

SỞ Y TẾ TỈNH CÀ MAU
BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA TÂM THẦN



**HƯỚNG DẪN
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ
RỐI LOẠN TÂM THẦN TẠI BỆNH
VIỆN CHUYÊN KHOA TÂM THẦN**

Lần ban hành: 01

Ngày ban hành: 9/01/2026

Cà Mau, năm 2026

MỤC LỤC

1. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ KÍCH ĐỘNG	2
2. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN XỬ TRÍ TỰ SÁT	6
3. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ ĐỘNG KINH LIÊN TỤC	11
4. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ HỘI CHỨNG SEROTONIN	15
5. HỘI CHỨNG AN THẦN KINH ỨC TÍNH (G21.0)	19
6. XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP VÀ QUÁ LIỀU MA TÚY DẠNG THUỐC PHIỆN (T40.0)	21
7. NGỘ ĐỘC BENZODIAZEPIN (T42.4)	24
8. RỐI LOẠN TÂM THẦN	27
9. SA SÚT TÂM THẦN TRONG BỆNH ALZHEIMER	32
10. SĂNG KHÔNG DO RƯỢU VÀ CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN (F05)	38
11. RỐI LOẠN TÂM THẦN DO RƯỢU (F10.x)	44
12. RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC DẠNG THUỐC PHIỆN (F11)	54
13. RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT GÂY ẢO GIÁC (F11)	61
14. BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT (F20)	67
15. RỐI LOẠN LOẠI PHÂN LIỆT (F21)	73
16. RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI (F23)	78
17. RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC (F25)	84
18. GIAI ĐOẠN HÙNG CẢM (F30)	90
19. RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỠNG CỰC (F31)	95
20. GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM (F32)	103
21. RỐI LOẠN LO ẦU LAN TỎA (F41.1)	110
22. RỐI LOẠN STRESS SAU SANG CHẤN (F43.1)	114
23. RỐI LOẠN PHÂN LY (F44)	117
24. RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA (F45.0)	120
25. CHẤN ẮN TÂM THẦN (F50.0)	124
26. MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN (F51)	128
27. RỐI LOẠN PHỖ TỰ KỶ (F84.x)	131
28. RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý (F90.x)	138
29. CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN (F70-F79)	143
30. RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN ĐẶC HIỆU VỀ LỜI NÓI VÀ NGÔN NGỮ - RỐI LOẠN ĐẶC HIỆU TRONG SỰ PHÁT ÂM (F80.0)	149
31. CÁC RỐI LOẠN HÀNH VI Ở TRẺ EM (F91)	152
32. CÁC RỐI LOẠN TIC (F95)	156
33. ĐỘNG KINH (G40.x)	160
TÀI LIỆU THAM KHẢO	170

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ KÍCH ĐỘNG TRONG BỆNH LÝ TÂM THẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Kích động là một rối loạn hành vi tâm thần – vận động, được biểu hiện bằng tình trạng hưng phấn tâm thần vận động đi kèm với mất kiểm soát hành vi, lời nói và suy nghĩ. Tình trạng này có thể kèm theo các lời nói và hành vi mang tính bạo lực, có thể tự gây tổn thương cho bản thân hoặc cho người khác.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do bệnh lý tâm thần

Kích động có thể xảy ra ở hầu hết các bệnh tâm thần, nhưng thường gặp nhất trong các bệnh sau:

- Tâm thần phân liệt, loạn thần cấp, rối loạn dạng phân liệt...
- Trạng thái hưng cảm nặng trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực (giai đoạn hưng cảm).
- Động kinh tâm thần.
- Nhân cách bệnh: thể bùng nổ, paranoia.
- Rối loạn tâm thần ở người cao tuổi (sa sút trí tuệ).

2.2. Các trạng thái kích động phản ứng

- Do sang chấn tâm lý mạnh: thường gặp trong rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn phân ly.
- Do thay đổi đột ngột môi trường sinh hoạt (chuyển viện, chuyển phòng): thường gặp trong rối loạn tâm thần do CTSN (chấn thương sọ não), sau TBMMN (tai biến mạch máu não).
- Do người bệnh tâm thần khác kích động gây kích động theo.
- 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.
- Do giận dữ, bất bình với những sự việc không vừa ý trong phòng bệnh (thường gặp ở người bệnh động kinh).

2.3. Kích động do các bệnh thực thể tại não

- U não
- Bệnh mạch máu não
- Chấn thương sọ não (TBI)
- Các bệnh thoái hóa thần kinh
- Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương

- Các bệnh viêm – tự miễn của não...

2.4. Kích động liên quan đến rượu và ma túy

- Trạng thái nhiễm độc rượu và ma túy
- Hội chứng cai

2.5. Kích động liên quan đến thuốc, khí độc

- Nitric oxide / Nitrogen oxides (NO, NO₂)
- Carbon monoxide (CO)
- Barbiturat
- Benzodiazepine (BZD)

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng là chủ yếu, với các đặc điểm sau:

- Trạng thái hưng phấn tâm thần – vận động quá mức, xuất hiện đột ngột.
- Hành vi không có mục đích rõ ràng, không phù hợp với hoàn cảnh.
- Người bệnh mất kiểm soát hành vi, lời nói, dễ gây nguy hiểm.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa, điện giải đồ.
- Xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy.
- Khi qua cơn kích động hoặc khi có thể: điện não đồ, điện tim, X-quang, CT scanner.

- Test tâm lý: Zung, Beck, MMSE, PHQ-9, GAD-7...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Kích động do rối loạn lo âu cấp, hoảng loạn.
- Kích động do sáng (Delirium).
- Kích động do ngộ độc hoặc cai chất.
- Hành vi chống đối, giả vờ trong một số rối loạn nhân cách.
- Rối loạn vận động do nguyên nhân thần kinh thực thể.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế.
- Can thiệp sớm, nhanh, hiệu quả, hạn chế sang chấn.
- Kết hợp chăm sóc, cố định, điều trị thuốc và tìm nguyên nhân.

4.2. Xử trí cụ thể

- Chăm sóc cấp I, theo dõi hành vi nguy hiểm.
- Chuyển người bệnh vào buồng cách ly.
- Cố định người bệnh khi không hợp tác.

Điều trị bằng thuốc:

- *Kích động do bệnh lý thần kinh:*

Diazepam 10 mg × 01 ống, tiêm bắp.

Liều tối đa: 30 mg/ngày.

- *Cơn kích động tâm thần – vận động đơn thuần:*

Clorpromazin 25 mg × 02 ống, tiêm bắp.

Có thể nhắc lại mỗi 01 giờ nếu chưa giảm.

Tổng liều không quá 500 mg/24 giờ.

- *Kích động kèm rối loạn tư duy, tri giác:*

Haloperidol 5 mg × 02 ống, tiêm bắp.

Có thể lặp lại sau mỗi 02 giờ.

Tổng liều không quá 30 mg/24 giờ.

- *Trường hợp không đáp ứng:*

Haloperidol 5 mg × 01 ống kết hợp Diazepam 10 mg × 01 ống, tiêm bắp.

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn trong quá trình dùng thuốc.

- Khi hết kích động, chuyển sang thuốc uống.

- Điều trị nguyên nhân và các rối loạn kèm theo (nước – điện giải, nâng đỡ thể trạng).

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Phụ thuộc vào nguyên nhân, mức độ kích động và thời điểm can thiệp.
- Phát hiện và xử trí sớm thường cho tiên lượng tốt.

5.2. Biến chứng

- Nguy cơ tự sát hoặc gây thương tích cho người khác.
- Chấn thương do kích động, cố định không đúng cách.
- Biến chứng do thuốc an thần kinh, an thần.

VI. PHÒNG BỆNH

- Quản lý, điều trị tốt các bệnh tâm thần nền.
- Giáo dục người bệnh và gia đình nhận biết sớm dấu hiệu kích động.

- Hạn chế các yếu tố stress, thay đổi môi trường đột ngột.
- Tuân thủ điều trị, tái khám định kỳ.
- Thực hiện chăm sóc toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm, giảm kỳ thị.

VII. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Giáo dục, tư vấn cho người nhà người bệnh về nguy cơ kích động, các dấu hiệu nhận biết.
- Hỏi người nhà người bệnh hoặc những người xung quanh để tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh kích động.
- Dùng liệu pháp tâm lý để ổn định trạng thái tâm thần người bệnh, thân mật ôn tồn giải thích, lắng nghe ý kiến người bệnh về nguyên nhân kích động, có thái độ phù hợp với hoàn cảnh.
- Nếu người bệnh quá kích động thì phải nhờ nhiều người đưa vào phòng riêng và xử trí bằng cố định người bệnh và tiêm thuốc an thần kinh theo y lệnh bác sĩ.
- Tuyệt đối không được có hành động thô bạo với người bệnh.
- Không được có ý thức coi thường, hắt hủi, sợ hãi hoặc bỏ rơi người bệnh.
- Khi người bệnh tỉnh, nhân viên điều dưỡng cần có mặt để làm liệu pháp tâm lý nhằm ổn định trạng thái tâm thần cho người bệnh.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN XỬ TRÍ TỰ SÁT

I. ĐỊNH NGHĨA

- Tự sát là hành động của một người cố ý gây ra cái chết cho chính mình.
- Tự sát có thể xảy ra trong nhiều trường hợp.
- Khoảng 1.000.000 người chết do tự sát trên thế giới mỗi năm
- Tỷ lệ tự sát ở nam cao hơn nữ. Nhóm tuổi thường 35 - 44 cho cả 2 giới

II. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân và yếu tố liên quan đến hành vi tự sát bao gồm:

- R nguyên tâm thần (trầm cảm, loạn thần, rối loạn lưỡng cực...);
- Rối loạn sử dụng rượu, chất gây nghiện (liên quan rối loạn kiểm soát xung động);
- Các giai đoạn stress tâm lý kéo dài;
- Yếu tố tâm lý – xã hội;
- Bệnh lý cơ thể mạn tính hoặc bệnh lý thần kinh;
- Yếu tố cá nhân và hoàn cảnh sống.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Ý tưởng tự sát là những suy nghĩ, mối bận tâm hoặc mong muốn liên quan đến cái chết và hành vi tự sát, bao gồm:

- + Ý tưởng tự sát bị động: không muốn tiếp tục sống, mong muốn “biến mất”.
- + Ý tưởng tự sát chủ động: suy nghĩ về việc gây hại cho bản thân hoặc lên kế hoạch tự sát.

- Hành vi liên quan đến tự sát

+ Hành vi tự sát không thành: người bệnh có hành vi gây hại cho bản thân nhưng không dẫn đến tử vong.

+ Tự sát hoàn thành: hành vi cố ý hủy hoại bản thân dẫn đến tử vong.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán hành vi tự sát:

Đáp ứng đủ 5/5 tiêu chuẩn:

(A) Trong vòng 24 tháng qua, cá nhân đã thực hiện cố gắng tự sát.

(B) Hành động không đáp ứng các tiêu chí về thương tích không tự sát.

(C) Chẩn đoán không được áp dụng cho ý định tự sát hay các hành vi chuẩn bị.

(D) Hành động không được bắt đầu trong trạng thái mê sảng hoặc nhầm lẫn.

(E) Hành động không được thực hiện chỉ vì mục đích chính trị hoặc mục tiêu tôn giáo.

3.2. Cận lâm sàng giúp chẩn đoán và hỗ trợ điều trị

- Xét nghiệm máu, hormon tuyến giáp, xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy.

- Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng khi cần thiết.

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá trầm cảm, lo âu, nhân cách, giấc ngủ.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn lo âu cấp, cơn hoảng loạn.

- Sảng (Delirium).

- Rối loạn hành vi do ngộ độc hoặc hội chứng cai.

- Hành vi chống đối, giả bệnh trong một số rối loạn nhân cách.

- Rối loạn hành vi do bệnh lý thần kinh thực thể.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế.

- Đánh giá nguy cơ tự sát thường xuyên.

4.2. Chăm sóc và quản lý

- Chăm sóc cấp I tại khoa cấp cứu, có sự giám sát, hỗ trợ của người nhà người bệnh.

- Nhập viện điều trị nội trú: Những trường hợp có ý tưởng tự tử hoặc đã có hành vi tự tử không thành.

- Theo dõi, chăm sóc:

+ Dưới tầm kiểm soát thường xuyên của nhân viên y tế.

+ Môi trường an toàn không có phương tiện tự sát.

4.3. Điều trị hoá dược

Điều trị theo từng nguyên nhân dẫn đến tự sát

- Giải lo âu, bình thần và điều chỉnh khí sắc:

Nhóm điều trị	Tên thuốc	Liều dùng (mg/ngày)
Giải lo âu, bình thần	Diazepam	5 – 30
	Lorazepam	1 – 4
	Clonazepam	1 – 8
Điều chỉnh khí sắc	Valproat	1200 – 1500 (tối đa 60 mg/kg/ngày)
	Divalproex	750 – 60 mg/kg/ngày
	Carbamazepine	400 – 1200
	Oxcarbazepine	1200 – 2400
	Topiramate	50 – 400

- Rối loạn trầm cảm:

+ Xử trí theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trầm cảm

+ Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin: Sử dụng một trong các thuốc sau:

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Liều dùng (mg/ngày)
Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCAs)	Amitriptylin	25 – 200
	Clomipramin	50 – 100
Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRIs)	Sertralin	50 – 300
	Fluoxetin	20 – 60
	Fluvoxamin	50 – 100
	Citalopram	20 – 60
	Escitalopram	10 – 20
	Paroxetin	20 – 80
Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin và Norepinephrin (SNRIs)	Venlafaxin	37,5 – 225
	Duloxetine	40 – 120
Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA)	Mirtazapin	15 – 60

Thuốc ức chế tái hấp thu Dopamin – Norepinephrin	Bupropion	75 – 450
--	-----------	----------

Liều sử dụng thuốc chống trầm cảm có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của người bệnh.

- Loạn thần:

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Dạng bào chế	Liều dùng (mg/ngày)
An thần kinh cổ điển	Chlorpromazin	Viên 25mg; Ống 25mg	50 - 250
	Levomepromazin	Viên 25mg	25 - 250
	Haloperidol	Viên 1.5mg, 5mg; Ống 5mg	5 - 30
	Thioridazin	Viên 50mg	100 - 300
An thần kinh không điển hình	Amisulpirid	Viên 50mg, 200mg, 400mg	200 - 800
	Clozapin	Viên 25mg, 100mg	50 - 800
	Risperidon	Viên 1mg, 2mg	1 - 12
	Olanzapin	Viên 5mg, 10mg	5 - 30
	Quetiapin	Viên 50mg, 200mg, 300mg	600 - 800
	Aripiprazol	Viên 5mg, 10mg, 15mg, 30mg	10 - 15 (tối đa 30)

Liều sử dụng thuốc an thần kinh có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của người bệnh. Giai đoạn đầu có thể sử dụng thuốc tiêm sau đó chuyển sang uống khi tình trạng bệnh đã ổn định hơn.

Do các nguyên nhân khác:

Điều trị theo nguyên nhân cụ thể.

4.4. Chỉ định choáng điện có thể dùng trong các trường hợp sau

- Hành vi tự tử mãnh liệt: trong vài ngày đầu tiên, mặc dầu đã chích thuốc liều cao.

- Khi không đáp ứng điều trị thuốc.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Phụ thuộc vào nguyên nhân nền, mức độ nguy cơ và thời điểm can thiệp.
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời giúp cải thiện tiên lượng rõ rệt.

5.2. Biến chứng

- Nguy cơ tái diễn hành vi tự sát.

VI. PHÒNG BỆ.

- Phát hiện sớm và điều trị hiệu quả các rối loạn tâm thần.
- Theo dõi sát những người có yếu tố nguy cơ cao.
- Giáo dục người bệnh và gia đình về dấu hiệu cảnh báo sớm.
- Hạn chế các yếu tố stress kéo dài, tăng cường hỗ trợ gia đình và xã hội.

VII. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG.

- Giáo dục, tư vấn cho người nhà người bệnh 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 NB như vật sắc nhọn, dây, ổ điện,...

- Quản lý việc sử dụng thuốc của NB, đảm bảo uống thuốc tận miệng hoặc tận dạ dày, tránh NB có thể tích thuốc.

- Nếu NB có nguy cơ tự sát cao cần theo dõi sát 24/24 thậm chí cả khi vệ sinh và ngủ. Không được ra khỏi khuôn viên bệnh viện.

- Nếu NB nguy cơ tự sát thấp, có thể tham gia một số hoạt động khác nhưng vẫn cần sự theo dõi sát.

- Xếp phòng NB 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 NB không nhảy từ trên cao xuống.

- Quan sát, ghi chép, báo cáo bất kỳ sự thay đổi nào trong cảm xúc của NB.

- Cảnh giác với các hành vi của NB như giảm giao tiếp, nói về cái chết, mất phương hướng...

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ ĐỘNG KINH LIÊN TỤC

I. ĐỊNH NGHĨA

Động kinh: Là những cơn ngắn, định hình, khởi phát đột ngột, khuynh hướng chu kỳ và tái phát của rối loạn chức năng thần kinh Trung ương do sự phóng điện đột ngột, quá mức từ vỏ não hoặc qua vỏ não của các Neurôn thần kinh.

Tất cả những nguyên nhân nào đưa đến sự phóng thích quá mức của điện não tạo nên cơn co giật thì gọi là động kinh (lâm sàng: **co** cứng - co giật – đoãi cơ - hôn mê).

Động kinh liên tục (trạng thái động kinh) là cơn động kinh kéo dài >30 phút hoặc là nhiều cơn liên tiếp kéo dài > 30 phút và giữa các cơn người bệnh không hồi tỉnh.

II. NGUYÊN NHÂN

- Ngưng đột ngột thuốc chống động kinh (đặc biệt là Barbiturates, Phenobarbital hoặc Benzodiazepine) ở các người bệnh đang điều trị động kinh.

- Các tổn thương thần kinh cấp: Viêm não, viêm màng não, chấn thương sọ não...

- Các tổn thương thần kinh tiến triển: thoái hóa thần kinh, u não...

- Rối loạn chuyển hóa: hạ đường huyết, cai rượu.

- Nhiễm trùng – nhiễm độc (đặc biệt là cocaine)

- Ngoài ra còn 1/3 trường hợp không xác định được nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng, kết hợp với điện não đồ khi có điều kiện.

Nguyên tắc: Không chẩn đoán động kinh nếu không ghi nhận được cơn trên lâm sàng.

3.1. Chẩn đoán xác định

- Xuất hiện các cơn co giật toàn thể liên tục.

- Các cơn xảy ra liên tiếp không có khoảng nghỉ, hoặc có khoảng nghỉ rất ngắn và người bệnh không hồi phục ý thức.

- Có thể kèm theo rối loạn hô hấp, rối loạn huyết động.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Uốn ván.

- Rối loạn điện giải.

- Hạ glucose máu.

- Co giật phân ly.
- Co giật do ngộ độc rượu, ma túy hoặc các chất khác.
- Một số bệnh lý thần kinh – Nội khoa khác gây co giật.

3.3. Cận lâm sàng

Cận lâm sàng thường quy

- Xét nghiệm máu: Huyết học, sinh hóa; Xét nghiệm hormone tuyến giáp; Xét nghiệm nước tiểu tìm ma túy.

Cận lâm sàng giúp chẩn đoán và hỗ trợ điều trị

- Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng:
 - + XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp
 - + Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não.....
- Các trắc nghiệm tâm lý:
 - + Thang đánh giá trầm cảm Beck, Hamilton, trầm cảm người già (GDS), trầm cảm ở trẻ em, thang đánh giá trầm cảm ở cộng đồng (PHQ-9)...
 - + Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI).
 - + Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI).
 - + Thang đánh giá lo âu Zung, Hamilton.
 - + Thang đánh giá lo âu – trầm cảm – stress (DASS).
- Các xét nghiệm theo dõi điều trị:
 - + Đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa do thuốc: glucose máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) 3 tháng/lần.
 - + Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần.

IV. ĐIỀU TRỊ

Động kinh liên tục là cấp cứu nội khoa, người bệnh phải được theo dõi và chăm sóc cấp I.

- (1) Quan sát biểu hiện lâm sàng để xác định động kinh cơn lớn liên tục.
- (2) Đặt người bệnh ở nơi an toàn để phòng sang chấn trong lúc co giật.
- (3) Giữ người bệnh ở tư thế đảm bảo cho đường hô hấp thông:

- Giữ người bệnh nằm nghiêng, xoay đầu sang một bên để tránh hít phải chất nôn

- Nới lỏng quần áo

- Hút đàm nhớt.
- (4) Thở Oxy liên tục hoặc ngắt quãng.
- (5) Đặt đường truyền tĩnh mạch.
- (6) Cân bằng nước, điện giải
- (7) Dùng thuốc chống động kinh:

Thuốc	Đối tượng	Liều dùng	Ghi chú
Diazepam	Người lớn	0,2 mg/kg (tương đương 1 ống 10 mg)	-
	Trẻ em	0,1 – 1 mg/kg (tương đương 2 ống 10 mg)	Có thể bơm trực tràng liều 0,5 mg/kg
Phenobarbital	Người lớn	10 mg/kg	Tiêm tĩnh mạch chậm < 100 mg/phút; tổng liều tối đa 1 g
	Trẻ em	5 – 10 mg/kg	Tiêm tĩnh mạch chậm < 30 mg/phút

*** Ghi chú điều trị:**

Cứ sau 30 phút, nếu cơn co giật không giảm thì tiêm nhắc lại.

Nếu sau 2 lần tiêm mà cơn co giật vẫn không giảm hoặc liều đã đạt ≥ 30 mg/phút - **CHUYỂN VIỆN AN TOÀN.**

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Phụ thuộc vào nguyên nhân, thời gian khởi phát và hiệu quả xử trí ban đầu.
- Xử trí sớm, đúng phác đồ giúp cải thiện rõ rệt tiên lượng.

5.2. Biến chứng

- Suy hô hấp, rối loạn tuần hoàn.
- Tổn thương não do thiếu oxy kéo dài.
- Rối loạn chuyển hóa nặng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tuân thủ NG huy trị bằng thuốc chống động kinh, không tự ý ngừng thuốc.

- Theo dõi và đitri bằng thuốc chống động kiTránh các y đitri bằng thuốc chống động kinh, không tự ý ngừngKhám và tái khám đbằng thuốc chống động kinh, không Giáo dà tái khám đbằng thuốc chống động kinh thủ điều trị và nhận biết các yếu tố khởi phát cơn.

VII. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Giáo dục, tư vấn cho người nhà người bệnh về nguy cơ kích động, các dấu hiệu nhận biết.

- Hỏi người nhà người bệnh hoặc những người xung quanh để tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh kích động.

- Dùng liệu pháp tâm lý để ổn định trạng thái tâm thần người bệnh, thân mật ôn tồn giải thích, lắng nghe ý kiến người bệnh về nguyên nhân kích động, có thái độ phù hợp với hoàn cảnh.

- Nếu người bệnh quá kích động thì phải nhờ nhiều người đưa vào phòng riêng và xử trí bằng cố định người bệnh và tiêm thuốc an thần kinh theo y lệnh bác sĩ.

- Tuyệt đối không được có hành động thô bạo với người bệnh.

- Không được có ý thức coi thường, hắt hủi, sợ hãi hoặc bỏ rơi người bệnh.

- Khi người bệnh tỉnh, nhân viên điều dưỡng cần có mặt để làm liệu pháp tâm lí nhằm ổn định trạng thái tâm thần cho người bệnh.

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ HỘI CHỨNG SEROTONIN

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng serotonin là một tình trạng sức khỏe nghiêm trọng có thể dẫn tới tử vong. Hội chứng serotonin thường gây ra bởi sự tích tụ của serotonin trong cơ thể, thường là do uống thuốc chữa đau nửa đầu cấp tính kết hợp với thuốc chống trầm cảm hoặc ngừng đột ngột thuốc SSRI khi đang sử dụng kéo dài.

Hội chứng serotonin mặc dù hay xảy ra và có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng lại hoàn toàn có thể phòng tránh được nếu như cả người bệnh và thầy thuốc chú ý đến những tác dụng phụ của các loại thuốc có thể gây hội chứng này để theo dõi và phòng ngừa trong quá trình điều trị bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN

Các loại thuốc có thể dẫn tới hội chứng serotonin nếu sử dụng không đúng cách:

- Thuốc chống nôn như Metoclopramid (Reglan và ondansetron (Zofran).
- Một số thuốc đau nửa đầu cấp tính như triptans và dihydroergotamines.
- Một số thuốc phòng ngừa đau nửa đầu, chống động kinh như acid valproic.
- Thuốc chống trầm cảm như các chất ức chế Serotonin tái hấp thu có chọn lọc (SSRIs) như Fluoxetine, thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin-norepinephrine (SNRIs) như Venlafaxin, thuốc chống trầm cảm ba vòng (ví dụ amitriptyline).
- Một số thuốc giảm đau như Tramadol (Ultram) hoặc thuốc giãn cơ Cyclobenzaprine (Flexeril).
- Một số loại thuốc và thực phẩm chức năng không hợp pháp (chẳng hạn cocaine).
- Một số thuốc trị cảm lạnh không theo toa như Dextromethorphan (Robitussin).

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán hội chứng Serotonin chủ yếu dựa vào lâm sàng, không có xét nghiệm đặc hiệu.

Gợi ý chẩn đoán khi:

- Triệu chứng xuất hiện nhanh (vài phút đến vài giờ) sau khi dùng hoặc phối hợp thuốc có nguy cơ.

- Có biểu hiện phối hợp của rối loạn tâm thần, thần kinh – cơ và rối loạn thần kinh thực vật.

Các biểu hiện lâm sàng thường gặp:

- Rối loạn tâm thần: bồn chồn, kích thích, hưng phấn, lú lẫn.
- Rối loạn thần kinh – cơ: run, tăng phản xạ, rung giật cơ, co cứng cơ, phản xạ Babinski hai bên.
- Rối loạn thần kinh thực vật: sốt, vã mồ hôi, tăng huyết áp, tim nhanh, thở nhanh nông, tiêu chảy.

Trường hợp nặng có thể gặp:

- Co giật, hôn mê.
- Suy hô hấp, suy thận.
- Hội chứng tiêu cơ vân, suy đa tạng.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng an thần kinh ác tính.
- Ngộ độc thuốc hoặc chất gây nghiện khác.
- Nhiễm trùng thần kinh trung ương.
- Sảng (delirium) do nguyên nhân nội khoa.
- Co cứng kinh hoặc trạng thái động kinh.

3.3. Cận lâm sàng

Hiện chưa có xét nghiệm đặc hiệu xác định hội chứng serotonin. Việc chẩn đoán dựa vào các triệu chứng xuất hiện nhanh vài phút hoặc vài giờ sau khi dùng các thuốc có nguy cơ gây hội chứng serotonin như đã liệt kê ở trên.

Cận lâm sàng thường quy:

- Xét nghiệm máu: Huyết học, sinh hóa (chức năng gan, chức năng thận, đường máu, mỡ máu...)
- Tổng phân tích nước tiểu
- Xét nghiệm điện giải đồ

Cận lâm sàng giúp chẩn đoán và hỗ trợ điều trị:

- Khi qua cơn kích động/ hoặc bất cứ khi nào có thể thực hiện được:
 - + Điện não, điện tim, Siêu âm, Xquang, CT Scanner.
 - + Test tâm lý (Zung, Beck, MMSE, PHQ-9, GAD-7...).

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Ngừng ngay các thuốc nghi ngờ là nguyên nhân.

- Đảm bảo an toàn và theo dõi sát người bệnh.
- Điều trị triệu chứng và hỗ trợ chức năng sống.

4.2. Xử trí cụ thể

- Trường hợp nhẹ:

- + Ngừng thuốc nghi ngờ, theo dõi.
- + Triệu chứng thường cải thiện trong vòng 24 giờ.

- Nghi ngờ ngộ độc đường tiêu hóa sớm (< 6 giờ):

Rửa dạ dày, dùng than hoạt theo chỉ định.

- Điều trị hỗ trợ:

- + Hạ sốt: chườm mát, thuốc hạ sốt.
- + Bù đủ dịch và điện giải.
- + Thở oxy khi cần.
- + An thần bằng Benzodiazepin (Diazepam 5–30 mg/24 giờ) để giảm kích động, giảm trương lực cơ, chống co giật.
- + Điều trị rối loạn tim mạch: hạ huyết áp, giảm nhịp tim theo chỉ định.

- Điều trị đặc hiệu:

Cyproheptadin: liều khởi đầu 12 mg uống, sau đó 2 mg mỗi 2 giờ, theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

- Trường hợp nặng:

Hồi sức tích cực và chuyển viện an toàn nếu có suy hô hấp hoặc suy đa cơ quan.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Tiên lượng tốt nếu được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Đa số người bệnh hồi phục hoàn toàn khi ngừng thuốc và điều trị đúng.

5.2. Biến chứng

- Suy hô hấp, suy thận cấp.
- Hội chứng tiêu cơ vân.
- Co giật, hôn mê.
- Suy đa cơ quan

VI. PHÒNG BỆI.

Không tự ý phối hợp các thuốc làm tăng Serotonin.

Tuân thủ đúng liều lượng và chỉ định khi sử dụng thuốc chống trầm cảm, thuốc điều trị đau nửa đầu và các thuốc liên quan.

Khai báo đầy đủ với thầy thuốc về các thuốc đang sử dụng và đến cơ sở y tế ngay khi xuất hiện các dấu hiệu bất thường.

VII. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Khai thác tiền sử của người bệnh về các thuốc đã sử dụng.
- Ngừng các thuốc nghi là nguyên nhân và theo dõi tình trạng bệnh.
- Nếu ngộ độc qua đường tiêu hóa sớm trước 6 giờ có thể rửa dạ dày, cho than hoạt để loại bỏ các thuốc gây hội chứng serotonin theo y lệnh.
- Nếu người bệnh có khó thở thì cho người bệnh thở oxy.
- Lau mát nếu người bệnh có rối loạn thân nhiệt.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.
- Thực hiện y lệnh thuốc tiêm, thuốc uống, truyền dịch kịp thời và chính xác.

HỘI CHỨNG AN THẦN KINH ÁC TÍNH (G21.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng an thần kinh ác tính (Neuroleptic malignant syndrome – NMS) là một cấp cứu thần kinh mà có ảnh hưởng tới tính mạng, liên quan đến việc sử dụng thuốc an thần kinh và đặc trưng bởi một hội chứng lâm sàng như thay đổi trạng thái tâm thần, co cứng cơ, tăng thân nhiệt, rối loạn thần kinh tự chủ.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân liên quan đến việc sử dụng thuốc an thần kinh.

Các yếu tố nguy cơ: Thuốc chống loạn thần cổ điển hoạt lực cao, vừa mới tăng liều hoặc tăng liều nhanh, giảm liều nhanh, phối hợp nhiều loại thuốc chống loạn thần, bệnh não thực thể, nghiện rượu, bệnh Parkinson, cường giáp, kích động tâm thần, chậm phát triển tâm thần, giới tính nam, trẻ tuổi, mất nước.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Bốn triệu chứng đặc trưng thường phát triển trong một vài ngày và thường theo thứ tự sau:

- Thay đổi trạng thái tâm thần: Thông thường sự biểu hiện sớm nhất là sự thay đổi trạng thái tâm thần, thường là trạng thái mê sảng kích động, và có thể tiến triển đến tình trạng hôn mê hoặc không đáp ứng (phản ánh bệnh não).

- Những bất thường về vận động: Người bệnh có thể bị cứng cơ nặng, toàn thân (đôi khi có run đồng thời, dẫn đến đờ cứng bánh xe răng cưa) hoặc ít gặp hơn là loạn trương lực cơ. Đáp ứng phản xạ có xu hướng giảm.

- Tăng thân nhiệt: Nhiệt độ thường $> 38^{\circ}\text{C}$

- Chứng tăng phản ứng thần kinh tự chủ: Hoạt động tự trị tăng lên, có xu hướng gây nhịp tim nhanh, rối loạn nhịp tim, thở nhanh, và huyết áp không ổn định.

3.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Sinh hóa máu: ure, creatinin, glucose, AST, ALT, GGT
- Điện giải đồ: Na^+ , K^+ , Cl^+
- Tổng phân tích nước tiểu
- Myoglobin niệu
- CT scanner sọ não
- Điện tâm đồ
- Xét nghiệm dịch não tủy

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Ngưng tác nhân nguyên nhân

Là một biện pháp đơn trị liệu rất quan trọng đối với NMS, những thuốc an thần mạnh khác có thể ngưng nếu được.

4.2. Điều trị chuyên biệt

- Nhập đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) để theo dõi chuyên sâu và chăm sóc hỗ trợ khi có biến chứng.

- Những khuyến cáo với thuốc đặc trị hội chứng an thần kinh ác tính dựa trên những báo cáo ca lâm sàng, không có dữ liệu từ nghiên cứu lâm sàng. Kết quả của chúng không rõ ràng, còn bàn cãi. Thông thường thì dùng những thuốc như: Dantrolene, Bromocriptine và Amantadine.

- Dantrolene là thuốc dẫn cơ trực tiếp và hiệu quả trong điều trị tăng thân nhiệt ác tính. Liều từ 0,25 – 2 mg/kg, tiêm mạch mỗi 6-12 giờ. Liều hàng ngày thường 3-5 mg/kg, tối đa 10mg/kg/ngày. Hiệu quả bao gồm giảm tạo nhiệt cũng tốt như trong co cứng cơ, tác dụng trong vòng vài phút.

- Bromocriptine, một đồng vận Dopamin, được cho để hồi phục dẫn truyền dopamine bị mất. Nó tốt cho những người bệnh loạn thần. Liều 2,5mg mỗi 6-8 giờ, có thể tăng liều tối đa 40mg/ngày. Nó được khuyến cáo dùng đến 10 ngày sau khi hội chứng an thần kinh ác tính được kiểm soát và giảm liều dần;

- Điều trị hỗ trợ: Bù nước và điện giải.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Hội chứng an thần kinh ác tính là cấp cứu nghiêm trọng, có thể dẫn đến tử vong nếu không được xử trí kịp thời.

- Biến chứng có thể bao gồm: suy thận cấp, suy hô hấp, tiêu cơ vân, rối loạn nhịp tim, sốc.

- Tiên lượng tốt nếu phát hiện sớm, ngừng thuốc gây bệnh và điều trị hỗ trợ đầy đủ.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tránh tăng liều hoặc phối hợp nhiều loại thuốc an thần mạnh.

- Theo dõi sát các người bệnh mới bắt đầu hoặc thay đổi liều thuốc an thần.

- Phát hiện sớm các dấu hiệu: thay đổi tâm thần, cứng cơ, tăng thân nhiệt, rối loạn thần kinh tự chủ.

- Bù đủ nước, cân bằng điện giải, theo dõi sát sinh hiệu.

- Giáo dục nhân viên y tế và người nhà về nguy cơ hội chứng an thần kinh ác tính.

XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP VÀ QUÁ LIỀU MA TÚY DẠNG THUỐC PHIỆN (T40.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Ma túy là một vấn đề nhức nhối của xã hội trong nhiều năm qua. Dùng những chất gây nghiện dạng thuốc phiện này phải tăng dần liều mới đạt được đáp ứng “khoái cảm” nên dễ ngộ độc và nhanh chóng dẫn đến tử vong.

Các định nghĩa cơ bản:

- Opiat: Các chất có nguồn gốc từ nhựa cây thuốc phiện (Opium poppy). Thực tế thường dùng để chỉ các dẫn chất của morphin.
- Opioid: Các hợp chất mà tất cả các tác dụng trực tiếp đều bị naloxon đối kháng. Các opioid được phân loại thành dạng tự nhiên, bán tổng hợp, và tổng hợp.

II. NGUYÊN NHÂN

Người bệnh ngộ độc cấp thuốc phiện đến viện có thể sau chích, hút, hít hoặc do đường qua da. Người nghiện ma túy thường bị quá liều do đổi dùng thuốc sang người bán khác vì vậy tính sai liều, hoặc lần đầu dùng lại sau một thời gian cai thuốc. Thực tế cũng thường gặp ngộ độc do tăng liều để đạt khoái cảm. Tuy nhiên cũng cần phải xét đến khả năng cố ý dùng quá liều để tự tử hoặc bị đầu độc.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Ức chế thần kinh trung ương:

Là một trong 3 tiêu chuẩn của ngộ độc opiat. Các dấu hiệu thay đổi từ lơ mơ, ngủ gà tới hôn mê.

Đồng tử co nhỏ:

Là dấu hiệu lâm sàng kinh điển thứ hai ở các nạn nhân ngộ độc opioid và thấy ở hầu hết các trường hợp. Co đồng tử do các tác động trên thần kinh phó giao cảm tới đồng tử.

Ức chế hô hấp có thể gây tử vong:

Là đặc điểm thứ ba của ngộ độc opiat. Đầu tiên giảm tần số thở, chưa giảm biên độ thở. Khi ngộ độc nặng hơn, thấy tím và thở rất chậm.

Thở nhanh nông có thể thấy ở người bệnh phù phổi cấp tổn thương. Các người bệnh này phân tích khí máu động mạch cho thấy giảm ôxy máu, tăng CO₂ máu và toan hô hấp.

Phù phổi cấp tổn thương không phải hiếm gặp ở các người bệnh ngộ độc heroin, có thể do uống hoặc chích, hút và được xem là 1 biến chứng nặng của người bệnh quá liều ma túy.

Tác dụng trên hệ tim mạch:

Opiat có rất nhiều tác dụng trực tiếp trên hệ thống tim mạch. Tăng dung tích hệ tĩnh mạch (nhờ đó morphin có tác dụng điều trị phù phổi cấp huyết động) gây giảm cả HA tâm thu và tâm trương. Dấu hiệu này thường không thấy rõ khi người bệnh nằm.

Nghe tim có tiếng thổi ở người bệnh nghiện chích ma túy nhiều khả năng có viêm nội tâm mạc và biểu hiện tâm phế có thể do tăng áp lực mạch phổi do tiêm các chất bẩn hoặc do các chất phụ gia.

Các biến chứng tim mạch của heroin:

Sốc, trụy tim mạch: người bệnh ngộ độc heroin do tiêm chích có thể vào viện trong tình trạng sốc. Sốc có thể là do suy tim toàn bộ cấp, hoặc do tiêm độc chất vào tuần hoàn (hội chứng sốc do độc tố - toxic shock syndrom).

Các biến chứng tim mạch khác là loạn nhịp chậm và loạn nhịp nhanh, rung nhĩ kịch phát, QT kéo dài, viêm nội tâm mạc, ngừng tim do tăng kali máu, tâm trương kéo dài, phình mạch dạng nấm.

Các tác dụng trên hệ tiêu hóa:

Ban đầu gây kích thích vùng nhận cảm hóa học ở hành não dẫn đến buồn nôn và nôn; dùng các liều tiếp theo lại có tác dụng ức chế vùng này và sau đó rất khó gây nôn.

Nhu động ruột giảm trong khi trương lực các cơ thắt tăng (ví dụ, cơ vòng ở hậu môn, bóng Vater). Nghe tiếng nhu động giảm và bụng có thể chướng. Do tồn đọng lâu ở dạ dày có thể dẫn đến hấp thu thuốc rất chậm và làm cho thải trừ thuốc qua đường tiêu hóa có thể chậm tới 27 giờ sau khi uống.

