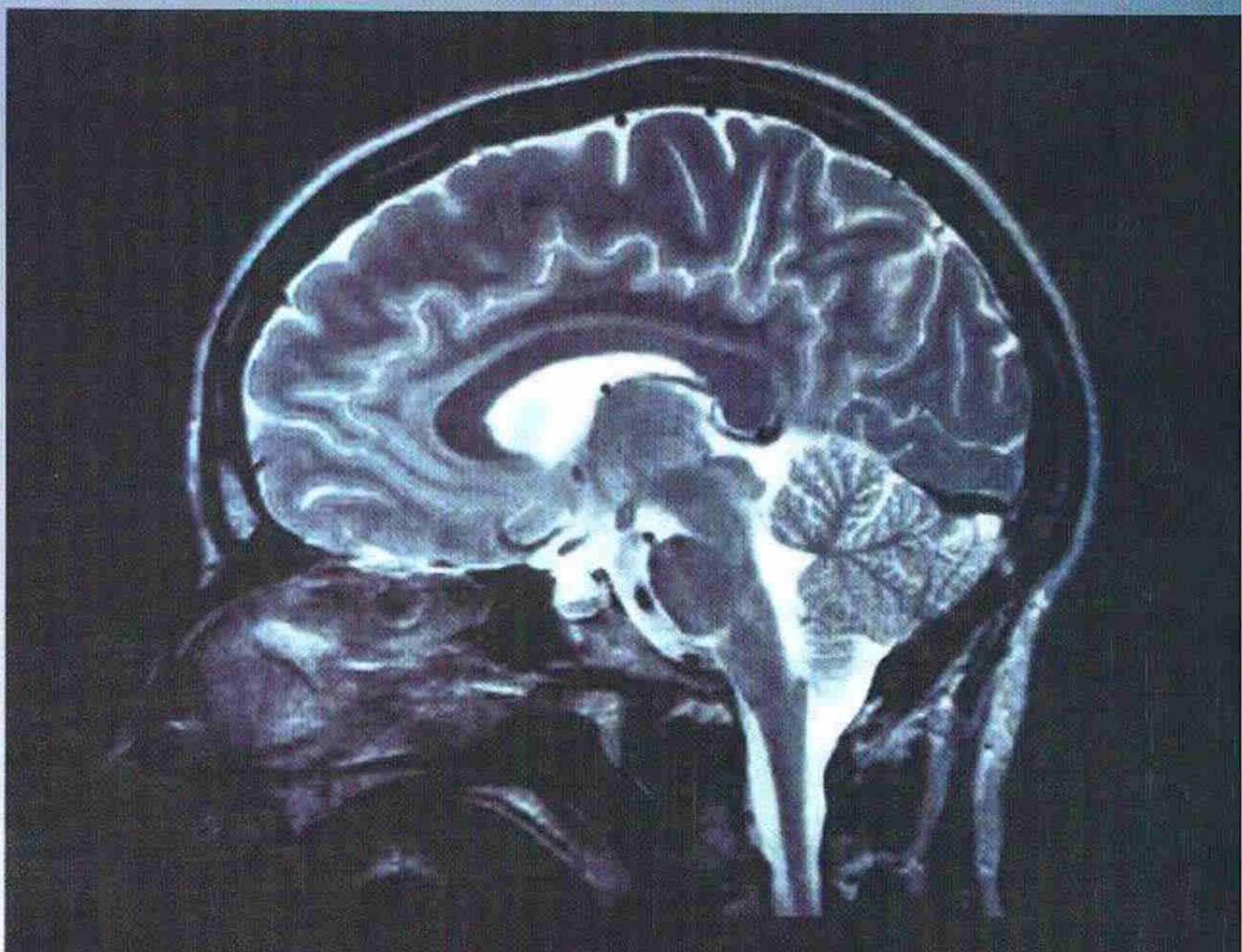


BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

BÙI ĐỨC TRÌNH (chủ biên)

GIÁO TRÌNH

TÂM THẦN HỌC



NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

BS.CKII. BÙI ĐỨC TRÌNH (chủ biên)

GIÁO TRÌNH
TÂM THẦN HỌC

NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

CHỦ BIÊN

- ❖ **BS.CKII. Bùi Đức Trình**

THAM GIA BIÊN SOẠN

- ❖ **GS.TS. Nguyễn Văn Ngân**
- ❖ **GS.TS. Ngô Ngọc Tân**
- ❖ **GS.TS. Cao Tiến Đức**
- ❖ **GS.TS. Nguyễn Sinh Phúc**
- ❖ **ThS. Đặng Hoàng Anh**
- ❖ **ThS. Đảm Bảo Hoa**
- ❖ **ThS. Trịnh Quỳnh Giang**

SÁCH ĐƯỢC XUẤT BẢN BỞI SỰ TÀI TRỢ CỦA DỰ ÁN GIÁO DỤC ĐẠI HỌC 2

MỤC LỤC

	Trang
Đại cương về tâm thần học	5
Theo dõi và đánh giá bệnh nhân tâm thần	13
Triệu chứng học tâm thần	24
- Rối loạn cảm giác – tri giác	24
- Rối loạn tư duy	29
- Rối loạn trí nhớ	37
- Rối loạn cảm xúc	40
- Rối loạn hành vi tác phong	44
- Rối loạn ý thức	48
- Rối loạn trí tuệ	50
- Rối loạn chú ý	52
- Đặc điểm riêng cơ bản của triệu chứng và hội chứng học tâm thần	53
Các rối loạn về tâm thần thực tồn	56
- Đại cương về các rối loạn tâm thần thực tồn	56
- Mất trí	63
Bệnh tâm thần phân liệt	68
Rối loạn khí sắc	79
Các rối loạn liên quan đến stress	92
- Đại cương về stress và các rối loạn có liên quan	92
- Phản ứng với stress và rối loạn sự thích ứng	94
- Các rối loạn phân ly	97
- Rối loạn dạng cơ thể	101
Nghiện ma tuý	107
Lạm dụng rượu và nghiện rượu	118
Dược lý học tâm thần	125
Liệu pháp tâm lí	144
Liệu pháp sốc điện	155
Cấp cứu tâm thần	159
Phụ lục	165
Thang trầm cảm Beck	165
Thang lo âu Spielberger	168
Kiểm tra sơ bộ trạng thái tâm thần	171

ĐẠI CƯƠNG TÂM THẦN HỌC

1. Sơ lược lịch sử

Tâm thần học là một ngành đặc biệt trong y học, nó có nhiệm vụ nghiên cứu bệnh nguyên, bệnh sinh, các phương pháp điều trị, chăm sóc và dự phòng các rối loạn tâm thần, các rối loạn hành vi.

Thuật ngữ “Tâm thần học – Psychiatry” xuất phát từ tiếng Hy Lạp (psyche có nghĩa là linh hồn hay tâm thần, iatrica là chữa bệnh). Đã qua nhiều thế kỷ, bệnh tâm thần được mang nhiều tên gọi khác nhau như từ “điên” chủ yếu là miệt thị người bệnh.

Về lịch sử tâm thần học luôn gắn liền với lịch sử phát triển của loài người, đề tồn tại và phát triển nó gắn liền với quá trình đấu tranh của con người qua các thời kỳ và qua mỗi thời kỳ cũng có các dấu ấn theo mỗi giai đoạn của lịch sử.

Thời kỳ thượng cổ: người cổ xưa đã tin rằng các rối loạn tâm thần đều do các thần linh ban thường, che chở hay ma quỷ trừng phạt. Tuy nhiên, trong suốt thời gian dài đó, Hippocrate người đầu tiên đã mô tả một số các hội chứng tâm thần và các rối loạn cảm xúc lưỡng cực mà trước đây được cho là loạn thần hưng trầm cảm là do mất thăng bằng thể dịch và môi trường.

Thời kỳ trung cổ: với niềm tin sơ khai và mê tín dị đoan, nhà thờ và thiên chúa giáo thịnh hành tất cả các bệnh nhân đều cho là ma quỷ ám, mọi khuynh hướng tiến bộ trái với kinh thánh đều bị đàn áp, đánh đập, bỏ đói hoặc đưa lên giàn hỏa thiêu.

