng giữa bố mẹ cũng tạo điều kiện để hình thành nhân cách lệch lạc ở trẻ em và về sau chúng sẽ dễ bị tổn thương do các sang chấn tâm thần.
- Trong cơ quan, xí nghiệp các cấp lãnh đạo cần liên hệ chặt chẽ với quần chúng, phát hiện và giải quyết kịp thời những khúc mắc, nguyện vọng của quần chúng, tìm lối thoát tốt nhất cho những người có khuyết điểm trầm trọng, bị thất vọng lớn, đau khổ nhiều, lo lắng cao độ.
- Biết chọn lọc các thông tin hợp lý và dùng lý trí để phân loại tính xác thực của thông tin đó và có những cảm xúc hợp lý, thái độ phản ứng phù hợp.

3. Phòng bệnh tâm thần

3.1 Những biện pháp phòng bệnh tuyệt đối

Là phòng bệnh cho những người khoẻ mạnh, bao gồm những biện pháp lớn, nhằm loại trừ những nguyên nhân gây bệnh, đó là:

- Chống các bệnh nhiễm khuẩn thần kinh nguyên phát và thứ phát, đặc biệt chú trọng những bệnh nhiễm khuẩn có tính chất xã hội như giang mai, sốt rét, lao...
- Chống những bệnh nhiễm độc thần kinh như nhiễm độc rượu, nhiễm độc nghề nghiệp, nhiễm độc thuốc ngủ và thuốc an thần.....
- Bảo đảm an toàn lao động cao độ, tránh mọi chấn thương sọ não. - Tích cực bảo vệ bà mẹ và trẻ em để mỗi em bé ra đời hoàn toàn khoẻ mạnh về tâm thần và thần kinh, để làm được điều đó phải tránh cho bà mẹ lúc mang thai những sang chấn cơ thể và tâm thần, đề phòng hoặc điều trị tích cực những bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc, tránh lao động quá sức...

3.2 Những biện pháp phòng bệnh tương đối

Là những biện pháp áp dụng cho những người đã:

- Chịu những tác động xấu của môi trường
- Những trẻ em bị tổn thương thần kinh trong bào thai hay có yếu tố di truyền
- Phòng tái phát cho những bệnh nhân tâm thần đã thuyên giảm.
- Tổ chức theo dõi những những trẻ bị nhiễm khuẩn trong những năm đầu sau đẻ, những trẻ có bố mẹ, bà con gần gũi bị bệnh tâm thần, tổ chức những lớp mẫu giáo, lớp học riêng cho những trẻ chậm phát triển tâm thần hay đã có những rối loạn tính cách, tác phong.
- Phát hiện sớm các bệnh tâm thần để điều trị kịp thời, khả năng hồi phục cao hơn và tránh được các di chứng nặng nề về sau.
- Chú ý các biện pháp vệ sinh tâm thần cho những người bị xơ vữa mạch não, huyết áp cao, đã bị di chứng chấn thương sọ não...
- Với những bệnh nhân tâm thần đã khỏi hay thuyên giảm cần tiếp tục điều trị củng cố và theo dõi lâu dài, có chế độ lao động thích hợp cho từng loại bệnh nhân, điều trị kịp thời các bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc mới phát sinh, giúp đỡ giải quyết những sang chấn tâm thần trong cuộc sống để đề phòng tái phát.

4. Khả năng vệ sinh và phòng bệnh tâm thần ở nước ta

- Công tác vệ sinh và phòng bệnh tâm thần là một công tác rất phức tạp, đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ của nhiều ngành, nhiều tổ chức...vì phần lớn nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh đều bắt nguồn từ điều kiện sống, điều kiện kinh tế và xã hội không thuận lợi.
- Nước ta mặc dù còn nhiều khó khăn trong đời sống, song với sự quan tâm của Đảng và Nhà nước, luôn đặt mục tiêu chăm sóc sức khoẻ nhân dân lên hàng đầu nên công tác vệ sinh và phòng bệnh tâm thần đã có những kết quả nhất định, nhất là khi có chương trình quốc gia về sức khoẻ tâm thần.
- Với chế độ chính trị ưu việt, mọi người đều bình đẳng cho nên các sang chấn tâm thần do bất công, đàn áp, thù địch ngày càng hạn chế.
- Ngành y tế của chúng ta không ngừng tấn công để thanh toán những bệnh xã hội như giang mai, sốt rét, lao, nghiện rượu...và các bệnh nhiễm khuẩn khác, bảo vệ bà mẹ trẻ em, bảo vệ sức khoẻ người lao động. Do đó công tác vệ sinh và phòng bệnh tâm thần ngày càng có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bệnh học và chăm sóc bệnh truyền nhiễm-thần kinh tâm thần- Bộ Y Tế, Vụ khoa học và đào tạo. 1995.
- [2] Điều dưỡng tâm thần - Thần kinh, Trương Tuấn Anh, 2007.
- [3] Tâm thần, Đào Trần Thái, 2007.
- [4] Giáo trình tham khảo, Giảng đường Y khoa.net.
- [5] Tài liệu tham khảo, Bệnh viện tâm thần, TP.HCM, 2007.