Các biến chứng khác:

Bao gồm ứ đọng nước tiểu do tăng trương lực cơ thắt, suy thận cấp do tiêu cơ vân cấp, hạ đường máu và hạ thân nhiệt.

3.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Sinh hóa máu: ure, creatinin, glucose, AST, ALT, GGT.
- Khí máu động mạch
- Ion đồ: Na^+ , K^+ , Cl^-
- Test nhanh tìm chất gây nghiện trong nước tiểu.
- X-Quang phổi.

Cấy máu hệ thống nếu có bằng chứng tắc mạch phổi nhiễm trùng hoặc viêm nội tâm mạc. Soi và cấy vi khuẩn đờm. Cấy vết loét da. Nếu có bằng chứng chấn thương sọ não, chụp X quang sọ, CT scan sọ não và làm điện não nếu có chỉ định.

3.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng: hoàn cảnh sau chích, hít heroin, tam chứng ức chế thần kinh trung ương, đồng tử co nhỏ, ức chế hô hấp và xét nghiệm opiat nước tiểu.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết thân não;
- Ngộ độc các thuốc an thần, gây ngủ, gây mê (seduxen, phenobarbital, amitriptilin...) rượu;
- Các chất gây co đồng tử: Phospho hữu cơ, cacbamat ...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Hồi sức hô hấp và sử dụng thuốc giải độc đặc hiệu naloxon là các điều trị cơ bản.

4.2. Điều trị cụ thể

Hồi sức:

- Hồi sức hô hấp: bóp bóng oxy, đặt nội khí quản thở máy.
- Các người bệnh ngộ độc cấp heroin cần theo dõi trong viện 24 – 48 giờ.
- Dùng vận mạch cho các người bệnh tụt HA. Theo dõi sát tăng gánh thể tích, chú ý đánh giá lượng dịch vào và ra. Sau khi người bệnh ổn định có thể chụp phim X quang ngực.

Thuốc giải độc đặc hiệu (Naloxon):

- Liều thường có hiệu quả trong điều trị cấp cứu là 1 đến 5 ống (0,4-2mg) tĩnh mạch. Đánh giá điểm Glasgow, nhịp thở, tình trạng suy hô hấp. Nếu không có tác dụng, dùng thêm 1 liều 2mg tĩnh mạch (dùng cách 2-3 phút cho tới tổng liều 10mg). Nếu có đáp ứng 1 phần, tiêm TM cách 15 phút cho tới khi người bệnh tỉnh, thở được hoặc không có cải thiện thêm. Nếu có đáp ứng, bắt đầu truyền tĩnh mạch naloxon.

- Phác đồ liều truyền tĩnh mạch liên tục để hồi phục tác dụng giảm đau gây ngủ đã được Goldfrank và cộng sự đề xuất. Truyền tĩnh mạch 4 mg naloxon/lít với tốc độ 400mg/giờ (0,4mg/giờ). Ở người lớn, dùng 4 mg/1000ml Glucose 5% truyền 100 ml/giờ.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng
- Di chứng thiếu oxy
- Biến chứng của tiêm chích bản

VI. DỰ PHÒNG

Truyền thông giáo dục phòng chống ma túy.

NGỘ ĐỘC BENZODIAZEPIN (T42.4)

I. ĐỊNH NGHĨA

- Là thuốc có tác dụng: giải lo âu, an thần, mềm cơ, chống co giật. Liều cao có tác dụng gây ngủ;
- Cơ chế tác dụng của Benzodiazepin là tác động lên Receptor gamma amino butyric acid type A (GABA_A) trên hệ viền, cấu trúc dưới vỏ não, đồi não và vùng dưới đồi (GABA là chất dẫn truyền thần kinh có tính chất ức chế trong hệ thần kinh trung ương. Nhờ Benzodiazepin gắn với thụ thể GABA, tăng hoạt tính kênh clo trên phức hợp thụ thể, tăng mở kênh clo, tăng ion clo đi vào tế bào thần kinh làm phân cực màng tế bào và ức chế dẫn truyền tín hiệu;
- Nhóm Benzodiazepine gồm nhiều các thuốc như: Diazepam, Midazolam, Alprazolam, Lorazepam, Bromazepam...
- Ngộ độc Benzodiazepine gây hôn mê không sâu nhưng kèm theo yếu cơ nên dẫn đến suy hô hấp sớm. Người bệnh cần được phát hiện và điều trị kịp thời. Với thuốc giải độc đặc hiệu Flumazenil (Anexate), việc điều trị trở nên đơn giản và hiệu quả, tránh được tình trạng hôn mê và suy hô hấp kéo dài.

II. NGUYÊN NHÂN

- Ngộ độc thường gặp là do tự tử, hiếm gặp hơn là do lạm dụng (nghiện), uống nhầm...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Hỏi bệnh: phát hiện người bệnh có hoàn cảnh sử dụng thuốc hoặc có ý định tự tử, có vỏ thuốc, mất thuốc trong hộp thuốc gia đình, mới mua thuốc...
- Hôn mê thường không sâu, kích thích đau có thể vẫn có đáp ứng nhưng đã có suy hô hấp. Xét nghiệm khí máu thấy PaCO₂ tăng, PaO₂ giảm;
- Test Flumazenil (Anexat) người bệnh đáp ứng tốt cho phép chẩn đoán xác định ngộ độc cấp Benzodiazepine.
- Quyết định chẩn đoán là xét nghiệm độc chất: tìm thấy Benzodiazepine trong nước tiểu, dịch dạ dày hoặc trực tiếp trong máu.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với các thuốc an thần khác như Phenobarbital, Rotundin, Zolpidem, Opiate...
- Với các nguyên nhân khác gây hôn mê: tai biến mạch não, hôn mê hạ đường huyết, hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu, hôn mê do rối loạn chuyển hóa khác...

3.3. Cận Lâm Sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Sinh hoá máu: Urê, creatinin, glucose, AST, ALT, GGT, ion đồ (Na, Cl, K)

- Tổng phân tích nước tiểu
- Đo điện tim

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Những người bệnh cần chăm sóc theo dõi:
 - + Người bệnh uống gấp đôi liều điều trị thông thường.
 - + Uống liều lượng không rõ, người bệnh lú lẫn, rối loạn tâm thần không làm chủ được hành vi.
 - + Các trường hợp có triệu chứng.
 - + Tự tử.
- Kiểm soát hô hấp, các chức năng sống
- Thực hiện các nguyên tắc chung xử trí ngộ độc cấp: Hạn chế hấp thu, đào thải độc chất;
- Thuốc giải độc đặc hiệu Flumazenil (nếu có).

4.2. Điều trị cụ thể

Tại khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc:

- Đại khoa Hồi sức+ Hút dịch hầu họng, đặt tư thế đầu nghiêng an toàn.
- + Có rối loạn ý thức: Trước khi rửa dạ dày đặt nội khí quản bảo vệ đường thở
- + Suy hô hấp, yếu cơ: Đặt nội khí quản cần thở máy.
- Hạn chế hấp thu:
 - + Gây nôn nếu đến sớm, tỉnh hoàn toàn.
 - + Nếu đã có rối loạn ý thức: rửa dạ dày sau khi đặt nội khí quản có bóng chèn, với lượng nước rửa tối đa từ 3-5 lít.
 - + Than hoạt 20 - 40 g, uống một lần kèm thuốc tẩy.
 - + Thuốc tẩy Sorbitol: 20 - 40 g (tương đương với than hoạt hoặc nhiều hơn).

Thuốc giải độc đặc hiệu: Flumazenil ống 0,5mg.

- Trẻ em: liều 0,01 mg/kg tiêm TM trong 15 giây, nếu không đáp ứng sau 45 giây, liều này có thể lặp lại trong 60 giây cho đến tổng liều 0,05 mg/kg. Nếu không đáp ứng cần chú ý xem lại chẩn đoán. Có thể pha truyền flumazenil với dung dịch glucose 5%, ringer lactat, natri clorid 0,9%.

- Người lớn: Liều khởi đầu 0,2 mg tiêm TM trong 15 giây, nếu không đáp ứng trong 45 giây tiếp tục dùng liều 0,1 mg cho đến khi đáp ứng hoặc tới tổng liều 2 mg. Liều tối đa 2mg/24 giờ. Có thể pha truyền Flumazenil với dung dịch Glucose 5%, Ringer lactat, Natri clorid 0,9% truyền tốc độ 0,1 – 0,5 mg mỗi giờ nếu cần thiết. Nếu không đáp ứng cần xem lại chẩn đoán.

- Chống chỉ định:

+ Tiền sử động kinh;

+ Người bệnh uống phối hợp Benzodiazepin với những thuốc gây co giật, hoặc thuốc ảnh hưởng nhịp tim, độc với cơ tim;

+ Dẫn rộng QRS trên ECG;

+ Tăng phản xạ và hoặc rung giật cơ;

+ Dấu hiệu kháng cholinergic.

Các biện pháp hồi sức hỗ trợ:

- Chăm sóc toàn diện;

- Truyền dịch;

- Nuôi dưỡng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng thường tốt.

- Biến chứng như suy hô hấp, viêm phổi, sặc phổi, thường gặp ở người già, trẻ em.

- Hạ đường huyết.

- Hạ thân nhiệt.

- Co giật do thiếu oxy

- Thời gian Flumazenil thải nhanh hơn thuốc Benzodiazepin, có thể gây tái lại các triệu chứng ngộ độc cũ, nguy hiểm cho người bệnh nếu chủ quan không theo dõi sát.

- Biến chứng khi dùng Flumazenil có thể gây loạn nhịp nhanh thất và co giật.

VI. PHÒNG BỆNH

- Quản lý thuốc gia đình tránh xa tầm với trẻ em và những người không làm chủ được hành vi.

- Điều trị các bệnh tâm thần dẫn đến hành vi tự sát.

RỐI LOẠN TÂM THẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn tâm thần là những rối loạn do hoạt động của não bộ bị rối loạn gây nên gây nên những biến đổi bất thường trong ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong, suy luận, nhận thức người bệnh.

Cơ chế bệnh sinh của rối loạn tâm thần thường rất phức tạp, đôi lúc khó xác định được nguyên nhân. Hiện nay ba yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội thường xem xét đồng thời khi tìm hiểu nguyên nhân cũng như cơ chế bệnh sinh của các rối loạn tâm thần (George Engel 1977, Eric Kandel 1998).

Các rối loạn tâm thần thường được phân làm 4 nhóm chính:

- Các rối loạn loạn thần: với các triệu chứng ảo giác, hoang tưởng, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn hành vi. Thường mất khả năng duy trì mối liên hệ với môi trường xung quanh và người bệnh thường không nhận biết tình trạng bệnh tật của mình. Bao gồm loạn thần thực thể, loạn thần phản ứng, loạn thần nội sinh.

- Các rối loạn thần kinh (rối loạn tâm căn, nhiễu tâm) thường có căn nguyên tâm lý. Người bệnh không có các triệu chứng loạn thần, vẫn duy trì được với môi trường xung quanh (giao tiếp, học tập, làm việc) và người bệnh ý thức được tình trạng bệnh tật của mình. Bao gồm rối loạn lo âu, rối loạn ám ảnh, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD).

- Các rối loạn về nhân cách.

- Các trạng thái chậm phát triển tâm thần.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Các căn nguyên khác nhau của rối loạn tâm thần

Thường được phân làm 4 nhóm chính:

- Những nguyên nhân thực thể gây tổn thương trực tiếp tế bào não (u não, chấn thương sọ não,...) hoặc gây rối loạn chuyển hóa hoạt động não bộ (bệnh lý nội tiết, tim mạch, chuyển hóa,...).

- Những nguyên nhân tâm lý: Do các sang chấn tâm lý đột ngột, mãnh liệt hoặc cường độ nhẹ nhưng kéo dài.

- Do cấu tạo cơ thể bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý.

- Nguyên nhân nội sinh hoặc tiềm ẩn.

2.2. Các yếu tố thuận lợi cho rối loạn tâm thần phát sinh

Di truyền, nhân cách, lứa tuổi, giới tính và tình trạng sức khỏe toàn thân.

2.3. Phân loại

Theo ICD-10 là công cụ chẩn đoán chuẩn phục vụ trong dịch tễ học, quản lý sức khỏe và những thực hành lâm sàng ở tất cả chuyên khoa y khoa do tổ chức y tế thế giới (WHO) xuất bản 1992. Các rối loạn tâm thần được mã hóa và

phân loại trong phần phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi của ICD-10 (ICD-10F), gồm các rối loạn như sau:

- Rối loạn tâm thần thực thể bào gồm rối loạn tâm thần triệu chứng (F00-F09): Sa sút tâm thần (bao gồm bệnh Alzheimer), hội chứng quên thực thể, sảng không do rượu và chất tác động thần kinh khác, rối loạn nhân cách và hành vi do bệnh não,...

- Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần (F10-F19): Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu, opioid (thuốc phiện, heroin), cannabinoid (cần sa), chất an thần hoặc gây ngủ, chất kích thích,...

- Tâm thần phân liệt, rối loạn dạng phân liệt, và rối loạn hoang tưởng (F20-F29): Tâm thần phân liệt, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn loạn thần cấp và thoáng qua (nhất thời),...

- Rối loạn khí sắc “cảm xúc” (F30-F39): Giai đoạn hưng cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, giai đoạn trầm cảm,...

- Loạn thần kinh, rối loạn liên quan đến stress và rối loạn dạng cơ thể (F40-F48): Sự hoảng sợ, ám ảnh sợ xã hội, rối loạn hoảng sợ, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn ám ảnh cưỡng bách, phản ứng stress trầm trọng và rối loạn thích ứng,...

- Hội chứng hành vi kết hợp với rối loạn sinh lý và yếu tố thể chất (F50-F59): Rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể, rối loạn chức năng tình dục không do rối loạn hay bệnh thực thể, rối loạn hành vi và tâm thần kết hợp hậu sản,...

- Chậm phát triển tâm thần (F70-F79).

- Rối loạn phát triển tâm lý (F80-F89): Rối loạn phát triển lan tỏa, tự kỷ.

- Rối loạn về hành vi và cảm xúc xảy ra ở lứa trẻ em và thiếu niên (F90-F98).

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Các xét nghiệm thường quy: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi; Sinh hóa máu (Glucose, AST, ALT, GGT, Ure, Creatinin, điện giải đồ...); Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu; Xét nghiệm nước tiểu tìm các chất gây nghiện; Xét nghiệm miễn dịch (HIV, viêm gan...).

- Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng:

- + X. Quang tim phổi, siêu âm ổ bụng, CT-Scanner, MRI,...

- + Lưu huyết não, siêu âm doppler xuyên sọ...

- + ECG, EEG.

- Trắc nghiệm tâm lý:

- + Trắc nghiệm tâm lý đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính PANSS

- + Trắc nghiệm nhân cách: EPI, MMPI
- + Trắc nghiệm tâm lý khác như BDI, Zung, HDRS, HARS, HAD, MMSE...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Dựa vào tiền sử, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để phân biệt:
- + Trầm cảm
- + Loạn thần (tâm thần phân liệt, loạn thần cấp)
- + Rối loạn nhân cách

IV. ĐIỀU TRỊ

- Ngoại trú: Tùy trường hợp tình trạng người bệnh mà bác sĩ nhận định có thể khám cấp thuốc uống theo toa.

- Nội trú: Tùy trường hợp bác sĩ nhận định nhập Hồi sức cấp cứu. Những trường hợp ngộ độc chất, có hành vi gia tăng, kích động hoặc nói một mình nhiều hoặc có ý định tự tử hoặc hành vi tự tử không thành hay ảo thanh mệnh lệnh, chán ăn tâm thần và các hành vi nguy hiểm khác.

4.1. Chăm sóc cấp I

- Nhập người bệnh tại phòng chăm sóc cấp I
- Cố định người bệnh trên giường được thiết kế cố định phù hợp (nếu cần).
- Không có phương tiện nguy hiểm, loại bỏ hoặc thu giữ những vật dụng có thể làm hung khí nguy hiểm như dao, kéo, bật lửa,...
- Người bệnh luôn trong tầm kiểm soát thường xuyên của nhân viên y tế, có thể kết hợp thêm quan sát mọi hành vi của người bệnh bằng hệ thống Camera,...
- Nhân viên y tế kiểm tra, khai thác thông tin việc sử dụng thuốc trước đây (nếu có).
- Cho người bệnh ở phòng trấn tĩnh, yên tĩnh, thoáng mát.
- Quan sát tổng trạng và tình trạng bệnh lý kèm theo,...
- Thăm hỏi đồng thời thân nhân người bệnh, người bệnh về hoàn cảnh xuất hiện cơn, bệnh sử và tiền sử bệnh. Giải thích cho người bệnh nhằm trấn an, trấn tĩnh (về bệnh, về cơ sở điều trị, chăm sóc của điều dưỡng và hộ lý). Chú ý: Giọng nói của BS và nhân viên y tế cần nhẹ nhàng, thấp giọng, chú ý lắng nghe và quan sát người bệnh, khi cần (nếu dự đoán không có nguy cơ tổn hại đến cơ thể) có thể ngồi cùng người bệnh,...

4.2. Khi chưa có kết quả chẩn đoán được nguyên nhân, có thể dùng

- BZD: Diazepam 10mg/6giờ hoặc Lorazepam 2-4mg, đường uống hoặc tiêm nếu người bệnh - BN không uống được, có thể duy trì trong 24 tiếng. Chỉ định đến khi các triệu chứng thuyên giảm.

- Khi bệnh đã dùng Diazepam với liều tối đa 40mg/ngày mà vẫn chưa thuyên giảm, hoặc có chống chỉ định BZD thì chuyển sang Haloperidol 1-5mg, tiêm bắp mỗi 6 giờ.

- Nếu gia tăng kích động do loạn thần: Haloperidol 5-10mg tiêm bắp, có thể lặp lại sau 1-2 giờ cho đến khi người bệnh yên tĩnh, tối đa không quá 30mg/ngày (Haloperidol được dùng do có hiệu quả và ít gây hạ huyết áp tư thế). Hoặc Chlorpromazine 25-50mg tiêm bắp, có thể lặp lại sau 2-3 giờ, tối đa 400mg/ngày. Khi dùng Chlorpromazine cần thận trọng do thuốc dễ gây hạ huyết áp, đặc biệt ở người bệnh có thể trạng kém, bỏ ăn uống. Có thể phối hợp thêm: Diazepam (Seduxen 10mg) x 10-20mg (ưu tiên tiêm bắp hoặc tĩnh mạch - khi cần thiết).

Chú ý phản ứng nghịch thường tăng kích động trên một số người bệnh phản ứng với Diazepam.

*** Hóa dược trị liệu**

Nếu người bệnh được chẩn đoán là:

(1) Rối loạn trầm cảm (con trầm cảm, trầm cảm tái diễn, trầm cảm của người bệnh loạn thần...). Xử trí theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trầm cảm.

(2) Loạn thần (bao gồm loạn thần ngắn, tâm thần phân liệt, trạng thái hoang tưởng, loạn thần không đặc trưng khác). Xử trí theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tâm thần phân liệt.

(3) Rối loạn nhân cách. Xử trí theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị rối loạn nhân cách.

(4) Do các nguyên nhân khác, điều trị theo nguyên nhân cụ thể.

*** Choáng điện (ECT)**

Có thể dùng trong các trường hợp sau:

- Hành vi tự tử mãnh liệt: Trong vài ngày đầu, mặc dầu đã chích thuốc liều cao.

- Khi không đáp ứng điều trị thuốc.

- Kích động căng trương lực kéo dài, người bệnh không chịu ăn uống.

- Choáng điện mỗi ngày một lần, mỗi đợt 6-8 lần.

Chú ý: Chống chỉ định choáng điện nếu có nguy cơ sức khỏe.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ bệnh, tần suất tái phát và hiệu quả điều trị.

- Có th n lượng phụ thuộc vào mức độ bệnh, tần suất tái phát và hiệu; xn trí theo hupụ thuộc vào mức độ bệnh, tần suất tái

VI. PHÒNG BI.

- Phát hiện sớm yếu tố nguy cơ: di truyền, nhân cách, bệnh lý thực thể, sang chấn tâm lý.

- Theo dõi sát người bệnh khi bắt đầu hoặc thay đổi thuốc tâm thần.

- Giáo dục người bệnh và thân nhân về triệu chứng sớm, phòng ngừa tự gây hại.

- Cung cấp môi trường an toàn, loại bỏ vật dụng nguy hiểm.

- Điều chỉnh thuốc theo chỉ định chuyên khoa, tránh tự ý tăng hoặc thay đổi liều.

SA SÚT TÂM THẦN TRONG BỆNH ALZHEIMER (F00.x)

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh Alzheimer là một bệnh não thoái hóa nguyên phát chưa rõ căn nguyên, với những nét đặc trưng về hóa thần kinh và thần kinh bệnh lý. Khởi phát thường âm ỉ và tiến triển từ từ nhưng bền vững qua nhiều năm. Khởi phát có thể ở giữa lứa trung niên hoặc thậm chí sớm hơn nhưng tỉ lệ mắc cao hơn ở tuổi già. Những trường hợp khởi đầu trước tuổi 65-70, thường có tiền sử gia đình có người bị sa sút trí tuệ tương tự, quá trình phát triển bệnh nhanh hơn và có những nét ưu thế tổn thương thùy đỉnh và thái dương, bao gồm rối loạn vong ngôn hoặc rối loạn vong hành.

II. NGUYÊN NHÂN

Đại thể: Sự teo não lan tỏa với các nếp nhăn vỏ não giãn rộng, các khe rãnh và các não thất cũng giãn rộng;

Vi thể: Sự giảm sút đáng kể trong các nơ-ron đặc biệt là ở hồi hải mã, chất vô danh, nhân đỏ, vùng vỏ não trán và thái dương đỉnh. Xuất hiện các mảng tơ thần kinh cấu tạo bởi các sợi xoắn kép, các mảng não suy (Senile plaques) với sự lắng đọng mảng amyloid và các thể hốc hạt;

Hóa thần kinh: Giảm sút rõ rệt chất dẫn truyền thần kinh acetylcholin và các dẫn chất truyền thần kinh, điều hòa thần kinh khác.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

a. Các biểu hiện suy giảm nhận thức

- Sự suy giảm trí nhớ: là triệu chứng đặc trưng, sớm, điển hình và nổi bật của sa sút trí tuệ. Theo tiến triển của bệnh, suy giảm trí nhớ ngày càng nặng hơn.

- Rối loạn định hướng: là những triệu chứng quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng (rối loạn định hướng về không gian, địa lý rất rõ rệt...)

- Các triệu chứng suy giảm chức năng nhận thức khác:

+ Vong ngôn: có thể là vong ngôn biểu hiện hoặc vong ngôn tiếp nhận.

+ Vong tri: giảm hoặc mất khả năng nhận biết, gọi tên đồ vật, đối tượng... mặc dù các cơ quan cảm giác, giác quan không bị tổn thương.

+ Vong hành: rối loạn khả năng hoạt động mặc dù các cơ quan chức năng vận động không bị tổn thương.

+ Giảm khả năng tư duy trừu tượng, khả năng tính toán, lập kế hoạch, sáng tạo, quyết định, khả năng phối hợp, theo dõi và thực hiện các hoạt động phức tạp.

b. Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức

- Các triệu chứng loạn thần: 30 - 40% các người bệnh sa sút trí tuệ có hoang tưởng. Ảo giác có ở 20-30% người bệnh sa sút trí tuệ. Hội chứng Capgras

- Các rối loạn cảm xúc: Trầm cảm và lo âu được gặp ở 40-50% các người bệnh sa sút trí tuệ.

- Các thay đổi về nhân cách: Người bệnh trở nên thu mình lại, có người bệnh trở nên bủn xỉn, hoài nghi, ghen tuông vô lý, trẻ con hóa, ăn mặc cầu thả, có khuynh hướng cóp nhặt bản thủ...

- Rối loạn hành vi: Kích động về đêm, rối loạn hành vi ăn uống và bài tiết...

- Các triệu chứng khác:

+ Các dấu hiệu thần kinh khu trú có thể gặp trong sa sút trí tuệ

+ Hội chứng hoàng hôn (Sundown)

+ Lú lẫn, kích động, ngã

c. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Để chẩn đoán sa sút trí tuệ cần căn cứ vào các tiêu chuẩn sau (ICD-10 hoặc DSM-IV):

+ Các triệu chứng tồn tại ít nhất 6 tháng

+ Suy giảm trí nhớ: đặc biệt là giảm khả năng ghi nhận các thông tin mới và khả năng nhớ lại các kiến thức đã học được trước kia.

+ Suy giảm các hoạt động nhận thức khác (cần có ít nhất một trong các biểu hiện đã mô tả).

+ Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức có thể có

+ Các triệu chứng trên xảy ra mà không có rối loạn ý thức kèm theo.

+ Các triệu chứng đặc trưng của bệnh Alzheimer

3.1.2. Cận lâm sàng

Có thể chỉ định các xét nghiệm sau, tùy từng trường hợp cụ thể:

a. Các trắc nghiệm tâm lý

- Đánh giá nhận thức (MMSE, GPCOG, Mini-Cog, ADAS-Cog, Wechsler...)

- Đánh giá trầm cảm (Ham-D, Beck, GDS...)

- Đánh giá lo âu (Ham-A, Zung,...)

- Đánh giá rối loạn giấc ngủ kèm theo (PSQI,...)

- Các trắc nghiệm đánh giá nhân cách (EPI, MMPI...)

b. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi c. Máu lắng

c. *Sinh hóa*: Xét nghiệm chức năng gan, thận, điện giải đồ, glucose, HbA1C, canxi, phosphate máu, vitamin b12, folate, hormon tuyến giáp, mỡ máu, cholinesterase máu.

d. *Xét nghiệm nước tiểu*

e. *Chẩn đoán hình ảnh*: Chụp cắt lớp vi tính sọ não, cộng hưởng từ sọ não, SPECT, PET, fMRI ... hỗ trợ chẩn đoán, loại trừ các bệnh lý mạch máu não và tổn thương choán chỗ khác. Siêu âm ổ bụng, chụp X quang tim phổi phát hiện các bệnh đồng diễn hoặc biến chứng.

f. *Thăm dò chức năng*: Điện não đồ, lưu huyết não, điện tâm đồ, siêu âm doppler xuyên sọ...

g. *Một số xét nghiệm chuyên biệt*: Huyết thanh chẩn đoán giang mai, xét nghiệm tự kháng thể (kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng đông Lupus, kháng thể kháng nhân,...), HIV, gen test, amyloid-PET...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn trầm cảm
- Sảng
- Hội chứng quên thực tồn: bệnh tuyến giáp, thiếu vitamin B12...
- Sa sút trí tuệ nguyên phát khác (như trong các bệnh lý mạch máu, bệnh Pick, bệnh sa sút trí tuệ thể Levy, bệnh Creutzfeldt - Jacob hoặc bệnh Huntington, sa sút trí tuệ trong bệnh Parkinson...)
- Các trạng thái nhiễm độc

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Đánh giá được mức độ sa sút trí tuệ nhất là khả năng sống độc lập của người bệnh, từ đó đưa ra một kế hoạch điều trị phù hợp cả về cơ thể - tâm thần. Xây dựng chế độ chăm sóc, quản lý người bệnh tại Bệnh viện, tại các nhà an dưỡng, tại cộng đồng... Đồng thời có kế hoạch giúp đỡ cho gia đình người bệnh trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống của họ.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

- Điều trị hóa dược
- Liệu pháp tâm lý
- Điều trị hỗ trợ

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Liệu pháp hóa dược

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Liều dùng
Thuốc cải thiện nhận thức (cholinesterase inhibitors)	Donepezil	5 – 23 mg/ngày
	Rivastigmin	1,5 – 12 mg/ngày (uống hoặc miếng dán)
	Galantamin	8 – 24 mg/ngày
Thuốc hỗ trợ dinh dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hoá – tuần hoàn não	Cerebrolysin	10 – 20 ml/ngày
	Ginkgo biloba	80 – 120 mg/ngày
	Piracetam	400 – 1200 mg/ngày
	Citicholin	100 – 1000 mg/ngày
	Cholin Alfoscerate	200 – 800 mg/ngày
	Vinpocetin	5 – 100 mg/ngày
Điều trị các rối loạn hành vi – tâm thần kèm theo	(Tùy triệu chứng)	Thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu....
Thuốc an thần kinh (Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau)	Risperidon	1mg - 10 mg/ngày
	Quetiapin	50mg - 800mg/ngày
	Olanzapin	5mg - 30mg/ ngày
	Clozapin	25 - 300mg/ngày
	Aripiprazol	10 - 30mg/ngày
	Haloperidol	0,5 mg - 20mg/ngày
Thuốc chống trầm cảm (Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau)	Sertralin	50 - 200mg/ ngày
	Citalopram	10 - 40 mg/ngày
	Escitalopram	10 - 20mg/ngày
	Fluvoxamin	100 - 200mg/ ngày
	Paroxetin	20 - 50mg/ngày
	Fluoxetin	10 - 60mg/ngày

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Liều dùng
	Venlafaxin	75 - 375mg/ngày
	Mirtazapin	15 - 60mg/ ngày
Chỉnh khí sắc (Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau)	Muối valproat	200mg - 2500mg/ngày
	Muối divalproex	Liều 750mg/ngày - 60mg/kg/ngày
	Carbamazepin	100 - 1600mg/ngày
	Oxcarbazepin	300 - 2400mg/ngày
	Lamotrigin	100 - 300mg/ngày
	Levitiracetam	500 -1500mg/ngày
	Thuốc hỗ trợ chức năng gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác	Chỉ định dựa trên thăm khám
	Bổ sung dinh dưỡng, vitamin, khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch	

4.3.2. Liệu pháp tâm lý

- *Liệu pháp tâm lý trực tiếp*: Liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý cá nhân...

- *Liệu pháp tâm lý gián tiếp*:

- + Đảm bảo môi trường an toàn với người bệnh và mọi người xung quanh
- + Môi trường yên tĩnh, tránh các kích thích xung quanh
- + Vệ sinh giấc ngủ
- + Giáo dục gia đình về chăm sóc, nuôi dưỡng người bệnh...

4.3.3. Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu

Phối hợp với chuyên khoa phục hồi chức năng

Mục đích:

- Phục hồi vận động

- Phục hồi ngôn ngữ: ngôn ngữ trị liệu

4.3.4. Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

Trợ giúp các hoạt động hằng ngày kể cả tắm rửa, vệ sinh cá nhân... tránh các biến chứng do nằm lâu và nâng cao chất lượng sống người bệnh.

4.3.5. Quản lý xã hội

Giới thiệu đến một hội Sa sút trí tuệ địa phương để được giáo dục và tư vấn cho tất cả các người bệnh và người chăm sóc họ

Đánh giá khả năng lái xe nếu họ tiếp tục muốn lái xe

Thảo luận với người bệnh và gia đình về các hình thức và các dịch vụ chăm sóc như tắm rửa, hỗ trợ ăn uống tại nhà hoặc tại nhà lưu trú có nhân viên được đào tạo đầy đủ

4.3.6. Hỗ trợ người chăm sóc

Người chăm sóc trong gia đình người bệnh sa sút trí tuệ trải nghiệm cao hơn căng thẳng, đau khổ so với những người cùng tuổi

Việc chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ chính là chăm sóc người bị sa sút và người chăm sóc chính của họ

Cần có các chương trình hỗ trợ y tế, tâm lý và thực hành phù hợp với nhu cầu của người bệnh và người chăm sóc.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh Alzheimer có đặc điểm khởi phát bằng triệu chứng suy giảm trí nhớ và tiến triển nặng dần. Qua thời gian tiến triển của bệnh, người bị bệnh Alzheimer sẽ xuất hiện lo âu, trầm cảm, mất ngủ, kích động, hoang tưởng ... Khi bệnh nặng lên, người bệnh Alzheimer sẽ cần hỗ trợ trong các hoạt động cơ bản hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh. Cuối cùng sẽ có các triệu chứng khó khăn khi đi lại, khó nuốt. Nhiều khi phải cho ăn qua sonde, triệu chứng khó nuốt có thể gây viêm phổi do hít.

Thời gian từ lúc chẩn đoán đến tử vong thường khoảng 3-10 năm. Người bệnh khởi phát Alzheimer từ trẻ thường tiến triển nhanh, rầm rộ hơn. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là các bệnh thứ phát như viêm phổi.

VI. PHÒNG BỆNH

Chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Một số biện pháp được áp dụng như:

- Không sử dụng thuốc lá, rượu bia, chất kích thích.
- Phòng và điều trị tăng huyết áp, mỡ máu, đái tháo đường.
- Chế độ ăn điều độ: giàu hoa quả, rau xanh, giảm đường, giảm chất béo no.
- Hoạt động thể lực, trí tuệ thường xuyên.

SẢNG KHÔNG DO RƯỢU VÀ CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN (F05)

I. ĐỊNH NGHĨA

Sảng là một thuật ngữ được gọi bằng nhiều tên khác nhau: trạng thái lú lẫn cấp, hội chứng não cấp, bệnh não do chuyển hóa, loạn thần do nhiễm độc... và đã được thống nhất gọi chung là sảng. Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) và thống kê rối loạn tâm thần và hành vi của Hoa kỳ lần 4 (DSM - 4) đây là một hội chứng đặc trưng bởi rối loạn sự ý thức tức là giảm sự tỉnh táo và nhận biết về môi trường xung quanh, giảm độ tập trung và duy trì hoặc thay đổi chú ý.

II. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân gây mê sảng, ngoài nguyên nhân do rượu và các chất tác động tâm thần khác thì nguyên nhân gây mê sảng có nhiều nguyên nhân khác:

- Chấn thương sọ não, khối u não, xuất huyết ngoài màng cứng, áp xe, xuất huyết nội sọ, xuất huyết não, đột quỵ không xuất huyết, thiếu máu tạm thời...
- Rối loạn chuyển hóa, rối loạn điện giải...
- Đái tháo đường, hạ đường huyết, tăng đường huyết, hoặc kháng insulin;
- Nhiễm trùng (như nhiễm khuẩn huyết, sốt rét, virus, bệnh dịch hạch, giang mai, áp xe...);
- Các loại thuốc như giảm đau, kháng sinh, chống ung thư... có thể gây sảng khi sử dụng;
- Hội chứng an thần kinh ác tính, hội chứng serotonin...
- Các bệnh cơ thể nặng: viêm gan, suy thận, suy tim...
- Thiếu dinh dưỡng...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Tính chất xảy ra:

- Xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào, phổ biến ở lứa tuổi trên 60;
- Hội chứng đặc trưng bởi rối loạn đồng thời ý thức, chú ý, tri giác, tư duy, trí nhớ, tâm thần vận động, cảm xúc và chu kỳ thức ngủ;
- Phần lớn các trường hợp hồi phục trong vòng 4 tuần hoặc ít hơn;
- Để chẩn đoán xác định, các triệu chứng, nhẹ hoặc nặng, phải có ở mỗi một lĩnh vực trong các lĩnh vực sau:

- Tật chứng về ý thức và sự chú ý (đi từ mù mờ đến hôn mê; giảm khả năng định hướng tập trung, duy trì và sự thay đổi chú ý);

- Rối loạn toàn bộ nhận thức (lệch lạc tri giác, ảo tưởng và ảo giác - phần lớn là thị giác; suy giảm tư duy trừu tượng và thông hiểu; có hoặc không kèm theo hoang tưởng nhất thời; nhưng điển hình là tư duy không liên quan; suy giảm trí nhớ tái hiện gần và tức thời nhưng trí nhớ xa vẫn tương đối còn duy trì; rối loạn định hướng về thời gian, về không gian và bản thân trong những trường hợp trầm trọng hơn;

- Rối loạn tâm thần vận động (giảm hoặc tăng hoạt động; thời gian phản ứng tăng; tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ; phản ứng giật mình tăng lên);

- Rối loạn chu kỳ thức - ngủ (ngủ kém hoặc trong những trường hợp trầm trọng, mất ngủ hoàn toàn hoặc chu kỳ thức ngủ đảo ngược, ngủ nhiều ban ngày; triệu chứng xấu hơn về ban đêm, có thể có ác mộng);

- Rối loạn cảm xúc như trầm cảm, lo âu, lo sợ, cấu kỉnh, khoái cảm, vô cảm hoặc bàng hoàng ngơ ngác...

- Khởi phát thường nhanh, tiến triển dao động trong ngày và toàn bộ thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng. Bệnh cảnh lâm sàng trên đặc trưng đến mức có thể làm chẩn đoán về sang khá tin cậy mặc dù nguyên nhân bên dưới chưa được làm rõ;

- Thêm vào một bệnh sử của bệnh não hoặc bệnh cơ thể nằm bên dưới, bằng chứng về rối loạn chức năng não cần phải có nếu chẩn đoán còn nghi ngờ (ví dụ, điện não đồ không bình thường, thường xuất hiện sóng chậm nhưng không phải lúc nào cũng có).

3.2. Cận lâm sàng

Chỉ định một trong số các xét nghiệm sau tùy từng trường hợp

- Xét nghiệm máu: bao gồm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Sinh hóa máu: Ure, creatinin, Glucose, AST, ALT, GGT;
- Tổng phân tích nước tiểu, test nhanh tìm chất gây nghiện trong nước tiểu
- Thăm dò chức năng: điện tâm đồ, điện não đồ,...

Chẩn đoán hình ảnh: CT-Scanner, MRI sọ não, siêu âm ổ bụng, chụp Xquang ổ bụng, ngực...

- Dịch não tủy (CSF) để phát hiện viêm não, màng não;
- Xét nghiệm giang mai, xét nghiệm kháng thể suy giảm miễn dịch ở người (HIV);
- Các xét nghiệm bổ sung khác trong những trường hợp cần thiết được chỉ định.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD-10

A. Có ý thức u ám, giảm độ tỉnh táo về nhận biết môi trường xung quanh.

B. Rối loạn nhận thức được biểu hiện bằng cả 2 triệu chứng sau.

1) Tổn thương trí nhớ gần và trí nhớ tức thì, trí nhớ xa không bị ảnh hưởng.

2) Rối loạn định hướng về không gian, thời gian hoặc người xung quanh.

C. Ít nhất một trong các rối loạn tâm thần vận động sau xuất hiện.

1) Sự dao động nhanh và không thể đoán trước về tăng và giảm hoạt động;

2) Tăng thời gian phản ứng;

3) Tăng hoặc giảm thời gian phản ứng;

4) Tăng phản ứng giật mình.

D. Rối loạn chu kỳ thức - ngủ biểu hiện bằng ít nhất một trong các triệu chứng sau:

1) Ngủ kém hoặc trong những trường hợp trầm trọng mất toàn bộ giấc ngủ hoặc chu kỳ thức ngủ đảo ngược, ngủ nhiều ban ngày;

2) Triệu chứng xấu hơn về ban đêm;

3) Các giấc mơ hoặc ác mộng;

E. Các triệu chứng khởi phát nhanh và dao động trong ngày;

F. Thêm vào một bệnh sử của bệnh não hoặc bệnh cơ thể nằm bên dưới bằng chứng về rối loạn chức năng não cần phải có nếu chẩn đoán còn nghi ngờ (ví dụ, điện não đồ không bình thường, thường cho thấy hoạt động sóng cơ bản bị chậm, nhưng không phải lúc nào cũng vậy).