Thời kỳ phục hưng (thế kỉ XIII - XV) bệnh nhân tâm thần được tách ra khỏi tù tội nhưng không được quan tâm người bệnh đi lang thang. Trong thời gian này, bệnh viện tâm thần St. Mary ở Bethlehem đầu tiên được thành lập ở Anh vào năm 1547 dành riêng cho người bệnh tâm thần.

Từ cuối thế kỉ XVIII và nửa đầu thế kỉ XIX đã chú ý đến người bệnh tâm thần. Philippe Pinel và các thày thuốc đã cởi trói giải phóng cho bệnh nhân tâm thần. Trong giai đoạn này một số các bệnh viện tâm thần ra đời ở châu Âu, các rối loạn tâm thần cũng đã được mô tả, nghiên cứu, điều trị bởi nhiều nhà tâm thần học nổi tiếng như Emil Kraepelin (1856 - 1926), Sigmund Freud (1856 - 1939), Eugene Bleuler (1857 - 1939).

Sự phát triển vượt bậc của việc điều trị bắt đầu từ những năm 1950, đã mở ra kỷ nguyên cho ngành tâm thần, với sự ra đời của các thuốc hướng tâm thần như Chlorpromazine là thuốc chống loạn thần và Lithium thuốc chống hưng cảm. Hơn 10 năm sau, các thuốc chống trầm cảm ba vòng, các thuốc giải lo âu và ngày nay các thế hệ thuốc mới đã góp phần cải thiện to lớn cho người bệnh tâm thần. Đặc biệt là được mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đã được phát triển ở các nước trên thế giới.

Ở Việt Nam, từ xa xưa các bệnh lí tâm thần cũng như trên thế giới, nhưng trong suốt thời kỳ Pháp đô hộ chỉ có hai cơ sở để nhốt người bệnh tâm thần cùng với các tù nhân, đó là nhà thương “Điên” ở Bắc Giang và Biên Hòa. Môn tâm thần không được dạy trong trường Y ở Việt Nam. Nhưng từ sau năm 1954 đến nay, ngành Tâm thần đã phát triển mạnh mẽ, mặc dù còn có nhiều khó khăn nhưng hàng loạt các hệ thống bệnh viện tâm thần ra đời. Hoạt động tổ chức, quản lý, chăm sóc và điều trị cho người bệnh tâm thần tại cộng đồng. Đã triển khai các chương trình nghiên cứu khoa học, đào tạo đội ngũ cán bộ y tế phục vụ cho công tác chăm sóc, điều trị và dự phòng các bệnh lí tâm thần cho công cuộc xây dựng đất nước.

2. Nội dung và đối tượng nghiên cứu của tâm thần học

2.1. Nội dung: Tâm thần học được chia thành hai phần:

Tâm thần học đại cương hay Tâm thần học cơ sở chuyên đi sâu nghiên cứu về bệnh nguyên, bệnh sinh, các phương pháp chẩn đoán và điều trị dự phòng các bệnh tâm thần.

Tâm thần học chuyên biệt đi sâu nghiên cứu các lĩnh vực khác nhau trong tâm thần học như: dịch tễ học tâm thần, bệnh tâm thần phân liệt, trầm cảm, tâm thần học trẻ em, tâm thần học người già, sinh hoá não, miễn dịch, dược lý học tâm thần...

2.2. Các khái niệm cơ bản

Bản chất hoạt động tâm thần

Hoạt động tâm thần là một hoạt động tổng hợp rất nhiều chức năng khác nhau của hệ thần kinh, não bộ, đó là các chức năng phản ánh thực tại khách quan hết sức tinh vi và phức tạp.

Như vậy, bản chất hoạt động tâm thần là một quá trình hoạt động của não, đó là quá trình phản ánh thực tại khách quan các sự vật, hiện tượng vào trong chủ quan của mỗi người, thông qua bộ não là tổ chức cao nhất trong quá trình tiến hóa của vật chất. Hoạt động tâm thần được biểu hiện ra bên ngoài bằng các hoạt động như tri giác, tư duy, nhận thức, trí nhớ, cảm xúc...

Bệnh tâm thần là gì:

Bệnh tâm thần là những bệnh do quá trình hoạt động của não bộ bị rối loạn bởi nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như các yếu tố nhiễm trùng, nhiễm độc, chấn thương sọ não, bệnh lí mạch máu não, bệnh lý cơ thể, stress... Những nguyên nhân này đã làm rối loạn quá trình hoạt động phản ánh thực tại khách quan của não như các rối loạn tri giác, cảm xúc, tư duy, hành vi tác phong không phù hợp với hoàn cảnh và môi trường xung quanh. Tuy nhiên, trên thực tế có những bệnh tâm thần nặng, đó là các bệnh loạn thần, như bệnh tâm thần phân liệt, thì quá trình phản ánh thực tại khách quan của người bệnh bị sai lạc nhiều, hành vi tác phong, ý nghĩ, cảm xúc của người bệnh bị rối loạn nặng. Nhưng cũng có những bệnh tâm thần nhẹ như các rối loạn tâm căn, rối loạn nhân cách... thì quá trình phản ánh thực tại khách quan bị rối loạn nhẹ, bệnh nhân vẫn có thể học tập và công tác được.

Khái niệm về sức khoẻ tâm thần

Khái niệm sức khoẻ của Tổ chức Y tế thế giới: "Sức khoẻ không những là trạng thái không bệnh, không tật mà còn là trạng thái hoàn toàn thoái mái về cơ thể, tâm thần và xã hội".

Như vậy, có 3 loại sức khoẻ đó là: sức khoẻ cơ thể, sức khoẻ tâm thần, và xã hội. Thực chất sức khoẻ tâm thần của con người bao hàm các nét đặc trưng sau:

- a. Có một cuộc sống thật sự thoái mái.
- b. Có niềm tin vào giá trị bản thân, niềm tin vào phẩm chất và giá trị của con người
- c. Có khả năng ứng xử bằng cảm xúc hành vi hợp lý trước mọi tình huống.
- d. Có khả năng tạo dựng, duy trì và phát triển thoả đáng các mối quan hệ.
- e. Có khả năng tự hàn gắn và chống lại các stress, các sự cố mất thăng bằng, căng thẳng.

Sức khoẻ tâm thần ở thế kỷ XXI

Ngày nay, các nước trên thế giới đã ghi nhận về sự tồn thắt về mặt xã hội do bệnh tâm thần gây nên, theo đánh giá của Ngân hàng thế giới về "Gánh nặng bệnh tật toàn cầu" đã kết luận đến năm 2020 bệnh tâm thần sẽ là nguyên nhân thứ hai tiếp tục gây ra tàn tật cho con người trên thế giới. Bước sang thế kỷ 21, chúng ta đã chuyển dần mối quan tâm về "Con người chết như thế nào?" sang mối quan tâm "Con người đang sống như thế nào". Điều đó đã xác định không chỉ quan tâm đến những trường hợp tử vong mà còn đánh giá gánh nặng do bệnh tật gây nên đối với bệnh nhân và xã hội. Với sự chuyển hướng về cách nhìn một số căn bệnh giết người chủ yếu như sốt rét, lao... và những bệnh tâm thần tuy không phải là bệnh giết người nhưng lại làm mất khả năng hoạt động của con người.

Mặt khác, sức khoẻ tâm thần phần nào còn phụ thuộc vào giá trị của gia đình và cộng đồng, đã được đánh giá ưu việt hơn trong việc điều trị bệnh nhân, và về công bằng xã hội, sự quan tâm của công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu và chiến lược giáo dục, dự phòng các bệnh lí tâm thần.