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Sa sút trí tuệ: các triệu chứng lâm sàng giúp cho việc chẩn đoán phân biệt. Trong mê sảng các triệu chứng khởi phát cấp diễn, đột ngột, còn trong sa sút trí tuệ triệu chứng thường khởi phát từ từ, kín đáo. Các thay đổi về nhận thức trong sa sút trí tuệ thì ổn định, không dao động theo thời gian trong ngày. Trong sa sút trí tuệ người bệnh vẫn tỉnh táo, còn một người bệnh mê sảng thường có những giai đoạn ý thức bị suy giảm, rối loạn. Cần lưu ý các trường hợp mê sảng chồng lấp trên người bệnh sa sút trí tuệ.

- Tâm thần phân liệt hoặc trầm cảm, hưng cảm: Nhìn chung các triệu chứng ảo giác, hoang tưởng ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là bền vững hơn và có tính chất hệ thống. Trong tâm thần phân liệt không có rối loạn ý thức và rối loạn định hướng. Một số bệnh nhân mê sảng với giảm hoạt động cần phân biệt với trầm cảm dựa vào lâm sàng và điện não đồ. Tuy nhiên các bệnh này cũng dẫn tới sảng hoặc do tự bỏ bê hoặc kiệt sức hoặc do thuốc hướng thần mạnh để điều trị.

- Các bệnh lý cơ thể: nhồi máu não, nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng cấp, tăng/hạ đường huyết, hạ oxy máu, tăng CO₂ máu, tắc nghẽn đường tiết niệu cấp

tính, rối loạn do chất/thuốc, hội chứng não gan, suy thận, tăng/hạ Na máu, hạ Canxi máu, viêm não-màng não, u não, trạng thái sau đột quỵ não, táo bón, sau chấn thương não, bệnh Addison, nhiễm độc giáp, hôn mê do suy giáp, áp-xe não, giang mai não, bệnh não Wernick.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Điều trị nguyên nhân gây mê sảng, việc phát hiện nguyên nhân gây mê sảng và xử trí nguyên nhân là điều cốt lõi;

- Kiểm soát hành vi: giải quyết nguyên nhân bên dưới nếu có thể. Tạo môi trường thân thuộc, tương tác bình tĩnh, không đối đầu;

- Hóa dược: điều trị hóa dược xử lý các triệu chứng rối loạn. Liều lượng đối với mê sảng thường thấp hơn chỉ định thông thường, liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

- Điều trị nguyên nhân;
- Điều trị triệu chứng mê sảng;
- Chăm sóc quản lý người bệnh.

4.3. Điều trị cụ thể

a. Liệu pháp hóa dược

- An thần kinh: Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau:

Haloperidol: 5mg - 20 mg/ngày;

Risperidon: 0,5mg – 10 mg/ngày;

Clozapin: 25mg – 300 mg/ngày;

Olanzapin: 5mg – 30 mg/ngày;

Quetiapin: 50mg – 800 mg/ngày;

Aripiprazol: 10 – 30 mg/ngày.

Đối với người bệnh bị bệnh Parkinson hoặc SSTT thể Lewy và mê sảng lựa chọn thuốc chống loạn thần ít nguy cơ làm trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh Parkinson (clozapin hoặc quetiapin), không nên sử dụng haloperidol.

Mất ngủ được điều trị tốt với các thuốc nhóm benzodiazepin có thời gian bán thải ngắn hoặc trung bình (ví dụ lorazepam, zopiclon). Thuốc có thời gian bán thải dài và barbiturate nên tránh.

Chăm sóc, hỗ trợ là cần thiết với người bệnh. Nguyên nhân gây mê sảng rất nhiều kèm theo các rối loạn nằm bên dưới cần được chăm sóc giảm thiểu các nguy cơ cũng như cải thiện tình trạng bệnh.

Các người bệnh có sáng thường cao tuổi nên chăm sóc là góp phần giảm các biến chứng gây ra: tiểu không tự chủ, bất động, ngã, loét do tì đè, mất nước, suy dinh dưỡng....

- Các thuốc tăng cường chức năng nhận thức: Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau:

Donepezil: 5mg - 23mg/ngày

Rivastigmin: 1,5mg - 12mg/ngày (đường uống hoặc miếng dán)

Galantamin: 8mg - 24mg/ ngày...

- Các thuốc nuôi dưỡng, bảo vệ tế bào thần kinh: Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau:

Cerebrolysin 10ml - 20ml/ngày

Ginkgo biloba 80mg - 120mg/ngày

Piracetam 400mg - 1200mg/ngày

Citicholin 100mg - 1000mg/ngày

Cholin alfoscerate 200mg - 800mg/ngày

Vinpocetin 5mg - 100mg/ngày

Nicergolin 10mg - 30mg/ngày

Thuốc chống oxy hóa: vitamin E, selegiline.

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Aminoleban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác ...

Bổ sung dinh dưỡng, vitamin, khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

b. Liệu pháp tâm lý

- Liệu pháp tâm lý trực tiếp: Liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý cá nhân...

- Liệu pháp tâm lý gián tiếp:

+ Đảm bảo môi trường an toàn với người bệnh và mọi người xung quanh;

+ Môi trường yên tĩnh, tránh các kích thích xung quanh;

+ Vệ sinh giấc ngủ;

+ Giáo dục gia đình về chăm sóc, nuôi dưỡng người bệnh...

c. Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu

d. Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo hoặc là nguyên nhân bên dưới

- Do thuốc;

- Nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa;

- Tình trạng gây suy giảm oxy não (thiếu máu, suy tim, COPD...).

e. Phục hồi chức năng

- Đánh giá mức độ khả năng hoạt động cơ bản hàng ngày một cách thường xuyên;
- Tạo môi trường gần gũi với những thói quen và nhắc nhở thường xuyên về ngày, giờ, địa điểm;
- Gia đình cần tham gia trong quá trình này để chăm sóc, hỗ trợ người bệnh;
- Gia đình cần được tư vấn để cảnh giác với các dấu hiệu sớm tái phát của bệnh.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Các triệu chứng thường tồn tại đến khi căn nguyên được giải quyết, mê sảng thường tồn tại dưới một tuần.
- Bệnh nhân càng già tiên lượng càng nặng nề hơn.

5.2. Biến chứng

- Các biến chứng liên quan đến bệnh lý nền
- Biến chứng nhiễm khuẩn, chấn thương cần được theo dõi, kiểm soát

VI. PHÒNG BỆNH

- Chăm sóc tốt các bệnh cơ thể nặng tránh biến chứng gây sảng (điều kiện môi trường, tạo không gian yên tĩnh, đủ ánh sáng, an toàn cho bệnh nhân).
- Hạn chế sử dụng nhiều loại thuốc, các thuốc có thể gây mê sảng.

RỐI LOẠN TÂM THẦN DO RƯỢU (F10.x)

I. ĐỊNH NGHĨA

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 tâm thần do rượu là hậu quả tác động trực tiếp, kéo dài của rượu lên não.

II. NGUYÊN NHÂN

Một số yếu tố thuận lợi cho nghiện rượu: Tuổi; các nhân tố văn hóa xã hội; di truyền.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán nghiện rượu

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 xao 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.

3.2. Chẩn đoán loạn thần do rượu

Loạn thần do rượu là trạng thái loạn thần liên quan chặt chẽ tới quá trình sử dụng rượu, biểu hiện bằng rối loạn cảm xúc, hành vi, hoang tưởng, ảo giác... Các biểu hiện rối loạn tâm thần thường mất đi sau 1 - 6 tháng ngừng sử dụng rượu.

Sảng rượu (sảng run)

Sảng rượu là một trạng thái loạn thần cấp tính và trầm trọng, thường xuất hiện ở người nghiện rượu mạn tính, khi cơ thể bị suy yếu hay vì một bệnh lý nào đó (nhiễm khuẩn, chấn thương...). Sảng rượu cũng có thể xuất hiện sau khi cai rượu tương đối, tuyệt đối hoặc sau khi sử dụng số lượng lớn.

- Lâm sàng:

a. Giai đoạn khởi phát:

Sảng 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...

b. 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 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.

- Chẩn đoán phân biệt: Mê sảng không do rượu; sa sút trí tuệ; tâm thần phân liệt

Ảo giác do rượu

Ảo giác do rượu là trạng thái loạn thần do rượu. Thường gặp ở người nghiện rượu mạn tính.

Lâm sàng: Khởi phát cấp tính hay từ từ, có thể kèm hoang tưởng. ảo thính; ảo thị; ảo giác xúc giác.

Hoang tưởng do rượu

Hoang tưởng ghen tuông: Phát triển trên cơ sở nghiện rượu mạn tính.

Lúc đầu hoang tưởng ghen tuông chỉ xuất hiện trong trạng thái say, về sau trở thành thường xuyên và có nội dung vô lý.

Hoang tưởng ghen tuông có thể kèm theo các ý tưởng bị theo dõi, bị đầu độc.

Hoang tưởng bị hại: Có thể cùng xuất hiện với hoang tưởng bị theo dõi hoặc hoang tưởng ghen tuông...

Chẩn đoán xác định loạn thần do rượu với hoang tưởng/ảo giác chiếm ưu thế:

Trạng thái loạn thần xuất hiện trong khi hoặc ngay sau sử dụng rượu (thường trong vòng 48 giờ). Các ảo giác, hoang tưởng chiếm vị trí hàng đầu.

Không chẩn đoán khi có ngộ độc hoặc cai rượu phối hợp; Sử dụng chất gây ảo giác.

Không chẩn đoán khi: Ảo giác, hoang tưởng có trước khi lạm dụng rượu hoặc những giai đoạn tái diễn không liên quan đến rượu.

- Chẩn đoán phân biệt hoang tưởng/ảo giác do rượu: Tâm thần phân liệt và sảng rượu (sảng run).

Trầm cảm do rượu

- Lâm sàng

+ Bệnh cảnh thường không điển hình, giảm khí sắc ít gặp, khí sắc không ổn định, buồn bực, cáu kỉnh, công kích, mệt mỏi, mất sinh lực, mất quan tâm thích thú, giảm hoạt động.

+ Mất ngủ và ác mộng cũng là triệu chứng rất thường gặp.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán

+ Khởi phát các triệu chứng trầm cảm xảy ra trong vòng hai tuần có sử dụng rượu.

+ Các triệu chứng trầm cảm tồn tại hơn 48 tiếng, không vượt quá 6 tháng.

Chẩn đoán phân biệt: trầm cảm có trước khi lạm dụng hoặc nghiện rượu.

Hội chứng quên do rượu

Lâm sàng: Đây là một trong các thể bệnh não thực tổn mạn tính do rượu. Bệnh loạn thần Korsakov xảy ra trong giai đoạn muộn của nghiện rượu.

Chẩn đoán phân biệt: Hội chứng quên thực tổn không do rượu, hội chứng thực tổn khác dẫn đến suy giảm trí nhớ rõ rệt, rối loạn trầm cảm.

Cận lâm sàng cơ bản:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: Trước và sau điều trị.

- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric; CK (trước và sau điều trị, nếu bất thường xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu); Điện giải đồ (trước và sau điều trị, xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu điều trị nếu có bất thường); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần điều trị), GGT, protein, albumin, bilirubin TP và TT, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL).

- Đông máu cơ bản, tổng phân tích nước tiểu

- Định lượng nồng độ cồn trong máu, trong hơi thở (máy đo nồng độ cồn).

- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.

- XQ tim phổi; Siêu âm ổ bụng; nội soi dạ dày...
- Trắc nghiệm tâm lý: Thực hiện trước và sau điều trị.
- + Mức độ trầm cảm (HDRS, Beck);
- + Mức độ lo âu (HARS, Zung);
- + Mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT);
- + Mức độ cai rượu (CIWA);
- + Đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI);
- + Mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI);

Ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS)...

- Điện tâm đồ, Điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI...
- Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị tích cực toàn diện và lâu dài.

Điều trị kết hợp bằng hóa dược và tâm lý, phục hồi chức năng tại cộng đồng:

Điều trị bằng hóa dược:

Hội chứng cai rượu (bù nước và điện giải, vitamin nhóm B liều cao, thuốc bình thần, an thần kinh).

Loạn thần do rượu (thuốc an thần kinh, bình thần, bù nước và điện giải, vitamin nhóm B liều cao).

Trầm cảm do rượu (thuốc chống trầm cảm, bù nước và điện giải, vitamin nhóm B liều cao).

Liệu pháp tâm lý:

- Liệu pháp tâm lý cá nhân, gia đình.
- Liệu pháp nhận thức hành vi.

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: Liệu pháp tái thích ứng xã hội,...

Điều trị các bệnh lý cơ thể đi kèm: (Bệnh lý gan, dạ dày, hô hấp...)

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Giải độc và điều trị hội chứng cai bằng thuốc.

Tạo phản xạ ghét sợ rượu bằng thuốc và/hoặc điều trị chống tái sử dụng rượu.

Chống loạn thần đôi loạn thần do rượu với ảo giác, hoang tưởng.

Chống trầm cảm đối với rối loạn trầm cảm do rượu.

Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic...

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức và nuôi dưỡng não: Piracetam, Ginkgo giloba, Cholin alfoscerate, Vinpocetin...

4.3. Điều trị cụ thể

Hội chứng cai rượu:

Theo ICD-10: Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu (Trạng thái cai) - F10.3

Người bệnh cần phải nhập viện điều trị nội trú.

Nhập HSCC - Hồi sức cấp cứu (*BN hội chứng cai - HCC thông thường qua cơn từ 3-4 ngày tùy cơ địa. Nếu đáp ứng chuyển khu điều trị duy trì và ngược lại thì tiến hành hội chẩn chuyển lên HSCC điều trị tích cực hoặc chuyển tuyến*)

Điều trị hội chứng cai bằng các thuốc bình thần: Benzodiazepin (10-30mg/ngày) dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch chậm (tại HSCC nên pha loãng dung dịch NaCl 0,9% tiêm chậm, có thể lập đường truyền cài đặt thời gian máy bơm tiêm, cân nhắc liều, theo dõi chặt chẽ mục tiêu cho người bệnh yên tĩnh, xem đáp ứng của BN với tiếng gọi và kích thích đau), bổ sung thuốc chống loạn thần nếu có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi...thuốc hỗ trợ chức năng gan,...

Các thuốc chống loạn thần: 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 điển hình (cổ điển):

Haloperidol: viên 1,5mg, 2mg, 5mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ;

Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ.

Quetiapin 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày.

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ.

Aripiprazol 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-30 mg/ngày.

Bồi phụ nước và điện giải: Dung dịch ringer lactat, Natriclorua 0,9%, Glucose 5% số lượng 2-4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch, có thể bù dịch đường uống bằng Oresol. Chú ý chức năng gan, thận,... xem xét ưu tiên để bù dịch.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin B1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm: Neutrivit 5000 từ 1-2 ống/24h hoặc viên vitamin nhóm B chứa B1...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan: Aminoleban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác...

Bổ sung dinh dưỡng (ưu tiên đường miệng, nếu BN không ăn được có thể xem xét đặt sonde dạ dày), nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: các axit amin...(nếu thật sự cần thiết hoặc BN cấp cứu ngộ độc chất hoặc tiền sử đã mổ dạ dày, hấp thu kém, suy đa tạng,...)

Thuốc dinh dưỡng thần kinh: Ginkgo biloba: 80mg-120mg/24h, Piracetam: 400-1200/24h,...

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức: Donepezil: 5mg-23mg/24h, Rivastigmin: 1,5mg-12mg/24h (uống hoặc miếng dán),...

Điều trị các rối loạn cơ thể kèm theo.

Liệu pháp tâm lý.

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu...

Ngoài ra: Giai đoạn tiếp theo có thể cho điều trị ngoại trú Disulfiram 125-250 mg/ngày, Naltrexol 25-50mg/ngày...

Điều trị sáng rượu trong trạng thái cai - F10.4

Nhập HSCC (BN sáng rượu trong trạng thái cai - HCC thông thường qua cơn từ 3-4 ngày tùy cơ địa. Nếu đáp ứng chuyển khu điều trị duy trì và ngược lại thì tiến hành hội chẩn chuyển lên HSCC điều trị tích cực hoặc chuyển tuyến).

Diazepam 10-30mg/ngày dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch chậm.

Các thuốc chống loạn thần: 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 điển hình (cổ điển):

Haloperidol: viên 1,5 mg, 2mg, 5 mg, ống 5 mg, liều 5-30 mg/24 giờ

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ;

Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Risperidon: viên 1 mg, 2 mg, liều 1 - 12 mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5 mg, 10 mg, liều 5 - 60 mg/24 giờ

Clozapin: viên 25 mg, 100 mg, liều 50 - 800 mg/24 giờ

Quetiapin: viên 50 mg, 200 mg, 300 mg, liều 600 - 800 mg/ngày

Aripiprazol: viên 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg, liều 10 - 30 mg/ngày,

Bù đủ nước và điện giải: Dung dịch Ringer lactat, Natriclorua 0,9%, Glucose 5% số lượng 2-4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng Oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin B1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm hoặc viên vitamin nhóm B chứa B1...

Thuốc bảo vệ tế bào gan.

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh.

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức.

Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo.

Trường hợp nặng cần phải tiến hành các biện pháp hồi sức tích cực hoặc chuyển khoa điều trị hồi sức tích cực hoặc chuyển tuyến.

Liệu pháp tâm lý.

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu ...

Điều trị loạn thần do rượu - F10.5,...

Các thuốc chống loạn thần: 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 điển hình (cổ điển):

Haloperidol: viên 1,5mg, 2mg, 5mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-500mg/24 giờ.

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/24 giờ

Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Risperidon: viên 1mg, 2 mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5 mg, 10 mg, liều 5-60mg/24 giờ

Amisulprid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Quetiapin: viên 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày

Aripiprazol: viên 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-30 mg/ngày

Thuốc giải lo âu: Lựa chọn một trong số các thuốc sau: Benzodiazepin 5-30mg/ngày, Lorazepam, Bromazepam...

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepin: Lựa chọn một trong số các thuốc sau: etifoxine 50-200mg/ngày; Y học cổ truyền kết hợp: Cao lạc tiên...

Bù đủ nước và điện giải: Dung dịch Ringer lactat, Natriclorua 0,9%, Glucose 5% số lượng 1-3 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng Oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin b1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm.

Thuốc bảo vệ tế bào gan.

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh.

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức.

Một số thuốc điều trị rối loạn giấc ngủ: Lựa chọn một trong số các thuốc sau: Zopiclon 3,75-15mg/ngày, Melatonin...

Liệu pháp tâm lý, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu...

Kết hợp các biện pháp hóa dược, tâm lý và xã hội để không tái sử dụng rượu. Ngoài ra: Có thể phối hợp Disulfiram 125-250 mg/ ngày, Naltrexol 25-50mg/ngày.

Điều trị rối loạn trầm cảm do rượu - F10.../F32...

Nhập HSCC, nếu bệnh cải thiện triệu chứng thì chuyển khoa lâm sàng điều trị duy trì và ngược lại.

Các thuốc chống trầm cảm: 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 ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày

Citalopram, liều 10-60mg/ngày

Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

Phối hợp với các nhóm thuốc chống loạn thần, giải lo âu nhóm benzodiazepin hoặc Non-benzodiazepin trong những trường hợp cần thiết.

Bù đủ nước và điện giải: dung dịch Ringer lactat, Natriclorua 0,9%, Glucose 5% số lượng 1-3 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng Oresol.

Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đặc biệt là vitamin B1 liều cao 1 g/ngày nên dùng đường tiêm.

Thuốc bảo vệ tế bào gan.

Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Thuốc dinh dưỡng thần kinh.

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức.

Liệu pháp tâm lý: Liệu pháp cá nhân, liệu pháp gia đình, liệu pháp tạo động lực, liệu pháp nhận thức hành vi, có thể kết hợp liệu pháp âm nhạc,...

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: Liệu pháp tái thích ứng xã hội (vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, tạo công ăn việc làm cho người bệnh...)

Chế độ dinh dưỡng:

Trong trường hợp người bệnh không ăn được thì bù bằng truyền dịch.

Người bệnh ăn bằng đường miệng: thức ăn giàu chất dinh dưỡng, dễ tiêu hóa, đầy đủ 4 nhóm (tinh bột, đạm, chất béo, vitamin và khoáng chất).

Điều trị các bệnh lý kết hợp.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nghiện rượu là một bệnh lý tiến triển mạn tính, cần điều trị lâu dài và có sự phối hợp của gia đình, nhiều cơ quan, đoàn thể, cộng đồng.

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.

VI. PHÒNG BỆNH

6.1. Phòng bệnh nghiện rượu

Phổ biến rộng rãi trong cộng đồng tác hại của rượu với cơ thể, tâm thần và xã hội.

Có quy định chặt chẽ trong việc sản xuất, phân phối và sử dụng rượu.

Chú trọng đến các đối tượng: Gia đình có người nghiện rượu, khủng hoảng trong cuộc sống, người bệnh tâm thần...

6.2. Phòng bệnh loạn thần do rượu

Điều trị tích cực cho các đối tượng lạm dụng rượu, nghiện rượu; dự phòng tái nghiện.

Điều trị các rối loạn cơ thể, tăng cường Vitamin nhóm B.

RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC DẠNG THUỐC PHIỆN (F11)

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, methadon...).

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. NGUYÊN NHÂN

2.1. Các nguyên nhân tâm lý.

Tò mò thích cảm giác lạ của thanh thiếu niên. Khuynh hướng bắt trước người lớn dùng rượu, thuốc lá, ma túy... để tự khẳng định là mình đã trưởng thành...

Phản ứng do bất hoà trong gia đình, xã hội. Việc sử dụng ma túy được coi là một phương thức để thoát ly khỏi các stress cuộc sống.

2.2. Các nguyên nhân xã hội và gia đình

Gia đình lơ là giáo dục, không quan tâm, không có thái độ phê phán rõ ràng, nghiêm túc, đôi khi còn che dấu việc sử dụng chất (ma túy) của con cháu. Hoặc bố mẹ quá chiều chuộng con cái, cho tiêu sài theo sở thích. Gia đình thường xuyên có xung đột.

Công tác quản lý ở các trường học không chặt chẽ. Chính quyền chưa có biện pháp hữu hiệu để triệt phá các ổ tiêm chích.

2.3. Các nguyên nhân sinh học

Nghiện chất là bạn đồng hành với các bệnh tâm thần

Các bệnh trầm cảm, lo âu, tâm thần phân liệt... Nhân cách bệnh chống đối xã hội...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Hội chứng nghiện các chất dạng thuốc phiện

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: Thêm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng chất dạng thuốc phiện; Khó khăn trong việc kiểm tra tập tính sử dụng chất dạng thuốc phiện (về thời gian, mức, cách sử dụng); Có hội chứng cai đặc trưng khi ngừng hay giảm sử dụng chất dạng thuốc phiện; Có bằng chứng về hiện tượng dung nạp chất dạng thuốc phiện đang được sử dụng; Xao nhãng các thú vui, thích thú trước đây để dành thời gian tìm kiếm hay sử dụng cũng như hồi phục

sau tác động của chất dạng thuốc phiện; Tiếp tục sử dụng mặc dù có các bằng chứng rõ ràng về hậu quả do sử dụng chất dạng thuốc phiện.

3.2. Hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện

Theo ICD-10 hội chứng cai chất dạng thuốc phiện gồm ít nhất ba trong số các dấu hiệu sau phải có mặt:

Cảm giác thèm khát đối với một loại thuốc phiện; Ngạt mũi hoặc hắt hơi; Chảy nước mắt; Đau cơ hoặc chuột rút; Co cứng bụng; Buồn nôn, nôn; Ỉa chảy; Giãn đồng tử; Nổi da gà, hoặc ớn lạnh; Nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp; Ngáp; Ngủ không yên

3.3. Cận lâm sàng

- Test nước tiểu bằng que thử 4 chân, 6 chân (morphin, amphetamin, MDMA, THC) hoặc xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP và các loại ma túy khác.

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (trước và sau điều trị, nếu bất thường cần kiểm tra hàng ngày

- Tổng phân tích nước tiểu

- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL); CK, GOT, GPT, GGT, điện giải đồ (trước và sau điều trị)

- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.

- Xquang tim phổi

- Siêu âm ổ bụng

- Trắc nghiệm tâm lý nhằm đánh giá: mức độ trầm cảm (HDRS, Beck...); mức độ lo âu (HARS, Zung...); đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI...); mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI)....

- Các trắc nghiệm tâm lý trên cần thực hiện trước và sau điều trị.

Ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS), đánh giá mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT) và mức độ cai rượu (CIWA) nếu có sử dụng kèm rượu...

Điện tâm đồ, điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Chọn liệu pháp nào phù hợp với người bệnh và điều kiện của cơ sở điều trị

- 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.

- Điều trị hội chứng cai: có nhiều phương pháp (thuốc an thần kinh hoặc clonidin hoặc liệu pháp tâm lý...)

- Điều trị chống tái nghiện: Naltrexon

- Điều trị thay thế bằng Methadon hoặc Buprenorphin

- Điều trị các bệnh lý cơ thể phối hợp (nếu có).

4.2. Sơ đồ/Phác đồ điều trị

- Điều trị hội chứng cai: Có nhiều phương pháp

- Điều trị duy trì chống tái phát: Naltrexon

- Điều trị thay thế bằng Methadon, Buprenorphin.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Điều trị hội chứng cai

Thuốc giải lo âu: Dẫn xuất Benzodiazepin như Diazepam viên 5 mg (sử dụng đường uống hoặc đường tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch).

Cần sử dụng trước tiên và liên tục nhất là trong 1-2 ngày đầu.

Không cho 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 đòi 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 người bệnh ngủ dậy không có hội chứng cai thì không cần cho thêm Levomepromazin. Chăm sóc và theo dõi huyết áp thường xuyên.

Trường hợp người bệnh có các rối loạn cảm xúc, hành vi kèm theo có thể sử dụng phối hợp các thuốc an thần kinh khác.

Thuốc giảm đau paracetamol

Nếu người bệnh đau nhức cơ bắp nhiều dùng thuốc giảm đau Paracetamol 0,5g Uống mỗi lần 2 viên, uống từ 2-3 lần trong 24 giờ. Có thể dùng trong 3 ngày đầu.

Thuốc chống co thắt: Spasfon

Nếu người bệnh có triệu chứng đau quặn ở bụng do co thắt đường tiêu hóa cần dùng thêm Spasfon viên nén 80mg, uống mỗi lần 2 viên, uống từ 2-3 lần trong 24 giờ.

Thuốc chống tiêu chảy và mất nước

Tiêu chảy và nôn trong hội chứng cai thường do tăng nhu động ruột, có thể dùng Spasfon với liều lượng ở trên

Nếu tiêu chảy kéo dài kèm theo vã mồ hôi, gây trạng thái mất nước, cần cho uống thêm dung dịch Oresol (dung dịch uống Glucose- điện giải).

Clonidin

Clonidin 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 người bệnh ngủ kém hoặc bồn chồn khó chịu nhiều có thể dùng thêm Diazepam trong 3-5 ngày.

Nếu người bệnh 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

4.3.2. Điều trị duy trì chống tái phát

Quy trình sử dụng thuốc Naltrexon

Những điều cần chuẩn bị trước khi điều trị thuốc naltrexon

Khám lâm sàng: tình trạng sức khỏe chung, tình hình thai sản (nữ),

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.

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 (25mg)

2 đến 3 tuần đầu uống 1 viên/ ngày (50 mg Naltrexone 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)

Giám sát:

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 thầy thuốc 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.

Xử lý các tác dụng không mong muốn trong những ngày đầu sử dụng thuốc

Mất ngủ, bồn chồn: diazepam 5mg uống 1- 2 viên/ lần trước khi đi ngủ.

Đau bụng: Thuốc alverin citrat 40 mg, uống 1-2 viên/lần

Tiêu chảy: Dung dịch oresol uống theo chỉ dẫn

Đau đầu: Paracetamol 500mg, uống 1 viên/lần

Chóng mặt: Cinarizin 25mg / 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:...

4.3.3. Chiến lược “giảm hại” bằng Methadon

Giai đoạn dò liều:

Thường kéo dài 2 tuần trong quá trình điều trị, khởi đầu 15 – 30 mg tùy từng người bệnh (liều thấp 15 – 20 mg, trung bình 20 – 25 mg, cao 25 – 30 mg). Khi sử dụng liều 25 – 30 mg cần thận trọng và theo dõi sát người bệnh. Trong 3 ngày đầu tiên không tăng liều (trừ trường hợp người bệnh uống methadon vẫn xuất hiện hội chứng cai nặng).

Người bệnh sẽ giảm hội chứng cai chứ không mất hoàn toàn, nếu người bệnh có biểu hiện nhiễm độc phải giảm liều điều trị.

Sau 3 – 5 ngày điều trị nếu vẫn còn hội chứng cai tăng 5 – 10mg/ngày, trong 1 tuần tổng liều tăng không quá 20mg.

Giai đoạn chỉnh liều:

Thường bắt đầu từ tuần thứ 3 và kéo dài 1 – 3 tháng. Giai đoạn này bác sĩ theo dõi các biểu hiện hội chứng cai, cảm giác thèm nhớ chất dạng thuốc phiện của người bệnh. Tăng 5 – 15mg/ngày sau 3 – 5 ngày và tổng liều tăng trong 1 tuần không quá 30mg.

Giai đoạn duy trì liều:

Đây là giai đoạn mà người bệnh sử dụng liều thuốc hiệu quả, hết cảm giác thèm nhớ, hạn chế tối đa tác dụng phụ. Liều duy trì tùy từng người bệnh, trung bình 60 – 120 mg, thấp nhất 15mg/ngày.

Ngừng điều trị:

Khi người bệnh có nguyện vọng cai methadon.

Với liều Methadon > 40mg/ngày: giảm 10mg/1 lần/1 tuần.

Với liều Methadon < 40mg/ngày: giảm 5mg/ 1 lần/1 tuần. Với liều này có ngừng Methadon hoàn toàn mà không cần giảm liều.

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 người bệnh 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 người bệnh.

Bỏ >5 ngày: điều trị lại như người bệnh mới sử dụng methadon.

Theo dõi quá trình điều trị

Theo dõi tiến triển lâm sàng:

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.

Chế độ dinh dưỡng: Bổ sung đầy đủ 4 nhóm thực phẩm, giàu dinh dưỡng, dễ tiêu hóa và đảm bảo an toàn thực phẩm

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: lao động liệu pháp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nghiện CDTP là một bệnh lý tiến triển mạn tính, cần điều trị lâu dài và có sự phối hợp của nhiều cơ quan, đoàn thể, cộng đồng.

Biến chứng thường gặp và nguy hiểm nhất là ngộ độc do sử dụng CDTP quá liều.

Ngoài ra các nguy cơ lây nhiễm các HIV, viêm gan B,C...

VI. PHÒNG BỆNH

Phổ biến rộng rãi trong cộng đồng về những tác hại của các CDTP đối với cơ thể, tâm thần và xã hội. Hướng thanh thiếu niên vào cuộc sống lành mạnh.

Xử lý nghiêm việc sản xuất, phân phối và sử dụng các CDTP bất hợp pháp, quản lý và sử dụng đúng chỉ định và mục đích đối với các CDTP hợp pháp.

Chú trọng đặc biệt đến các đối tượng: gia đình có người sử dụng chất, khủng hoảng trong cuộc sống, người bệnh tâm thần...

RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG CÁC CHẤT GÂY ẢO GIÁC (F16)

I. ĐỊNH NGHĨA

Các chất gây ảo giác là chất gây ra trạng thái kích thích hệ thần kinh trung ương, tăng sự tỉnh táo, tăng hoạt động thể lực, khoái cảm... và gây ra các rối loạn tâm thần như lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, hoang tưởng, ảo giác, kích động và hành vi bạo lực... gồm nhiều chất: Axit lysergic diethylamid (LSD), Psilosybin, Mescaline, psilocybin, các chất dạng amphetamin (ATS) và kể cả một số dung môi hữu cơ,...

II. NGUYÊN NHÂN

Do sự tổng hợp dễ dàng vật bất hợp pháp các chất gây ảo giác.

Do việc sử dụng bằng nhiều phương thức: hút, hít, uống...

Việc một số nhóm người (đặc biệt là giới trẻ) có những nhận thức sai lệch cho rằng sử dụng các chất gây ảo giác là thời thượng, hiện đại lôi kéo người khác sử dụng.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán nghiện chất gây ảo giác

Theo ICD-10 (1992), chẩn đoán nghiện ATS khi có từ 3 tiêu chí 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 ATS
- Có hiện tượng dung nạp với ATS
- Ngày càng trở nên thờ ơ với các thú vui hoặc sở thích khác do sử dụng chất ATS
- Tiếp tục sử dụng ATS biết rằng nó có tác hại.

3.2. Chẩn đoán rối loạn tâm thần do chất gây ảo giác

Tiêu chuẩn chẩn đoán chung cho rối loạn tâm thần do sử dụng chất gây ảo giác (theo ICD-10):

- Khởi phát của các triệu chứng phải xảy ra trong khi hoặc trong vòng 2 tuần có sử dụng ATS
- Các triệu chứng phải tồn tại hơn 48 tiếng

- Sự kéo dài của rối loạn này phải không vượt quá 6 tháng (nếu dài hơn thì cần cân nhắc chẩn đoán rối loạn loạn thần di chứng và khởi phát muộn liên quan sử dụng ATS: F16.7).

- Không chẩn đoán khi loạn thần có trước khi lạm dụng ATS

- Biểu hiện rối loạn tâm thần do Methamphetamin có thể là rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, trầm cảm, hoang tưởng, ảo giác, kích động và các hành vi bạo lực.

3.2.1. Rối loạn giấc ngủ

Người bệnh ngủ ít hoặc mất ngủ hoàn toàn, một số trường hợp lại ngủ nhiều.

3.2.2. Rối loạn lo âu

Người bệnh sợ sệt, run rẩy, lo lắng về sức khỏe thể chất và tinh thần của mình.

3.2.3. Rối loạn trầm cảm

Biểu hiện khí sắc trầm, mất sự quan tâm, thích thú, giảm năng lượng, mệt mỏi, giảm hoạt động. Một số trường hợp cáu gắt, hằn học, nhiều trường hợp dẫn đến tự sát.

3.2.4. Ảo giác

Thường gặp các loại ảo giác đa dạng. Lúc đầu biểu hiện bằng những tri giác sai thực tại như màu sắc trở nên huyền ảo, sắc sỡ có khi hình thức xung quanh rùng rợn hoặc như ma quỷ. Âm thanh trở nên sống động, náo nhiệt làm cho người bệnh tưởng mình trong thế giới khác lạ sau đó trở thành những ảo giác thực sự thường là ảo thanh, các tiếng nói bình phẩm, khen ngợi hoặc chê bai có khi là lời nói đe dọa buộc tội người bệnh.

3.2.5. Hoang tưởng

Người sử dụng Methamphetamine xuất hiện những hoang tưởng như: hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng bị chi phối, bị kiểm tra, bị điều khiển, bị truy hại...

3.2.6. Rối loạn hành vi kích động, hành vi bạo lực

Khi sử dụng các chất gây ảo giác ban đầu gây nên sự hưng phấn, tăng năng lượng, tăng hoạt động thể lực, đi lại nhiều, một số tăng hoạt động tình dục sau đó dẫn tới mất kiểm soát, có thể rối loạn sự định hướng kèm theo dẫn tới kích động: la hét, đập phá, tấn công những người xung quanh, không sợ nguy hiểm cho bản thân.

Thường gặp ở người ngộ độc chất gây ảo giác hoặc người bệnh bị hoang tưởng ảo giác chi phối.

3.3 Chẩn đoán phân biệt

- Kích động trong tâm thần phân liệt

- Hưng cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực
- Kích động trong bệnh não thực tổn: u não, viêm não, động kinh thái dương,...
- Kích động do rượu và nhiễm độc các dạng ma túy khác, các thuốc hướng thần...

3.4 Cận lâm sàng

- Sử dụng test nhanh 4 hoặc 5 nhóm qua nước tiểu để phát hiện người bệnh dùng các chất ma túy.
- Xét nghiệm sinh hóa máu tìm chất ma túy ở trung tâm chống độc có các phòng xét nghiệm có đủ điều kiện.
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: xét nghiệm trước và sau điều trị hoặc hàng ngày trong 1 tuần đầu nhập viện khi có bất thường
- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric, CK (xét nghiệm trước và sau điều trị hoặc hàng ngày trong 1 tuần đầu nhập viện khi có bất thường); điện giải đồ (xét nghiệm trước và sau điều trị hoặc hàng ngày trong 1 tuần đầu nhập viện khi có bất thường); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần điều trị); GGT, protein, Albumin, bilirubin, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL).
- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- Tổng phân tích nước tiểu
- X-Quang tim phổi
- Siêu âm ổ bụng
- Trắc nghiệm tâm lý nhằm đánh giá:
 - Mức độ trầm cảm (HDRS, Beck)
 - Mức độ lo âu (HARS, Zung)
 - Mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT) nếu có sử dụng kèm rượu.
 - Đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI)
 - Mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI)
 - Các trắc nghiệm tâm lý trên cần thực hiện trước và sau điều trị.
- Ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS)...
- Điện tâm đồ
- Điện não đồ, lưu huyết não, CT sọ não, MRI sọ não....
- Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày.
- Nếu có bất thường thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng theo hội chẩn chuyên khoa.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Đảm bảo duy trì các chức năng sinh tồn như các bệnh nội khoa khác nếu đe dọa tính mạng cần phải cấp cứu người bệnh trước. Nếu kèm theo kích động có thể kết hợp thuốc chống loạn phần bằng đường tiêm.

Khi người bệnh đã qua cơn nguy hiểm tính mạng và nêu xuất hiện các rối loạn tâm thần thì xử trí tùy theo bệnh cảnh lâm sàng.

4.2. Sơ đồ/ Phác đồ điều trị

- **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, tránh kê đơn lâu dài. (Trong những trường hợp cần thiết có thể dùng kéo dài nhiều ngày hơn)

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, ...

Chống chỉ định: mẫn cảm với thuốc, nhược cơ, suy hô hấp, suy gan, suy thận nặng.

- **Thuốc chống trầm cảm:** 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 thuốc tối đa 3 loại để hạn chế tác dụng phụ.

- **Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:**

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày

Citalopram, liều 10-60mg/ngày

- **Thuốc tác động kép:**

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

- **Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:**

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

- Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

- Thuốc chống loạn thần: 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 thuốc tối đa 3 loại để hạn chế tác dụng phụ.

- Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển):

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-250mg/24 giờ

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/24 giờ.

- Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Amisulpride: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ

Quetiapin 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày

Aripiprazol 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-30 mg/ngày,

- Thuốc chỉnh khí sắc: điều trị rối loạn hưng cảm, chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

Muối Valproat 200mg-2500mg/ ngày

Muối Divalproex, liều 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày

Carbamazepin, liều 400-1200mg/ngày

Oxcarbazepin, liều 1200 – 2400mg/ngày

Lamotrigin, liều 100 – 400 mg/ngày

Topiramat: 50 – 400mg/ngày

Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

Thuốc tăng cường và nuôi dưỡng não:

Piracetam, citicolin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...

Bổ sung vitamin, dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

Thuốc bổ gan: Aminoleban, Silymarin, Boganic, các amin phân nhánh khác...

Thuốc tăng cường chức năng nhận thức:...,

Vận động, hoạt động trị liệu, vật lý trị liệu...

Điều trị bệnh lý kết hợp

Liệu pháp tâm lý: Liệu pháp cá nhân, liệu pháp gia đình, liệu pháp tạo động lực, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp tái thích ứng xã hội...