3. Dịch tễ học

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 1998 ước tính trên toàn thế giới tỷ lệ các rối loạn tâm thần chiếm 12% dân số. Tỷ số đóng góp các rối loạn tâm thần vào gánh nặng bệnh tật chung ở các nước phát triển là 23%, còn ở các nước đang phát triển là 11%. Rối loạn tâm thần xếp hàng thứ năm trong 10 nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật toàn cầu, đó là các bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc, nghiện rượu, rối loạn hành vi, ám ảnh... Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra dịch tễ học của ngành Tâm thần (năm 2000), điều tra tập trung vào 10 rối loạn tâm thần chủ yếu thì tỷ lệ rối loạn tâm thần chung chiếm khoảng từ 10 - 15 % dân số, trong đó bệnh tâm thần phân liệt: 0,1%, trầm cảm: 3 - 5%, rối loạn liên quan stress: 4 - 6 % rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên 3,7 %, nghiện rượu: 3 - 5%, nghiện ma tuý: 0,15 - 1,5%, chậm phát triển tâm thần: 1 - 3%.

4. Nguyên nhân của các bệnh tâm thần

Hiện nay, nguyên nhân của các bệnh tâm thần vẫn còn là một vấn đề phức tạp, một số bệnh đã biết rõ căn nguyên song còn một số bệnh căn nguyên vẫn chưa được sáng tỏ, vẫn còn đang được tiếp tục nghiên cứu trên nhiều lĩnh vực khác nhau như các yếu tố gen, miễn dịch, sinh hoá não... các quan điểm trên phần nào đã có những ảnh hưởng đến thái độ, cách tiếp cận và các phương pháp điều trị của thầy thuốc tâm thần.

Thường có 2 yếu tố để xác định nguyên nhân:

4.1. Yếu tố dễ mắc bệnh

Các yếu tố về gen: có thể di truyền từ bố, mẹ sang con hoặc do quá trình biến đổi gen như các bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

Các tổn thương của hệ thần kinh trong thời kỳ phát triển, tổn thương não trong thời kỳ chu sinh.

Các yếu tố tâm lý, xã hội không thuận lợi tác động vào tâm thần ngay trong thời kỳ thơ áu hay vị thành niên như mất cha, mẹ, mất nhà, tệ nạn xã hội, lạch lạc của cộng đồng.

4.2. Yếu tố gây bệnh

Các stress về cơ thể là các bệnh cơ thể như chấn thương sọ não, bệnh lý mạch máu não, các tổn thương thực thể tại não, u não, viêm não, viêm màng não, nhiễm vi rút, thay đổi tình dục, nhiễm độc rượu, ma tuý, bệnh nghề nghiệp, các bệnh nội tiết, các rối loạn chuyển hoá.

Các stress về tâm thần: mất người thân, mất bố mẹ, con cái mất đột ngột hoặc hư hỏng, mất bạn bè, làm ăn thua lỗ...

5. Liên quan giữa tâm thần và các môn khoa học

Ngày nay, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của các ngành khoa học kỹ thuật và y học đã góp phần nghiên cứu và làm sáng tỏ căn nguyên của một số bệnh tâm thần và đã ghi nhận được mối liên quan giữa tâm thần và nhiều các môn khoa học khác nhau.

5.1. Liên quan với các môn lâm sàng

Với thần kinh học: các bệnh lí nhiễm trùng thần kinh như: viêm não, viêm màng não, giang mai thần kinh, chấn thương sọ não, u não, các bệnh lí mạch máu não, đặc biệt là hậu quả xa của chấn thương sọ não gây ra các rối loạn tâm thần.

Với nội khoa và các chuyên khoa khác: bệnh tâm thần là bệnh toàn thân vì vậy các rối loạn cơ thể đều có thể gây hậu quả xấu tác động trực tiếp hoặc gián tiếp đến não và gây ra các rối loạn tâm thần như các bệnh: cao huyết áp, rối loạn nội tiết như Addison, Cushing.

Với các môn cận lâm sàng:

- Đối với sinh hoá não, hiện nay đã có nhiều bằng chứng xác định được các rối loạn tâm thần như rối loạn cảm xúc, căng trương lực... đều xuất hiện trên cơ sở

những biến đổi sinh hoá trong não như các chất: Catecholamin, Serotonin, Dopamin, GABA... và các chất gây loạn thần như Mescalin, LSD25...

- Đối với giải phẫu bệnh lý điện tử, hiện nay dưới kính hiển vi điện tử người ta đã ghi nhận được các thay đổi bất thường ở mức độ tế bào ở não của các bệnh nhân tâm thần như trong thoái hoá tế bào não ở bệnh Alzheimer, Pick...
- Đối với miễn dịch học và di truyền học hiện đại phát triển, đã giúp chúng ta đi sâu nghiên cứu căn nguyên của các bệnh tâm thần như chậm phát triển tâm thần là do rối loạn nhiễm sắc thể hoặc nhiều bệnh tâm thần khác.
- Đối với các kỹ thuật thăm dò hiện đại như điện sinh lý thần kinh hiện đại đã giúp chúng ta ghi được thay đổi sóng điện của não trên các vùng khác nhau của não, đặt cơ sở sinh lý chính xác cho các hoạt động tâm thần. Đặc biệt, gần đây với các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại như: C.T.Scanner, MRI, PET, Spect, đã giúp xác định được các tổn thương não và mối liên quan với các rối loạn tâm thần.

5.2. Liên quan với các ngành khoa học xã hội

Y học là nơi kết hợp chặt chẽ nhất giữa khoa học tự nhiên và khoa học xã hội, chính trong tâm thần học là nơi kết hợp chặt chẽ nhất và nó là mũi nhọn đấu tranh giữa các quan điểm về hoạt động tâm thần bình thường và bệnh lý.

Với triết học: vấn đề mà Tâm thần học thường quan tâm về lí luận cũng như thực hành là bản chất của hoạt động tâm thần là gì? mối liên quan giữa tâm thần và cơ thể, giữa âm thần với môi trường sinh sống bên ngoài, vai trò của ý thức và vô thức, hay giữa hoạt động có ý chí và hoạt động bản năng.

Với tâm lý học như: tâm lý học đại cương, tâm lý y học là những môn cơ sở chủ yếu của tâm thần học trong việc chẩn đoán, theo dõi các bệnh tâm thần và thực hành các liệu pháp tâm lý trong điều trị và phòng bệnh.

Với giáo dục học: giáo dục là một trong các phương pháp phòng bệnh quan trọng nhất của y học. Đối với tâm thần học đó là việc giáo dục nhân cách, hành vi trong việc nâng cao sức khỏe chung và sức khỏe tâm thần.

Với pháp lý: người bị bệnh tâm thần đôi khi gây ra các hành vi xâm phạm đến tính mạng tài sản của bản thân, gia đình và người xung quanh. Vì vậy, thầy thuốc tâm thần cần phải xem xét đánh giá các rối loạn của họ để giám định cho người bệnh về mặt pháp lý xen họ có còn năng lực chịu trách nhiệm về mặt pháp lý, về mặt dân sự, hình sự trước hành vi đó hay không và bảo vệ quyền lợi pháp lý cho họ.

6. Phân loại các rối loạn tâm thần

Hiện nay chúng ta đã và đang sử dụng bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 vào trong chẩn đoán và phân loại bệnh (ICD₁₀- International statistical classification of diseases and related health problems tenth revision)

Các rối loạn tâm thần được ghi mã trong chương F.

F00 – F09	Các rối loạn tâm thần thực tồn bao gồm cả rối loạn tâm thần triệu chứng:
F00	Mất trí trong bệnh Alzheimer
F01	Mất trí trong bệnh mạch máu
F02	Mất trí trong các bệnh lý khác được xếp loại ở chỗ khác
F03	Mất trí không biệt định
F04	Hội chứng quên thực tồn, không do rượu và các chất tác động tâm thần khác
F05	Sảng không do rượu và các chất tác động tâm thần khác
F06	Các rối loạn tâm thần khác do tổn thương não và các rối loạn chức năng não và bệnh cơ thể
F07	Các rối loạn hành vi và nhân cách do bệnh lý não, tổn thương não và rối loạn chức năng não
F09	Rối loạn tâm thần triệu chứng hoặc thực tồn không biệt định
F10 – F19	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần:
F10	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu
F11	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất có thuốc phiện
F12	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng cần sa
F13	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các thuốc an thần hoặc các thuốc ngủ
F14	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng cocaine
F15	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất kích thích khác bao gồm cafein
F16	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây ảo giác.
F17	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng thuốc lá
F18	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các dung môi dễ bay hơi
F19	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng nhiều loại ma túy và sử dụng các chất tác động tâm thần khác
F20 – 29	Bệnh tâm thần phân liệt, các rối loạn loại phân liệt và các rối loạn hoang tưởng
F20	Bệnh tâm thần phân liệt
F21	Các rối loạn loại phân liệt
F22	Các rối loạn hoang tưởng dai dẳng
F23	Các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời
F24	Các rối loạn hoang tưởng cảm ứng
F25	Các rối loạn phân liệt cảm xúc
F28	Các rối loạn loạn thần không thực tồn khác
F29	Bệnh loạn thần không thực tồn không biệt định

F30 - F39	Rối loạn khí sắc (cảm xúc)
F30	Giai đoạn hưng cảm
F31	Rối loạn cảm xúc lưỡng cực
F32	Giai đoạn trầm cảm
F33	Rối loạn trầm cảm tái diễn
F34	Các trạng thái rối loạn khí sắc (cảm xúc) dai dẳng
F38	Các rối loạn khí sắc (cảm xúc) khác
F39	Rối loạn khí sắc(cảm xúc) không biệt định
F40 - F48	Các rối loạn bệnh tâm cảm có liên quan đến Stress và dạng cơ thể
F40	Các rối loạn lo âu ám ảnh sợ
F41	Các rối loạn lo âu khác
F42	Rối loạn ám ảnh nghi thức
F43	Phản ứng Stress trầm trọng và rối loạn sự thích ứng
F44	Các rối loạn phân ly (di chuyển)
F45	Các rối loạn dạng cơ thể
F48	Các rối loạn tâm cẩn khác
F50 – F59	Các hội chứng hành vi kết hợp với các rối loạn sinh lý và các nhân tố cơ thể
F50	Các rối loạn ăn uống
F51	Các rối loạn giấc ngủ không thực tồn
F52	Loạn chức năng tình dục không do rối loạn hoặc bệnh thực tồn
F53	Các rối loạn hành vi và tâm thần kết hợp với thời kỳ sinh đẻ, không phân loại ở nơi khác
F54	Các nhân tố tâm lý và hành vi kết hợp với rối loạn hoặc phân loại ở nơi khác
F55	Lạm dụng các chất không gây nghiện
F59	Các hội chứng hành vi không biệt định kết hợp với các rối loạn sinh lý và các nhân tố cơ thể
F60 – F69	Các rối loạn nhân cách và hành vi ở người thành niên
F60	Các rối loạn nhân cách đặc hiệu
F61	Các rối loạn nhân cách hỗn hợp và các rối loạn nhân cách khác
F62	Các biến đổi nhân cách lâu dài mà không thể gán cho một tổn thương não hoặc một bệnh não
F63	Các rối loạn thói quen và xung đột
F64	Các rối loạn về ưa chuộng giới tính
F66	Các rối loạn hành vi và tâm lý kết hợp với sự phát triển và định hướng giới tính

F68	Các rối loạn khác về hành vi và nhân cách ở người thành niên
F69	Rối loạn không biệt định về hành vi và nhân cách ở người thành niên
F70 – F79	Chậm phát triển tâm thần
F70	Chậm phát triển tâm thần nhẹ
F71	Chậm phát triển tâm thần vừa
F72	Chậm phát triển tâm thần nặng
F73	Chậm phát triển tâm thần trầm trọng
F78	Chậm phát triển tâm thần khác
F79	Chậm phát triển tâm thần không biệt định
F80 – F89	Các rối loạn về phát triển tâm lý
F80	Các rối loạn đặc hiệu về phát triển lời nói và ngôn ngữ
F81	Các rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng ở nhà trường
F82	Các rối loạn đặc hiệu về phát triển chức năng vận động
F83	Các rối loạn hỗn hợp và đặc hiệu về phát triển
F84	Các rối loạn phát triển lan tỏa
F88	Các rối loạn khác của phát triển tâm lý
F89	Các rối loạn không đặc hiệu của phát triển tâm lý
F90 – F99	Các rối loạn hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên
F90	Các rối loạn tăng động
F91	Các rối loạn hành vi
F92	Các rối loạn hỗn hợp của hành vi và cảm xúc
F93	Các rối loạn cảm xúc với sự khởi phát đặc biệt ở tuổi trẻ em
F94	Rối loạn hoạt động xã hội với sự khởi phát đặc biệt ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên
F95	Các rối loạn tic
F98	Những rối loạn hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở trẻ em và thanh thiếu niên
F99	Rối loạn tâm thần, không biệt định cách khác

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt. 1984. *Tâm thần học*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trần Đình Xiêm. 1992. *Tâm thần*. Nhà xuất bản Y học.
3. Harold. I. Kaplan and Benjamin J. Sadock. 1996. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry Second Edition* - Williams and wilkins.
4. Harold. I. Kaplan and Benjamin J Sadock. 2000. *Textbook comprehensive of psychiatry* - Williams and Wilkins.

THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TÂM THẦN

MỤC TIÊU: *Trình bày được cách theo dõi và đánh giá bệnh nhân tâm thần*

Khám lâm sàng tâm thần bao gồm 2 phần chính. Phần thứ nhất là phần lịch sử bao gồm bệnh sử tâm thần, lịch sử phát triển và các vấn đề cá nhân, tiền sử bệnh tâm thần, tiền sử bệnh cơ thể, tiền sử gia đình và các vấn đề liên quan. Phần thứ hai là khám, đánh giá trạng thái tâm thần tại thời điểm tiến hành phỏng vấn.

Trong khám lâm sàng tâm thần, hỏi bệnh là kỹ năng chính. Do vậy kỹ năng giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân là vô cùng quan trọng quyết định sự thành công của buổi khám bệnh. Mục đích của hỏi bệnh là để:

- (1) nắm được đầy đủ về lịch sử của bệnh nhân,
- (2) thiết lập được mối quan hệ và hợp tác điều trị,
- (3) tạo dựng được lòng tin và sự trung thực của bệnh nhân,
- (4) đánh giá được tình trạng hiện tại,
- (5) chẩn đoán được bệnh,
- (6) lập được kế hoạch điều trị.

Để có được các thông tin đầy đủ và khách quan, cần phối hợp giữa các thông tin do bệnh nhân và gia đình bệnh nhân cung cấp với các giấy tờ, tài liệu, kết quả xét nghiệm... của những lần khám trước. Song song với việc khám lâm sàng tâm thần, cần khám lâm sàng thần kinh và các cơ quan, thực hiện các xét nghiệm thích hợp giúp cho chẩn đoán và theo dõi điều trị. Tóm lại, khám lâm sàng tâm thần cần tuân theo 3 nguyên tắc cơ bản:

- (1) Khám toàn diện, chi tiết, cơ động.
- (2) Kết hợp giữa các tài liệu chủ quan và khách quan.
- (3) Kết hợp kiến thức vững vàng về tâm thần học và nghệ thuật tiếp xúc.

1. Kỹ năng hỏi bệnh

Sắp xếp khám bệnh ở một phòng riêng yên tĩnh, thoải mái.

Tự giới thiệu về mình với bệnh nhân, chào hỏi bệnh nhân, thông báo với bệnh nhân mục đích của việc hỏi bệnh.

Để bệnh nhân ngồi thoải mái, biếu lộ thái độ tôn trọng, cảm thông để bệnh nhân cảm thấy yên tâm, tin tưởng

Không phê bình, chỉ trích bệnh nhân.

Quan sát bệnh nhân một cách tý mỉ về hình dáng, diệu bộ, cử chỉ động tác.