Chế độ dinh dưỡng: Bổ sung đầy đủ 4 nhóm thực phẩm, giàu dinh dưỡng, dễ tiêu hóa và đảm bảo an toàn thực phẩm

Phục hồi chức năng tại cộng đồng: lao động liệu pháp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu người bệnh được điều trị kịp thời tiên lượng tốt. Tuy nhiên một số trường hợp dẫn đến loạn thành mạn tính hoặc sa sút tâm thần.

VI. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh cấp 1:

Quản lý nhà nước về các chất gây nghiện nói chung và chất ma túy nói riêng trong đó có các chất dạng amphetamin.

Thực hiện tuyên truyền thông tin đại chúng về tác hại của sử dụng chất dạng amphetamin nhằm hạn chế người sử dụng.

Phòng bệnh cấp 2: Tầm soát các đối tượng sử dụng các chất dạng amphetamin nhằm phát hiện sớm các rối loạn tâm thần.

Phòng bệnh cấp 3:

Điều trị tích cực các rối loạn tâm thần và hành vi liên quan đến sử dụng chất dạng amphetamin.

Điều trị cai nghiện và dự phòng tái nghiện....

BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT (F20)

I. ĐỊNH NGHĨA

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong. Tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày càng sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu.

Bệnh TTPL chiếm tỷ lệ khoảng 0,3-0,5% dân số, thường khởi phát ở lứa tuổi 18-40.

II. NGUYÊN NHÂN

Cho đến nay, bệnh nguyên, bệnh sinh bệnh TTPL vẫn chưa được xác định rõ ràng. TTPL vẫn được xếp vào nhóm các bệnh nội sinh trong đó có vai trò của rất nhiều yếu tố: di truyền, miễn dịch, nhiễm độc... Hiện nay, hai lĩnh vực được tập trung nghiên cứu nhiều nhất là: bất thường về gen và những bất thường về chất dẫn truyền thần kinh.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10): có 9 nhóm triệu chứng

- (1) Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị đánh cắp, tư duy bị phát thanh.
- (2) Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động có liên quan rõ rệt với vận động thân thể hay các chi hoặc có liên quan với những ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt; tri giác hoang tưởng.
- (3) Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của người bệnh, hay thảo luận về người bệnh, hoặc các loại ảo thanh khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của thân thể.
- (4) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hóa và hoàn toàn không thể có được như tính đồng nhất về tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng và quyền lực siêu nhiên (ví dụ: có khả năng điều khiển thời tiết hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác).
- (5) Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, có khi kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng xuất hiện hàng ngày, trong nhiều tuần hay nhiều tháng.
- (6) Tư duy gián đoạn hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan hay lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt.
- (7) Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay uốn sấp, phủ định, không nói hay sống sờ.
- (8) Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn, không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội hay

giảm sút hiệu suất lao động xã hội; phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra.

(9) Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính có những biểu hiện như là mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ mê mải suy nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.

Ít nhất phải có một triệu chứng rõ ràng thuộc vào một trong các nhóm từ (1) đến (4) ở trên hoặc ít nhất là phải có hai trong các nhóm từ (5) đến (9).

Các triệu chứng ở trên phải tồn tại rõ ràng trong phần lớn khoảng thời gian một tháng hay lâu hơn.

Không được chẩn đoán là TTPL nếu có các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm mở rộng (trừ khi các triệu chứng phân liệt xuất hiện trước các rối loạn cảm xúc).

Không chẩn đoán bệnh TTPL khi có bệnh não rõ rệt hoặc người bệnh đang ở trạng thái nhiễm độc ma túy.

3.2. Các thể lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt

Theo ICD-10: Tâm thần phân liệt thể Paranoid; tâm thần phân liệt thể thanh xuân; tâm thần phân liệt thể căng trương lực; tâm thần phân liệt thể không biệt định; tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt; tâm thần phân liệt thể di chứng; tâm thần phân liệt thể đơn thuần.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Loạn thần thực tổn: Có thể có các triệu chứng giống TTPL nhưng không có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL. Khám thần kinh và cận lâm sàng có dấu hiệu của một bệnh thực tổn rõ rệt.

Loạn thần do các chất tác động tâm thần (rượu, ma túy): Xuất hiện trong hoặc sau khi sử dụng các chất tác động tâm thần. Nét đặc trưng là những ảo giác sinh động (điển hình là ảo thanh, song thường là của nhiều giác quan, các hoang tưởng thường mang tính chất bị truy hại), rối loạn tâm thần vận động (kích động hoặc sững sờ). Cảm xúc sợ hãi mãnh liệt, ngờ ngác. Các triệu chứng thường mất đi một phần trong vòng một tháng và mất hoàn toàn trong vòng 6 tháng. Khám lâm sàng và xét nghiệm phát hiện có hiện tượng nhiễm độc, sử dụng rượu hoặc ma túy.

3.4. Cận lâm sàng: giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh

3.4.1. Các xét nghiệm cơ bản

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

3.4.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng

Điện não đồ, điện tâm đồ, lưu huyết não, siêu âm doppler xuyên sọ... Trong một số trường hợp sử dụng CT scanner sọ não, MRI sọ não...

3.4.3. Các trắc nghiệm tâm lý

Trắc nghiệm tâm lý đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính PANSS

Trắc nghiệm nhân cách: EPI, MMPI, trắc nghiệm tâm lý khác như BDI, Zung, HDRS, HARS, HAD, MMSE...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

TTPL là một bệnh nguyên nhân chưa rõ, điều trị triệu chứng là chủ yếu, cần phát hiện và can thiệp sớm.

Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng, đặc biệt với các triệu chứng dương tính. Cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị: tâm lý, lao động và tái thích ứng xã hội, đặc biệt đối với các triệu chứng âm tính.

Đơn trị liệu, khi đáp ứng kém hoặc không có đáp ứng thì sử dụng đa trị liệu phối hợp 2 loại an thần kinh khác nhau, hạn chế phối hợp từ 3 loại an thần kinh trở lên.

Theo dõi chặt chẽ quá trình sử dụng thuốc để phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh.

Giáo dục gia đình, cộng đồng thay đổi thái độ đối với người bệnh TTPL (tránh mặc cảm, kì thị người bệnh). Phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc người bệnh.

Phát hiện và giải quyết kịp thời các yếu tố thúc đẩy bệnh tái phát.

Điều trị duy trì sau cơn loạn thần đầu tiên, quản lý, theo dõi phòng tái phát tại cộng đồng.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị:

Liệu pháp hóa dược + Liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng tại cộng đồng

4.2.1. Liệu pháp hóa dược:

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Các thuốc an thần kinh cổ điển:

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-250mg/24 giờ

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/ngày

Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Amisulpirid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-30mg/24 giờ

Quetiapin: viên 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày

Aripiprazol viên 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-15 mg/ngày, (tối đa là 30 mg/ngày)

Liều sử dụng thuốc an thần kinh có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của bệnh nhân.

Các thuốc an thần kinh có tác dụng kéo dài: nên sử dụng an thần kinh có tác dụng kéo dài cho bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc đều hàng ngày. Trước khi sử dụng thuốc an thần kinh chậm nên sử dụng an thần kinh tác dụng nhanh tương ứng để thăm dò sự đáp ứng thuốc của bệnh nhân.

Haldol decanoat: ống 50mg/ml, tiêm bắp sâu 25-50mg/ lần, (4 tuần tiêm nhắc lại)

Flupentixol decanoat ống 20mg/ml, tiêm bắp sâu 20-40mg/ lần, 2-4 tuần tiêm nhắc lại.

Fluphenazin decanoat ống 25mg/ml, tiêm bắp sâu 12,5-50mg/ lần, (tối đa là 100 mg/ngày), 3-4 tuần tiêm nhắc lại.

Aripiprazol, liều tiêm 300mg hoặc 400mg, 4 tuần tiêm nhắc lại

Điều trị phối hợp: tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các thuốc sau:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: Diazepam, Lorazepam, Bromazepam, Alprazolam,...Non-benzodiazepins: Etifoxine HCL, Sedaxio, Zopiclon...

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: Propanolol...

Thuốc chống trầm cảm: SSRI, TCA, SNRI, NaSSa...

Thuốc chỉnh khí sắc: Muối valproat, Divalproex, Carbamazepin, Oxcarbazepin,.....

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, Ginkgo biloba, Vinpocetin, choline alfoscerate, Nicergoline, ...

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, thuốc hỗ trợ cơ thể vitamin, khoáng chất: vitamin nhóm b, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

Thuốc hỗ trợ gan, thuốc tăng cường chức năng nhận thức...

Theo dõi điều trị

Phát hiện sớm và xử trí ngay các tác dụng phụ của thuốc:

Hội chứng ngoại tháp (loạn trương lực cơ cấp, bồn chồn bất an do thuốc, hội chứng giống Parkinson): Thuốc ức chế men Cholinesterase

(Trihexyphenidyl, Benztropin), thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc bình thần. Lưu ý hội chứng an thần kinh ác tính cần được phát hiện sớm và theo dõi điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

Rối loạn chuyển hóa cần theo dõi định kỳ (thông qua chỉ số cơ thể BMI và các xét nghiệm sinh hóa máu 3 – 6 tháng/ lần), phát hiện và điều trị sớm. Theo dõi công thức bạch cầu 3 tháng/lần ở bệnh nhân sử dụng clozapin. Loạn động muện: sử dụng giãn cơ, bình thần, vitamin E, kháng cholinergic,...

4.2.2. Sốc điện, kích thích từ xuyên sọ

Sốc điện có hiệu quả điều trị trong một số trường hợp (căng trương lực, ý tưởng và hành vi tự sát do trầm cảm, hoang tưởng và ảo giác chi phối, các cơn kích động v.v... kém đáp ứng với điều trị bằng thuốc).

Kích thích từ xuyên sọ có hiệu quả trong ảo thanh dai dẳng...

4.2.3. Liệu pháp tâm lý

Có nhiều liệu pháp tâm lý (tâm lý cá nhân, gia đình, nhóm...), trong đó liệu pháp hành vi có vai trò quan trọng đối với bệnh nhân phân liệt. Có thể thành lập các nhóm tương trợ với mục đích là chỗ dựa cho người bệnh và gia đình của họ.

4.2.4. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

Nguyên lý là cho bệnh nhân bắt đầu hoạt động ở mức độ mà khả năng của họ cho phép đạt được để xây dựng lại lòng tin.

Từng bước nâng cao mức độ hoạt động theo khả năng cao nhất mà họ không cảm thấy bị căng thẳng.

Phục hồi chức năng nghề nghiệp cần chú ý đến môi trường xã hội, kinh tế văn hóa nơi họ sống.

4.2.5. Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, cần quản lý theo dõi điều trị tại cộng đồng.

V. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG BỆNH

Tuổi khởi phát bệnh, càng lớn tuổi càng nhẹ.

Thể bệnh: Thể bệnh là thể tiến triển từng giai đoạn có thuyên giảm có tiên lượng tốt hơn thể tiến triển liên tục hoặc từng giai đoạn với thiếu sót tăng dần

Nhân cách tiền bệnh lý: Trước khi bị bệnh, nhân cách thích ứng hòa hợp với môi trường xung quanh có tiên lượng tốt hơn so với người có tính cách kín đáo, cô độc

Có những nhân tố bên ngoài thúc đẩy có tiên lượng tốt hơn so với bệnh phát sinh không có yếu tố bên ngoài thúc đẩy.

Yếu tố di truyền ít có tiên lượng tốt hơn

Bệnh nhân không có hoặc có ít triệu chứng âm tính thì có tiên lượng tốt hơn.

VI. PHÒNG BỆNH

Căn nguyên của bệnh TTPL chưa rõ ràng nên chưa có phương pháp phòng bệnh tuyệt đối.

Rèn luyện cho trẻ em tính tập thể, biết cách thích ứng với môi trường và các điều kiện khó khăn của cuộc sống.

Theo dõi những người có yếu tố di truyền (bố, mẹ, ông bà, anh chị em họ hàng gần) bị bệnh TTPL để phát hiện sớm và điều trị sớm.

Cần tư vấn cho bệnh nhân và gia đình hiểu về bệnh, các yếu tố làm bệnh tái phát, để bệnh nhân và gia đình hợp tác, tuân thủ điều trị.

Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, kiên trì điều trị củng cố, phát hiện các yếu tố nguy cơ và tích cực chữa các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh cơ thể... để đề phòng bệnh tái phát.

RỐI LOẠN LOẠI PHÂN LIỆT (F21)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn loại phân liệt là rối loạn tiến triển từ từ có khuynh hướng mạn tính, biểu hiện bằng tác phong kỳ dị, tư duy, cảm xúc khá thường giống như trong bệnh tâm thần phân liệt. Tuy nhiên các nét bất thường này không rõ rệt như trong bệnh tâm thần phân liệt và không có đầy đủ các đặc trưng của bệnh tâm thần phân liệt ở bất cứ giai đoạn nào của bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nguyên, bệnh sinh rối loạn loại phân liệt vẫn chưa được xác định rõ ràng. Rối loạn loại phân liệt được xếp vào nhóm các bệnh nội sinh trong đó có vai trò của rất nhiều yếu tố: di truyền, miễn dịch, nhiễm độc... Hiện nay, hai lĩnh vực được tập trung nghiên cứu nhiều là: Bất thường về gen và những bất thường về chất dẫn truyền thần kinh.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10) Dựa vào 9 nhóm triệu chứng sau:

- (1) Cảm xúc không phù hợp hoặc hời hợt, lạnh lùng hoặc xa lánh mọi người.
- (2) Hành vi hoặc vẻ bề ngoài lập dị, lạ lùng hoặc kỳ quặc.
- (3) Ít tiếp xúc với người khác và có xu hướng cách ly xã hội
- (4) Tin tưởng kỳ dị hoặc tư duy thần bí ảnh hưởng đến tác phong và mâu thuẫn với những tiêu chuẩn của nhóm văn hóa dưới.
- (5) Hoài nghi hay ý tưởng paranoid
- (6) Các nghiềm ngẫm ám ảnh, thường có nội dung sợ dị hình, tình dục hay xâm phạm;
- (7) Những nhận cảm tri giác không thường gặp bao gồm các ảo tưởng cơ thể-giác quan hay ảo tưởng khác, giải thể nhân cách hay tri giác sai thực tại.
- (8) Tư duy và lời nói mơ hồ, chi ly ẩn dụ, quá chải chuốt, hoặc định hình biểu hiện bằng ngôn ngữ dị kỳ hay bằng cách khác, nhưng không rời rạc quá đáng.
- (9) Có những giai đoạn gần như loạn thần, thỉnh thoảng xuất hiện nhất thời với ảo tưởng, ảo thanh hay ảo giác khác, tất cả đều mãnh liệt và những ý tưởng giống hoang tưởng thường xuất hiện không do kích thích bên ngoài
 - Ít nhất phải có 4 trong số 9 nhóm triệu chứng trên
 - Các triệu chứng trên phải tồn tại trong một khoảng thời gian ít nhất 2 năm, hoặc là liên tục hoặc lặp đi lặp lại

- Người bệnh không bao giờ đáp ứng các tiêu chuẩn của bất kỳ rối loạn nào trong mục F20 (Bệnh tâm thần phân liệt).

- Các thể lâm sàng rối loạn loại phân liệt

- + Tâm thần phân liệt ranh giới
- + Tâm thần phân liệt tiềm tàng
- + Tâm thần phân liệt tiền loạn thần
- + Tâm thần phân liệt giả tâm căn
- + Tâm thần phân liệt giả nhân cách bệnh
- + Rối loạn nhân cách loại phân liệt

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Tâm thần phân liệt thể đơn thuần

Có sự tiến triển từ từ, tăng dần của các triệu chứng âm tính đặc trưng của bệnh tâm thần phân liệt nhưng không có các triệu chứng loạn thần nào xảy ra trong quá khứ.

Rối loạn nhân cách dạng phân liệt.

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Các xét nghiệm cơ bản

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)...

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

3.3.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng

Điện não đồ, điện tâm đồ, lưu huyết não, siêu âm doppler xuyên sọ... Trong một số trường hợp sử dụng CT scanner sọ não, MRI sọ não...

3.3.3. Các trắc nghiệm tâm lý

Trắc nghiệm tâm lý đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính PANSS

Trắc nghiệm nhân cách: EPI, MMPI, trắc nghiệm tâm lý khác như BDI, Zung, HDRS, HARS, HAD, MMSE...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Rối loạn loại phân liệt là một bệnh nguyên nhân chưa rõ, điều trị triệu chứng là chủ yếu, cần phát hiện và can thiệp sớm.

Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng, cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị: tâm lý, lao động và tái thích ứng xã hội....

Điều trị đơn trị liệu, nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém thì đa trị liệu phối hợp 2 thuốc an thần kinh, hạn chế sử dụng phối hợp từ 3 thuốc an thần kinh trở lên.

Theo dõi chặt chẽ quá trình điều trị, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh.

Điều trị giai đoạn cấp tại các cơ sở chuyên khoa, điều trị duy trì, tránh tái phát tại cộng đồng và phục hồi chức năng cho người bệnh.

Giáo dục gia đình và cộng đồng thay đổi thái độ đối với người bệnh (tránh mặc cảm, kì thị, xa lánh người bệnh). Phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc người bệnh.

Phát hiện và giải quyết kịp thời các yếu tố thúc đẩy bệnh tái phát.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng

4.2.1. Liệu pháp hóa dược

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Các thuốc an thần kinh cổ điển:

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-250mg/24 giờ

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/ngày

Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Amisulpirid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-30mg/24 giờ

Quetiapin: viên 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày

Aripiprazol: viên 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-15 mg/ngày, (tối đa là 30 mg/ngày)

Liều sử dụng thuốc an thần kinh có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của người bệnh.

Các thuốc an thần kinh có tác dụng kéo dài: nên sử dụng an thần kinh có tác dụng kéo dài cho người bệnh không tuân thủ điều trị thuốc hàng ngày. Trước khi sử dụng thuốc an thần kinh chậm nên sử dụng an thần kinh tác dụng nhanh tương ứng để thăm dò sự đáp ứng thuốc của người bệnh.

Haldol decanoat: ống 50mg/ml, tiêm bắp sâu 25-50mg/ lần, (4 tuần tiêm nhắc lại)

Flupentixol decanoat ống 20mg/ml, tiêm bắp sâu 20-40mg/ lần, 2-4 tuần tiêm nhắc lại.

Fluphenazin decanoat ống 25mg/ml, tiêm bắp sâu 12,5-50mg/ lần, (tối đa là 100 mg/ngày), 3-4 tuần tiêm nhắc lại.

Aripiprazol, liều tiêm 300mg hoặc 400mg, 4 tuần tiêm nhắc lại

Điều trị phối hợp: trong các trường hợp cụ thể phối hợp với các thuốc:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon..

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

Thuốc chống trầm cảm: SSRI, TCA, SNRI, NaSSa...

Thuốc chỉnh khí sắc: Muối valproat, Divalproex, carbamazepin, oxcarbazepin, ... Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, các vitamin, khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch..

Thuốc hỗ trợ gan, thuốc tăng cường chức năng nhận thức:

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Theo dõi điều trị

Khi xuất hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc an thần kinh: cần xử trí ngay.

Hội chứng ngoại tháp (loạn trương lực cơ cấp, bồn chồn bất an do thuốc, hội chứng giống Parkinson): Thuốc ức chế men cholinesterase (Trihexyphenidyl, Benztropin), thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc bình thần. Hội chứng an thần kinh ác tính cần phát hiện sớm và theo dõi điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

Rối loạn chuyển hóa cần theo dõi định kỳ (thông qua chỉ số cơ thể BMI và các xét nghiệm sinh hóa máu 3 – 6 tháng/ lần), phát hiện và điều trị sớm. Theo dõi công thức bạch cầu 3 tháng/lần ở người bệnh sử dụng clozapin. Loạn động muện: sử dụng giãn cơ, bình thần, vitamin E, kháng cholinergic,...

4.2.2. Liệu pháp tâm lý

Có nhiều liệu pháp tâm lý như liệu pháp tâm lý cá nhân, liệu pháp tâm lý nhóm...Có thể thành lập các nhóm tương trợ với mục đích là chỗ dựa cho người bệnh và gia đình của họ.

4.2.3. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

Nguyên lý là cho người bệnh bắt đầu hoạt động ở mức độ mà khả năng của họ cho phép đạt được để xây dựng lại lòng tin.

Từng bước nâng cao mức độ hoạt động theo khả năng cao nhất mà họ không cảm thấy bị căng thẳng.

Phục hồi chức năng nghề nghiệp cần chú ý đến môi trường xã hội, kinh tế văn hóa nơi họ sống.

4.2.4. Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, quản lý điều trị duy trì tránh tái phát tại cộng đồng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Các yếu tố sau đây có liên quan đến tiên lượng bệnh:

- Tuổi khởi phát bệnh, càng lớn tuổi càng nhẹ.
- Nhân cách tiền bệnh lý: Trước khi bị bệnh, nhân cách thích ứng hòa hợp với môi trường xung quanh có tiên lượng tốt hơn so với người có tính cách khép kín, cô độc.
- Có những nhân tố bên ngoài thúc đẩy có tiên lượng tốt hơn so với bệnh phát sinh không có yếu tố bên ngoài thúc đẩy.
- Yếu tố di truyền càng nhiều thì có tiên lượng càng kém
- Được phát hiện sớm và điều trị sớm có tiên lượng tốt hơn

VI. PHÒNG BỆNH

Căn nguyên của rối loạn loại phân liệt chưa rõ ràng nên chưa có phương pháp phòng bệnh tuyệt đối.

Rèn luyện cho trẻ em tính tập thể, biết cách thích ứng với môi trường và các điều kiện khó khăn của cuộc sống.

Theo dõi những người có yếu tố di truyền (bố, mẹ, ông bà, anh chị em họ hàng gần) bị bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn loại phân liệt để phát hiện và điều trị sớm.

Tiếp tục theo dõi người bệnh sau khi ra viện, kiên trì điều trị củng cố và tích cực chữa các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh cơ thể... để đề phòng bệnh tái phát.

RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI (F23)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời là sự biến đổi từ một trạng thái không có những nét loạn thần sang một trạng thái loạn thần rõ rệt trong vòng hai tuần hay ngắn hơn, có thể kết hợp với stress hoặc không. Bệnh khởi hoàn toàn trong vòng từ 2-3 tháng, thường khởi hoàn toàn trong vài tuần hay vài ngày và chỉ có một tỷ lệ nhỏ số người bệnh có rối loạn này kéo dài dai dẳng và gây tật chứng.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Yếu tố gia đình

Các nghiên cứu cho tỷ lệ từ 20 đến 33% người bệnh tiền sử gia đình có rối loạn tâm thần như: tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc (trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực), rối loạn loạn thần cấp...

2.2. Vai trò của sang chấn tâm lý (stress)

Một số các nghiên cứu cho thấy khoảng 20-30% người bệnh có kết hợp với sang chấn tâm lý như: tang tóc, mất mát tài sản, đổ vỡ hôn nhân, tình yêu...

2.3. Vai trò của nhân cách

Có một số nét nhân cách bất thường ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời: nét nhân cách nhạy cảm, dễ bị tổn thương, nét nhân cách dạng phân liệt (khép kín, không cởi mở, ít quan hệ...).

III. CHẨN ĐOÁN (theo tiêu chuẩn của ICD-10)

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn loạn thần cấp và nhất thời

Một giai đoạn loạn thần cấp trong vòng 2 tuần kéo dài trong một tháng, biểu hiện lâm sàng các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng ảo giác, rối loạn cảm xúc hành vi, một số hoạt động như quan hệ xã hội nghề nghiệp bị ảnh hưởng.

Trong giai đoạn loạn thần nếu có rối loạn khí sắc thì các triệu chứng này không có đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cơn hưng cảm hay trầm cảm. Trong bệnh sử không tìm được một bệnh thực thể, hoặc sử dụng rượu hay ma túy, có liên quan đến tình trạng tâm thần kể trên.

3.2. Các thể lâm sàng theo ICD-10

Rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có các triệu chứng tâm thần phân liệt (F23.0)

Khởi bệnh cấp, trong vòng 2 tuần hay ngắn hơn.

Biểu hiện lâm sàng các triệu chứng loạn thần ảo giác hoang tưởng thay đổi thường xuyên về nội dung cũng như mức độ của triệu chứng có khi trong cùng một ngày. Rối loạn khí sắc cũng thay đổi liên tục theo nội dung của các triệu chứng loạn thần.

Bệnh cảnh lâm sàng không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh tâm thần phân liệt hoặc rối loạn khí sắc.

Rối loạn loạn thần cấp đa dạng với các triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt (F23.1)

Khởi bệnh cấp trong vòng 2 tuần lễ hay ngắn hơn.

Các triệu chứng ảo giác hoang tưởng luôn thay đổi về nội dung cũng như mức độ từ ngày này sang ngày khác. Rối loạn khí sắc thay đổi tùy theo với rối loạn loạn thần.

Biểu hiện lâm sàng đáp ứng tiêu chuẩn triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt.

Rối loạn loạn thần cấp giống phân liệt (F23.2)

Khởi bệnh cấp trong vòng 2 tuần hay ngắn hơn.

Các triệu chứng loạn thần (như ảo giác hoang tưởng) tương đối ổn định đáp ứng tiêu chuẩn triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt.

Lâm sàng không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn loạn thần cấp đa dạng.

Rối loạn loạn thần cấp khác chủ yếu là hoang tưởng (F23.3)

Khởi bệnh cấp trong vòng 2 tuần lễ hay ngắn hơn.

Các triệu chứng hoang tưởng tương đối bền vững.

Bệnh cảnh lâm sàng không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh tâm thần phân liệt và rối loạn loạn thần cấp đa dạng khác.

Các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời khác (F23.8)

Các rối loạn loạn thần cấp không thể xếp vào bất cứ thể bệnh kể trên có thể ghi theo mã số này

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời không biệt định (F23.9)

Bao gồm: loạn thần phản ứng (ngắn) không biệt định khác.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Loạn thần thực tổn

Người bệnh có các triệu chứng loạn thần do nguyên nhân tại não hay ngoài não tác động đến chức năng của não. Biểu hiện các triệu chứng giống các rối loạn phân liệt nhưng thường rời rạc không có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh. Kèm theo khi khám lâm sàng thần kinh và cận lâm sàng phát hiện các dấu hiệu của bệnh lý thực tổn.

Loạn thần do các chất tác động tâm thần (rượu, cocain, chất dạng amphetamine...)

Một trạng thái loạn thần (ảo giác, hoang tưởng ...) xuất hiện trong khi hoặc ngay sau khi sử dụng các chất tác động tâm thần, hoặc sau khi ngừng sử

dụng các chất tác động tâm thần (hội chứng cai). Khám lâm sàng và khai thác bệnh sử phát hiện sự liên quan sử dụng chất tác động tâm thần. Xét nghiệm phát hiện có hiện tượng nhiễm độc, sử dụng thuốc, rượu hoặc chất ma túy.

Bệnh tâm thần phân liệt

Xảy ra từ từ hơn, có khi khởi phát kéo dài hàng tháng. Các hoang tưởng mang tính bị động, bị chi phối, bị xâm nhập, bị kiểm tra hoặc hoang tưởng có nội dung kỳ quái. Các hoang tưởng này thường xuất hiện liên tục, ít thay đổi nội dung và cường độ. Có thể gặp hội chứng tâm thần tự động, các triệu chứng âm tính. Các triệu chứng trên phải tồn tại rõ ràng trong phần lớn khoảng thời gian một tháng.

Rối loạn hoang tưởng dai dẳng

Hoang tưởng có hệ thống và tồn tại ít nhất 3 tháng.

Rối loạn khí sắc:..

3.3. Cận lâm sàng:

3.3.1. Các xét nghiệm cơ bản

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai....

3.3.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng

Điện não đồ, điện tâm đồ, lưu huyết não, siêu âm doppler xuyên sọ... Trong một số trường hợp sử dụng CT scanner sọ não, MRI sọ não...

3.3.3. Các trắc nghiệm tâm lý

Trắc nghiệm tâm lý đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính PANSS

Trắc nghiệm nhân cách: EPI, MMPI, trắc nghiệm tâm lý khác như BDI, Zung, HDRS, HARS, HAD, MMSE...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời do nhiều nguyên nhân nhưng trong đó chú trọng sự phối hợp giữa hai yếu tố sinh học và tâm lý xã hội. Điều trị rối loạn loạn thần cấp và nhất thời phải tập trung vào 2 nhóm liệu pháp là liệu pháp hóa dược và liệu pháp tâm lý.

Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng, đặc biệt với các triệu chứng dương tính. Cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị: tâm lý, lao động và tái thích ứng xã hội, đặc biệt đối với các triệu chứng âm tính.

Đơn trị liệu trước, khi đáp ứng kém hoặc không có đáp ứng thì sử dụng đa trị liệu phối hợp 2 loại an thần kinh khác nhau, hạn chế phối hợp từ 3 loại an thần kinh trở lên.

Theo dõi chặt chẽ quá trình sử dụng thuốc để phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh.

Giáo dục gia đình, cộng đồng thay đổi thái độ đối với người bệnh (tránh mặc cảm, kì thị người bệnh). Phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc người bệnh.

Phát hiện và giải quyết kịp thời các yếu tố thúc đẩy bệnh tái phát. Điều trị duy trì sau cơn loạn thần đầu tiên, quản lý, theo dõi phòng tái phát.

4.2. Sơ đồ/ phác đồ điều trị: liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

4.2.1. Điều trị hóa dược

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Các thuốc an thần kinh cổ điển:

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-250mg/24 giờ

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/ngày

Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Amisulpirid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-30mg/24 giờ

Quetiapin: viên 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày

Aripiprazol: viên 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-15 mg/ngày, (tối đa là 30 mg/ngày)

Liều sử dụng thuốc an thần kinh có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của người bệnh.

Các thuốc an thần kinh có tác dụng kéo dài: nên sử dụng an thần kinh có tác dụng kéo dài cho người bệnh không tuân thủ điều trị thuốc đều hàng ngày. Trước khi sử dụng thuốc an thần kinh chậm nên sử dụng an thần kinh tác dụng nhanh tương ứng để thăm dò sự đáp ứng thuốc của người bệnh.

Haldol decanoat: ống 50mg/ml, tiêm bắp sâu 25-50mg/ lần, (4 tuần tiêm nhắc lại)

Flupentixol decanoat ống 20mg/ml, tiêm bắp sâu 20-40mg/ lần, 2-4 tuần tiêm nhắc lại.

Fluphenazin decanoat ống 25mg/ml, tiêm bắp sâu 12,5-50mg/ lần,(tối đa là 100 mg/ngày), 3-4 tuần tiêm nhắc lại.

Aripiprazol, liều tiêm 300mg hoặc 400mg, 4 tuần tiêm nhắc lại

Điều trị phối hợp: tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các nhóm thuốc sau:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu: nhóm Benzodiazepin: Diazepam, lorazepam, Bromazepam, alprazolam,...Non-benzodiazepins: Etifoxine HCL, Sedaxio, Zopiclon...

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: Propanolol...

Thuốc chống trầm cảm: SSRI, TCA, SNRI, NaSSa...

Thuốc chỉnh khí sắc: Muối valproat, Divalproex, Carbamazepin, Oxcarbazepin, ...

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, vitamin, khoáng chất: vitamin nhóm B, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, Ginkgo biloba, Vinpocetin, Choline alfoscerate, Nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ gan, thuốc tăng cường chức năng nhận thức...

Theo dõi điều trị

Phát hiện sớm và xử trí ngay các tác dụng phụ của thuốc:

Hội chứng ngoại tháp (loạn trương lực cơ cấp, bồn chồn bất an do thuốc, hội chứng giống Parkinson): Thuốc ức chế men Cholinesterase (Trihexyphenidyl, Benztropin), thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc bình thần. Lưu ý hội chứng an thần kinh ác tính cần được phát hiện sớm và theo dõi điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

Rối loạn chuyển hóa cần theo dõi định kỳ (thông qua chỉ số cơ thể BMI và các xét nghiệm sinh hóa máu 3 – 6 tháng/ lần), phát hiện và điều trị sớm. Theo dõi công thức bạch cầu 3 tháng/lần ở người bệnh sử dụng clozapin. Loạn động muện: sử dụng giãn cơ, bình thần, vitamin E, kháng cholinergic,...

4.2.2. Sốc điện, kích thích từ xuyên sọ

Sốc điện có hiệu quả điều trị trong một số trường hợp (căng trương lực, ý tưởng và hành vi tự sát do hoang tưởng và ảo giác chi phối, các cơn kích động v.v... mà điều trị bằng thuốc lâu ngày vẫn không có kết quả).

Kích thích từ xuyên sọ có hiệu quả trong ảo thanh dai dẳng....

4.2.3. Liệu pháp tâm lý

Có nhiều liệu pháp tâm lý: tâm lý cá nhân, gia đình, nhóm... Thiết lập mối quan hệ thầy thuốc - người bệnh - gia đình để nâng đỡ người bệnh vượt qua giai đoạn khủng hoảng về mặt tâm lý. Liệu pháp tâm lý cá nhân giúp người bệnh

hiểu về bệnh của mình. Liệu pháp gia đình giúp ổn định lại cấu trúc gia đình, tạo điểm tựa cho người bệnh.

4.2.4. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

4.2.5. Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, điều trị duy trì tránh tái phát tại cộng đồng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lượng tương đối tốt nếu:

- Nhân cách thích ứng: IẾN CHỨNGạt động trị liệu, điều trị duy trì tránh
- Có cách thích ứng với các hoạt động xã hội;
- Có nhân cách thích ứng với các hoạt động xã hội; duy trì duy trì tránh tái phát tại cộng đồng. c
- Trunhân cách thích ứng với các hoạt động xã hội; duy trì duy trì tránh tái phát tại cộng đồng. cho t do hoang tưởng và ảo giác chtheo dõi tại cộng đồng.

Sau cơn rối loạn tâm thần kể trên, đa số người bệnh hồi phục hoàn toàn không có biến đổi nhân cách, nhưng còn một số nhỏ có thể tiến triển thành bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng dai dẳng, rối loạn khí sắc ...

VI. PHÒNG BỆNH

Hiện chưa xác định được nguyên nhân gây bệnh chính xác, do đó phòng bệnh cần:

Rèn luyện tính tự lập, biết cách thích ứng với môi trường và các điều kiện khó khăn của cuộc sống.

Tránh các stress trong cuộc sống, học cách chia sẻ, giảm căng thẳng.

Theo dõi những người có yếu tố di truyền (bố, mẹ, ông bà, anh chị em họ hàng) bị các bệnh rối loạn phân liệt để phát hiện sớm và điều trị sớm.

Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, duy trì điều trị và theo dõi bệnh theo chuyên khoa. Tránh cho bệnh nhân làm việc quá sức, căng thẳng, điều trị các bệnh cơ thể tích cực (nếu có) tránh tái phát bệnh.

RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC (F25)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn phân liệt cảm xúc là rối loạn có các triệu chứng cảm xúc (hung cảm, trầm cảm) và triệu chứng phân liệt xuất hiện rõ rệt, đồng thời hoặc cách nhau vài ngày trong cùng một giai đoạn. Bệnh diễn biến thành từng đợt, giữa các đợt bệnh thuyên giảm, có khuynh hướng mạn tính.

II. NGUYÊN NHÂN

Cho đến nay bệnh nguyên, bệnh sinh của rối loạn phân liệt cảm xúc vẫn chưa được xác định rõ ràng. Rối loạn phân liệt cảm xúc vẫn được xếp vào nhóm các bệnh nội sinh trong đó có vai trò của rất nhiều yếu tố: di truyền, miễn dịch, nhiễm độc...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phân liệt cảm xúc

Rối loạn phân liệt cảm xúc đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn đối với rối loạn cảm xúc (F30, F31, F32) mức độ trung bình hoặc nặng.

Các triệu chứng của ít nhất một trong các nhóm được liệt kê dưới đây biểu hiện rõ trong ít nhất 2 tuần:

- (1). Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hoặc bị đánh cắp, bị phát thanh.
- (2). Hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối, bị động.
- (3). Ảo thanh bàn luận, bình luận về người bệnh hoặc các ảo thanh xuất phát từ các cơ quan bộ phận của cơ thể
- (4). Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hóa hoặc hoàn toàn không có được.
- (5). Ngôn ngữ không thích hợp hoặc không liên quan, hoặc thường sử dụng ngôn ngữ bịa đặt.
- (6). Có sự biểu hiện thường xuyên hoặc gián đoạn của một số dạng của hành vi căng trương lực: Giữ nguyên dáng, uốn sấp, phủ định.

Các triệu chứng này không thể gán cho các rối loạn tâm thần thực tồn, hoặc liên quan đến các chất tác động tâm thần.

3.2. Các thể bệnh lâm sàng theo ICD – 10: Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại hưng cảm.

A. Các tiêu chuẩn chung đối với rối loạn phân liệt cảm xúc được đáp ứng

B. Các tiêu chuẩn đối với một rối loạn hưng cảm (F30.1 hoặc F31.1) được đáp ứng

Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại trầm cảm

- A. Các tiêu chuẩn chung đối với rối loạn phân liệt cảm xúc được đáp ứng
- B. Các tiêu chuẩn đối với một rối loạn trầm cảm ít nhất ở mức độ trung bình hoặc nặng (F31.3, F31.4, F32.1 hoặc F32.2) được đáp ứng

Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại hỗn hợp.

- A. Các tiêu chuẩn chung đối với rối loạn phân liệt cảm xúc được đáp ứng
- B. Các tiêu chuẩn đối với rối loạn cảm xúc lưỡng cực hỗn hợp (F31.6) được đáp ứng.

Rối loạn phân liệt cảm xúc khác, rối loạn phân liệt cảm xúc, không biệt định

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Tâm thần phân liệt: người bệnh có các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác đặc trưng của tâm thần phân liệt, tuy nhiên không có các triệu chứng cảm xúc (trầm cảm, hưng cảm) điển hình xuất hiện đồng thời.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực có triệu chứng loạn thần: người bệnh có các triệu chứng cảm xúc (trầm cảm, hưng cảm) điển hình, tuy nhiên không có các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác) điển hình của tâm thần phân liệt.

3.4. Cận lâm sàng

3.4.1. Các xét nghiệm cơ bản

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (VFB, VGC, HIV)

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai....

3.4.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng

Điện não đồ, điện tâm đồ, lưu huyết não, siêu âm doppler xuyên sọ... Trong một số trường hợp sử dụng siêu âm tuyến giáp, CT scanner sọ não, MRI sọ não...

3.4.3. Các trắc nghiệm tâm lý

Trắc nghiệm tâm lý đánh giá triệu chứng dương tính và âm tính PANSS

Trắc nghiệm nhân cách: EPI, MMPI, trắc nghiệm tâm lý: BDI, Zung, HDRS, HARS, HAD, MMSE, Young, MDQ...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Phát hiện và điều trị sớm, tập trung vào 2 nhóm liệu pháp là liệu pháp hóa dược và tâm lý liệu pháp.

Hóa dược liệu pháp có vai trò quan trọng, cần phối hợp nhiều liệu pháp điều trị: tâm lý, lao động và tái thích ứng xã hội.

Đơn trị liệu trước, khi đáp ứng kém hoặc không có đáp ứng thì sử dụng đa trị liệu phối hợp

Theo dõi chặt chẽ quá trình sử dụng thuốc để phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng phụ của thuốc.