Chủ động trong khi hỏi bệnh, không tranh cãi hoặc tỏ thái độ tức giận với bệnh nhân.

Sử dụng lời lẽ dễ hiểu phù hợp với trình độ và khả năng của bệnh nhân.

Thời gian hỏi bệnh thường kéo dài từ 15 – 90 phút và phụ thuộc vào tình trạng của người bệnh, trung bình khoảng từ 45 – 60 phút.

Sử dụng các câu hỏi mở với những bệnh nhân có thể kể bệnh tốt và hợp tác khám bệnh, sử dụng các câu hỏi đóng (đúng/ sai) nếu thời gian khám bệnh ngắn, hoặc khi bệnh nhân đang trong trạng thái loạn thần, mê sảng, sa sút trí tuệ hoặc bệnh nhân ít hợp tác kể bệnh.

Một số bệnh lý đòi hỏi những lưu ý đặc biệt cho việc khám bệnh:

Bệnh nhân biểu hiện tình trạng sa sút, thoái lui: cần chủ động, sử dụng các câu hỏi đóng. Chú ý đến các động tác, cử chỉ, ngôn ngữ cơ thể của người bệnh. Thay đổi câu hỏi hoặc chủ đề khác nếu nhận thấy bệnh nhân khó trả lời được câu hỏi vừa nêu.

Hỏi gia đình người bệnh: tập trung vào những vấn đề của bệnh nhân. Hỏi về cách thức mà các thành viên trong gia đình đối xử với bệnh nhân: tức giận, quan tâm, lo lắng, ai là người muốn giúp đỡ người bệnh.

Bệnh nhân trầm cảm: cần phát hiện ý tưởng tự sát, hỏi xem bệnh nhân có kế hoạch gì không. Cố gắng để làm tăng lòng tự trọng của bệnh nhân bằng cách đưa ra những lời khen ngợi phù hợp.

Bệnh nhân kích động: lưu ý không ngồi gần bệnh nhân trong phòng đóng kín. Ngồi gần nơi có thể dễ dàng thoát ra ngoài. Trong phòng có nhân viên bảo vệ. Nếu bệnh nhân có biểu hiện quá khích, dừng buổi khám bệnh ngay lập tức.

Bệnh nhân rối loạn dạng cơ thể: không thảo luận về các triệu chứng dạng cơ thể của bệnh nhân. Quả quyết với bệnh nhân rằng thầy thuốc tin những khó chịu mà bệnh nhân kể.

Bệnh nhân có hoang tưởng: đừng tranh cãi với bệnh nhân về hoang tưởng. Hãy nói với bệnh nhân rằng anh không đồng ý với bệnh nhân nhưng hiểu những suy nghĩ của họ.

Bệnh nhân hưng cảm: cố gắng đặt ra các giới hạn để kiềm chế bệnh nhân. Hãy nói với bệnh nhân rằng anh cần biết một số thông tin đặc biệt trước, sau đó hãy nói đến các vấn đề khác.

Bệnh nhân vừa được dùng thuốc: bệnh nhân sẽ buồn ngủ và muốn trả lời qua loa. Do vậy nên dùng các câu hỏi đóng và chỉ hỏi một số vấn đề quan trọng, chuyển những vấn đề thứ yếu sang lần khám sau.

2. Lịch sử tâm thần

Lịch sử tâm thần là toàn bộ câu truyện về cuộc đời bệnh nhân theo trình tự thời gian. Nó cho phép người bác sĩ tâm thần hiểu bệnh nhân là ai, quá khứ của bệnh nhân như thế nào và tương lai bệnh nhân sẽ ra sao. Lịch sử tâm thần phải được kể bằng lời kể của bệnh nhân, theo quan điểm của họ. Có thể các thông tin này cũng được thu thập từ cha mẹ, họ hàng, vợ chồng, bạn bè ... của bệnh nhân. Lưu ý: cần cho phép bệnh nhân tự kể về mình và yêu cầu họ kể những gì họ cho là quan trọng nhất. Người phòng vấn cần đưa ra những câu hỏi phù hợp để có được các thông tin quan trọng và chi tiết.

2.1. Các thông tin cá nhân

Thông tin cá nhân bao gồm: họ và tên bệnh nhân, tuổi, giới tính, dân tộc, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, trình độ học vấn, địa chỉ, số điện thoại, nghề nghiệp và nơi làm việc, bệnh nhân tự đến hay được ai giới thiệu đến, người cung cấp thông tin là ai, có quan hệ thế nào đối với bệnh nhân, thông tin nhận được có đáng tin cậy hay không (nếu bệnh nhân không hợp tác khám bệnh).

2.2. Lý do đến khám bệnh (hay biểu hiện chính)

Lý do đến khám bệnh phải được ghi theo lời giải thích của bệnh nhân. Ghi lý do buộc bệnh nhân phải đến viện hoặc đến gặp nhân viên tư vấn. Sử dụng các câu hỏi: "Tại sao anh phải đến gặp bác sĩ tâm thần?", "Điều gì buộc anh phải đến bệnh viện?", "Cái gì là vấn đề chủ yếu khiến anh cảm thấy khó chịu phải đi khám bệnh?".

2.3. Bệnh sử hiện tại

Trong phần này, cần khai thác sự tiến triển của các triệu chứng bệnh lý từ khi có dấu hiệu khởi phát cho đến hiện tại, mối liên quan đến các sự kiện trong đời sống, những xung đột cá nhân, sang chấn tâm lý, các thuốc, chất gây nghiện, những thay đổi chức năng so với trước đây. Cần ghi càng sát theo lời kể của bệnh nhân càng tốt. Cần hỏi bệnh nhân đã được khám và điều trị ở đâu, bằng các phương pháp gì, kết quả điều trị ra sao.

2.4. Tiền sử bệnh tâm thần và cơ thể

Khai thác tiền sử các bệnh tâm thần từ trước bao gồm các rối loạn loạn thần, các rối loạn tâm thần và hành vi, rối loạn dạng cơ thể và các bệnh tâm căn...

Về tiền sử mắc các bệnh cơ thể cần khai thác các bệnh lý thần kinh (viêm não, u não, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, động kinh...), các bệnh nội tiết, hệ thống, các bệnh cơ thể khác.

Khi khai thác tiền sử bệnh tật, cần chú ý hỏi thời gian mắc bệnh, mức độ nặng nhẹ, điều trị tại bệnh viện nào hoặc được bác sĩ nào theo dõi điều trị, điều trị bằng các biện pháp gì, hiệu quả ra sao, tác động của đợt ốm đó đến cuộc sống của bệnh nhân. Yêu cầu bệnh nhân cho xem các tư liệu liên quan đến bệnh tật trước đây (nếu có).

Khai thác tiền sử nghiện chất: nghiện rượu, thuốc lá, ma tuý, các thuốc an thần gây ngủ khác... Không nên đặt câu hỏi: "Anh có nghiện rượu không?" mà nên hỏi: "Anh uống bao nhiêu rượu một ngày?". Cần hỏi: thời gian nghiện, mức độ sử dụng, tác động của việc sử dụng chất gây nghiện đó đến sức khỏe, đời sống, sinh hoạt và nghề nghiệp... của bệnh nhân.

2.5. Lịch sử cá nhân

Khi xem xét bệnh lý hiện tại của bệnh nhân, người bác sĩ tâm thần cần biết toàn bộ về quá khứ của bệnh nhân và mối liên hệ của nó đến bệnh lý hiện tại. Lịch sử cá nhân thường được hỏi dựa theo các giai đoạn và các lứa tuổi phát triển chủ yếu. Cần

chú ý khai thác các sự kiện nổi bật, VD: các sang chấn tâm lý, chấn thương cơ thể, xung đột, thảm họa...

2.5.1. Lịch sử quá trình mang thai và sinh đẻ của mẹ bệnh nhân

Cần khai thác các đặc điểm nổi bật như bệnh nhân được sinh ra đúng theo dự định và mong muốn của cha mẹ không? quá trình mang thai có bình thường không? có ốm đau gì hoặc có sang chấn tâm thần hay cơ thể không? trong khi mang thai mẹ bệnh nhân có sử dụng thuốc hay chất gây nghiện gì không? đẻ thường hay đẻ khó, có phải can thiệp thủ thuật gì không? có bị ngạt sau đẻ không?