Giáo dục gia đình, cộng đồng thay đổi thái độ đối với người bệnh (tránh mặc cảm, kì thị người bệnh). Phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc người bệnh.

Phát hiện và giải quyết kịp thời các yếu tố thúc đẩy bệnh tái phát.

Điều trị duy trì sau giai đoạn cấp, quản lý, theo dõi phòng tái phát tại cộng đồng.

4.2. Sơ đồ/ phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược+ liệu pháp tâm lý

4.2.1. Điều trị hóa dược

Các thuốc an thần kinh: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Các thuốc an thần kinh cổ điển:

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-250mg/24 giờ

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/ngày

Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Amisulpirid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-30mg/24 giờ

Quetiapin: viên 50mg, 200mg, 300mg, liều 600-800 mg/ ngày

Aripiprazol: viên 5mg, 10 mg, 15mg, 30mg, liều 10-15 mg/ngày, (tối đa là 30 mg/ngày)

Liều sử dụng thuốc an thần kinh có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của người bệnh.

Các thuốc chống trầm cảm: lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các nhóm sau:

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40 mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

Fluvoxamin 100mg, liều 100-300mg/ngày

Escitalopram 10/20 mg, liều 10-20mg/ngày

Citalopram, liều 10-60mg/ngày

Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

Clomipramin 25mg, liều 50-75mg/ngày

Imipramin, liều 10-150mg/ngày

Các loại chống trầm cảm khác:

Tianeptin, liều từ 12,5 -50mg/ngày

Liều sử dụng thuốc chống trầm cảm có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của người bệnh.

Thuốc chỉnh khí sắc: lựa chọn một trong số các thuốc sau

Muối Valproat, liều 1200-1500mg/ngày, liều tối đa 60mg/kg/ngày

Divalproex, liều 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày

Carbamazepine, liều 400-1200mg/ngày

Oxcarbazepine, liều 1200 – 2400mg/ngày

Topiramát, liều 50-400mg/ngày

Lamotrigine, liều 100 – 400 mg/ngày...

a. Điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc trầm cảm:

Phối hợp thuốc an thần kinh và thuốc chống trầm cảm

Tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các nhóm thuốc:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol...

Thuốc điều chỉnh khí sắc: valproat, Divalproex, lamotrigine...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

b. Điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc hưng cảm

Phối hợp thuốc an thần kinh và thuốc chỉnh khí sắc

Tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các nhóm thuốc:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

c. Điều trị rối loạn cảm xúc hỗn hợp

Phối hợp các thuốc an thần kinh, thuốc chỉnh khí sắc.

Tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các nhóm thuốc:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

Thuốc chống trầm cảm: SSRI, SSNI, mirtazapin...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

d. Theo dõi điều trị

Khi xuất hiện tác dụng không mong muốn của thuốc, cần xử trí ngay. Hội chứng ngoại tháp (loạn trương lực cơ cấp, bồn chồn bất an do thuốc, hội chứng giống Parkinson): thuốc ức chế men cholinesterase (Trihexyphenidyl, Benztropin), thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc bình thần. Lưu ý hội chứng an thần kinh ác tính, hội chứng serotonin trung ương cần được phát hiện sớm và theo dõi điều trị tại khoa hồi sức tích cực. Rối loạn chuyển hóa cần theo dõi định kỳ (thông qua chỉ số cơ thể BMI và các xét nghiệm sinh hóa máu 3 – 6 tháng/lần), phát hiện và điều trị sớm. Theo dõi công thức bạch cầu 3 tháng/lần ở người bệnh sử dụng clozapin. Loạn động muện: sử dụng giãn cơ, bình thần, Vitamin E, kháng cholinergic,...

4.2.2. Liệu pháp tâm lý

Thiết lập mối quan hệ thầy thuốc - người bệnh - gia đình để nâng đỡ người bệnh vượt qua giai đoạn khủng hoảng về mặt tâm lý. Liệu pháp tâm lý cá nhân giúp người bệnh hiểu về bệnh tật của mình. Liệu pháp gia đình giúp người bệnh tái hòa nhập cộng đồng

4.2.3. Sốc điện, kích thích từ xuyên sọ

Sốc điện có hiệu quả điều trị trong một số trường hợp (căng trương lực, ý tưởng và hành vi tự sát do trầm cảm, hoang tưởng và ảo giác chi phối, các cơn kích động v.v... mà kém đáp ứng với điều trị hóa dược). Kích thích từ xuyên sọ có hiệu quả trong ảo thanh dai dẳng, các rối loạn trầm cảm...

4.2.4. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

4.2.5. Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, điều trị duy trì tránh tái phát tại cộng đồng

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nguy cơ mắc rối loạn phân liệt cảm xúc tăng ở những người trong gia đình có người bị tâm thần phân liệt, rối loạn phân liệt cảm xúc, rối loạn cảm xúc lưỡng cực

Tự sát là biến chứng nguy hiểm có thể gặp ở người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc

VI. PHÒNG BỆNH

Hiện chưa xác định được nguyên nhân gây bệnh chính xác, do đó phòng bệnh cần:

Rèn luyện tính tự lập, biết cách thích ứng với môi trường, các điều kiện khó khăn của cuộc sống.

Tránh các stress, học cách chia sẻ, giảm căng thẳng.

Theo dõi những người có yếu tố di truyền (bố, mẹ, ông bà, anh chị em họ hàng) bị các bệnh rối loạn tâm thần nội sinh để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện, duy trì điều trị và theo dõi bệnh theo chuyên khoa và tại cộng đồng. Tránh cho bệnh nhân làm việc quá sức, căng thẳng, điều trị các bệnh cơ thể tích cực (nếu có) tránh tái phát bệnh.

GIAI ĐOẠN HUNG CẢM (F30)

I. ĐỊNH NGHĨA

Theo ICD-10, giai đoạn hưng cảm được biểu hiện bằng những đặc điểm cơ bản phổ biến của khí sắc hưng phấn và sự tăng tốc và tăng lượng của hoạt động cơ thể và tâm thần. Giai đoạn hưng cảm khi đã loại trừ các nguyên nhân thực tổn và do chất được coi là giai đoạn đầu tiên của rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Các yếu tố sinh học

- Các bằng chứng về dịch tễ học và di truyền cho thấy rằng có sự tham gia tích cực của các yếu tố di truyền và tỷ lệ bệnh tương đối không thay đổi theo sự khác nhau của từng cá nhân và nghịch cảnh xã hội;

- Bất thường trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận, các bất thường tuyến giáp;

- Mất cân bằng giữa chất dẫn truyền thần kinh/thụ thể (đặc biệt liên quan đến hoạt động của hệ dopamine).

2.2. Các yếu tố môi trường

- Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có biến cố gần đây trong đời sống có tác động tiêu cực và/hoặc nhiều căng thẳng sẽ sự báo khả năng khởi phát và tái phát các giai đoạn rối loạn khí sắc;

- Hầu hết các nghiên cứu đã tìm thấy rằng các biến cố tiêu cực trong đời sống đi trước giai đoạn hưng cảm/hung cảm nhẹ.

2.3. Các hiểu biết từ các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh

- Các thiếu hụt về mật độ tế bào thần kinh và tế bào đệm, mức độ hoạt động của tế bào đệm, cấu trúc và tính toàn vẹn của các tế bào thần kinh, và chất hóa sinh riêng cho vỏ não thùy trán cũng như mối liên hệ chức năng của vùng này với các vùng vỏ não khác;

- Bằng chứng về tăng hoạt động so với mức ban đầu của vùng thùy vận động và hạnh nhân, mất cân đối và mất điều hòa của vùng đồi thị, tăng hoạt động tương đối của tiểu não.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Một giai đoạn hưng cảm được chẩn đoán khi đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

A. Người bệnh có một thời kỳ với khí sắc tăng rõ rệt, trở nên xuống xã hay dễ cáu gắt một cách bất thường.

B. Trong thời kỳ rối loạn khí sắc người bệnh có ít nhất ba trong số các triệu chứng sau:

- Tăng hoạt động hoặc đứng ngồi không yên
- Nói nhiều (tư duy dồn dập)
- Các ý nghĩ thay đổi rất nhanh hoặc tư duy phi tán
- Mất kiểm chế về mặt xã hội có các hành vi không phù hợp với hoàn cảnh
- Giảm nhu cầu ngủ
- Tự cao hoặc có ý tưởng khuếch đại
- Phân tán hoặc thay đổi liên tục trong các kế hoạch, hoạt động
- Có các hành vi ngông cuồng hoặc liều lĩnh mà người bệnh không nhận thấy có các nguy cơ của chúng ví dụ: tiêu pha hoang phí, đầu tư bừa bãi, lái xe liều lĩnh

- Tăng hoạt động tình dục hoặc phô trương tình dục

C. Các rối loạn khí sắc trên phải:

- Tồn tại dai dẳng, thường kéo dài ít nhất một tuần
- Đủ nặng để gây ra suy giảm rõ rệt trong hoạt động nghề nghiệp hoặc các hoạt động xã hội thường ngày hoặc các mối quan hệ với những người khác.
- Cần phải nhập viện để ngăn ngừa sự thiệt hại cho bản thân hay những người khác.
- Không phải do tác động sinh lý trực tiếp của một chất hoặc một bệnh cơ thể.

D. Người bệnh có thể có các biểu hiện loạn thần phù hợp khí sắc (hoang tưởng tự cao, hoặc những ảo thanh nói về những quyền lực siêu nhân...) hoặc loạn thần không phù hợp khí sắc (hoang tưởng liên hệ, bị truy hại, hoang tưởng có nội dung tình dục, ảo thanh bình luận...)

Tùy theo mức độ và sự xuất hiện của các triệu chứng chia thành:

- Giai đoạn hưng cảm nhẹ (F30.0)
- Giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần (F30.1)
- Giai đoạn hưng cảm với các triệu chứng loạn thần (F30.2)

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn khí sắc do bệnh cơ thể
- Rối loạn khí sắc gây ra do chất
- Rối loạn khí sắc chu kỳ

- Các rối loạn loạn thần (rối loạn phân liệt cảm xúc, tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng)

- Rối loạn nhân cách ái kỉ
- Rối loạn nhân cách chống đối xã hội

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Các xét nghiệm thường quy

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa
- Xét nghiệm hormone tuyến giáp
- Xét nghiệm nước tiểu: tìm ma túy
- Xét nghiệm vi sinh: viêm gan B, C; HIV...

3.3.2. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

- XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp
- Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não.....

3.3.3. Các trắc nghiệm tâm lý

- Thang đánh giá hưng cảm Young
- Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)
- Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI)

3.3.4. Các xét nghiệm theo dõi điều trị

- Đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa do thuốc: glucose máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) 3 tháng/lần
- Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần
- Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.
- Xét nghiệm gen HLA-B*1502 để tìm người có nguy cơ cao dị ứng thuốc trước khi dùng các thuốc chống động kinh (đặc biệt Carbamazepin).

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Chỉ định nhập viện sớm với các giai đoạn rối loạn khí sắc mức độ nặng. Nếu rối loạn khí sắc ở mức độ nhẹ có thể điều trị ngoại trú
- Cần phát hiện sớm các biểu hiện rối loạn khí sắc để kịp thời điều trị ngay từ lúc cường độ các rối loạn còn nhẹ

- Xác định rõ mức độ của rối loạn khí sắc về cấu trúc lâm sàng, sự có mặt của các triệu chứng loạn thần ở giai đoạn hiện tại

- Chỉ định sớm các biện pháp điều trị. Thuốc an thần kinh với các trạng thái hưng cảm và các thuốc chỉnh khí sắc. Chọn lựa nhóm thuốc, loại thuốc và liều lượng phù hợp với các trạng thái bệnh của từng người bệnh.

- Kết hợp thích hợp thuốc an thần khi cần thiết

- Điều trị dự phòng tái phát sau mỗi giai đoạn cấp và chú ý tái phục hồi chức năng tâm lý xã hội

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

4.2.1. Liệu pháp hóa dược

Lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể.

Điều trị giai đoạn cấp

Các thuốc chỉnh khí sắc: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

+ Divalproex: 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày

+ Valproat: 500 - 1500mg/ngày

+ Carbamazepin: 200 - 1600mg/ngày

+ Oxcarbazepin: 600 - 2400mg/ngày

+ Lamotrigin: 100 - 400mg/ngày

+ Topiramat: 50 – 400mg/ngày

+ Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

Các thuốc chống loạn thần: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Thuốc chống loạn thần điển hình

+ Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày

+ Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày

+ Levopromazin: 25 - 500mg/ngày

Thuốc chống loạn thần không điển hình

+ Risperidon: 1 - 10 mg/ngày

+ Olanzapin: 5 - 30mg/ngày

+ Quetiapin: 50 - 800mg/ngày

+ Clozapin: 25 - 900mg/ngày,

+ Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

Các thuốc thuộc nhóm benzodiazepin: có thể lựa chọn một trong số các thuốc sau:

- + Diazepam: 5 - 30mg/ngày
- + Lorazepam: 1 - 4mg/ngày
- + Clonazepam: 1 - 8mg/ngày
- + Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

Đa trị liệu: trong trường hợp hưng cảm ở mức độ nặng hoặc có biểu hiện loạn thần. Có thể phối hợp nhóm thuốc chống co giật (valproat, carbamazepin...) với các thuốc chống loạn thần.

Điều trị duy trì

Lựa chọn các thuốc đã có tác dụng trong giai đoạn cấp

- + Valproat: 200 - 500mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 400mg/ngày
- + Risperidon: 2 mg/ngày
- + Olanzapin: 10 mg/ngày
- + Quetiapin: 100 mg/ngày

Các nhóm thuốc khác: thuốc tăng cường tuần hoàn não, dinh dưỡng tế bào thần kinh (piracetam, citicholin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...), beta blocker, vitamin và yếu tố vi lượng, zopiclon (phamzopic, drexler...), eszopiclon...

4.2.2. Sốc điện

Sốc điện (ECT): có thể sử dụng trong các trường hợp hưng cảm kích động dữ dội hoặc không đáp ứng với thuốc.

4.2.3. Các can thiệp tâm lý xã hội

- Liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT)
- Liệu pháp gia đình
- Liệu pháp xã hội
- Giáo dục sức khỏe tâm thần

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Giai đoạn hưng cảm có tỉ lệ tái phát cao. Các phục hồi về chức năng xảy ra chậm hơn sự hồi phục triệu chứng và hội chứng.

Giai đoạn hưng cảm để lại nhiều biến chứng từ các hành vi nhiều nguy cơ, các bệnh cơ thể đi kèm.

VI. PHÒNG BỆNH

Việc can thiệp sớm có vai trò quan trọng trong việc phục hồi chức năng xã hội nghề nghiệp, cũng như giảm gánh nặng do bệnh tật gây ra. Đồng thời việc can thiệp sớm có khả năng thay đổi tiến trình của bệnh lý nền.

Phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát để có biện pháp can thiệp kịp thời.

Việc tuân thủ điều trị giúp giảm sự tái diễn bệnh, giảm tỉ lệ nhập viện cũng như làm giảm mức độ nặng của các giai đoạn rối loạn khí sắc.

RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC (F31)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn lưỡng cực là một rối loạn khí sắc mạn tính, đặc trưng bởi các giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ xen kẽ hay đi kèm với các giai đoạn trầm cảm. Rối loạn lưỡng cực còn được gọi là rối loạn hưng trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn phổ lưỡng cực.

Theo ICD-10: Rối loạn lưỡng cực đặc trưng bởi ít nhất từ hai giai đoạn bệnh với khí sắc và mức độ hoạt động của người bệnh bị rối loạn rõ rệt, rối loạn này bao gồm từng lúc có sự tăng khí sắc, sinh lực và hoạt động (hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm) và những lúc khác có sự giảm khí sắc, sinh lực và hoạt động (trầm cảm). Các giai đoạn bệnh lặp lại chỉ có hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ cũng được phân loại là rối loạn lưỡng cực.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Các yếu tố sinh học

Các bằng chứng về dịch tễ học và di truyền cho thấy rằng rối loạn lưỡng cực có sự tham gia tích cực của các yếu tố di truyền và tỷ lệ bệnh tương đối không thay đổi theo sự khác nhau của từng cá nhân và nghịch cảnh xã hội.

Bất thường trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận, các bất thường tuyến giáp.

Mất cân bằng giữa chất dẫn truyền thần kinh/thụ thể (đặc biệt liên quan đến hoạt động của hệ dopamine).

2.2. Các yếu tố môi trường

Các yếu tố môi trường phải đóng một vai trò trong việc hình thành rối loạn lưỡng cực bởi vì các cặp sinh đôi cùng trứng lại thường không giống nhau trong việc phát sinh bệnh.

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có biến cố gần đây trong đời sống có tác động tiêu cực và/hoặc nhiều căng thẳng sẽ sự báo khả năng khởi phát và tái phát các giai đoạn rối loạn khí sắc.

Hầu hết các nghiên cứu đã tìm thấy rằng các biến cố tiêu cực trong đời sống đi trước giai đoạn hưng cảm/hưng cảm nhẹ cũng như các giai đoạn trầm cảm.

2.3. Các hiểu biết từ các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh

Có bằng chứng về sự tăng hoạt động trục hạ đồi - tuyến yên – tuyến thượng thận ở những thời kỳ trầm cảm và một vài bằng chứng về rối loạn chức năng tuyến giáp ở những người bệnh lưỡng cực có các kháng thể kháng giáp.

Các thiếu hụt về mật độ tế bào thần kinh và tế bào đệm, mức độ hoạt động của tế bào đệm, cấu trúc và tính toàn vẹn của các tế bào thần kinh, và chất hóa

sinh riêng cho vỏ não thùy trán cũng như mối liên hệ chức năng của vùng này với các vùng vỏ não khác.

Bằng chứng về tăng hoạt động so với mức ban đầu của vùng thùy vền bụng và hạnh nhân, mất cân đối và mất điều hòa của vùng đồi thị, tăng hoạt động tương đối của tiểu não ở những người bệnh rối loạn lưỡng cực.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm nhẹ (F31.0)

- Giai đoạn hiện tại phải là hưng cảm nhẹ (F30.0).
- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần (F31.1)

- Giai đoạn hiện tại phải là hưng cảm không có triệu chứng loạn thần (F30.1).
- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm có các triệu chứng loạn thần (F31.2)

- Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn hưng cảm có các triệu chứng loạn thần (F30.2).
- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, trầm cảm.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ hoặc vừa (F31.3)

- Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0), Vừa (F32.1).
- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần (F31.4)

- Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần (F30.3)
- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có triệu chứng loạn thần (F31.5)

- Giai đoạn hiện tại phải là giai đoạn trầm cảm nặng có loạn thần (F30.3).

- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, hỗn hợp.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hỗn hợp (F31.6)

- Giai đoạn hiện tại phải là hoặc pha trộn hoặc thay đổi nhanh chóng các triệu chứng hưng cảm, hưng cảm nhẹ và trầm cảm từ ngày này sang ngày khác, giờ này sang giờ khác.

- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm, hưng cảm nhẹ.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại thuyên giảm (F31.7)

- Hiện tại người bệnh không có một rối loạn cảm xúc nào đáng kể (hưng cảm, hưng cảm nhẹ, trầm cảm).

- Trong quá khứ phải có một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm, hưng cảm nhẹ, trầm cảm.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn trầm cảm điển hình hoặc loạn khí sắc
- Rối loạn khí sắc do bệnh cơ thể
- Rối loạn khí sắc gây ra do chất
- Rối loạn khí sắc chu kỳ
- Các rối loạn loạn thần (rối loạn phân liệt cảm xúc, tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng)
- Rối loạn nhân cách ranh giới
- Rối loạn nhân cách ái kỷ
- Rối loạn nhân cách chống đối xã hội

3.3. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm thường quy: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi; Sinh hóa; Điện giải đồ; Hormon tuyến giáp; Xét nghiệm nước tiểu tìm chất gây nghiện; Xét nghiệm miễn dịch...

- Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng:

+ X.Quang tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp

+ Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não...

- Các trắc nghiệm tâm lý:

+ Thang đánh giá trầm cảm Beck, Hamilton, trầm cảm người già (GDS), trầm cảm ở trẻ em, thang đánh giá trầm cảm ở cộng đồng (PHQ-9)...

+ Thang đánh giá hưng cảm Young

+ Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)

+ Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI)

+ Thang đánh giá lo âu Zung, Hamilton

+ Thang đánh giá lo âu – trầm cảm – stress (DASS)

3.4. Các xét nghiệm theo dõi điều trị

- Đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa do thuốc: Thực hiện các Xét nghiệm như glucose máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) 3 tháng/lần.

- Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: Công thức máu 1 tháng/lần

- Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.

- Xét nghiệm gen HLA-B*1502 để tìm người có nguy cơ cao dị ứng thuốc trước khi dùng các thuốc chống động kinh (đặc biệt Carbamazepin).

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Chỉ định nhập viện sớm với các giai đoạn rối loạn khí sắc mức độ nặng, đặc biệt trầm cảm có ý tưởng tự sát. Nếu rối loạn khí sắc ở mức độ nhẹ, vừa có thể điều trị ngoại trú.

Cần phát hiện sớm các biểu hiện rối loạn khí sắc để kịp thời điều trị ngay từ lúc cường độ các rối loạn còn nhẹ

Xác định rõ mức độ của rối loạn khí sắc về cấu trúc lâm sàng, sự có mặt của các triệu chứng loạn thần ở giai đoạn hiện tại

Chỉ định sớm các biện pháp điều trị. Thuốc chống trầm cảm với trầm cảm, an thần kinh với các trạng thái hưng cảm và các thuốc chỉnh khí sắc. Chọn lựa nhóm thuốc, loại thuốc và liều lượng phù hợp với tình trạng của từng người bệnh

Kết hợp thích hợp thuốc an thần khi cần thiết

Điều trị dự phòng tái phát sau mỗi giai đoạn cấp và chú ý tái phục hồi chức năng tâm lý xã hội

Điều trị rối loạn cảm xúc lưỡng cực phải được duy trì ít nhất 6 tháng để phòng tái phát.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược: Lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể

Các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ và hỗn hợp cấp tính:

- Các thuốc chỉnh khí sắc: Chọn **một** hoặc **hai** hoặc **ba** thuốc trong số các thuốc sau

- + Divalproex: 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày
- + Valproat: 500 - 2000mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 1600mg/ngày
- + Oxcarbazepin: 600 - 2400mg/ngày
- + Lamotrigin: 100 - 400mg/ngày
- + Topiramat: 50 – 400mg/ngày
- + Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày
- Các thuốc chống loạn thần (Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau):

Thuốc chống loạn thần điển hình:

- + Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
- + Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Levopromazin: 25 - 500mg/ngày

Thuốc chống loạn thần không điển hình:

- + Risperidon: 1 - 10 mg/ngày
- + Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
- + Quetiapin: 200 - 800mg/ngày
- + Clozapin: 300 - 900mg/ngày
- + Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

Các thuốc thuộc nhóm benzodiazepine (Có thể lựa chọn **một** trong các thuốc sau):

- + Diazepam: 5 - 30mg/ngày
- + Lorazepam: 1 - 4mg/ngày
- + Clonazepam: 1 - 8mg/ngày
- + Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

Đa trị liệu: trong trường hợp hưng cảm ở mức độ nặng hoặc có biểu hiện loạn thần.

Có thể phối hợp nhóm thuốc chống co giật (valproat, carbamazepin...) với các thuốc chống loạn thần. Chú ý cặp tương tác thuốc có thể kết hợp.

Các giai đoạn trầm cảm cấp tính:

- Các thuốc chỉnh khí sắc: Chọn **một** hoặc **hai** hoặc **ba** thuốc trong số các thuốc sau:

- + Lamotrigin: 100 - 400mg/ngày
- + Divalproex: 750mg/ngày – 60mg/kg/ngày

- + Valproat: 500 - 1500mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 1600mg/ngày
- + Oxcarbazepin: 600 - 2400mg/ngày
- + Topiramat: 50 – 400mg/ngày
- + Gabapentin: 300 – 1800mg/ngày

- Các thuốc chống trầm cảm: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCAs):

- + Amitriptylin: 25 – 200mg/ngày
- + Clomipramin: 50 – 100 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs):

- + Sertralín: 50 – 300 mg/ngày
- + Fluoxetin: 20 – 60 mg/ngày
- + Fluvoxamin: 50 – 100mg/ngày
- + Citalopram: 20 – 60mg/ngày
- + Escitalopram: 10 – 20mg/ngày

- + Paroxetin: 20 - 80 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrin (SNRIs):

- + Venlafaxin: 37,5 – 225 mg/ngày
- + Duloxetin: 40 – 120mg/ngày

Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA):

- + Mirtazapin: 15 – 60 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu dopamin – norepinephrin:

- + Bupropion: 75 - 450mg/ngày

- Các thuốc chống loạn thần: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Thuốc chống loạn thần điển hình:

- + Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
- + Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Levopromazin: 25 - 500mg/ngày

Thuốc chống loạn thần không điển hình:

- + Risperidon: 1 - 10 mg/ngày

- + Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
- + Quetiapin: 50 - 800mg/ngày
- + Clozapin: 25 - 900mg/ngày
- + Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

c. Điều trị duy trì:

Lựa chọn các thuốc đã có tác dụng trong giai đoạn cấp:

- + Valproat: 200 - 500mg/ngày
- + Carbamazepin: 200 - 400mg/ngày
- + Risperidon: 2 mg/ngày
- + Olanzapin: 10 mg/ngày
- + Quetiapin: 100 mg/ngày
- Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác: Etifoxin (stresam...), Grandaxin, Sedaxio, Zopiclon (phamzopic, drexler...), Eszopiclon, Melatontin, các thuốc kháng histamin (hydroxyzin...), Beta blocker...
- Các nhóm thuốc khác: thuốc tăng cường tuần hoàn não và dinh dưỡng tế bào thần kinh (Piracetam, Citicholin, Ginkgo biloba, Vinpocetin, Cholin alfoscerat, Cinnarizin...), Vitamin và yếu tố vi lượng...

4.3. Sốc điện (ECT)

Sử dụng trong các trường hợp:

- Hưng cảm có kích động dữ dội hoặc không đáp ứng với thuốc.
- Trầm cảm có nhiều nguy cơ đe dọa tính như ý tưởng, hành vi tự sát mãnh liệt hoặc không đáp ứng điều trị.

4.4. Kích thích từ xuyên sọ (TMS)

Được chỉ định ưu tiên cho các trường hợp trầm cảm nhẹ và vừa.

Cần tuân thủ chặt chẽ chỉ định và chống chỉ định để hạn chế tai biến khi tiến hành can thiệp.

4.5. Các can thiệp tâm lý xã hội

- Liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT)
- Liệu pháp gia đình
- Liệu pháp xã hội
- Có thể phối hợp thêm liệu pháp âm nhạc: Khí sắc trầm, trầm cảm,...
- Giáo dục sức khỏe tâm thần

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực có bản chất tái diễn và thường là dai dẳng, với các tỷ lệ tái phát cao vào khoảng 3/4 số người bệnh. Các phục hồi chức năng xảy ra chậm hơn sự hồi phục triệu chứng hội chứng, ngay cả sau một giai đoạn hưng cảm đơn lẻ.

Rối loạn lưỡng cực đã được chứng tỏ là có tỷ lệ tử vong cao do các biến chứng từ các hành vi nhiều nguy cơ, các bệnh cơ thể đi kèm và tự sát.

VI. PHÒNG BỆNH

Việc can thiệp sớm là cần thiết đối với bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực có thể cải thiện chức năng nghề nghiệp và xã hội của họ, duy trì năng suất làm việc và đạt được chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe có thể chấp nhận được, giảm chi phí chăm sóc sức khỏe. Điều trị hiệu quả làm giảm bệnh tật và tử vong liên quan đến rối loạn lưỡng cực. Việc can thiệp sớm có khả năng thay đổi tiến trình của bệnh lý nền.

Phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát để có biện pháp can thiệp kịp thời.

Việc tuân thủ điều trị giúp giảm sự tái diễn bệnh, giảm tỉ lệ nhập viện và tỉ lệ tự sát cũng như làm giảm mức độ nặng của các giai đoạn rối loạn khí sắc.

GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM (F32)

I. ĐỊNH NGHĨA

Trầm cảm là một trạng thái bệnh lý của cảm xúc, biểu hiện bằng quá trình ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần. Theo phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10, trầm cảm điển hình thường được biểu hiện bằng khí sắc trầm, mất mọi quan tâm hay thích thú, giảm năng lượng dẫn tới tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, tồn tại trong khoảng thời gian ít nhất là 2 tuần. Ngoài ra, còn có các triệu chứng khác như giảm sự tập trung chú ý, giảm tính tự trọng và lòng tự tin, ý tưởng bị tội và không xứng đáng, nhìn vào tương lai ảm đạm bi quan, ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng...

II. NGUYÊN NHÂN

Trầm cảm do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng tóm tắt có 3 nguyên nhân chính:

- Trầm cảm do nhiều n
- Trầm cảm do nhiều n
- Trầm cảm do nhiều.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)

3.1.1. Lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng của giai đoạn trầm cảm:

Ba triệu chứng chính: 1) Khí sắc trầm: Khí sắc thay đổi ít từ ngày này sang ngày khác và thường không tương xứng với hoàn cảnh, được duy trì trong ít nhất hai tuần. 2) Mất mọi quan tâm thích thú trong các hoạt động. 3) Giảm năng lượng và tăng sự mệt mỏi.

Bảy triệu chứng phổ biến khác: 1) Giảm sự tập trung chú ý; 2) Giảm tính tự trọng và lòng tự tin, khó khăn trong việc quyết định; 3) Ý tưởng bị tội và không xứng đáng; 4) Nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan; 5) Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát; 6) Rối loạn giấc ngủ; 7) Thay đổi cảm giác ngon miệng (tăng hoặc giảm) với sự thay đổi trọng lượng cơ thể tương ứng.

Các triệu chứng cơ thể (sinh học) của trầm cảm: 1) Mất những quan tâm thích thú trong những hoạt động thường ngày gây thích thú; 2) Mất phản ứng cảm xúc với những sự kiện và môi trường xung quanh thường làm vui thích; 3) Buổi sáng thức giấc sớm 2 giờ trước thường ngày; 4) Trạng thái trầm cảm nặng hơn vào buổi sáng; 5) Có bằng chứng khách quan về sự chậm chạp tâm thần vận động hoặc kích động (được người khác nhận thấy hoặc kể lại); 6) Giảm những cảm giác ngon miệng; 7) Sút cân (5% hoặc nhiều hơn trọng lượng cơ thể so với tháng trước); 8) Mất hoặc giảm hưng phấn tình dục rõ rệt.

Các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác trong giai đoạn trầm cảm có thể có hoặc không xuất hiện.

Chẩn đoán xác định

- Lần đầu tiên xuất hiện ở người bệnh các triệu chứng lâm sàng đặc trưng, phổ biến và sinh học của trầm cảm.

- Giai đoạn trầm cảm kéo dài ít nhất 2 tuần.

- Không có đủ các triệu chứng đáp ứng các tiêu chuẩn đối với giai đoạn hưng cảm nhẹ hoặc hưng cảm (F30) ở bất kỳ thời điểm nào trong đời.

- Giai đoạn này không gắn với việc sử dụng chất tác động tâm thần (F10 – F19) hoặc bất cứ rối loạn thực tồn nào (trong nhóm F00 – F09).

Giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0)

Người bệnh có 2/3 triệu chứng đặc trưng và 2/7 triệu chứng phổ biến.

Chữ số thứ 5 có thể được sử dụng để biệt định sự có mặt của hội chứng cơ thể.

- *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.00)*: Có ít hoặc không có triệu chứng cơ thể.

- *Có các triệu chứng cơ thể (F32.01)*: Có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể. (Nếu chỉ có 2 hoặc 3 triệu chứng cơ thể, nhưng chúng nặng một cách bất thường, thì dùng mục này có thể được chấp nhận).

Giai đoạn trầm cảm vừa (F32.1)

Có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng đặc trưng, thêm ít nhất 3 (và tốt hơn 4) những triệu chứng phổ biến.

Người bệnh với giai đoạn trầm cảm vừa thường có nhiều khó khăn để tiếp tục hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc công việc gia đình.

Chữ số thứ 5 có thể được sử dụng để biệt định sự có mặt của triệu chứng cơ thể.

- *Không có các triệu chứng cơ thể (F32.10)*: có ít triệu chứng cơ thể.

- *Có các triệu chứng cơ thể (F32.11)*: có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể.

Giai đoạn trầm cảm nặng, không có các triệu chứng loạn thần (F32.2)

Có 3 trong số những triệu chứng điển hình cộng thêm ít nhất 4 triệu chứng khác, và một số phải đặc biệt nặng. Nếu những triệu chứng quan trọng như kích động hoặc chậm chạp rõ nét người bệnh có thể không muốn hoặc không thể mô tả nhiều triệu chứng một cách chi tiết. Trong những trường hợp như vậy, việc phân loại toàn bộ một giai đoạn trầm trọng có thể vẫn còn được chấp nhận.

Giai đoạn trầm cảm nặng kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.3)

Một giai đoạn trầm cảm nặng thỏa mãn các tiêu chuẩn đã nêu ra trong mục F32.2 ở trên và trong đó có các hoang tưởng, ảo giác hoặc sững sờ trầm cảm. Các hoang tưởng thường bao gồm những ý tưởng tội lỗi, thấp hèn, hoặc những tai họa sắp xảy ra, trách nhiệm người bệnh phải gánh chịu. Những ảo thanh hoặc ảo khứu thường là giọng kết tội hoặc phỉ báng hoặc mùi rác mục hoặc thịt thối rữa. Sự chậm chạp tâm thần vận động nặng có thể dẫn đến sững sờ. Nếu cần, hoang tưởng hoặc ảo giác có thể được phân rõ là phù hợp hoặc không phù hợp với rối loạn khí sắc (xem mục F32.2).

Các giai đoạn trầm cảm khác (F32.8)

Chỉ gộp vào đây những giai đoạn không phù hợp với sự mô tả dành cho giai đoạn trầm cảm từ mục F32.0 – F32.3, nhưng một ấn tượng chẩn đoán chung đã chỉ ra chúng là trầm cảm thực thụ.

Bao gồm: trầm cảm không điển hình, các giai đoạn đơn độc của trầm cảm không biệt định khác.

3.1.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm thường quy:

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa
- Xét nghiệm hormone tuyến giáp
- Xét nghiệm vi sinh: viêm gan B, C; HIV....

Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng:

- XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp
- Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não.....

Các trắc nghiệm tâm lý:

- Thang đánh giá trầm cảm Beck, Hamilton, trầm cảm người già (GDS), trầm cảm ở trẻ em, thang đánh giá trầm cảm ở cộng đồng (PHQ-9)...
- Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)
- Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI)
- Thang đánh giá lo âu Zung, Hamilton
- Thang đánh giá lo âu – trầm cảm – stress (DASS)

Các xét nghiệm theo dõi điều trị:

- Đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa do thuốc: glucose máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) 3 tháng/lần
- Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần

- Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý nội khoa: Suy giáp: Người bệnh mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, ăn uống kém.

Cần làm xét nghiệm hormon tuyến giáp để khẳng định.

- Các bệnh lý tâm thần: rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm, rối loạn cơ thể hóa, rối loạn hồ hợp lo âu và trầm cảm.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Mục tiêu:

- + Điều trị nguyên nhân dẫn đến trầm cảm (nếu có).
- + Làm giảm và mất hoàn toàn các triệu chứng.
- + Phòng ngừa tái phát và tái diễn trầm cảm.

- Tiến trình điều trị: Cần phải chẩn đoán chính xác, đánh giá mức độ trầm trọng, nguy cơ tự sát; chọn thuốc chống trầm cảm thích hợp; cho thuốc đủ liều; kiểm tra độ dung nạp của thuốc và sự tuân thủ điều trị của người bệnh; tiếp tục duy trì điều trị sau khi đã thanh toán hết các triệu chứng.

- Điều trị tấn công giai đoạn cấp để thanh toán các triệu chứng từ 2 – 4 tháng. Điều trị duy trì để phòng ngừa tái phát trầm cảm từ 4 – 6 tháng. Điều trị phòng ngừa tái diễn trầm cảm dài ngắn khác nhau phụ thuộc vào trạng thái bệnh và mỗi người bệnh thường không dưới một năm.

- Trong khi điều trị trầm cảm, đôi khi phải phối hợp thuốc chống trầm cảm với thuốc giải lo âu, thuốc chống loạn thần, thuốc điều chỉnh khí sắc, liệu pháp sốc điện, liệu pháp nhận thức ... nếu cần thiết.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

4.2.1. Liệu pháp hóa dược

Các thuốc chống trầm cảm điều chỉnh số lượng và hoạt tính các chất dẫn truyền thần kinh (serotonin, Noradrenalin...) đang bị rối loạn để điều trị trầm cảm. Thời gian để thuốc chống trầm cảm có tác dụng là 7 – 10 ngày sau khi đạt liều điều trị. Trầm cảm có thể không đáp ứng với thuốc này vẫn có thể đáp ứng với thuốc chống trầm cảm khác.

- *Các thuốc chống trầm cảm truyền thống*: Thuốc chống trầm cảm loại MAOI hiện nay ít dùng vì có nhiều tương tác thuốc. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng có nhiều tác dụng kháng Cholin, có thể dùng ở cơ sở nội trú có theo dõi chặt chẽ.

- *Các thuốc chống trầm cảm mới*: ít tác dụng không mong muốn, khởi đầu tác dụng sớm, ít tương tác khi phối hợp với các thuốc khác, an toàn hơn khi dùng quá liều.

- + Các thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRI)
- + Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin và Norepinephrin (SNRIs)
- + Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA)
- + Tianeptin (Stablon) tăng hấp thu Serotonin (quan niệm trầm cảm là do thừa Serotonin ở khe Synapse).
- Các thuốc điều trị phối hợp khác:
 - + Trong trường hợp trầm cảm có rối loạn lo âu từng giai đoạn, phối hợp thuốc bình thần Benzodiazepin nhưng không nên dùng kéo dài có thể bị lạm dụng thuốc.
 - + Trầm cảm có loạn thần (hoang tưởng, ảo giác...) thường phối hợp các thuốc chống trầm cảm với các thuốc chống loạn thần (Haloperidon, Risperdal, Olanzapin...)
 - + Có thể sử dụng các thuốc điều chỉnh khí sắc để đề phòng tái phát, tái diễn trầm cảm (Carbamazepin, Valproat...).

4.2.2. Liệu pháp sốc điện

Được chỉ định ưu tiên trong các trường hợp trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát, trầm cảm kháng thuốc, các liệu pháp điều trị trầm cảm khác không có kết quả. Cần tuân thủ chống chỉ định để phòng ngừa tai biến xảy ra trong khi sốc điện.

4.2.3. Liệu pháp kích thích từ xuyên sọ

Được chỉ định ưu tiên cho các trường hợp trầm cảm nhẹ và vừa.

Cần tuân thủ chặt chẽ chỉ định và chống chỉ định để hạn chế tai biến khi tiến hành can thiệp.

4.2.4. Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp nhận thức hành vi, Liệu pháp gia đình, Liệu pháp cá nhân, liệu pháp thư giãn luyện tập...

Mỗi trường hợp có thể kết hợp can thiệp nhiều liệu pháp để đạt hiệu quả tối ưu.

4.3. Điều trị cụ thể (Lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể)

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCAs)

+ Amitriptylin: 25 – 200mg/ngày

+ Clomipramin: 50 – 100 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs)

- + Sertralin: 50 – 300 mg/ngày
- + Fluoxetin: 20 – 60 mg/ngày
- + Fluvoxamin: 50 – 100mg/ngày
- + Citalopram: 20 – 60mg/ngày
- + Escitalopram: 10 – 20mg/ngày
- + Paroxetin: 20 - 80 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrin (SNRIs)

- + Venlafaxin: 37,5 – 225 mg/ngày
- + Duloxetine: 40 – 120mg/ngày

Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA)

- + Mirtazapin: 15 – 60 mg/ngày

Thuốc ức chế tái hấp thu dopamin – norepinephrin

- + Bupropion: 75 - 450mg/ngày

Các loại khác:

- Tianeptin (Stablon): thuốc tăng tái hấp thu serotonin, có hiệu quả trong một số trường hợp

- Chọn lựa thuốc chống loạn thần, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể, nhiều nghiên cứu chứng minh thuốc chống loạn thần thế hệ mới có hiệu quả điều trị trầm cảm khi đơn trị liệu hoặc phối hợp với thuốc chống trầm cảm.

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

- + Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
- + Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Levopromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Sulpirid: 25 – 200mg/ngày
- + Risperidon: 1 - 10 mg/ngày
- + Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
- + Quetiapin: 50 - 800mg/ngày
- + Clozapin: 25 - 900mg/ngày
- + Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

- Chọn lựa các thuốc nhóm benzodiazepin, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể.

Có thể lựa chọn một trong số các thuốc sau:

- + Diazepam 5 - 30mg/ngày

+ Lorazepam: 1 - 4mg/ngày

+ Clonazepam: 1 - 8mg/ngày

+ Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

- *Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác:* etifoxin (stresam...), grandaxin, sedaxio, zopiclon (phamzopic, drexler...), eszopiclon, melatonin, các thuốc kháng histamin (hydroxyzin...), beta blocker....

- *Các nhóm thuốc khác:* thuốc tăng cường tuần hoàn não và dinh dưỡng tế bào thần kinh (piracetam, citicholin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...), vitamin và yếu tố vi lượng...

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Biến chứng nguy hiểm nhất của trầm cảm là người bệnh có ý tưởng, hành vi tự sát. Người bệnh có thể suy kiệt do từ chối ăn uống.

VI. PHÒNG BỆNH

Chưa có biện pháp phòng tuyệt đối vì nguyên nhân trầm cảm rất phức tạp, phối hợp lẫn nhau.

Chỉ có phòng bệnh tương đối: Giáo dục trẻ em từ bé, rèn luyện nhân cách vững mạnh để thích nghi với cuộc sống. Theo dõi những người có yếu tố gia đình phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Theo dõi và điều trị duy trì đầy đủ tránh tái phát, tái diễn.

Phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho người bệnh trầm cảm để hòa nhập vào cộng đồng và gia đình.

RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

I. ĐỊNH NGHĨA

Lo lắng là hiện tượng phản ứng của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm cách vượt qua và tồn tại. Lo lắng là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa;

Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý;

Rối loạn lo âu lan tỏa được xếp vào nhóm các rối loạn liên quan stress, mã F41.1 theo bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10), với đặc tính là những mối lo lắng dai dẳng, lan tỏa, tản mạn, không khu trú vào một sự kiện hoàn cảnh đặc biệt nào ở xung quanh hoặc có liên quan với những sự kiện đã qua không còn tính thời sự nữa. Rối loạn này thường liên quan với stress trường diễn, tiến triển thay đổi nhưng có xu hướng mạn tính.

II. NGUYÊN NHÂN

Vai trò của stress: stress là nguyên nhân thúc đẩy bệnh xuất hiện, stress có thể rõ rệt nhưng thường chỉ là những sang chấn tâm lý xã hội đời thường, tuy nhẹ nhưng trường diễn;

Vai trò của nhân cách: rối loạn lo âu lan tỏa thường gặp nhiều hơn ở những người có nét tính cách: hay lo lắng, chi ly, cẩn thận... hoặc những người nhân cách yếu;

Vai trò của môi trường và cơ thể: một cơ thể khỏe mạnh, một môi trường tích cực sẽ hỗ trợ tốt cho nhân cách chống đỡ với stress và ngược lại.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Biểu hiện lo âu:

Sợ hãi (lo lắng về bất hạnh trong tương lai, cảm giác “đề cáu”, khó tập trung...).

Căng thẳng vận động (bồn chồn, đứng ngồi không yên, đau căng đầu, run chân tay, không có khả năng thư giãn)

Hoạt động quá mức thần kinh tự trị (đầu óc trống rỗng, ra mồ hôi, mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt...)

Sự lo âu-sợ hãi là biểu hiện chính, chủ yếu, nguyên phát dẫn đến phản ứng sợ sệt quá mức.

Bệnh thường kéo dài nhiều tuần, nhiều tháng (thường là 6 tháng).

3.1.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá trầm cảm phối hợp (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI...) ...

Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:

Điện não đồ, lưu huyết não

Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp

Xét nghiệm hormon tuyến giáp

CT, MRI sọ não...trong một số trường hợp cụ thể.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: rối loạn lo âu này không phải do một rối loạn cơ thể như cường giáp, không phải do một rối loạn tâm thần thực tổn hoặc rối loạn có liên quan đến chất tác động tâm thần như là sử dụng quá mức các chất giống amphetamin hoặc hội chứng cai benzodiazepin.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Chiến lược kiểm soát lo âu và giảm stress

- Giải thích hợp lý về các vấn đề cơ thể và triệu chứng cơ thể của bệnh
- Tập đối mặt với các tình huống gây lo lắng, căng thẳng (stress)
- Các hoạt động thể lực (thư giãn luyện tập để lười cuốn ngư hoạt đ)
- Tránh lạm dụng rượu, thuốc gây ngủ

Điều trị triệu chứng nguyên tắc chọn thuốc:

- Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

- Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả. Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

Thuốc giải lo âu: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...

Thuốc có tác dụng nhanh, nhưng có nguy cơ gây lệ thuộc khi sử dụng kéo dài

Non-benzodiazepins: Etifoxine HCL, Sedanxio, Zopiclon...

Thuốc chống trầm cảm: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

SSRI: fluoxetin, escitalopram, paroxetin,...

Mirtazapin

SNRI: venlafaxin

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng

Thuốc an thần kinh: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Olanzapin, Risperidon, Quetiapin

Một số thuốc khác: kháng histamin, Betablocker,...

Liệu pháp tâm lý:

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

4.3. Điều trị cụ thể

Hóa dược liệu pháp

Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:

Diazepam: 5 - 20 mg/ngày Lorazepam: 2 - 6 mg/ngày

Bromazepam: 6-12mg/ ngày Alprazolam: 1 - 4 mg/ngày...

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon...

Thuốc chống trầm cảm:

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Imipramin, liều 150-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 150-300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10-80 mg/24 giờ

Fluvoxamin,liều 50-300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20 mg-60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều10-20mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15-60 mg/24 giờ

Kháng Histamin:

Hydroxyzin, liều 10-300 mg/24 giờ

Các thuốc phối hợp:

Thuốc an thần kinh: Olanzapin, Sulpirid, Quetiapin...

Các thuốc ức chế β như Propranolol: liều khởi đầu 10 mgx2 lần/24 giờ, liều tối đa 80-160 mg/24 giờ.

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ...), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp giải thích hợp lý Liệu pháp thư giãn luyện tập Liệu pháp nhận thức hành vi Liệu pháp gia đình. Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu...

Thời gian điều trị:

Điều trị đến khi các triệu chứng cải thiện và sau đó duy trì thêm ít nhất 6 tháng để đảm bảo bệnh ổn định hoàn toàn.

Một số người bệnh đòi hỏi kéo dài thời gian trị liệu hơn và có thể là lâu dài để tránh tái phát.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Lo âu lan tỏa là rối loạn đáp ứng tốt với điều trị và thường ổn định sau một khoảng thời gian ngắn điều trị. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào mức độ và nguyên nhân của lo âu.

Rối loạn lo âu lan tỏa có liên quan nhiều đến nhân cách lo âu và/hoặc stress nên tỉ lệ tái phát rất cao.

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do: Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời người bệnh có thể có hành vi tự sát

Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu.

VI. PHÒNG BỆNH

Kiểm soát stress, rèn luyện nhân cách

Giáo dục và phổ biến kiến thức để người dân hiểu về bệnh và các nguy cơ gây bệnh.

RỐI LOẠN STRESS SAU SANG CHẤN (F43.1)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD-F43.1) là các rối loạn phát sinh sau chấn thương tâm lý từ vài tuần đến vài tháng, tối đa là 6 tháng. Bệnh có thể tiến triển thuận lợi (khỏi bệnh) hoặc dao động (tái phát, thuyên giảm). Một số ít người bệnh có thể kéo dài nhiều năm và để lại biến đổi nhân cách rõ rệt;

Đặc điểm nổi bật của PTSD là có một chấn thương tâm lý rất mạnh, mang tính đe dọa bản thân hoặc người thân.

II. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương tâm lý trực tiếp hoặc gián tiếp: Tai nạn nghiêm trọng, bạo lực, chiến tranh, thiên tai, mất người thân...

- Yếu tố nguy cơ:

+ Tiền sử bệnh tâm thần

+ Thiếu hỗ trợ xã hội

+ Căng thẳng xã hội

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (Theo ICD-10)

A. Người bệnh phải tiếp xúc với sự kiện gây stress hoặc tình huống nguy hiểm đặc biệt/thảm họa thiên nhiên.

B. Phải có hồi ức dai dẳng hoặc “tái hiện” sang chấn: ký ức sống động, giấc mơ lặp đi lặp lại, hoặc đau khổ khi gặp tình huống tương tự.

C. Biểu hiện né tránh những tình huống giống hoặc liên quan sang chấn (không có trước sang chấn).

D. Một trong hai nhóm triệu chứng phải có mặt:

- Không thể gọi lại một phần hoặc toàn bộ các khía cạnh quan trọng của sang chấn.

- Tăng nhạy cảm tâm lý và kích thích (hai triệu chứng trở lên):

+ Khó vào giấc hoặc duy trì giấc ngủ

+ Cáu gắt hoặc cơn nóng giận bộc phát

+ Khó tập trung

+ Tăng mức độ cảnh giác

+ Đáp ứng giật mình quá mức

E. Tiêu chuẩn B, C, D phải đồng thời xuất hiện trong 6 tháng kể từ sự kiện gây sang chấn hoặc kết thúc giai đoạn sang chấn.

3.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu (ure, creatinin, glucose, AST, ALT, GGT), ion đồ (Na^+ , K^+ , Cl^-)
- Chức năng thần kinh: điện não đồ, đo lưu huyết não
- Tim mạch – hô hấp: điện tâm đồ, X-quang tim phổi
- Trắc nghiệm tâm lý: Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, MMPI...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn lo âu khác: lo âu lan tỏa, rối loạn ám ảnh cưỡng chế
- Trầm cảm nặng
- Rối loạn stress cấp (ngắn hạn <1 tháng)
- Rối loạn tâm thần khác liên quan bệnh lý não

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Người bệnh mới trải qua sang chấn: trợ giúp, khuyến khích chia sẻ, hướng dẫn cơ chế đối phó, có thể dùng thuốc an thần ngắn ngày nếu cần.
- Người bệnh PTSD kéo dài: hướng dẫn về triệu chứng, phương thức điều trị, sự hỗ trợ gia đình và cộng đồng.

4.2. Điều trị cụ thể

a. Hóa dược

Lựa chọn hàng đầu: SSRIs hoặc SNRIs

- Sertralin: 50–200 mg/ngày
- Paroxetin: 20–40 mg/ngày
- Fluoxetin: 20–60 mg/ngày
- Citalopram: 20–40 mg/ngày
- Venlafaxin: 37,5–300 mg/ngày

- Lựa chọn thứ hai: Mirtazapin 15–45 mg/ngày, Amitriptylin 50–300 mg/ngày, Olanzapin 5–20 mg/ngày, Risperidon 0,5–6 mg/ngày, Quetiapin 50–800 mg/ngày

- Benzodiazepine: cải thiện mất ngủ, lo âu, nên dùng ngắn ngày
- Thuốc hỗ trợ khác: tăng cường tuần hoàn não, an thần thảo dược

b. Liệu pháp tâm lý

- Liệu pháp cá nhân kết hợp nhóm, gia đình, bạn bè
- Liệu pháp thư giãn luyện tập, yoga, thiền
- Liệu pháp nhận thức – hành vi (CBT) ≥ 6 tháng

- Hoạt động thể chất, giao lưu xã hội (câu lạc bộ, thể thao, du lịch)

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lượng: phụ thuộc mức độ chấn thương, mức độ hỗ trợ xã hội và đáp ứng điều trị.

Biến chứng: có thể bao gồm khó khăn về thể chất, rối loạn giao tiếp, suy giảm chức năng tâm thần và hậu quả tâm lý lâu dài nếu không được hỗ trợ kịp thời.

VI. PHÒNG BỆNH

Tăng cường hỗ trợ xã hội, gia đình và cộng đồng.

Giáo dục kỹ năng đối phó stress, nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần.

Phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các rối loạn tâm lý sau sang chấn.

RỐI LOẠN PHÂN LY (F44)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn phân ly là bệnh cảnh mất một phần hay hoàn toàn sự hợp nhất bình thường giữa trí nhớ, quá khứ, ý thức về đặc tính cá nhân với những cảm giác trực tiếp và sự kiểm soát vận động của cơ thể. Đây là một rối loạn chức năng có liên quan chặt chẽ với sang chấn tâm lý và nhân cách người bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN

Những stress có thể gây rối loạn phân ly đó là những hoàn cảnh xung đột, những vấn đề không giải quyết được, những mối quan hệ phức tạp giữa người với người hoặc đôi khi là các nhu cầu tâm lý không được đáp ứng tác động vào tâm thần gây ra các cảm xúc mạnh, phần lớn là các xúc cảm tiêu cực như lo lắng, buồn rầu, tức giận, ghen tuông, thất vọng...;

Rối loạn phân ly dễ phát sinh ở những người có nhân cách thuộc loại hình thần kinh nghệ sỹ yếu;

Các bệnh lý cơ thể như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương sọ não...nói chung đó là các nhân tố làm suy yếu hệ thần kinh, giảm sút hoạt động của vỏ não và tăng cường hoạt động dưới vỏ có thể tạo điều kiện thuận lợi phát sinh rối loạn phân ly.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10)

3.1.1. Lâm sàng

(A). Các nét lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân trong chương F44. (Liệt, run, mất đứng mất đi, mù, điếc, câm, tê bì, sưng sờ, quên, co giật, hiện tượng bị xâm nhập...)

(B). Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích các triệu chứng.

(C). Bằng chứng có nguyên nhân tâm lý dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn và những vấn đề hoặc các mối quan hệ bị rối loạn.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)
- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...
- Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...), trắc nghiệm tâm lý đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá rối loạn giấc ngủ phối hợp (PSQI...) ...

- Các xét nghiệm xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể tùy theo triệu chứng lâm sàng của rối loạn phân ly:

- Điện não đồ, lưu huyết não
- Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp
- Xét nghiệm hormon tuyến giáp
- CT, MRI...

- Ngoài ra có thể phối hợp với các chuyên khoa khác để chỉ định thêm các xét nghiệm chẩn đoán phân biệt.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh thần kinh nội khoa: Viêm não, xuất huyết não, hội chứng Guillain – Barre (viêm đa rễ và dây thần kinh nguyên phát), các bệnh lý về cơ: nhược cơ, viêm đa cơ..., các triệu chứng thần kinh sớm của AIDS, xơ cứng rải rác.

- Rối loạn dạng cơ thể
- Rối loạn giả bệnh
- Cơ co giật động kinh

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Rối loạn phân ly là bệnh tâm sinh nên trong điều trị liệu pháp tâm lý có vai trò quan trọng.

Bước đầu tiên trong điều trị là phải loại bỏ triệu chứng bằng liệu pháp giải thích hợp lý kết hợp ám thị.

Sau đó cần điều trị dự phòng tái diễn bệnh bằng các liệu pháp tâm lý hướng tới nhân cách như liệu pháp tâm lý nhóm, thư giãn luyện tập, liệu pháp nhận thức, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu...

Rối loạn phân ly thường kèm theo trầm cảm, lo âu.

Nguyên tắc chọn thuốc:

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả. Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị: Liệu pháp hóa dược+liệu pháp tâm lý

Các thuốc chống trầm cảm: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

Imipramin, liều 150-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 150-300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10-80 mg/24 giờ

Fluvoxamin, liều 50-300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20-60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều 10-20 mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15 - 60 mg/ 24 giờ

Các thuốc giải lo âu: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:

Diazepam, liều 5 - 20 mg/24 giờ

Lorazepam: 2 - 6 mg/24 giờ

Bromazepam: 6-12mg/24 giờ

Alprazolam: 1 - 4 mg/24 giờ...

Non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

Các an thần kinh: olanzapin, quetiapin, sulpirid...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ...), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Rối loạn phân ly có tiên lượng tốt nếu bệnh khởi phát cấp tính, liên quan trực tiếp đến sang chấn tâm lý, không có các bệnh lý nội khoa, thần kinh và tâm thần kèm theo.

VI. PHÒNG BỆNH

Rèn luyện BỆNH nhân ly có tiên lượng tốt nếu bệnh khởi

RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA (F45.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn cơ thể hóa là một rối loạn dạng cơ thể với biểu hiện tái diễn các triệu chứng cơ thể, cùng với những yêu cầu dai dẳng đòi khám xét về y tế, mặc dù kết quả âm tính nhiều lần và thầy thuốc đảm bảo rằng các triệu chứng này không có cơ sở bệnh cơ thể. Nếu có bất kì rối loạn cơ thể nào thì chúng cũng không giải thích được bản chất và phạm vi của các triệu chứng hoặc đau khổ và bận tâm của người bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN

Có liên quan chặt chẽ với các stress tâm lý trong đời sống xã hội và trong sinh hoạt hàng ngày.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng (theo ICD-10)

Ít nhất hai năm có các triệu chứng cơ thể nhiều và thay đổi mà không tìm thấy một giải thích thỏa đáng nào về mặt cơ thể.

Dai dẳng từ chối chấp nhận lời khuyên hoặc lời trấn an của bác sĩ rằng không cắt nghĩa được các triệu chứng về mặt cơ thể.

Một số mức độ tật chứng của hoạt động xã hội và gia đình có thể quy vào bản chất của các triệu chứng và hành vi đã gây ra.

Chẩn đoán phân biệt:

Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: các triệu chứng này không ngoại trừ xảy ra trong bệnh tâm thần phân liệt hoặc các rối loạn liên quan, trong các rối loạn khí sắc hoặc trong rối loạn hoảng sợ.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC);
- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...
- Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI...)...
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:
 - + Điện não đồ, lưu huyết não;
 - + Điện tâm đồ, X-Quang tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp;
 - + Xét nghiệm hormon tuyến giáp;

+ CT, MRI...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: các triệu chứng này không ngoại trừ xảy ra trong bệnh tâm thần phân liệt hoặc các rối loạn liên quan, trong các rối loạn khí sắc hoặc trong rối loạn hoảng sợ.

Chẩn đoán phân biệt với các thể của các rối loạn dạng cơ thể.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Liệu pháp tâm lý là liệu pháp điều trị chủ đạo, kết hợp duy trì điều trị các triệu chứng cơ thể. Nhiều trường hợp, việc điều trị triệu chứng cơ thể sẽ là cơ sở vững chắc cho việc áp dụng các liệu pháp tâm lý;

- Sử dụng các liệu pháp tâm lý thích hợp với từng người bệnh;

- Việc điều trị các triệu chứng cơ thể phải kết hợp chặt chẽ với các chuyên khoa khác nhau để tránh bỏ sót và có chỉ định điều trị hợp lý;

- Cần rèn luyện sức chịu đựng các stress tâm lý trong cuộc sống, sinh hoạt, làm việc và học tập, sẵn sàng thích ứng với các điều kiện không thuận lợi.

4.2. Nguyên tắc chọn thuốc

- Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả);

- Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả;

- Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

4.3. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý.

4.4. Điều trị cụ thể

a. Liệu pháp tâm lý

Các liệu pháp tâm lý được xem là liệu pháp điều trị chủ đạo xong kết quả còn hạn chế. Phương pháp thư giãn luyện tập có tác dụng điều trị tốt đồng thời cũng có tác dụng phòng bệnh rất hiệu quả.

b. Liệu pháp hóa dược

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

Imipramin, liều 25-300 mg/24 giờ;

Amitriptylin, liều 25-300 mg/24 giờ;

Paroxetin,liều 20-80 mg/24 giờ;

Fluoxetin, liều 10- 80 mg/24 giờ;

Fluvoxamin, liều 50-300 mg/24 giờ;

Citalopram, liều 20 - 60 mg/24 giờ;

Escitalopram, liều 10-20mg/24 giờ;

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ;

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ;

Mirtazapin, liều 15 - 60 mg/24 giờ;

Benzodiazepin làm giảm nhanh chóng triệu chứng lo âu nhưng có thể gây phụ thuộc thuốc;

Các thuốc giải lo âu: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:

Diazepam, liều 5 - 20 mg/24 giờ;

Lorazepam: 2 - 6 mg/24 giờ;

Bromazepam: 6-12mg/24 giờ;

Alprazolam: 1 - 4 mg/24 giờ;

Non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon...

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: Propranolol...

Các an thần kinh: Olanzapin, quetiapin, sulpirid...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: Piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ...), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Rối loạn cơ thể hóa là một bệnh mạn tính, quá trình bệnh kéo dài nhiều năm và thường kháng trị.

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời, người bệnh đi khám nhiều chuyên khoa gây tốn kém về kinh tế, có thể dẫn đến lo âu và trầm cảm.

Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

VI. PHÒNG BỆNH

Kiểm soát stress, rèn luyện nhân cách

Giáo dục và phổ biến kiến thức để người dân hiểu về bệnh và các nguy cơ gây bệnh

CHÁN ĂN TÂM THẦN (F50.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Chán ăn tâm thần là một rối loạn được đặc trưng bằng sút cân có dụng ý do người bệnh gây ra và duy trì.

Là một rối loạn tâm thần nặng, có nguy cơ tự sát cao.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân cơ bản của chán ăn tâm thần còn chưa rõ ràng. Tuy nhiên những bằng chứng về sự tác động qua lại của các nhân tố sinh học – văn hóa – xã hội cũng như tính dễ bị tổn thương của nhân cách tham gia gây chán ăn tâm thần được chú trọng.

Chán ăn tâm thần còn liên quan đến kém dinh dưỡng ở nhiều mức độ trầm trọng khác nhau, gây ra những biến đổi chuyển hóa, nội tiết thứ phát và rối loạn các chức năng cơ thể.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)

3.1.1. Lâm sàng

Cân nặng cơ thể duy trì ít nhất 15% thấp hơn cân nặng phải có (hoặc là giảm cân nặng hoặc là chưa bao giờ đạt tới). Các bệnh nhân trước tuổi dậy thì biểu hiện không đạt được cân nặng phải có trong thời kì lớn lên.

Sút cân tự gây ra bởi tránh “các thức ăn gây béo” và do một hoặc nhiều hơn các biện pháp sau: tự gây nôn, dùng thuốc tẩy, luyện tập quá mức, dùng thuốc làm ăn mất ngon và thuốc lợi tiểu.

Hình ảnh thân thể bị méo mó dưới dạng một bệnh lý tâm thần đặc hiệu do sợ béo dai dẳng như một ý tưởng xâm phạm, quá đáng và bệnh nhân tự đặt một ngưỡng cân nặng thấp cho mình.

Một rối loạn nội tiết lan tỏa bao gồm trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục biểu hiện ở phụ nữ là mất kinh và ở nam giới là mất thích thú và mất khả năng tình dục.

Nếu bắt đầu trước tuổi dậy thì, thì các hiện tượng kế tiếp của thời kì dậy thì bị chậm hay ngừng lại (ngừng lớn, ở con gái vú không phát triển và mất kinh nguyệt nguyên phát, ở con trai bộ phận sinh dục vẫn như trẻ em). Khi phục hồi, hiện tượng dậy thì hoàn toàn bình thường nhưng kinh nguyệt muộn.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)
- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

- Xét nghiệm hormon sinh dục và phát triển (đánh giá hậu quả), xét nghiệm hormon tuyến giáp

- Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI...) ...

- Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:

- Điện não đồ, lưu huyết não

- Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp

- CT, MRI...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với sút cân do nguyên nhân bệnh cơ thể: rối loạn dạ dày – ruột (bệnh Crohn, hội chứng khó hấp thu), các bệnh rối loạn chuyển hóa, u não, ung thư. Trong các trường hợp này thường tìm thấy căn nguyên thực thể rõ ràng, người bệnh nhận biết thực tế sút cân, không phải như trong chán ăn tâm thần, người bệnh vẫn tin rằng mình quá béo ngay cả khi đang gầy mòn.

Trầm cảm: sút cân do không chịu ăn, mất ngon miệng, khí sắc trầm, ít vận động và suy nghĩ chậm chạp... nhưng không thể hiện những ý tưởng méo mó về cơ thể như trong chán ăn tâm thần. Các trắc nghiệm tâm lý cũng có thể cung cấp thêm cho chẩn đoán trầm cảm.

Các triệu chứng ám ảnh và hội chứng mệt mỏi mạn tính kết hợp, cũng như các nét rối loạn nhân cách làm cho sự phân biệt khó khăn.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Kết hợp liệu pháp tâm lý và liệu pháp hóa dược. Đồng thời việc ăn uống của người bệnh phải được nghiên cứu và có sự hợp tác với các nhà dinh dưỡng nhằm đảm bảo chế độ ăn đủ các chất dinh dưỡng chủ yếu.

Cấp cứu nội khoa và tâm thần nếu cần thiết.

Nguyên tắc chọn thuốc:

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liệu thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả. Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

4.3. Điều trị cụ thể

Thăm khám ban đầu xem như là trị liệu: thầy thuốc cần thiết lập mối quan hệ tốt bằng cách biểu lộ sự quan tâm tới cuộc sống của người bệnh và gia đình, giúp cho họ hy vọng vào tương lai. Thái độ của thầy thuốc nghiêm túc nhưng thân thiện.

Liệu pháp tâm lý kết hợp với chăm sóc, quan tâm thực sự đến người bệnh, yêu cầu họ không được nhịn đói. Cần giải thích cho người bệnh rằng ăn uống được phục hồi bình thường sẽ làm giảm sự bận tâm của họ về thức ăn, giảm mệt mỏi và trầm cảm, giúp cải thiện mối quan hệ với gia đình và bạn bè. Cần chỉ ra cho người bệnh thấy sự cần thiết của một chế độ ăn hợp lý, đa dạng, ăn uống đều đặn những thức ăn giàu năng lượng, không nên ăn theo những ý thích kì cục. Tiến hành liệu pháp tâm lý cá nhân, liệu pháp tâm lý nhóm và liệu pháp gia đình phối hợp với giáo dục cho mọi thành viên trong gia đình đều quan tâm và làm điều tốt cho người bệnh.

Liệu pháp hóa dược: chán ăn tâm thần thường phối hợp trầm cảm và những xung động ám ảnh nên thuốc chống trầm cảm được chỉ định. Các thuốc chống trầm cảm nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Imipramin, liều khởi đầu 25 - 300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 25 - 300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20 - 80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10 - 80 mg/24 giờ

Fluvoxamin, liều 50 - 300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20 - 60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều 10 - 20mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15 - 60 mg/24 giờ

Tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các nhóm thuốc:

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...; nhóm non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...; nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ...), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu....

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Chán ăn tâm thần có thể tiến triển thành mạn tính.

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do phát hiện muộn, điều trị không kịp thời, có thể dẫn đến suy dinh dưỡng, suy kiệt ở nhiều mức độ trầm trọng khác nhau, gây ra những biến đổi chuyển hóa, nội tiết thứ phát và rối loạn các chức năng cơ thể.

VI. PHÒNG BỆNH

Rèn luyện tác phong và thói quen ăn uống đều đặn trong ngày, không nhịn đói bỏ bữa ăn hàng ngày

Phát hiện điều trị sớm các rối loạn tâm thần (trầm cảm có ý tưởng hành vi tự sát) và bệnh lý nội khoa là nguyên nhân gây chán ăn tâm thần.

MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN (F51)

I. ĐỊNH NGHĨA

Ngủ là một trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể có tính chất chu kì 24 giờ đêm, trong đó toàn bộ cơ thể được nghỉ ngơi, tạm ngừng hoạt động tri giác và ý thức, các cơ bắp giãn mềm, các hoạt động hô hấp tuần hoàn chậm lại. Giấc ngủ là khoảng thời gian trong đó các trạng thái ngủ diễn ra kế tiếp. Một giấc ngủ tốt là giấc ngủ đảm bảo đầy đủ về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ, khi ngủ dậy người ta cảm thấy khoan khoái, dễ chịu về thể chất và tâm thần, giấc ngủ làm phục hồi lại chức năng của các cơ quan trong cơ thể.

Mất ngủ không thực tồn là một rối loạn giấc ngủ liên quan đến các nhân tố tâm sinh, trong đó người bệnh phàn nàn ưu thế là không đảm bảo về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ cho một giấc ngủ bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

Có liên quan chủ yếu đến các nhân tố tâm lý - xã hội, trong đó nguyên nhân cảm xúc là đầu tiên và cơ bản.

III. TRIỆU CHỨNG

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng (theo ICD-10)

- Người bệnh phàn nàn về việc khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ hoặc ngủ không ngon giấc;
- Rối loạn giấc ngủ xảy ra ít nhất ba lần một tuần trong vòng ít nhất một tháng;
- Rối loạn giấc ngủ gây ra sự suy sụp rõ nét hoặc làm rối loạn hoạt động chức năng cá nhân trong cuộc sống hàng ngày;
- Không có nguyên nhân thực tồn như một bệnh lý thần kinh hoặc bệnh nội khoa, không có rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần hoặc một loại thuốc.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC);
- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...;
- Điện não đồ, lưu huyết não;
- Đa kí giấc ngủ;
- Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI...), đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...);

- Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:

- Điện tâm đồ, X-Quang tim phổi, siêu âm ổ bụng;
- CT, MRI...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Mất ngủ không thực tổn liên quan chủ yếu đến các nhân tố tâm sinh, đặc biệt rối loạn cảm xúc là nhân tố được coi là nguyên phát. Do vậy, trong điều trị có hai nhóm lớn: tâm lý (nhận thức-hành vi) và dược lý, hai nhóm này có thể kết hợp với nhau.

- Nguyên tắc chọn thuốc:

+ Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả);

+ Khởi đầu liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả;

+ Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

4.3. Điều trị cụ thể

- Liệu pháp tâm lý chủ yếu là giáo dục người bệnh chú ý vệ sinh giấc ngủ tốt:

+ Chỉ đi ngủ khi buồn ngủ;

+ Tập thức ngủ đúng giờ;

+ Hàng sáng phải thức dậy vào một giờ nhất định, không phụ thuộc vào thời lượng đã ngủ đêm trước;

+ Không dùng cà phê, thuốc lá đặc biệt vào buổi tối;

+ Thiết lập chế độ tập luyện thể dục thể thao hằng ngày;

+ Không uống rượu vì rượu phá vỡ nhịp thức ngủ;

+ Sử dụng kỹ thuật thư giãn luyện tập.

- Liệu pháp hóa dược:

+ Sử dụng các thuốc gây ngủ, thuốc giải lo âu, thuốc chống trầm cảm trong điều trị mất ngủ, vì mất ngủ liên quan mật thiết với lo âu, trầm cảm;

+ Các thuốc chống trầm cảm: Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác;

+ Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

- Imipramin, liều 25 - 300 mg/24 giờ;
- Amitriptylin, liều 25 - 300 mg/24 giờ;
- Paroxetin, liều 20 - 80 mg/24 giờ;
- Fluoxetin, liều 10 - 80 mg/24 giờ;
- Fluvoxamin, liều 50 - 300 mg/24 giờ;
- Citalopram, liều 20 - 60 mg/24 giờ;
- Escitalopram, liều 10 - 20mg/24 giờ;
- Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ;
- Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ;
- Mirtazapin, liều 15 - 60mg/24 giờ.

+ Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,... Non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol; Propranolol...;

+ Các thuốc an thần kinh: olanzapin, quetiapin...;

+ Một số thuốc khác điều trị rối loạn giấc ngủ: melatonin ...;

+ Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline...;

+ Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...;

+ Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ...), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do:

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời, có thể dẫn đến lo âu và trầm cảm. Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

VI. PHÒNG BỆNH

Tránh các căng thẳng tâm lý mạnh trong cuộc sống

Chủ động giải quyết những sang chấn tâm lý cá nhân có khả năng gây ra rối loạn cảm xúc lo âu trầm cảm hoặc các rối loạn liên quan đến stress.

Phát hiện và điều trị sớm các rối loạn tâm sinh nguyên nhân gây rối loạn giấc ngủ

Cần thiết lập chế độ làm việc, nghỉ ngơi, luyện tập hợp lý, khoa học

Tránh làm việc quá mức và không dùng thuốc, các chất kích thích thần kinh trung ương.

RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

I. ĐỊNH NGHĨA

Tự kỷ là một phổ rối loạn bao gồm những rối loạn về tâm lý - thần kinh. Đây là rối loạn phát triển lan tỏa với mức độ từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm ở trẻ em trước 3 tuổi và diễn biến kéo dài cả cuộc đời.

- Biểu hiện tự kỷ biểu hiện trên 3 lĩnh vực:

- + Tương tác xã hội
- + Giao tiếp
- + Hành vi định hình, ý thích thu hẹp.

Thường kèm theo các rối loạn khác như: Tăng động giảm chú ý, chậm phát triển tâm thần.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của tự kỷ chưa xác định rõ ràng, nhiều yếu tố được cho là góp phần gây ra rối loạn này.

2.1. Di truyền

Những bằng chứng nghiên cứu gần đây cho thấy di truyền là nguyên nhân đóng vai trò chính trong phần lớn các trường hợp tự kỷ. Có nhiều gen bất thường kết hợp gây tự kỷ, những vùng nhiễm sắc thể 2, 4, 7, 15, 19 là những gen cơ bản gây rối loạn trên. Nghiên cứu ở những trẻ sinh đôi đồng hợp tử tỉ lệ đồng nhất 70 - 90 %, dị hợp tử 0 %; gia đình anh em cùng mắc 3-5%. Khoảng 1% trẻ tự kỷ mắc hội chứng nhiễm sắc thể X dễ gãy. Tự kỷ và hội chứng Asperger: thường gặp ở nam nhiều hơn nữ, liên quan NST X.

2.2. Yếu tố môi trường

Các bệnh lý mẹ mắc phải trước và trong thời kỳ mang thai: Rubella, cúm, sởi, bệnh lý tuyến giáp, bệnh chuyển hóa (đái tháo đường), dùng các thuốc ảnh hưởng thai nhi như acid valproic, an thần kinh, NSAID. Có nhiều stress trong thời kỳ mang thai, sử dụng quá nhiều acid folic, rượu, sóng siêu âm...cũng góp phần gia tăng nguy cơ tự kỷ.

2.3. Bệnh lý thần kinh

Động kinh cơn lớn, xơ cứng củ, tổn thương não trước sinh.

Do thay đổi cấu trúc não ở tiểu não, hồi hải mã, thùy trán trước và thùy thái dương. Não của trẻ tự kỷ lớn hơn và nặng hơn so với não của trẻ phát triển bình thường do có quá nhiều chất trắng. Người ta tìm thấy mối liên hệ bất thường của não giữa, tiểu não với vỏ não, gây ra sự quá nhạy cảm hoặc kém nhạy cảm, hành vi bất thường.

Bất thường sinh hóa thần kinh liên quan dopamin, catecholamin và serotonin.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định:

3.1.1. Biểu hiện lâm sàng (theo ICD 10)

a. Thiếu hụt kỹ năng tương tác xã hội: là vấn đề cơ bản nhất của tự kỷ

Biểu hiện sớm: trẻ thờ ơ, giảm giao tiếp mắt, ít đáp ứng khi gọi tên, không cử chỉ điệu bộ giao tiếp: không chỉ tay, không chìa tay xin, không gật đầu lắc đầu, cần gì kéo tay người khác.

Giảm chú ý chung: không nhìn theo khi người khác chỉ cho xem, không cười đáp. Không biết mang khoe những gì trẻ thích.

Chơi một mình, không biết chơi tương tác với trẻ cùng tuổi. Trẻ không biết chia sẻ, không trao đổi tình cảm qua lại.

b. Những biểu hiện bất thường về ngôn ngữ và giao tiếp:

Chậm nói, một số trẻ đã nói vài từ sau đó không nói.

Cách nói bất thường: phát âm vô nghĩa, nói một mình, nhại lời, nhại quảng cáo, hát thuộc lòng, nói vẹt, đếm số, đọc chữ cái, hát nối từ.

Ngôn ngữ thụ động: chỉ nói khi có nhu cầu thiết yếu như đòi ăn, đòi đi chơi..., không biết hỏi lại.

Một số trẻ nói được nhưng không biết kể chuyện, không hội thoại, không biết bình phẩm.

Giọng nói khác thường (cao giọng hoặc đều đều, thiếu diễn cảm, nói nhanh, nói riu riu...).

Không hiểu nghĩa bóng của câu.

Không chơi tưởng tượng, không chơi giả vờ mang tính xã hội phù hợp lứa tuổi.

c. Hành vi bất thường

Hành vi định hình: đi kiễng, quay người, nhìn tay, cử động ngón tay, đập tay, nghiêng đầu nhìn, cho tay vào miệng...

Những thói quen rập khuôn: đi theo đúng đường cũ, ngồi, nằm đúng 1 nơi, xếp các thứ đúng chỗ, hành động trong sinh hoạt theo thói quen cứng nhắc.

Những ý thích, mối quan tâm thu hẹp: cuốn hút xem video, ti vi, quảng cáo, luôn cầm một thứ như que, tăm, chai lọ, chỉ chơi 1 số thứ (ô tô, bóng...), quay bánh xe, nhìn vật chuyển động...

Chú ý tỉ mỉ đến chi tiết của đồ vật.

d. Các rối loạn khác

Xung động, kích động: giằng đồ vật, ném, phá, cẩu gắt, ăn vạ, đập đầu, cắn hoặc đánh người...

Tăng hoạt động: chạy liên tục, nghịch, không tránh nguy hiểm.

Chậm phát triển trí tuệ thường đi kèm với tự kỷ ở nhiều trẻ: nhận biết kém, chỉ biết số, chữ cái, đọc vẹt, khó khăn học...

Sợ hãi quá mức.

Ăn uống khó khăn: không nhai, chỉ ăn một số thứ.

3.1.2. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)

A. Có ít nhất 6 dấu hiệu trong các phần (1), (2) và (3), trong đó có ít nhất 2 mục từ phần (1) và 1 mục từ phần (2) và (3):

(1) Khiếm khuyết về chất lượng trong quan hệ xã hội, được biểu hiện bằng ít nhất 2 trong các triệu chứng sau đây:

a) Khiếm khuyết rõ rệt trong việc sử dụng nhiều hành vi không lời như giao tiếp bằng mắt, biểu lộ qua nét mặt, tư thế cơ thể và các cử chỉ.

b) Thất bại, hoặc kém trong việc phát triển các mối quan hệ bạn bè phù hợp với mức phát triển.

c) Thiếu sự tìm kiếm tự động nhằm chia sẻ vui thích, các mối quan tâm và kết quả đạt được với người khác.

d) Thiếu sự trao đổi qua lại về xã hội hoặc cảm xúc.