2.5.2. Thời kỳ trẻ nhỏ

Khai thác quá trình phát triển từ nhỏ như được nuôi bằng sữa mẹ hay nuôi bộ, các giai đoạn phát triển tâm thần vận động như ngồi, bò, tập đứng, tập đi, tập nói, tính tình thế nào? trẻ khoẻ hay thường xuyên ốm yếu? có bị va ngã lần nào đáng chú ý không? thói quen ăn uống, tập đi vệ sinh, khả năng học tập và bắt chước? mối quan hệ gắn bó với cha mẹ, người trông trẻ, trẻ cùng lứa tuổi như thế nào, thân thiện bạo dạn hay nhút nhát, thích chơi một mình hay thích chơi cùng bạn? có thường xuyên gặp ác mộng không? có đái dầm không? có các ám sợ không? điều gì khủng khiếp nhất hoặc thích thú nhất thời thơ ấu mà bệnh nhân nhớ?

Khi bắt đầu đi học cần hỏi xem có gặp khó khăn gì trong học tập không? khả năng tập trung chú ý? tình trạng học kém, lưu ban, kỷ luật không? mối quan hệ với thầy cô giáo, bạn bè cùng trang lứa?

2.5.3. Thời kỳ thanh thiếu niên

Đây là thời kỳ nhạy cảm của đời người. Do vậy, ngoài việc hỏi các vấn đề như học tập, vấn đề sức khoẻ và bệnh tật chung, cần chú ý khai thác các vấn đề liên quan đến tâm lý và các rối loạn tuổi vị thành niên như các mối quan hệ xã hội, thầy cô giáo, bạn bè, có nhiều hay ít bạn, có bạn thân không? có tham gia nhóm hội gì không? có rắc rối trong trường hoặc ngoài trường như trộm cắp, đánh nhau, phá phách không? có sử dụng chất kích thích hoặc các chất ma tuý khác không? có giai đoạn nào có cảm giác đau khổ, tội lỗi hoặc cảm thấy mình thua kém bạn bè không?...

2.5.4. Thời kỳ trưởng thành

Thời kỳ này, người thầy thuốc tâm thần cần quan tâm đến nghề nghiệp và việc lựa chọn nghề nghiệp của bệnh nhân, thái độ đối với công việc, các mối quan hệ với đồng nghiệp, bạn bè, với lãnh đạo, các mối quan tâm chính, các tham vọng thăng tiến và kết quả đạt được.

Trong thời kỳ trưởng thành, một loạt các sự kiện lớn liên quan đến bệnh nhân như: yêu đương, lập gia đình, sinh đẻ, cuộc sống hôn nhân, con cái, việc học tập, thu nhập, các hoạt động xã hội, tôn giáo... cần được tập trung khai thác.

Về điều kiện sống hiện tại, cần hỏi xem bệnh nhân sống cùng với ai (ông bà, bố mẹ, anh chị em...)? mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình? Nếu bệnh nhân phải

nhập viện, ai là người chăm sóc bệnh nhân, ai là người giúp bệnh nhân chăm sóc con cái...

2.5.5. Tiền sử về tình dục

Do chịu ảnh hưởng của nền văn hoá Á Đông, đại đa số bệnh nhân không muốn thảo luận với thầy thuốc về vấn đề tình dục thậm chí cả khi đây chính là nguyên nhân sâu sa nằm dưới các rối loạn hiện tại của người bệnh. Do vậy người thầy thuốc cần tạo ra bầu không khí thoải mái, thân thiện, tin cậy mới có thể khai thác được lịch sử tình dục.

Cần hỏi bệnh nhân về quan điểm chung của bệnh nhân về tình dục, thái độ của bệnh nhân đối với vấn đề tình dục hiện nay của bản thân. Gợi mở cho bệnh nhân nói về sự phát triển tình dục qua các giai đoạn từ khi dậy thì (tuổi có kinh lần đầu, tuổi xuất tinh lần đầu, những cảm xúc đặc biệt, những nỗi sợ hãi, những khác biệt...). Có thể sử dụng một số câu hỏi như: “Anh (chị) đã từng có vấn đề phiền muộn gì về đời sống tình dục của mình”? “ Ban đầu hiểu biết của anh (chị) về tình dục có được từ nguồn thông tin nào”?...

2.6. Tiền sử gia đình

Cần khai thác tiền sử gia đình về bệnh tâm thần, các bệnh cơ thể, các bệnh có tính chất di truyền (chậm phát triển tâm thần, động kinh, Alzheimer, Parkinson,...). Khai thác tiền sử nghiệp chất của cha mẹ và những thành viên khác... Cần hỏi thêm về tuổi và nghề nghiệp của cha mẹ. Nếu cha mẹ đã chết cần hỏi chết ở độ tuổi nào, nguyên nhân chết là gì,... Chú ý cảm nhận của bệnh nhân về các thành viên trong gia đình.

3. Khám tâm thần

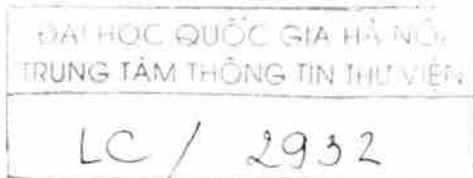
Khám tâm thần chính là phần đánh giá lâm sàng của người thầy thuốc tại thời điểm khám bệnh dựa vào hỏi bệnh, quan sát. Trạng thái tâm thần của bệnh nhân có thể thay đổi từng ngày, từng giờ. Cần khám thật kỹ, chi tiết, ghi lại toàn bộ các thông tin liên quan đến quá trình khám bệnh.

3.1. Biểu hiện chung

Trong phần này, người thầy thuốc tâm thần cần mô tả hình dáng vẻ ngoài ban đầu khi gặp bệnh nhân thể hiện qua hình dáng, đi lại, điệu bộ, ăn mặc, trang điểm, nói năng... Thông thường, biểu hiện chung của bệnh nhân được mô tả là: có vẻ khoẻ mạnh, vẻ ốm yếu, tư thế đĩnh đạc đường hoàng, trông có vẻ già, trông có vẻ trẻ trung, trông có vẻ nhè nhẹ nhác, trông như trẻ con, trông dị kỳ... Cũng nên chú ý đến các dấu hiệu của lo âu, xoắn vặn 2 bàn tay, cúi đầu, vẻ căng thẳng, mắt mờ tròn...

3.2. Thái độ tiếp xúc với thầy thuốc

Thầy thuốc tâm thần cần nhận xét thái độ tiếp xúc của bệnh nhân. Các dạng thể hiện có thể là: hợp tác kề bệnh, thân thiện, chăm chú, quan tâm, thăng thắn bộc trực, thái độ quyến rũ, thu hút thầy thuốc, thái độ tự vệ đề phòng, thái độ khinh khỉnh, thái độ lúng túng bối rối, thái độ thờ ơ, thái độ thù địch chống đối, thái độ kịch tính, thái độ dễ mến, thái độ lảng tránh...



3.3. Khám ý thức

Khám ý thức nhằm mục đích đánh giá mức độ tinh táo của bệnh nhân, đồng thời phát hiện các rối loạn chức năng não bộ. Các biểu hiện có thể là: tinh táo, rõ ràng, lú lẫn, u ám, bán mê, hôn mê. Định hướng thời gian, không gian, bản thân, xung quanh đầy đủ, rõ ràng hoặc rối loạn.

Khi khám ý thức, thường sử dụng một số câu hỏi: “Đây là đâu?”, “Hôm nay là thứ mấy?”, “Anh có biết tôi là ai không?”, “Anh hãy cho biết anh là ai”... Thông thường khi có rối loạn, định hướng về thời gian và không gian thường rối loạn trước, định hướng về bản thân và xung quanh duy trì lâu hơn.