(2) Các suy kém về chất lượng trong giao tiếp được biểu hiện bằng ít nhất 1 trong những triệu chứng sau đây:

a) Chậm trễ hoặc thiếu vắng hoàn toàn sự phát triển về ngôn ngữ nói.

b) Ở những cá thể có ngôn ngữ đầy đủ thì tiêu chuẩn là suy kém rõ rệt về khả năng khởi đầu hay duy trì một đối thoại với người khác

c) Sử dụng ngôn ngữ theo cách định hình, lặp đi lặp lại, ngôn ngữ kỳ lạ.

d) Thiếu vắng trò chơi tưởng tượng phù hợp với mức phát triển của trẻ.

3) Các kiểu hành vi, ham thích, các hoạt động lặp đi lặp lại giới hạn và định hình được biểu hiện bằng ít nhất 1 trong những triệu chứng sau đây:

a) Bận tâm bao quanh một hoặc các kiểu vui thích giới hạn và định hình bất thường về cường độ hoặc mức tập trung.

b) Bám dính một cách cứng nhắc rõ rệt đối với các thói quen hoặc các nghi thức hằng ngày đặc biệt, không có chức năng.

c) Các cách thức vận động định hình và lặp đi lặp lại d) Bận tâm thường xuyên với các phần của vật thể

B. Sự phát triển chậm trễ hoặc bất thường trong ít nhất 1 trong các lĩnh vực trên, khởi phát trước 3 tuổi:

C. Bệnh cảnh này không giải thích được rối loạn Rett hay rối loạn phân rã ở trẻ em.

3.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm thường quy: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, siêu âm ổ bụng, x-quang tim phổi...

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá tự kỷ: Bảng kiểm quan sát chẩn đoán tự kỷ-chung (ADOS-G), thang CARS, sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ M – CHAT...

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá các rối loạn đi kèm: chậm phát triển tâm thần (Wics, Raven, Denver...), tăng động giảm chú ý (Vanderbilt), rối loạn hành vi (CBCL), trầm cảm ở trẻ em (RADS)...

- Một số xét nghiệm sinh hóa, một số chất chuyển hóa trong chẩn đoán tự kỷ do nguyên nhân chuyển hóa, xét nghiệm gen di truyền (hội chứng Fragile X)...

- Điện não, cắt lớp vi tính sọ não, MRI sọ não...

- Đo thính lực ở trẻ nhỏ để phân biệt các bệnh lý về thính giác ảnh hưởng sức nghe.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Tự kỷ cần được phân biệt với các rối loạn sau:

Chậm phát triển tâm thần: 40% trẻ tự kỷ bị chậm phát triển tâm thần trung bình và nặng, trẻ chậm phát triển tâm thần có thể có các triệu chứng hành vi bao gồm các nét tự kỷ. Đặc điểm phân biệt quan trọng nhất trẻ rối loạn tự kỷ và chậm phát triển tâm thần là trẻ chậm phát triển tâm thần thường có quan hệ với người trưởng thành và các trẻ khác theo lứa tuổi tâm lý, sử dụng ngôn ngữ mà họ có để giao tiếp với người khác, thể hiện một sự suy giảm tương đối đồng đều mà không phải là các chức năng riêng lẻ.

Tâm thần phân liệt khởi phát sớm ở trẻ em. Tâm thần phân liệt rất hiếm gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, kèm theo nó là ảo giác, ít khả năng bị co giật, chậm phát triển tâm thần và IQ ổn định hơn so với trẻ tự kỷ.

Rối loạn hỗn hợp ngôn ngữ tiếp nhận và biểu hiện.

Điếc bẩm sinh hoặc rối loạn chức năng nghe nghiêm trọng.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Không có một phương pháp nào phù hợp cho tất cả trẻ tự kỷ. Thường có sự kết hợp của những phương pháp khác nhau.

- Nâng cao kỹ năng xã hội cho trẻ, tạo môi trường sống thích hợp.

- Trị liệu tâm lý dựa vào học thuyết nhận thức và hành vi, sử dụng phương tiện nhìn.

- Làm việc nhóm: bác sỹ, tâm lý, giáo viên, cán bộ dạy ngôn ngữ, phục hồi chức năng.

- Can thiệp nên bắt đầu càng sớm càng tốt nhất là khi trẻ 2 - 4 tuổi.
- Chương trình can thiệp mang tính cá biệt hóa, liên tục và lâu dài.
- Gia đình phải tích cực tham gia dạy trẻ.
- Cần có sự tham gia của nhiều ngành: y tế, giáo dục, tâm lý.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Các phương pháp can thiệp sớm cho trẻ nhỏ:

1. Phương pháp phân tích hành vi ứng dụng (ABA) dạy trẻ 40 giờ/tuần trong 2 năm liên tục: dựa vào 3 thành phần: tiền đề -> hành vi -> kết quả; để dạy trẻ các hoạt động, phát triển ngôn ngữ và tương tác với bạn.

2. Phương pháp trị liệu và giáo dục cho trẻ có khó khăn về giao tiếp TEACCH: đánh giá, kế hoạch giáo dục cá nhân, đào tạo kỹ năng xã hội, kỹ năng nghề nghiệp, hướng dẫn phụ huynh, tư vấn nhà trường.

3. Hệ thống giao tiếp bằng trao đổi tranh (PECS): sử dụng tranh, biểu tượng để làm lịch trình hoạt động, trẻ thể hiện nhu cầu, chọn lựa, dạy các bước của công việc.

4. Trị liệu ngôn ngữ: dạy cử chỉ giao tiếp, dạy nói, dạy cách thể hiện và giao tiếp xã hội.

5. Hoạt động trị liệu: vận động tinh và thô, trò chơi

6. Điều hòa đa giác quan: âm nhạc, ánh sáng, mát xa, thủy trị liệu... tác động tới các giác quan.

7. Dạy các kỹ năng tự phục vụ để trẻ tự lập sinh hoạt.

8. Câu chuyện xã hội: dùng tranh ảnh, chữ viết dạy trẻ tương tác và ứng xử các tình huống xã hội.

Đối với trẻ lớn tùy theo mức độ tự kỷ và trí tuệ mà cho:

1. Học hòa nhập
2. Học lớp chuyên biệt trong trường bình thường
3. Học ở trung tâm dành cho trẻ có khuyết tật

Điều trị thuốc:

Tự kỷ là bệnh lý suốt đời, có 1 số thuốc điều trị triệu chứng kèm theo:

- Làm giảm tăng động, cơn hờn giận, hung tính, tự gây thương tích, hành vi định hình, lo âu, rối loạn ám ảnh nghi thức: Risperidon, olanzapin, quetiapin...

- Thuốc kích thần (Methylphenidat), clonidin, thuốc ức chế tái hấp thu có chọn lọc Serotonin (SSRI), thuốc giải lo âu hiệu quả khi có triệu chứng tăng động, cáu kỉnh, trầm cảm, ám ảnh nghi thức, lo âu đi kèm.

- Thuốc chống động kinh có hiệu quả với các triệu chứng về hành vi, cảm xúc hoặc khi có động kinh đi kèm. Lựa chọn một hoặc kết hợp các thuốc sau:

- + Muối valproat 30-50mg/kg/ngày
- + Carbamazepin 15-20 mg/kg/ngày
- + Phenobarbital 3-6 mg/kg/ngày
- + Oxcarbazepin 30-46 mg/kg/ngày
- + Gabapentin 25-50 mg/kg/ngày
- + Lamotrigin 5 -15 mg/kg/ngày
- + Levetiracetam 40-100 mg/kg/ngày

- Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

- Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Trẻ bị tự kỷ đi học muộn, ít hòa nhập, kém ngôn ngữ giao tiếp, khó khăn học tập.

Trẻ tự kỷ nặng cần giáo dục đặc biệt, trẻ tự kỷ nhẹ có thể học hòa nhập.

Một số trẻ tự kỷ nhẹ nếu có ngôn ngữ giao tiếp khi lớn lên có thể sống tự lập, có việc làm, tuy nhiên thường sống một mình.

Khoảng 50% trẻ tự kỷ điển hình không nói được hoặc nói rất ít ở tuổi trưởng thành.

Không tự lập được mà sống phụ thuộc rất nhiều vào gia đình hoặc cần đưa vào trung tâm để được can thiệp lâu dài.

Tiền lượng tốt nếu đến can thiệp sớm, trí tuệ cao, có ngôn ngữ giao tiếp và ít hành vi kỳ lạ.

Khi lớn lên một số triệu chứng tự kỷ có thể thay đổi, một số có hành vi tự gây thương tích, kích động, lo âu, trầm cảm.

VI. PHÒNG BỆNH

Phụ nữ trong thời kì mang thai đặc biệt trong 3 tháng đầu cần được tiêm vắc xin đầy đủ để tránh mắc các bệnh cúm, sởi, rubella...không được lạm dụng thuốc trong giai đoạn này.

Cần có chế độ làm việc, nghỉ ngơi, dinh dưỡng hợp lý, giữ tâm trạng vui vẻ, thoải mái, tránh căng thẳng, stress.

Có chế độ chăm sóc trẻ tốt, yêu thương, quan tâm trẻ.

Phát hiện sớm, can thiệp sớm giúp hạn chế tối đa các hậu quả, biến chứng của tự kỷ.

RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý (F90.x)

I. ĐỊNH NGHĨA

- Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn thường gặp trong thực hành lâm sàng tâm thần học trẻ em. Phần lớn các trường hợp thường có biểu hiện triệu chứng giảm chú ý kết hợp với rối loạn tăng động;

- Đặc điểm nổi bật của rối loạn này là người bệnh không thể duy trì sự tập trung chú ý cần thiết vào một sự vật, một chủ đề, một công việc nào đó mà luôn thay đổi sự tập trung chú ý vào những vật, sự việc, những kích thích xung quanh. Điều này dẫn đến hậu quả là xuất hiện những triệu chứng tăng vận động, người bệnh luôn hoạt động nhưng lại không thể hoàn tất một công việc nào đó khi được yêu cầu, được giao phó;

- Chẩn đoán tăng động giảm chú ý chỉ được đặt ra khi biểu hiện của rối loạn này không chỉ xuất hiện ở một môi trường đặc biệt nào đó mà nó phải xuất hiện ở nhiều hoàn cảnh môi trường khác nhau như ở nhà, trường học v.v...;

- Từ 3 – 7% trẻ ở lứa tuổi học đường mắc rối loạn này. Trẻ nam mắc nhiều hơn trẻ nữ, với tỉ lệ nam/nữ = 2,5 – 5,6.

II. NGUYÊN NHÂN

Cho đến nay khoa học vẫn chưa tìm ra được một nguyên nhân rõ ràng của rối loạn tăng động giảm chú ý. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng cho thấy một số yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt đến rối loạn này.

2.1. Di truyền

- Trên các cặp sinh đôi cùng trứng nếu một trẻ bị thì nguy cơ mắc rối loạn này của trẻ còn lại lên đến khoảng 80 – 90%;

- Nếu cha hoặc mẹ bị mắc rối loạn tăng động, giảm chú ý thì nguy cơ con của họ mắc rối loạn này là khoảng 50%. Nếu trẻ có anh chị mắc rối loạn này thì nguy cơ bị mắc là 15 – 25%.

2.2. Những bất thường hoặc những tổn thương não bộ

Các nghiên cứu cũng nhận thấy tỷ lệ rối loạn giảm chú ý, tăng động tăng cao ở những trẻ bị viêm não, màng não, chấn thương não bộ trong quá trình sinh nở, ngạt sau sinh, những trẻ sinh thiếu tháng v.v...

2.3. Môi trường

Trong thời kì mang thai mẹ bị ngộ độc chì, thuốc diệt côn trùng, hút thuốc lá, uống rượu, sử dụng ma túy...có liên quan đến 10 – 15% các trường hợp mắc rối loạn tăng động giảm chú ý.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Rối loạn tăng động giảm chú ý tập trung ở ba nhóm triệu chứng chính:

- Giảm chú ý
- Tăng động
- Xung động

Các rối loạn này cũng biểu hiện ở các mức độ khác nhau từ nhẹ đến nặng. Có trẻ biểu hiện không bao giờ hoàn tất các bài tập được giao, không nhớ nhiệm vụ của mình phải làm, luôn luôn dễ quên dụng cụ cá nhân hay dụng cụ học tập. Trẻ khác thì biểu hiện hiếu động lảng xãng, xung động, kích thích.

Khó khăn trong học tập là hậu quả của việc giảm tập trung chú ý và tăng động gây nên chứ không phải là do trẻ thiếu thông minh.

Rối loạn này cũng thay đổi theo thời gian. Khoảng 40 đến 70% trẻ mắc rối loạn này còn tồn tại ở tuổi vị thành niên và tỷ lệ đáng kể rối loạn này còn tồn tại ở tuổi trưởng thành.

3.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm thường quy: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, siêu âm ổ bụng, x-quang tim phổi...

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá tăng động giảm chú ý: Vanderbilt,...

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá các rối loạn đi kèm: chậm phát triển tâm thần (Wics, Raven, Denver...), tự kỷ (CARS, ADOS- G, M-CHAT...), rối loạn hành vi (CBCL)...

- Một số xét nghiệm sinh hóa, một số chất chuyển hóa trong chẩn đoán tăng động giảm chú ý do nguyên nhân chuyển hóa, xét nghiệm gen di truyền...

- Điện não, cắt lớp vi tính sọ não, MRI sọ não...

3.3. Chẩn đoán xác định

Hiện nay ở Việt nam, chẩn đoán rối loạn này dựa chủ yếu vào tiêu chuẩn lâm sàng theo phân loại chẩn đoán quốc tế ICD-10

Tiêu chuẩn 1:

Nhóm 1: Triệu chứng giảm chú ý: có ít nhất 6 triệu chứng dưới đây tồn tại ít nhất trong 6 tháng, những triệu chứng này gây hậu quả trẻ khó thích ứng và thiếu hài hòa so với những trẻ khác cùng trang lứa.

Thường xuyên không thể chú ý tới các chi tiết hoặc mắc những những lỗi đại dốt khi làm bài ở trường, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.

Thường xuyên gặp khó khăn duy trì tập trung chú ý vào công việc hay những trò chơi.

Thường xuyên tỏ ra lơ đãng khi người khác nói chuyện với mình.

Thường xuyên không tuân thủ các quy định, không hoàn tất bài tập ở trường, công việc và nhiệm vụ được giao ở nhà hay ở trường (không phải do chống đối hay không hiểu công việc được giao).

Thường xuyên gặp khó khăn trong việc tổ chức, sắp xếp công việc hay các hoạt động khác trong sinh hoạt.

Thường xuyên né tránh hoặc thực hiện một cách miễn cưỡng những công việc cần sự tập trung (bài tập về nhà hay học ở trường).

Thường xuyên đánh mất các vật dụng cần thiết cho công việc, học tập như sách vở, bút, thước v.v...

Thường xuyên bị chi phối dễ dàng bởi các kích thích xung quanh. Thường xuyên quên trong hoạt động, sinh hoạt thường ngày.

Nhóm 2: Triệu chứng tăng động: có ít nhất 3 trong các triệu chứng dưới đây thời gian tồn tại ít nhất trong 6 tháng, những triệu chứng này gây hậu quả trẻ khó thích ứng và thiếu hài hòa so với các trẻ cùng trang lứa.

Luôn ngo ngoáy chân tay hay uốn éo, vặn vẹo mình trên ghế.

Luôn nháp nhóm đứng lên trong lớp học hoặc ở những nơi cần phải ngồi yên trên ghế.

Chạy nhảy, leo trèo khắp nơi ở những nơi không cho phép (nếu là trẻ vị thành niên hay người trưởng thành có thể chỉ có cảm giác bồn chồn, khó chịu)

Thường xuyên gặp khó khăn trong việc tuân thủ luật lệ của các trò chơi hoặc các hoạt động giải trí.

Vận động liên tục không biết mệt mỏi.

Nhóm 3: Triệu chứng xung động: có ít nhất một trong các triệu chứng dưới đây thời gian tồn tại ít nhất 6 tháng, triệu chứng này gây hậu quả trẻ khó thích ứng và thiếu hòa hợp so với các trẻ cùng trang lứa.

Thường xuyên bật ra những câu trả lời khi chưa nghe hết câu hỏi.

Thường xuyên gặp khó khăn mỗi khi phải chờ đợi đến lượt mình.

Thường xuyên áp đặt, ngắt lời người khác.

Nói quá nhiều.

Tiêu chuẩn 2: những rối loạn này xuất hiện trước 7 tuổi.

Tiêu chuẩn 3: các triệu chứng này không chỉ xuất hiện ở một hoàn cảnh nào đó mà phải xuất hiện trên các hoàn cảnh khác nhau. Ví dụ kết hợp giữa nhóm triệu chứng giảm chú ý và tăng động vừa xuất hiện ở nhà và ở trường học hay xuất hiện ở trường học và ở những nơi khác khi trẻ được quan sát như tại nơi khám bệnh (thông tin cũng cần phải được tổng hợp từ nhiều nguồn khác nhau)

Tiêu chuẩn 4: những triệu chứng ở nhóm 1 và nhóm 3 gây nên sự khó khăn hoặc một sự giảm sút rõ rệt các chức năng xã hội, học tập và trong nghề nghiệp.

Tiêu chuẩn 5: loại trừ chẩn đoán rối loạn quá trình phát triển lan tỏa, giai đoạn hưng cảm, giai đoạn trầm cảm, rối loạn lo âu.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Rối loạn lưỡng cực loại I và loại II (có tính chu kỳ có xen kẽ những giai đoạn trầm cảm).

Tâm thần phân liệt (thường xuất hiện ở tuổi lớn hơn kèm các triệu chứng tự kỷ, thiếu hòa hợp điển hình.)

Rối loạn Tic (thường là các rối loạn vận động ngôn ngữ mang tính định hình.) Rối loạn hành vi chống đối.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị bằng hóa dược là chủ yếu, kết hợp điều trị tâm lý xã hội

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Nhóm thuốc kích thần (*Methylphenidate*, *Dextroamphetamine*): là lựa chọn hàng đầu. Nhưng thuốc được xếp vào nhóm thuốc gây nghiện, cần được chỉ định và theo dõi chặt chẽ.

Liều lượng: *Methylphenidate* 18-72 mg/ngày, tùy lứa tuổi. (Chú ý làm điện tâm đồ trước khi chỉ định điều trị).

Atomoxetine: không thuộc nhóm thuốc kích thần nhưng cũng là lựa chọn hàng đầu trong điều trị rối loạn giảm chú ý – tăng động, thuốc có cơ chế tác dụng là ức chế tái hấp thu chất norepinephrin. Thuốc được chỉ định cho trẻ trên 6 tuổi.

Liều dùng và cách dùng: khởi đầu với liều 0,5mg/kg/ngày trong 1 tuần, sau đó cứ mỗi tuần tăng dần tùy vào đáp ứng của người bệnh. Liều duy trì khoảng 1,2mg/kg/ngày, tối đa không quá 100mg/ngày. Người bệnh suy gan cần phải giảm liều 50 đến 75%.

Thuốc chống trầm cảm: là lựa chọn thứ 2 sau các thuốc kích thần và Atomoxetine trong những trường hợp kháng với các thuốc trên và kèm theo rối loạn trầm cảm, lo âu. Thuốc thường dùng là: amitriptylin; imipramin, sertralin, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin, citalopram, escitalopram, venlafaxin, mirtazapin...

Thuốc giải lo âu: benzodiazepin làm giảm nhanh chóng triệu chứng lo âu. Có thể sử dụng một số thuốc giải lo âu non-benzodiazepine: etifoxine, sedaxio, zopiclone...

Các thuốc chống loạn thần: risperidone 0,5-2 mg/ngày; olanzapine 1-5 mg/ngày, quetiapin...

Clonidin: Đồng vận α adrenergic là lựa chọn thứ 3, các trường hợp kèm rối loạn Tic, hội chứng Gilles de la Tourette và có những hành vi gây hấn. Liều trung bình 0,1 đến 0,25mg/ngày. Khởi đầu từ 0,025mg đến 0,05mg/ngày chia 2 lần, cứ sau 3 đến 7 ngày tăng thêm 0,025 đến 0,05mg.

Thuốc chống động kinh có hiệu quả với các triệu chứng về hành vi, cảm xúc hoặc khi có động kinh đi kèm, có thể sử dụng một hoặc phối hợp các thuốc sau:

- Muối Valproat 30-50mg/kg/ngày
- Carbamazepin 15-20 mg/kg/ngày
- Phenobarbital 3-6 mg/kg/ngày
- Oxcarbazepine 30-46 mg/kg/ngày
- Gabapentin 25-50 mg/kg/ngày
- Lamotrigin 5 -15 mg/kg/ngày
- Levetiracetam 40-100 mg/kg/ngày

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Khoảng 40 đến 70% trẻ mắc rối loạn này tồn tại ở tuổi vị thành niên, nếu các triệu chứng thuyên giảm thì thường bắt đầu từ 12 cho đến 20 tuổi. Ở người trưởng thành rối loạn này vẫn tồn tại khoảng 50%. Thường các rối loạn tăng động có xu hướng giảm theo tuổi nhưng các rối loạn giảm chú ý cải thiện ít hơn. Những người mắc rối loạn này có nguy cơ nhiều hơn có rối loạn nhân cách chống đối xã hội, sử dụng các chất gây nghiện, trầm cảm, lo âu v.v...

VI. PHÒNG BỆNH

Vấn đề phòng bệnh khó khăn vì nguyên nhân chưa rõ ràng và có yếu tố di truyền nhưng chúng ta cũng có thể phòng ngừa bằng cách tránh những yếu tố nguy cơ như chăm sóc tốt bà mẹ và an toàn sinh nở, phòng chống những bệnh gây tổn thương não bộ, không hút thuốc lá, uống rượu khi mang thai.

CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN (F70-F79)

I. ĐỊNH NGHĨA

Chậm phát triển tâm thần là một trạng thái phát triển bị ngừng trệ hay không đầy đủ của tâm thần, được đặc trưng chủ yếu bằng tật chứng về kỹ năng trong thời kỳ phát triển, bao gồm cả kỹ năng nhận thức, ngôn ngữ, học tập, lao động, xã hội, chăm sóc bản thân. Tỷ lệ gặp chậm phát triển tâm thần trong dân số chung là 1-3%.

Chậm phát triển tâm thần có thể kèm hoặc không kèm rối loạn cơ thể hoặc tâm thần khác.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân được chia thành 4 nhóm theo thời gian tác động vào sự phát triển trẻ trong thời kỳ phôi thai và những năm đầu.

2.1. Các yếu tố di truyền

Các bất thường về gen và nhiễm sắc thể như hội chứng Down, bệnh não bẩm sinh...

2.2. Các yếu tố thường về gen và nhiễm sắc thể như hội

- Nhiễm khuẩn trong thời kỳ mang thai: cúm..
- Nhiễm độc thai nghén
- Ngộ độc thuốc, rượu, chất kích thích
- Bệnh lý cơ thể của mẹ ảnh hưởng đến phôi thai: basedow, suy giáp...
- Bất đồng nhóm máu mẹ con Rh...

2.3. Các yếu tố tác động khi sinh

- Đẻ thiếu tháng, đẻ ngạt..
- Can thiệp sản khoa gây tổn thương não trẻ như forcep, giác hút

2.4. Các yếu tố tác động vào sự phát triển trong những năm đầu

- Các nhiễm khuẩn thần kinh như viêm não, viêm não – màng não, các nhiễm khuẩn khác ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ
- Suy dinh dưỡng
- Sự phát triển bất thường của hộp sọ ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ
- Chấn thương sọ não
- Môi trường giáo dục, chăm sóc, tâm lý xã hội thiếu hụt hoặc không đúng
- Các bệnh lý như phenylketon niệu, động kinh, nhược giáp... ảnh hưởng đến sự phát triển của não bộ.

Có trường hợp không xác định được nguyên nhân rõ ràng, nhất là các trường hợp chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ (F70)

Khả năng tư duy: có tư duy mô tả cụ thể, không hiểu được tư duy trừu tượng, thiếu sáng kiến, khả năng phân tích tổng hợp kém. Biết nói chậm, nhưng có khả năng sử dụng ngôn ngữ trong những giao tiếp hàng ngày, có thể hình thành ngôn ngữ viết.

Có khả năng học hết tiểu học, nhưng hay lưu ban, khó khăn trong học lý thuyết.

Khả năng cảm xúc: có cảm xúc cấp cao nhưng thiếu tự lập, phụ thuộc vào bố mẹ dù đã trưởng thành, không đủ khả năng giải quyết những mâu thuẫn nội tâm.

Hành vi tác phong: có khả năng tự chăm sóc cá nhân. Có thể làm được các công việc đơn giản, thích nghi được với môi trường xã hội nhưng cần có trợ giúp và kém hiệu quả hơn người khác.

Chậm phát triển mức độ nhẹ có chỉ số IQ: 50-69

3.1.2. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ trung bình (F71)

Khả năng tư duy: có thể có tư duy khái quát thô sơ, không có tư duy trừu tượng, không hiểu được ý chính của vấn đề, khả năng phán đoán nghèo nàn, không có khả năng độc lập trong suy nghĩ. Có thể có tính toán đơn giản cụ thể, không tính toán trừu tượng. Chậm biết nói, chậm nghe hiểu, vốn từ không lớn, ngữ pháp đơn giản, phát âm sai, nói lắp, nói ngọng. Có thể sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp nhưng không hiểu quy tắc xã hội. Khó hình thành ngôn ngữ viết.

Cảm xúc: không ổn định, cảm xúc cấp cao hạn chế.

Hành vi tác phong: có thể làm được công việc đơn giản, không làm được công việc có tính quy trình, máy móc, không thay đổi được theo hoàn cảnh. Ít có khả năng sống tự lập hoàn toàn, cần có sự trợ giúp, hướng dẫn.

Chậm phát triển mức độ trung bình có chỉ số IQ: 35-49

3.1.3 Chẩn đoán chậm phát triển mức độ nặng (F72)

Tư duy: có tư duy cụ thể, thô sơ, học được một vài kinh nghiệm đơn giản. Không có ngôn ngữ hoặc chỉ phát âm những âm đơn giản mà bản thân không hiểu.

Cảm xúc: chỉ có cảm xúc bản năng, thỏa mãn bản thân, sự bày tỏ cảm xúc đơn sơ, có nhiều hạn chế.

Hành vi tác phong: thường chỉ có những hoạt động bản năng hay những phản ứng thô sơ với các kích thích bên ngoài. Cần có người giúp đỡ trong hoạt động chăm sóc bản thân.

Thường có bệnh lý cơ thể hoặc tâm thần khác đi kèm.

Chậm phát triển mức độ nặng có chỉ số IQ: 20-34

3.1.4 Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng (F73)

Tư duy: không có khả năng nhận thức, không có khả năng phản ứng với các kích thích đơn giản như nóng lạnh, không có ngôn ngữ.

Cảm xúc: hoàn toàn là cảm xúc bản năng. Có cơn giận dữ, tự cào cấu hay tấn công người khác

Vận động kém, có khi không đi được, hành động định hình lặp lại Thường có nhiều bệnh lý cơ thể, thần kinh, tâm thần đi kèm. Chậm phát triển mức độ trầm trọng có chỉ số IQ < 20.

3.1.5 Chậm phát triển tâm thần khác (F78)

3.1.6 Chậm phát triển tâm thần không biệt định (F79)

3.2. Cận lâm sàng

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá trí tuệ (Wics, Raven, Denver...):
- Các xét nghiệm thường quy: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, siêu âm ổ bụng, x-quang tim phổi...
- Điện não đồ, CT scanner sọ não, MRI sọ não
- Một số xét nghiệm sinh hóa, một số chất chuyển hóa trong chẩn đoán chậm phát triển do nguyên nhân chuyển hóa
- Xét nghiệm di truyền trong chẩn đoán chậm phát triển do một số bệnh lý di truyền...
- Các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ trong chẩn đoán các bệnh lý tâm lý đi kèm như: trầm cảm, ADHD, tự kỷ...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt chậm phát triển với các rối loạn trí tuệ bị đình trệ do các nguyên nhân khác ở trẻ:

Thiếu hụt môi trường nuôi dưỡng, giáo dục, nếu được can thiệp sớm sẽ trở lại bình thường

Bệnh lý cơ thể kéo dài, suy dinh dưỡng nặng, suy nhược nặng dẫn đến chậm chạp, trí nhớ kém, tiếp thu chậm chạp

Một số trường hợp rối loạn giác quan như mù, câm, điếc

Các bệnh lý tâm thần khác như tự kỷ, tâm thần phân liệt...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Việc điều trị chậm phát triển tâm thần dựa vào đánh giá nhu cầu xã hội, giáo dục, tâm thần và môi trường.

Điều trị chậm phát triển tâm thần là điều trị lâu dài, cần có sự tham gia của cả gia đình, cộng đồng.

Chậm phát triển tâm thần kết hợp với các rối loạn tâm thần cần điều trị phối hợp

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Điều trị chậm phát triển tâm thần sử dụng phương pháp giáo dục và các liệu pháp tâm lý khác

Điều trị hóa dược được chỉ định điều trị những rối loạn cảm xúc, hành vi trong chậm phát triển tâm thần và các rối loạn đi kèm

Cần sự theo dõi và hỗ trợ lâu dài từ gia đình và cộng đồng.

4.2.1 Phương pháp giáo dục

Với trẻ chậm phát triển tâm thần mức độ nặng và trầm trọng thường được chăm sóc, điều trị tại các trung tâm y tế giáo dục, trường học đặc biệt.

Với trẻ chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ và trung bình: Thiết lập cho trẻ một chương trình toàn diện đào tạo kỹ năng thích nghi, kỹ năng xã hội và nghề nghiệp với mục đích giúp trẻ thích nghi hơn.

Nội dung giáo dục gồm:

Hướng dẫn các sinh hoạt hàng ngày như vệ sinh cá nhân, dọn dẹp nhà cửa, chào hỏi người lớn, tuân theo các nội quy trong tập thể, lớp học.

Học văn hóa như viết, đếm tính toán đơn giản

Học nghề: những công việc đơn giản giúp tăng sự tự tin vào bản thân, có khả năng sống tự lập

Trẻ chậm phát triển tâm thần có thể học qua các trực quan sinh động hoặc thực hành các tình huống giả định

4.2.2. Liệu pháp hành vi

Liệu pháp hành vi nhằm hình thành, tăng cường các hành vi xã hội, kiểm soát giảm các hành vi gây hấn, phá hoại. Cần tiến hành trong thời gian dài

4.2.3. Liệu pháp gia đình

Cần thiết giáo dục cho gia đình người bệnh chậm phát triển tâm thần biết cách nâng cao năng lực và tự tin cho người bệnh. Cung cấp cho gia đình những kiến thức về nguyên nhân, điều trị, nuôi dưỡng trẻ bị chậm phát triển tâm thần.

Giúp các thành viên trong gia đình bớt lo lắng, bức bối, thất vọng về bệnh tật của con em họ để có được sự tư vấn thích hợp

4.2.4. Các liệu pháp tâm lý khác

Như liệu pháp âm nhạc, liệu pháp hội họa, liệu pháp thể dục thể thao, liệu pháp lao động, hoạt động trị liệu, vận động trị liệu...

4.2.5. Liệu pháp hóa dược

Liệu pháp hóa dược được chỉ định để điều trị các triệu chứng rối loạn hành vi và tâm thần của người bệnh chậm phát triển tâm thần cũng tương tự với những người bệnh không có chậm phát triển tâm thần.

Triệu chứng lo âu, căng thẳng, sợ hãi: diazepam liều 0,5 mg/kg/ngày. Ngoài ra có thể sử dụng một số thuốc giải lo âu khác thuộc nhóm Benzodiazepine hoặc nhóm khác.

Triệu chứng kích động, rối loạn hành vi có thể sử dụng an thần kinh thế hệ cũ như haloperidol, chlorpromazin...; nhưng do có nhiều tác dụng phụ nên các an thần kinh thế hệ cũ ít được lựa chọn hơn các an thần kinh thế hệ mới như risperidon, olanzapin, quetiapin, clozapin...

- Risperidon 1 - 2mg/ngày

- Olanzapin 5 - 10 mg/ngày...

Triệu chứng trầm cảm có thể sử dụng thuốc chống trầm cảm phối hợp

Tăng động giảm chú ý đi kèm có thể sử dụng phối hợp với Methylphenidat: 6 - 12 tuổi liều 18 - 54mg/ngày, >12 tuổi: 18 - 72 mg/ ngày.

Động kinh đi kèm, sử dụng thuốc kháng động kinh lựa chọn một hoặc kết hợp các loại thuốc sau:

- Muối Valproat 30 - 50mg/kg/ngày

- Carbamazepin 15 - 20 mg/kg/ngày

- Phenobarbital 3 - 6 mg/kg/ngày

- Oxcarbazepin 30 - 46 mg/kg/ngày

- Gabapentin 25 - 50 mg/kg/ngày

- Lamotrigin 5 - 15 mg/kg/ngày

- Levetiracetam 40 - 100 mg/kg/ngày

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Chậm phát triển tâm thần là bệnh lý không tiến triển vì vậy cần sự điều trị, theo dõi, chăm sóc lâu dài

Nguy cơ mắc các bệnh tâm thần trên người bệnh chậm phát triển tâm thần cao hơn so với dân số chung vì vậy việc theo dõi và điều trị các bệnh lý tâm thần đi kèm sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng cho người bệnh.

Chậm phát triển tâm thần có tỷ lệ mắc các bệnh lý cơ thể cao vì vậy việc theo dõi, chăm sóc, phát hiện, điều trị bệnh lý cơ thể kèm theo sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng, tử vong cho người bệnh.

VI. PHÒNG BỆNH

6.1. Phòng bệnh cấp 1

Nhằm giảm hoặc loại trừ các nhân tố gây hại cho quá trình phát triển hệ thần kinh trung ương của thai nhi bằng cách:

- Giảm hoặc loại trừ các nhân tố gây hại cho quá trình phát triển hệ thần kinh trung ương;
- Làm giảm hoặc loại trừ các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sự phát triển hệ thần kinh trung ương của thai nhi;
- Tư vấn di truyền nhằm giảm hoặc loại trừ các yếu tố gây hại cho quá trình phát triển tâm thần ở các gia đình có tiền sử rối loạn di truyền liên quan đến chậm phát triển tâm thần;
- Đối với trẻ em và phụ nữ mang thai có điều kiện kinh tế thấp, cần có sự hỗ trợ và chăm sóc đầy đủ trong thời kỳ mang thai, trong quá trình sinh và nuôi dưỡng nhằm giảm nguy cơ chậm phát triển tâm thần.

6.2. Phòng bệnh cấp 2

Phát hiện, chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh có ảnh hưởng đến sự phát triển trí não trẻ, rút ngắn quá trình tiến triển của bệnh.

Ví dụ: một số rối loạn chuyển hóa hay nội tiết di truyền như bệnh phenylceton niệu, thiếu năng tuyến giáp

6.3. Phòng bệnh cấp 3

Hạn chế tối đa các hậu quả bất lợi, biến chứng và di chứng.

RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN ĐẶC HIỆU VỀ LỜI NÓI VÀ NGÔN NGỮ - RỐI LOẠN ĐẶC HIỆU TRONG SỰ PHÁT ÂM (F80.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

- Một rối loạn phát triển đặc hiệu mà trong đó khả năng sử dụng ngữ âm của trẻ ở dưới mức tương ứng với tuổi tâm thần của trẻ, nhưng các kỹ năng ngôn ngữ khác vẫn trong giới hạn bình thường.

- Sự phát triển bình thường của ngữ âm: Ở khoảng 4 tuổi, việc trẻ tạo ra một số lỗi ngữ âm là điều thường gặp; tuy nhiên, người xung quanh vẫn có thể hiểu lời nói của trẻ một cách khá dễ dàng. Đến 6–7 tuổi, hầu hết các âm vị tiếng nói phải được hoàn thiện. Mặc dù có thể vẫn còn khó khăn khi phát âm một số tổ hợp âm nhất định, những lỗi này nhìn chung không ảnh hưởng đáng kể đến khả năng giao tiếp của trẻ. Đến 11–12 tuổi, trẻ thường đạt được mức độ thành thạo gần như hoàn toàn đối với tất cả các ngữ âm.

- Sự phát triển bất thường xảy ra khi sự đạt được ngữ âm của trẻ bị trì hoãn, đưa đến: Phát âm sai gây khó khăn cho những người khác là không thể hiểu được trẻ; sự bỏ sót, không chính xác hay thay thế của các ngữ âm.

- Chẩn đoán chỉ được thiết lập chỉ khi sự nghiêm trọng của rối loạn về phát âm nằm ngoài những giới hạn của sự thay đổi bình thường theo tuổi tâm thần của trẻ; trí tuệ phần ngôn ngữ không lời nằm trong giới hạn bình thường, kỹ năng tiếp nhận và thể hiện ngôn ngữ vẫn trong giới hạn bình thường, các bất thường về sự phát âm không do các bất thường cảm giác cấu trúc hay thần kinh chi phối trực tiếp, sự phát âm không chính xác bất thường rõ ràng trong ngữ cảnh sử dụng thông thường trong văn hóa của trẻ.

- Trẻ trai thường gặp những khó khăn trong việc phát âm nhiều hơn bé gái, với tỉ lệ 4:1 hoặc có báo cáo khác 2:1.

- 30-60% trẻ có tiền sử gia đình là một hay nhiều thành viên trực tiếp có rối loạn tương tự.

- Trẻ có rối loạn về phát âm có thể kết hợp thêm các rối loạn về ngôn ngữ, về học tập khác. Khoảng 50-70% trẻ có rối loạn phát âm sẽ có thêm sự suy giảm từ nhẹ đến nặng rối loạn ngôn ngữ thể hiện đi kèm. 10-40% cũng cho thấy sự suy giảm từ nhẹ đến nặng vấn đề hiểu ngôn ngữ. Rối loạn đọc cũng thường được chẩn đoán kết hợp, đặc biệt đối với những trẻ có sự liên quan đến ngôn ngữ là những trẻ có nguy cơ cao trong những rối loạn khác như rối loạn học, rối loạn tăng động - giảm chú ý.

- Các rối loạn phát âm bao gồm:

+ Rối loạn phát âm phát triển;

+ Rối loạn âm vị phát triển;

+ Tật nói ngọng;

- + Rối loạn phát âm chức năng;
- + Nói bập bẹ;

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của rối loạn này thì chưa được biết. Một số yếu tố được cho là nguyên nhân của rối loạn này bao gồm:

- (1) những bất thường khó thấy ở não
- (2) yếu tố di truyền
- (3) các ảnh hưởng của môi trường
- (4) sự chưa trưởng thành của quá trình phát triển hệ thần kinh
- (5) các yếu tố về ngôn ngữ và
- (6) những tiến trình về thính giác.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)

A- Những kỹ năng phát âm, được đánh giá bằng các trắc nghiệm được chuẩn hóa, thấp hơn giới hạn 2 độ lệch chuẩn theo độ tuổi của trẻ;

B- Những kỹ năng phát âm với chỉ số IQ phi ngôn ngữ thấp hơn tối thiểu 1 độ lệch chuẩn khi được đánh giá bằng 1 trắc nghiệm được chuẩn hóa;

C- Ngôn ngữ tiếp nhận và ngôn ngữ diễn đạt, được đánh giá bằng 1 trắc nghiệm được chuẩn hóa, nằm trong giới hạn 2 độ lệch chuẩn theo độ tuổi của trẻ;

D- Không có các rối loạn thần kinh, giác quan, hoặc bệnh lý nội khoa tác động trực tiếp đến sự phát âm hay rối loạn phát triển lan tỏa;

E- Tiêu chuẩn loại trừ: Chỉ số IQ ở phần ngôn ngữ không lower than 70.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- TrChảo chỉ số IQ phi ngôn ngữ dưới 70;
- BrChảo ý nội khoa tác động trực tiếp đến sự phát âm;
- RrChảo ý nội tiết triển lan tỏa;
- DrChảo ý nội tiết như hở hàm ếch, khe hở môi.

3.3. Cận lâm sàng

- Trắc nghiệm trí tuệ;
- Kiểm tra thính lực và cấu trúc khoang miệng;
- Điện não đồ.;

IV. ĐIỀU TRỊ

Trị liệu ngôn ngữ là phương pháp điều trị chính, đặc biệt với các trường hợp mức độ trung bình đến nặng; có thể thực hiện trực tiếp với trẻ hoặc gián tiếp thông qua người chăm sóc.

- Phương pháp âm vũ

- + Nhận diện và điều chỉnh các quá trình âm vị sai;
- + Nhấn mạnh giá trị giao tiếp của việc phát âm đúng.

- Phương pháp trị liệu giao tiếp của

- + Áp dụng cho trẻ có ít lỗi phát âm;
- + Dạy trẻ phát âm đúng thông qua luyện nghe – vận động cơ quan phát âm.

- Can thiệp phát âm đúng thông qua luyện ng

- + Phẫu thuật hoặc lắp bộ phận giả nếu có bất thường giải phẫu;
- + Kết hợp trị liệu ngôn ngữ sau phẫu thuật nếu còn tồn tại rối loạn.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng:

Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ rối loạn và sự phối hợp giữa gia đình và nhà trường.

- Biến chứng:

- + Khó khăn trong giao tiếp;
- + Giảm tự tin;
- + Nguy cơ rối loạn hành vi hoặc ảnh hưởng tâm lý – xã hội.

VI. PHÒNG BỆNH

- Sàng lọc sớm các rối loạn ngôn ngữ ở trẻ mầm non;
- Theo dõi phát triển lời nói theo lứa tuổi;
- Can thiệp sớm khi có dấu hiệu chậm hoặc sai phát âm;
- Tăng cường môi trường giao tiếp tích cực cho trẻ;
- Giáo dục phụ huynh về phát triển ngôn ngữ bình thường.

CÁC RỐI LOẠN HÀNH VI Ở TRẺ EM (F91)

I. ĐỊNH NGHĨA

Các rối loạn hành vi có đặc trưng là toàn bộ các hành vi chống đối xã hội, xâm phạm hay khiêu khích được lặp lại và kéo dài. Một hành vi như vậy trong hình thái cực độ của nó sẽ đưa đối tượng đến chỗ vi phạm các qui tắc xã hội chủ yếu tương ứng với lứa tuổi của đứa trẻ, điều này vượt quá những hành vi ranh mãnh thông thường của trẻ em và các thái độ nổi loạn của thanh thiếu niên.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân rối loạn hành vi thường mang tính đa yếu tố, bao gồm:

- Yếu tố sinh học: khí chất khó, xung động cao, tổn thương não tối thiểu, rối loạn thần kinh đi kèm (ADHD, động kinh...);
- Yếu tố tâm lý: thiếu kỹ năng kiểm soát cảm xúc, giải quyết vấn đề kém, lòng tự trọng thấp;
- Yếu tố gia đình: nuôi dạy không nhất quán, bạo lực gia đình, thiếu quan tâm, ly hôn, nghiện chất;
- Yếu tố xã hội – môi trường: ảnh hưởng nhóm bạn xấu, bạo lực học đường, điều kiện kinh tế – xã hội bất lợi;
- Bệnh cơ thể hoặc khuyết tật: gây khó khăn trong hoạt động học đường, điều

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Khi xác lập chẩn đoán cần đánh giá phù hợp với mức độ phát triển của trẻ theo lứa tuổi.
- Các hành vi gợi ý chẩn đoán bao gồm:
 - + Bắt nạt, đe dọa, càn quấy quá mức;
 - + Độc ác với người hoặc động vật;
 - + Phá hoại nghiêm trọng tài sản;
 - + Gây cháy, trộm cắp, nói dối lặp đi lặp lại;
 - + Trốn học, bỏ nhà;
 - + Các cơn giận dữ trầm trọng, kéo dài, không phù hợp hoàn cảnh;
 - + Thái độ khiêu khích, bướng bỉnh, không tuân thủ nghiêm trọng và dai dẳng.
- Chẩn đoán được đặt ra khi:
 - + Có ít nhất một hoặc nhiều hành vi trên với cường độ rõ rệt;

- + Các hành vi kéo dài tối thiểu 6 tháng;
- + Gây suy giảm đáng kể chức năng học tập, gia đình hoặc xã hội.
- + Các hành vi chống đối riêng lẻ, thoáng qua không đủ để chẩn đoán.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- + Tâm thần phân liệt;
- + Rối loạn cảm xúc (trầm cảm, hưng cảm);
- + Rối loạn phát triển lan tỏa;
- + Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD);
- + R i loạn tăng động g

3.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi; Sinh hóa máu (Ure, Creatinin, Glucose, AST, ALT, GGT, điện giải đồ).
- Điện não đồ; Lưu huyết não;
- Trắc nghiệm tâm lý: WICS, WAIS, Vanderbilt, RAVEN, ADHD, CARS...

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Các liệu pháp giáo dục; Các liệu pháp tâm lý;
- Liệu pháp hóa dược (chỉ áp dụng cho những trường hợp có rối loạn tâm thần khác kết hợp như lo âu, trầm cảm, động kinh, rối loạn tăng động giảm chú ý).

4.2. Điều trị cụ thể

- Điều đầu tiên là đánh giá đúng trẻ, gia đình, môi trường xã hội, đặc biệt là nhà trường. Cần chỉ ra được yếu tố làm suy yếu quá trình xã hội hóa để đưa ra phương pháp điều trị thích hợp. Ở những giai đoạn sớm của sự phát triển hành vi chống đối xã hội, việc chú ý theo dõi có thể phòng ngừa những rối loạn hành vi sau này;

+ Yếu tố thể chất: Giải thích cho bố mẹ, giáo viên về sự hình thành khí chất và trí thông minh của trẻ có thể giúp họ tạo ra một môi trường thích hợp cho sự phát triển của trẻ;

+ Bệnh cơ thể: Cần điều trị tốt những bệnh, khuyết tật làm trẻ khó khăn trong học các kỹ năng sống và những khó khăn học tập khác;

+ Yếu tố môi trường: Nhiều trường hợp cần thay đổi môi trường gia đình cần làm cho bố mẹ hiểu rõ những vấn đề sau: Cần đề ra các nguyên tắc trong sinh hoạt gia đình, hiểu suy nghĩ và hoạt động của trẻ, giải quyết những căng thẳng xung đột trong gia đình;

+ Tư vấn cho bố mẹ: Có thể thực hiện riêng với từng cặp bố mẹ (hoặc với bố hoặc với mẹ), nhóm các bố mẹ. Sử dụng các phương pháp và kỹ thuật của liệu pháp hành vi.

- Điều trị rối loạn hành vi nặng:

+ Liệu pháp gia đình: Trẻ có rối loạn hành vi nặng thường có vấn đề lớn về hệ thống gia đình. Sự thay đổi trong gia đình là cần thiết trước khi giải quyết các rối loạn hành vi. Thường thì khó có thể yêu cầu bố mẹ áp dụng các nguyên tắc gia đình hoặc tạo nên những thay đổi vì các gia đình này đã quá rối loạn;

+ Liệu pháp hành vi: Có ý nghĩa quan trọng trong rối loạn hành vi nặng. Sự tham gia tích cực của bố, mẹ và những người có liên quan là rất cần thiết;

+ Môi trường trường học: Chúng ta không thể làm thay đổi các cấu trúc xã hội của trường học nhưng sự tiếp xúc với giáo viên nhà trường là rất cần thiết làm cho cán bộ nhà trường hiểu rõ hơn về nhu cầu của trẻ và gia đình. Cần có sự hợp tác tốt giữa gia đình và nhà trường, một vài trường hợp có thể nên chuyển trường hoặc giáo viên;

+ Liệu pháp hành vi cá nhân: Liệu pháp này được dùng nhiều trong thực hành tâm thần nhưng tỏ ra ít kết quả trong điều trị rối loạn hành vi. Trẻ thường ít hoặc không có động cơ đi vào điều trị tâm lý. Hiếm khi trẻ phản nản về vấn đề hiện tại và chúng có thể thỏa mãn hành vi của mình. Một số trẻ lo lắng và muốn sửa đổi cách sống của mình trong trường hợp này liệu pháp tâm lý cá nhân có thể có hiệu quả;

+ Liệu pháp tâm lý nhóm: Giống như nhược điểm của liệu pháp tâm lý cá nhân. Tuy vậy nhóm này làm nâng cao khả năng tự đánh giá của trẻ hoặc cho trẻ cơ hội học các kỹ năng xã hội như kịch, nhảy, nghệ thuật;

+ Điều trị ban ngày: Giúp cho trẻ có điều kiện thường xuyên được tiếp xúc với các thành viên khác của gia đình;

+ Sự thay đổi môi trường khác: Ảnh hưởng của môi trường lân cận khó có thể thay đổi hơn so với nhà trường. Ảnh hưởng môi trường gia đình luôn là một vấn đề chính. Bởi vậy điều quan trọng hơn cả là phải xem xét lại cấu trúc gia đình.

- Hóa dược: giảm hành vi gây hấn, xung động, kích động

Haloperidol: 1,5-3 mg/ngày;

Risperidon 1-4 mg/ngày;

Olanzapine 5-10 mg/ngày;

Quetiapine 100-200 mg/ngày;

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- **Tiên lượng:**

+ Tốt nếu được phát hiện và can thiệp sớm;

+ Phụ thuộc mức độ rối loạn, sự hợp tác của gia đình và môi trường xã hội.

- **Biến chứng:**

- + Nguy cơ tiến triển thành rối loạn nhân cách chống đối xã hội;
- + Thất bại học đường;
- + Vi phạm pháp luật;

VI. PHÒNG BỆI.

- Giáo dục kỹ năng làm cha mẹ;
- Phát hiện sớm các hành vi lệch chuẩn ở trẻ;
- Can thiệp tâm lý – giáo dục kịp thời;
- Tăng cường phối hợp gia đình – nhà trường – y tế;
- Xây dựng môi trường sống và học tập an toàn, tích cực cho trẻ.

CÁC RỐI LOẠN TIC (F95)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn Tic là cử động hay phát âm không tự ý, đột ngột, nhanh, thường xuyên lặp đi lặp lại. Tic có thể biểu hiện đơn giản (nhanh, vô nghĩa) hoặc phức tạp. Các Tic vận động đơn giản thường trên khuôn mặt và cổ như: Nháy mắt, gật hay lắc đầu, tay chân và thân mình. Các Tic phát âm đơn giản như đằng hắng, khụt khịt thường gặp hơn so với Tic phát âm phức tạp, chẳng hạn: Nói tục. Tic được biết đến nhiều nhất và nặng nhất là hội chứng Tourette

II. NGUYÊN NHÂN

Cho đến nay, nguyên nhân của rối loạn Tic vẫn chưa được xác định rõ ràng. Các yếu tố di truyền đang được nghiên cứu, phân tích về ảnh hưởng đến rối loạn Tic. Ngoài ra có bằng chứng gián tiếp cho thấy vai trò của hệ thống dẫn truyền Dopamine trong rối loạn Tic.

2.1. Chẩn đoán xác định

Theo hướng dẫn phân loại bệnh quốc tế về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10, chẩn đoán Tic dựa trên tính chất đột ngột, nhanh, nhất thời và hạn chế của các động tác và không có bằng chứng về rối loạn thần kinh nằm bên dưới; tính tái diễn; (thường) mất đi khi ngủ và chúng có thể tái hiện hay mất đi dễ dàng một cách hữu ý.

a. Tic nhất thời (F95.0)

Các tiêu chuẩn chẩn đoán là các tiêu chuẩn chung của Tic, nhưng thời gian không được kéo dài quá 12 tháng. Biểu hiện của thể này thường dưới dạng nháy mắt, nhăn mặt hoặc gật đầu.

Tic xuất hiện như một giai đoạn độc nhất. Trong một số trường hợp, Tic có thể thuyên giảm và tái phát kế tiếp nhau trong nhiều tháng.

b. Tic vận động hoặc lời nói mạn tính (F95.1)

Cũng đáp ứng tiêu chuẩn chung của Tic, trong đó Tic vận động hay lời nói (nhưng không có cả hai); Tic có thể là một hay nhiều loại (nhưng thường là nhiều loại) và kéo dài trên 12 tháng.

c. Rối loạn kết hợp Tic lời nói và Tic vận động nhiều loại (Hội chứng Tourette) (F95.2)

Trong thể này đang có hoặc đã có đồng thời các Tic vận động nhiều loại và một hoặc nhiều Tic lời nói, mặc dù không cần thiết phải xuất hiện cùng lúc. Trong hầu hết Tic xuất hiện ở tuổi trẻ em hay tuổi thanh thiếu niên. Các Tic vận động, theo tiền sử bệnh, thường đi trước các Tic lời nói; các triệu chứng thường nặng hơn tuổi thanh thiếu niên và thường dai dẳng đến tuổi thành niên.

Các Tic lời nói thường nhiều loại với phát âm bùng nổ lặp lại, đằng hắng, lẩm bẩm, và có thể phát ra những từ hay những câu thô tục. Đôi khi kết hợp vài

động tác cũng có thể có tính thô tục. Cũng như các Tic vận động, Tic lời nói cũng có thể loại trừ một cách hữu ý trong một thời gian ngắn và mất đi khi ngủ.

2.2. Các rối loạn Tic khác (F95.8)

2.3. Tic không biệt định (F95.9)

Đáp ứng tiêu chuẩn chung của Tic nhưng trong đó các mục nhỏ không biệt định hoặc các nét không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán của F95.0, F95.1 hay F95.2.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Theo ICD-10, chẩn đoán rối loạn Tic dựa vào các đặc điểm sau:

- Các Tic có tính đột ngột, nhanh, ngắn, lặp đi lặp lại;
- Mang tính không chủ ý, nhưng có thể ức chế tạm thời một cách hữu ý;
- Thường giảm hoặc mất khi ngủ;
- Không có bằng chứng của rối loạn thần kinh thực thể bên dưới;
- Khởi phát chủ yếu ở tuổi trẻ em hoặc thanh thiếu niên.

Phân loại:

- Tic nhất thời (F95.0): kéo dài dưới 12 tháng, thường biểu hiện nháy mắt, nhăn mặt, gật đầu; có thể tự thuyên giảm.
- Tic vận động hoặc Tic lời nói mạn tính (F95.1): chỉ có Tic vận động hoặc Tic lời nói (không có cả hai), kéo dài trên 12 tháng.
- Rối loạn Tic phối hợp (Hội chứng Tourette) (F95.2): có cả Tic vận động nhiều loại và ít nhất một Tic lời nói, không nhất thiết xuất hiện đồng thời; thường dai dẳng đến tuổi trưởng thành.
- Các rối loạn Tic khác (F95.8).
- Tic không biệt định (F95.9): không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn các nhóm trên.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn vận động do nguyên nhân thần kinh thực thể;
- Động kinh cục bộ;
- Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD);
- Rối loạn ám ảnh cưỡng chế;
- Các rối loạn ám ảnh cưỡng chế; các rối loạn ám ảnh cưỡng ch

3.3. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm thường quy như: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi; Sinh hóa máu (Ure, Creatinin, Glucose, AST, ALT, GGT); Điện giải đồ.

- Điện tâm đồ;
- Điện não đồ;
- Trắc nghiệm tâm lý: Test Beck, Zung, thang DASS, Hamilton, MMP, RAVEN, ADHD, CARS...

IV. ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị rối loạn Tic chỉ đơn thuần là điều trị triệu chứng. Trong các trường hợp nhẹ, người bệnh mắc rối loạn Tic nhưng vẫn duy trì tốt các hoạt động xã hội và học tập thì không cần điều trị. Trong trường hợp nặng, cần nhắc điều trị các biểu hiện của Tic, bao gồm các can thiệp liệu pháp hành vi và hóa dược.

4.1. Liệu pháp hành vi “đảo ngược thói quen”

Liệu pháp này giúp Người bệnh nhận thức rối loạn Tic của họ và chủ động tạo ra các vận động “chống lại” mỗi khi người bệnh có cảm giác “Thôi thúc” thực hiện Tic.

4.2. Liệu pháp hóa dược

Thuốc chống loạn thần bao gồm:

- Risperidone: liều ban đầu 0,05mg/kg/24giờ sau đó tăng dần liều. Liều trung bình: 0,05 – 0,1 mg/kg/24giờ.
- Haloperidol: liều sử dụng ban đầu 0,02mg/kg/ngày, sau đó tăng dần đến 0,05mg/kg/ngày.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Đa số Tic khởi phát sớm có xu hướng giảm dần theo tuổi;
- Tic nhất thời thường tự khỏi;
- Hội chứng Tourette có thể kéo dài đến tuổi trưởng thành nhưng mức độ thường giảm.

5.2. Biến chứng

- Ảnh hưởng tâm lý: mặc cảm, lo âu, giảm tự tin;
- Khó khăn trong học tập và giao tiếp xã hội;
- Có thể kèm theo rối loạn hành vi hoặc cảm xúc.

VI. PHÒNG BỆNH

- Giảm căng thẳng tâm lý, lo âu cho trẻ;
- Tạo điều kiện cho trẻ tham gia hoạt động thể dục thể thao, sinh hoạt tập thể;
- Hạn chế xem tivi, chơi điện tử kéo dài;

- Giáo dục gia đình hiểu đúng về rối loạn Tic, tránh trách phạt hoặc chú ý quá mức.

ĐỘNG KINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Con động kinh là biểu hiện lâm sàng xảy ra do sự phóng điện bất thường, kích phát và quá mức của một nhóm neuron ở não nằm ở chất xám. Biểu hiện lâm sàng là các triệu chứng xảy ra đột ngột, tạm thời liên quan đến vùng vỏ não bị phóng điện bao gồm biến đổi ý thức, vận động cảm giác, tự động hoặc tâm thần.

- Không phải do sốt cao và các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng thuốc hay ngừng rượu đột ngột gây ra.

- Tỷ lệ lưu hành bệnh khoảng 0,5 dân số, tuy nhiên điều trị với thuốc chống động kinh có hiệu quả trong 80% trường hợp và người bệnh có thể sống bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

- Các tổn thương thực thể hoặc các rối loạn chuyển hóa của não đều có thể gây nên cơn động kinh như: Chấn thương sọ não, u não, bệnh lý tai biến mạch máu não, nhiễm khuẩn nội sọ, áp xe não, viêm não, viêm màng não, nguyên nhân di truyền...

- Nguyên nhân động kinh tùy theo lứa tuổi:

+ Trẻ sơ sinh: ngạt lúc sinh, chấn thương sản khoa, chảy máu trong sọ, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương và rối loạn chuyển hóa khác.

+ Trẻ em: Động kinh nguyên phát, bại não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương (viêm não, viêm màng não), tổn thương cấu trúc trong sọ, bệnh chuyển hóa, ngộ độc (thuốc, chì), bệnh thoái hóa não, bệnh hệ thống, bệnh di truyền, chấn thương...

+ Người lớn: Động kinh nguyên phát, chấn thương sọ não, bệnh mạch máu não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương, bệnh thoái hóa não, bệnh hệ thống...

+ Người già: Người trên 60 tuổi, động kinh có thể do u não, ung thư di căn não, xơ cứng mạch máu não, teo não, đặc biệt cần quan tâm tới thiếu máu não cấp tính.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng kết hợp với biến đổi điện não đồ, “ Không chẩn đoán động kinh nếu lâm sàng không có cơn”.

3.1.1. Phân loại động kinh theo phân loại quốc tế các cơn động kinh (1981)

a. Cơn cục bộ

Cơ cục bộ đơn giản (không có rối loạn ý thức)	Cơ cục bộ phức tạp (có rối loạn ý thức)
+ Với các triệu chứng vận động: cục bộ vận động, cơn quay mắt, quay đầu. + Với các triệu chứng cảm giác hoặc giác quan: rối loạn cảm giác bản thể, ảo giác thị giác, ảo giác khứu giác, cơn chóng mặt. + Với các dấu hiệu hoặc triệu chứng thần kinh thực vật. + Với các triệu chứng tâm thần: Rối loạn các chức năng thần kinh cao cấp, ít khi biến đổi ý thức. + Rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc	+ Khởi phát cục bộ đơn giản, tiếp theo là cục bộ phức tạp. + Khởi phát là rối loạn ý thức: rối loạn ý thức với các biểu hiện tự động. Cơ cục bộ toàn thể hóa thứ phát: + Cơ cục bộ đơn giản tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát. + Cơ cục bộ phức tạp tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát. + Cơ cục bộ đơn giản tiến triển sang cơ cục bộ phức tạp rồi toàn bộ hóa thứ phát.

b. Cơ toàn bộ

Cơ vắng ý thức	Cơ vắng ý thức không điển hình
+ Rối loạn ý thức đơn thuần + Kèm theo yếu tố giật cơ + Kèm theo yếu tố mất trương lực + Kèm theo yếu tố tăng trương lực + Kèm theo biểu hiện tự động + Kèm theo yếu tố thực vật - Cơ toàn bộ cơn lớn: + Cơn giật cơ + Cơn giật + Cơn co cứng + Cơn co cứng – co giật	+ Biến đổi trương lực nặng hơn cơn vắng ý thức điển hình. + Khởi phát và/hoặc kết thúc ít đột ngột. + Cơn mất trương lực + Cơn chưa phân loại + Trạng thái động kinh

c. Cơn chưa phân loại

d. Trạng thái động kinh

3.1.2. Phân loại động kinh theo phân loại quốc tế các cơn động kinh năm 1989

a. Động kinh và hội chứng cục bộ

- Nguyên phát:
 - + Động kinh lành tính ở trẻ em có nhon trung tâm – thái dương.
 - + Động kinh ở trẻ em có kịch phát vùng chẩm.
 - + Động kinh tiên phát khi đọc.
- Triệu chứng:
 - + Động kinh cục bộ liên tục tiến triển mạn tính ở trẻ em.
 - + Hội chứng có đặc điểm là các cơn do các phương thức đặc hiệu thúc đẩy gây ra.
 - + Các hội chứng khác theo khu trú hoặc nguyên nhân.
 - + Động kinh thùy thái dương.
 - + Động kinh thùy trán.
 - + Động kinh thùy chẩm.
 - + Động kinh thùy đỉnh.

b. Động kinh và hội chứng động kinh toàn bộ:

- Nguyên phát (khởi phát liên quan đến tuổi):
 - + Co giật sơ sinh lành tính gia đình.
 - + Co giật sơ sinh lành tính.
 - + Động kinh giật cơ lành tính tuổi thơ.
 - + Động kinh cơn vắng ý thức ở trẻ em.
 - + Động kinh cơn vắng ý thức ở thiếu niên.
 - + Động kinh giật cơ thiếu niên.
 - + Động kinh cơn lớn lúc tỉnh giấc.
 - + Động kinh toàn bộ nguyên phát.
 - + Động kinh với các cơn do phương thức đặc hiệu thúc đẩy gây ra (động kinh do ánh sáng).
- Các nguyên nhân ẩn và hoặc triệu chứng:
 - + Hội chứng West (co thắt gấp trẻ em).
 - + Hội chứng Lennox – Gastaut.
 - + Động kinh với cơn co giật – mất trương lực.
 - + Động kinh với cơn vắng ý thức giật cơ.

- Động kinh triệu chứng(không có nguyên nhân đặc hiệu) có thể gặp:
 - + Bệnh não giạt cơ sớm.
 - + Bệnh não động kinh trẻ em sớm.
 - + Động kinh toàn bộ triệu chứng.

c. Động kinh và hội chứng không xác định được cục bộ hay toàn thể.

- Với cơn toàn bộ và cục bộ:
 - + Cơn động kinh sơ sinh.
 - + Động kinh giạt cơ nặng tuổi thơ.
 - + Động kinh có nhon – sóng liên tục khi ngủ.
 - + Động kinh thất ngôn mất phải (hội chứng Landau – Kleffner).
 - + Các động kinh khác không rõ cục bộ hay toàn bộ.
- Không rõ cục bộ hay toàn bộ
- Cơn liên quan đến một trạng thái:
 - + Co giật do sốt cao.
 - + Cơn chỉ xảy ra trong bối cảnh của rối loạn chuyển hóa cấp.
 - + Cơn đơn độc hoặc động kinh liên tục đơn độc.

3.1.3. Phân loại động kinh (theo ICD-10, 1992)

- G40: Động kinh
- G40.0: Động kinh cục bộ vô căn
- G40.1: Động kinh cục bộ triệu chứng với cơn cục bộ đơn giản
- G40.2: Động kinh cục bộ triệu chứng với cơn cục bộ phức tạp
- G40.3: Động kinh toàn thể vô căn
- G40.4: Động kinh toàn thể khác
- G40.5: Những hội chứng động kinh đặc biệt
- G40.6: Những cơn lớn không biệt định
- G40.7: Những cơn nhỏ không biệt định
- G40.8: Động kinh khác
- G40.9: Động kinh không biệt định
- G41: Trạng thái động kinh

3.1.4. Cận lâm sàng

a. Điện não đồ: Là công cụ đặc hiệu xác định cơn, loại cơn, vị trí ổ động kinh. Điện não đồ các thể ghi trong cơn hoặc ngoài cơn. Có thể ghi điện não đồ liên tục 24 giờ, điện não đồ video...

b. Xét nghiệm:

- Huyết học.
- Sinh hóa máu: glucose, ure, creatinin, AST, ALT, GGT, ion đồ.
- Di truyền.
- Thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh: CT – Scanner sọ não; MRI sọ não; Lưu huyết não.
- ECG.
- Trắc nghiệm tâm lý.

3.2 Chẩn đoán phân biệt**3.2.1 Cơ co giật phân ly (Hysteria)**

Là rối loạn do căn nguyên tâm lý. Trong người bệnh co giật, ngã dụa hoặc uốn cong người lên, không mất ý thức, cơn thường kéo dài, không điển hình, khám thần kinh bình thường, điện não đo không thấy bất thường.

3.2.2 Cơ ngất (Syncopa)

Người bệnh mất ý thức ngắn, không có triệu chứng thần kinh, xảy ra do căn nguyên bệnh tim mạch, có thể gặp:

- Ngất do rối loạn nhịp tim: nhịp tim đập quá chậm (<15 lần/phút) hoặc ngừng tim hoàn toàn trong 1-2 phút.
- Phân ly nhĩ thất hoàn toàn.
- Ngất do kích thích xoang động mạch cảnh hoặc dây thần kinh phế vị.
- Ngất do giảm huyết áp thể đứng.
- Điện não đồ bình thường.

3.2.3. Co giật do hạ canxi máu (Tetanie)

Hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ. Biểu hiện là co cơ cục bộ hoặc toàn bộ, đặc biệt là co các cơ ở bàn tay tạo tư thế bàn tay sản khoa, có dấu hiệu Chvostek và nghiệm pháp gây co thắt cơ ở bàn tay khi garo tay khoảng 10-15 phút.

- Xét nghiệm máu: thấy canxi máu giảm.
- Điện não đồ không có sóng động kinh điển hình.

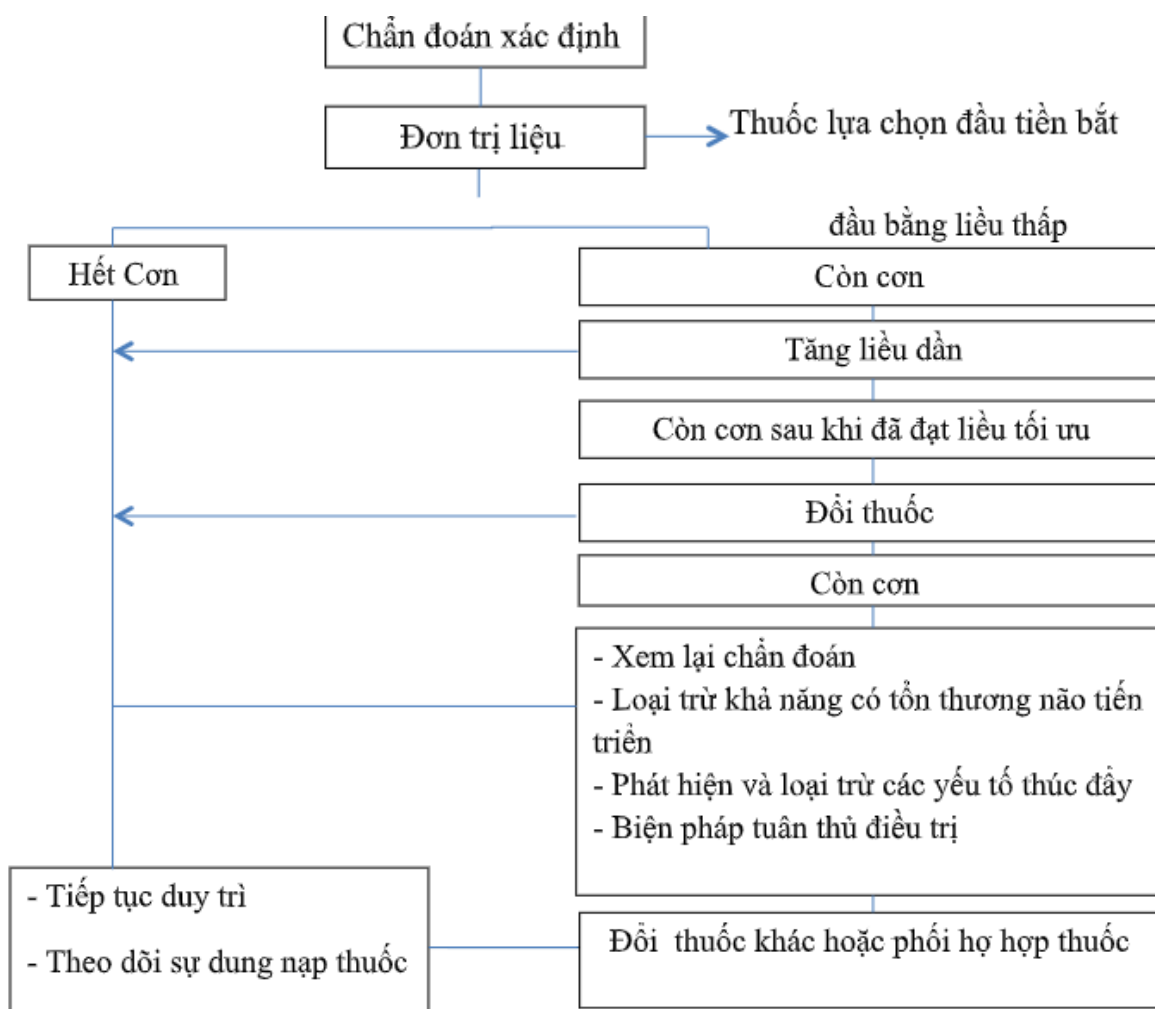
3.2.4. Cơ hạ đường huyết

Xảy ra lúc đói, chẩn đoán dựa vào định lượng đường huyết.

3.2.5. Cơ Migraine**3.2.6. Cơ co giật do sốt cao trẻ em...****IV. ĐIỀU TRỊ****4.1. Nguyên tắc điều trị**

Điều trị căn nguyên: Trong các trường hợp có căn nguyên thì phải điều trị căn nguyên nếu có thể, ví dụ các căn nguyên như u não, máu tụ, dị dạng mạch máu não...

Điều trị triệu chứng:



Chỉ điều trị thuốc kháng động kinh khi đã xác định chắc chắn loại cơn và hội chứng động kinh

Chọn các thuốc đặc trị cho từng loại cơn theo thứ tự ưu tiên, thường bắt đầu bằng đơn trị liệu, dùng liều thấp tăng dần để đạt tới liều tác dụng (cắt được cơn), sau đó duy trì liều hàng ngày. Khi sử dụng liều một thuốc đã cao mà không cắt được cơn thì phải đổi thuốc, giảm dần dần thuốc cũ, tăng dần thuốc mới không bỏ thuốc cũ đột ngột.

Nếu liệu trình đơn trị liệu không cắt được cơn thì sử dụng đa trị liệu, thường là 2 loại, ít khi 3 loại. Nếu đã dùng 3 loại mà vẫn không cắt được cơn thì là cơn kháng thuốc, nên tìm hiểu lại chẩn đoán, chọn thuốc sai hay do người bệnh bỏ thuốc, không tuân thủ điều trị.

Theo dõi diễn biến lâm sàng của bệnh và các tác dụng phụ của thuốc để kịp thời điều chỉnh liều lượng thuốc phù hợp với tình trạng của người bệnh. Không nên kết hợp hai loại thuốc cùng loại với nhau (ví dụ Phenobarbital với Primidon, v.v...).

Có kế hoạch kiểm tra định kỳ: điện não đồ, xét nghiệm máu, các chức năng gan, thận của người bệnh.

Tuỳ theo từng trường hợp, ngoài thuốc người bệnh phải có chế độ ăn uống, sinh hoạt, lao động, nghỉ ngơi, giải trí thích hợp.

4.2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

4.2.1. Điều trị bằng thuốc: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Các thuốc kháng động kinh cổ điển:

Tên thuốc và tên thương mại	Thời gian bán hủy (giờ)	Liều lượng trẻ em (TE) Người lớn (NL)	Chỉ định
Carbamazepin (CBZ Tegretol CR)	8-19h (TE) 5-16 (NL)	TE: 10 - 30 mg/kg NL: 10 -12 mg/kg (uống 1-2 lần)	Động kinh cục bộ đơn giản hoặc phức tạp
Phenytoin (PHT, Epilantin, Dihydant)	12 – 22h (TE) 8- 60h (NL)	TE: 5 - 7 mg/kg NL: 3 - 5 mg/kg (uống 3 lần)	Động kinh cục bộ và toàn thể của bất cứ hội chứng động kinh nào
Phenobarbital (PB, Luminal, Gardenol)	21 - 80h (TE) 46 - 130h (NL)	TE: 4 mg/kg NL: 3 mg/kg (uống 1 - 2 lần)	Động kinh toàn thể, Con cục bộ
Clonazepam (Rivotril)	20 - 60h	TE: 0,01 - 1 mg/kg NL: 1.5 - 10mg/ngày	Các loại cơn động kinh
Valproate (VPA, Depakin chrono, Siro Depakin, dung dịch Depakin)	20 - 50h (TE) 8 - 16h (NL)	TE: 30 mg/kg NL: 20 - 30 mg/kg (uống 1 - 2 lần)	Động kinh toàn thể, động kinh cục bộ
EthoSuximid (ESM, Suxinitin)	30h (TE) 50 - 60 (NL)	TE: 4 mg/kg NL: 3mg/kg	Động kinh cơn vắng

Các thuốc chống động kinh thế hệ mới:

Tên thuốc và tên thương mại	Thời gian bán hủy (giờ)	Liều lượng trẻ em(TE); Người lớn (NL)	Chỉ định
Lamotrigin (Lamictal)	29h	TE: 2 - 15 mg/kg NL: 100 -200 mg/kg (uống chia 2 lần)	Cơn cục bộ hoặc cơn toàn thể.
Gabapentin (Neurotin)	5 - 9h	TE:900 - 3600 mg/ ngày (uống chia 3 lần)	Cơn cục bộ hoặc cơn toàn thể
Oxcarbazepine (Trileptan)	8 - 13h	TE: 10 - 30 mg/kg NL: 600 – 2400 mg/ngày (uống chia 2 lần)	Không dung nạp với Carbamazepin. Động kinh cục bộ và toàn thể.
Topiramate (Topamax)	18 - 23h	TE: 6 mg/kg/ngày NL: bắt đầu 25 - 50 mg sau 200 – 400mg/ kg/ ngày (uống chia 1 – 2 buổi)	Động kinh kháng thuốc cơn cục bộ.
Levetiracetam (Keppra)	3 – 6h	1000 – 3000mg/ ngày	Tất cả loại động kinh

Ngoài ra một số thuốc kháng động kinh đang được nghiên cứu: Logisamon, remacemid, pregabalin...

Điều trị các rối loạn tâm thần, các bệnh cơ thể đồng diễn...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức.

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, vitamin và yếu tố vi lượng, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

4.2.2. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định:

- Chỉ định: điều trị thuốc
- Chỉ định: điều trị thuốc thất bại
- Chỉ định: điều trị thuốc thất bại

4.2.3. Đối với phụ nữ có thai và cho con bú

Vì thuốc kháng động kinh có thể gây dị tật thai nhi và bài tiết qua sữa mẹ nên phải thận trọng khi sử dụng các thuốc kháng động kinh cho phụ nữ có thai và cho con bú.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Động kinh là bệnh mạn tính, tuy nhiên nếu được phát hiện và điều trị đúng chuyên khoa thì người bệnh có tiên lượng tốt:

Khoảng 60% người bệnh điều trị ban đầu hoàn toàn có hiệu quả cắt được cơn, 40% số người bệnh còn lại vẫn còn cơn co giật, cần có các biện pháp điều trị thay thế.

Có thể ngừng thuốc khi: cắt cơn được từ 2,5-5 năm kể từ cơn cuối cùng. Khi ngừng thuốc một số người bệnh tái phát cơn thì phải điều trị lại, có thể phải uống thuốc suốt đời.

Có thể gặp những biến chứng hoặc tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt khi người bệnh lên cơn co giật, động kinh do suy giảm ý thức trong các cơn động kinh, mất khả năng của các động tác hữu ý. Đặc biệt khi cơn kéo dài có thể làm tổn thương não, khiến não thiếu oxy, tắc nghẽn đường thở, kèm theo là những biến đổi tâm lý mặc cảm, tự ti khi mang bệnh.

VI. PHÒNG BỆNH (không có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu)

Phụ nữ mang thai khám thai định kì, phòng ngừa chấn thương hay tổn thương não của trẻ khi sinh và khi trẻ lớn

Tiêm phòng để tránh các bệnh tổn thương não: viêm não Nhật Bản B....

Khi được chẩn đoán và điều trị người bệnh phải tuân thủ điều trị, không dùng đột ngột để tránh nguy cơ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 2058/QĐ-BYT, ngày 14/05/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế**, về việc ban hành tài liệu chuyên môn “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp*”.
2. **Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
3. **Bộ môn Tâm thần & Tâm lý y học, Học viện Quân y (2007)**, *Tâm thần học và tâm lý học*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
4. **Học viện Quân Y (2016)**, *Giáo trình bệnh học tâm thần*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
5. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**, “*Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10*”;WHO, Geneva 1992.
6. **Tổ chức Y tế thế giới (1992)**. *ICD-10 Phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi-Tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho nghiên cứu*, (biên dịch) Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **David A., et al (2010)**, *Tâm thần học người già*, Nhà xuất bản Y học, 2014. Sách dịch Nguyễn Kim Việt biên dịch