Khi có rối loạn định hướng cần lưu ý đến các bệnh thực thể ở não hoặc bệnh toàn thân gây tổn thương nặng nề đến chức năng não.

3.4. Khám cảm xúc

Quan sát khí sắc của người bệnh. Khí sắc là trạng thái cảm xúc ổn định, bền vững. Khí sắc có thể giảm, buồn rầu, üz rũ, đau khổ, trầm cảm, tăng vui vẻ, hạnh phúc sảng sướng, hưng cảm, giận dữ, phẫn uất, tức giận, lo sợ hốt hoảng, bàng quan, thờ ơ vô cảm,... Sử dụng các câu hỏi như: “Anh cảm thấy như thế nào?”, “Anh có nghĩ rằng cuộc sống là vô giá trị không đáng sống hay không?”, “Anh có ý muốn tự làm hại bản thân mình không?”, “Anh có kế hoạch gì đặc biệt không? có ý muốn tự sát không?”...

Quan sát sự thay đổi cảm xúc của bệnh nhân. Cảm xúc là trạng thái dễ thay đổi liên quan đến hoàn cảnh, đến suy nghĩ của bệnh nhân. Khi hỏi bệnh, quan sát các dấu hiệu thể hiện sự thay đổi cảm xúc như nét mặt, cử động thân thể, âm điệu lời nói. Nhận xét xem cảm xúc của bệnh nhân có dễ thay đổi không, dễ tức giận, thô lỗ không cảm xúc phù hợp hay không phù hợp với hoàn cảnh, có hay không có sự thay đổi cảm xúc...Những thay đổi cảm xúc thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, mất sự biểu cảm gấp trong bệnh nhân rối loạn tâm thần thực tồn, căng trương lực...

3.5. Khám tri giác

Quan sát hành vi bệnh nhân để phát hiện các rối loạn tri giác như: bịt tai, nhắm mắt, che mắt, đeo kính râm, nhăn mặt khó chịu, người tay và các vật dụng, xoa, bắt nhlúp trên da, tránh né, chạy trốn...

Đặt ra cho bệnh nhân các câu hỏi như: “ ánh sáng, tiếng động như thế này có khiến cho anh khó chịu không, anh có thể cảm nhận mọi thứ một cách rõ ràng không?”, “anh đã bao giờ nhìn thấy gì lạ hoặc nghe thấy giọng nói khác thường chưa?”, “Anh đã bao giờ nhận thấy những điều lạ lùng khi anh bắt đầu ngủ hoặc bắt đầu thức dậy chưa?”, “Anh có cảm thấy có điều gì đó khó chịu lạ lùng trên da hoặc trong cơ thể mình không?”, “Đã bao giờ anh cảm thấy cơ thể mình có gì đó thay đổi rất lạ lùng chưa” thay đổi đó như thế nào?”, “Anh có cảm thấy xung quanh mình có điều gì đó thay đổi khác lạ không?”...

Các rối loạn tri giác có thể gặp như: tăng cảm giác, giảm cảm giác, rối loạn cảm giác bản thể, ảo tưởng, ảo giác (ảo thanh, ảo thị, ảo vị, ảo khứu, ảo giác xúc giác, ảo

thanh chức năng, ảo giác lúc dờ thức dờ ngủ, ảo giác nội tạng), tri giác sai thực tại và giải thể nhân cách. Khi phát hiện thấy bệnh nhân có rối loạn đặc biệt là có ảo giác cần hỏi kỹ về đặc điểm của rối loạn đó.

3.6. Khám tư duy

Tư duy có thể được chia thành hình thức tư duy và nội dung tư duy. Hình thức tư duy chỉ ra cách thức bệnh nhân diễn đạt và kết nối các ý nghĩ. Nội dung tư duy dùng để chỉ điều mà bệnh nhân suy nghĩ: ý tưởng, niềm tin, mối bận tâm, nỗi ám ảnh...

3.6.1. Hình thức tư duy

Trong phần này, người thầy thuốc tâm thần cần mô tả đặc điểm ngôn ngữ của bệnh nhân. Bệnh nhân có thể được mô tả là người nói nhiều, ba hoa, nói liên thoảng, lầm lì ít nói, ngôn ngữ có vẻ không tự nhiên, hoặc có các đáp ứng phù hợp với các câu hỏi của thầy thuốc. Nhịp điệu ngôn ngữ có thể nhanh hoặc chậm, bị dồn nén, đầy cảm xúc, ngôn ngữ kịch tính, nói chậm từng từ một, nói to, nói thì thầm, nói lật bật, run rẩy...

Các rối loạn hình thức tư duy có thể biểu hiện như tư duy phi tán, tư duy dồn dập, nói hổ lốn, tư duy chậm chạp, ngắn quãng, lai nhai, nói một mình, không nói, ngôn ngữ rời rạc không liên quan, đảo lộn các cấu trúc ngữ pháp một cách vô nghĩa, từ bịa đặt, tiếng nói riêng khó hiểu, tư duy 2 chiều trái ngược, tư duy tượng trưng... Nhận xét xem các rối loạn này có chịu ảnh hưởng của cảm xúc, các rối loạn tri giác như ảo thanh, ảo thị hoặc rối loạn tư duy như ám ảnh, hoang tưởng hay không.

3.6.2. Nội dung tư duy

Các rối loạn nội dung tư duy có thể bao gồm: các hoang tưởng, những mối bận tâm (mà liên quan đến tình trạng bệnh tật của bệnh nhân, các ám ảnh, các suy nghĩ có tính chất cưỡng bức, các ám sợ, các kế hoạch, dự định, ý tưởng tái diễn về hành vi tự sát hoặc tự huỷ hoại, các triệu chứng nghi bệnh, những thôi thúc về hành vi chống đối xã hội...). Có thể sử dụng các câu hỏi như: "Anh có những suy nghĩ có khó chịu cứ lặp đi lặp lại trong đầu không?", "Có việc gì mà anh bắt buộc phải làm đi làm lại nhiều lần theo một cách thức nhất định không?", "Có việc gì mà anh bắt buộc phải làm theo một cách riêng biệt hoặc theo trình tự nhất định không?", "Nếu anh không làm theo cách đó, anh có bắt buộc phải làm lại không?", "Anh có biết tại sao anh lại phải làm như vậy không?", "Anh có cảm thấy hoặc nghĩ rằng có người nào đó muốn làm hại anh không?", "Anh có cho rằng mình có mối liên hệ đặc biệt nào đó với thần thánh hoặc chúa trời không?", "Anh có cho rằng có người nào đó đang cố gắng gây ảnh hưởng đến anh không?", "Anh có cho rằng có ai đó đang dùng quyền lực, phép thuật để điều khiển anh không?", "Anh có cho rằng mọi người xung quanh đều đang xì xào bàn tán về mình hoặc nhìn mình với một ý nghĩa đặc biệt không?", "Anh có cho rằng mình có tội lỗi gì không?", "Anh có nghĩ gì về ngày tận thế của thế giới không?", "Anh có khả năng đặc biệt hoặc quyền lực đặc biệt gì không?"... Cũng cần yêu cầu bệnh nhân cho xem các giấy tờ, tài liệu, tranh vẽ... của bệnh nhân để giúp cho việc đánh giá.

Khi phát hiện bệnh nhân có rối loạn hình thức tư duy, cần hỏi kỹ về đặc điểm của rối loạn đó. Mô tả ảnh hưởng của rối loạn đó đến cảm xúc, hành vi, công việc, sinh hoạt và các mối quan hệ của bệnh nhân...

3.7. Khám trí nhớ

Khám trí nhớ bao gồm đánh giá trí nhớ gần, trí nhớ xa, trí nhớ ngắn hạn.

Trí nhớ gần là khả năng nhớ lại những sự việc mới xảy ra trong khoảng một vài tháng. Có thể sử dụng những câu hỏi như: "Anh đã ở đâu ngày hôm qua?", "Anh đã ăn gì trong bữa ăn trước?"... Thông thường ở bệnh nhân rối loạn tâm thần do các bệnh thực thể tại não, bệnh Alzheimer trí nhớ gần thường bị ảnh hưởng trước trí nhớ xa. Hiện tượng tăng nhớ có thể gặp trong rối loạn nhân cách paranoide...

Trí nhớ xa là khả năng nhớ lại những kiến thức, những sự việc xảy ra đã lâu trong quá khứ. Có thể sử dụng những câu hỏi như: "Anh sinh ra ở đâu?", "Anh đã học phổ thông ở trường nào?", "Anh lập gia đình vào ngày tháng năm nào?", "Các con anh bao nhiêu tuổi?", "Ngày quốc khánh là ngày nào?"... So sánh với các thông tin do gia đình cung cấp để đánh giá trí nhớ.

Trí nhớ ngắn hạn là khả năng nhớ lại ngay lập tức. Có thể đọc tên 3 đồ vật khác nhau và bảo bệnh nhân nhớ và nhắc lại sau 5 phút. Hoặc yêu cầu bệnh nhân nhắc lại 5 câu hỏi trước đó... Suy giảm trí nhớ ngắn hạn gặp trong tổn thương tại não, rối loạn phân ly, rối loạn lo âu hoặc bệnh nhân sau dùng một số thuốc (VD: benzodiazepines...)

3.8. Khả năng tập trung chú ý

Đánh giá khả năng tập trung chú ý của bệnh nhân dựa vào quan sát, theo dõi bệnh nhân khi trả lời các câu hỏi của thầy thuốc. Nếu bệnh nhân kém tập trung, thầy thuốc phải nhắc đi nhắc lại câu hỏi bệnh nhân mới trả lời, bệnh nhân khó đáp ứng được các câu hỏi, câu trả lời không phù hợp....

Có thể yêu cầu bệnh nhân thực hiện nghiệm pháp 100 – 7 (lấy 100 trừ đi 7 năm lần liên tiếp), đếm thật nhanh từ 1 đến 20, đánh vần ngược tên của bệnh nhân... để đánh giá khả năng tập trung chú ý.

3.9. Trí tuệ

Đánh giá trí tuệ của bệnh nhân bao gồm việc kiểm tra các khả năng sử dụng ngôn ngữ, khả năng tính toán, khả năng hiểu và phân tích các tình huống, khả năng đánh giá bản thân, khả năng đáp ứng với các tình huống xảy ra trong cuộc sống.

Có thể yêu cầu bệnh nhân phân tích một câu thành ngữ, câu ca dao tục ngữ (VD: hiểu thế nào về câu: "gần mực thì đen, gần đèn thì rạng"....

Dưa ra cho bệnh nhân một câu chuyện hoặc tình huống và yêu cầu bệnh nhân xử lý (VD: xếp hàng mua vé xe, đột nhiên có người chen ngang, bệnh nhân sẽ làm gì?)

Hoặc ra một phép toán (phù hợp với trình độ học vấn) để bệnh nhân thực hiện
(VD: $3 \times 4 + 4 \times 9 = ?$)

Đối với trẻ em, có thể yêu cầu trẻ so sánh 2 bức tranh, 2 đồ vật... để trẻ nhận xét về những điểm giống và khác nhau. Nhận xét khả năng tìm ra điểm căn bản, chủ yếu, thứ yếu, tông thê, chi tiết...

Khi xem xét khả năng tự đánh giá bản thân có thể sử dụng các câu hỏi: "Anh có nghĩ rằng anh bị bệnh không? bệnh gì?", "Anh có cho rằng bệnh của mình cần phải điều trị hay không?", "Anh có dự định gì cho bản thân trong tương lai?"...

Suy giảm trí tuệ gấp trong bệnh thực thể tại não, mất trí, tâm thần phân liệt, chậm phát triển tâm thần...

3.10. Đánh giá các rối loạn hành vi tác phong

Quan sát hành vi tác phong của bệnh nhân, chú ý các động tác tự động như run, tics, cắn móng tay, vê gáu áo, rút tóc, rung đùi... Quan sát các rối loạn hoạt động có ý chí như bồn chồn, đứng ngồi không yên, giảm, ít hoạt động, tìm cách chạy trốn, ngồi, nằm ở các tư thế dị kỳ, kích động, bất động...

4. Các thang đánh giá hỗ trợ trong khám lâm sàng tâm thần

Trong quá trình khám lâm sàng, người thầy thuốc tâm thần có thể sử dụng một số thang (test) đánh giá các triệu chứng hoặc hỗ trợ cho chẩn đoán. Một số thang đánh giá thường được sử dụng đó là: thang trầm cảm Beck, thang đánh giá lo âu Zung, thang đánh giá chức năng tâm thần tổng thể (GAF – Global Assessment of Functioning Scale), test đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE). (Xem thêm ở phần phụ lục).

5. Khám thực thể

5.1. Khám thần kinh

Khám có hệ thống, đúng phương pháp, nhằm phát hiện các hội chứng, triệu chứng, các bệnh lý cấp cứu thần kinh có biểu hiện rối loạn tâm thần như: Viêm não, áp xe não, u não, lao màng não...

Chú ý phân biệt các hội chứng thần kinh thực thể với các hội chứng rối loạn chức năng trong bệnh lý tâm thần.

5.2. Khám các cơ quan

Khám toàn diện và hệ thống các cơ quan nhằm phát hiện các bệnh lý cơ thể bị che lấp bởi các triệu chứng rối loạn tâm thần.

Lưu ý: Khi có các bệnh lý cơ thể cần phải tuân thủ các chỉ định, chống chỉ định trong các liệu pháp điều trị, theo dõi và chăm sóc. Cần chú ý các bệnh lý của cơ quan tim mạch, hô hấp, tiêu hoá, tiết niệu, nội tiết.

5.3. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đường máu, ure máu, chụp X quang tim phổi,...

Các xét nghiệm đặc hiệu: Xét nghiệm chức năng gan, chụp X quang sọ thẳng nghiêng, điện não đồ, chụp C.T. scanner sọ não, chụp MRI, chọc dò – xét nghiệm dịch não tuỷ...

6. Phân tích, tổng hợp, chẩn đoán

6.1. Phân tích

Sau khi đã thu thập đầy đủ các thông tin về bệnh nhân, cần tiến hành đánh giá, phân tích các thông tin dựa trên:

Các thông tin về bệnh sử

Các dấu hiệu, tính chất xuất hiện của thời kỳ khởi phát của thời kỳ khởi phát

Các triệu chứng và hội chứng của thời kỳ toàn phát

Tính chất tiến triển của bệnh

Tiền sử cá nhân và gia đình

Kết quả khám lâm sàng thần kinh và các cơ quan

Các kết quả cận lâm sàng.

6.2. Tổng hợp (tóm tắt bệnh án)

Tóm tắt một cách ngắn gọn nhưng đầy đủ, nêu bật những điểm chủ yếu sau đây:

Bệnh nhân là ai.

Các vấn đề của bệnh nhân là gì.

Ảnh hưởng của những vấn đề này lên người bệnh như thế nào.

Các yếu tố khởi phát và yếu tố thúc đẩy.

Các vấn đề về tiền sử và nhân cách.

Các triệu chứng và hội chứng chính.

Quá trình chẩn đoán, theo dõi, điều trị.

6.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định: lập luận chẩn đoán dựa theo các tiêu chuẩn chẩn đoán trong bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10).

Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán thê (nếu có).

7. Hướng điều trị, chăm sóc và tư vấn

Cần đưa ra hướng điều trị trước mắt và lâu dài cho bệnh nhân, các liệu pháp điều trị có thể sử dụng, vấn đề theo dõi chăm sóc. Lập kế hoạch tư vấn cho bệnh nhân và gia đình người bệnh về việc điều trị, chăm sóc, theo dõi, kết quả điều trị có thể đạt được, các hậu quả có thể xảy ra...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Tâm thần và Tâm lý Y học – Học viện Quân Y (1998), *Tâm thần học đại cương và Tâm lý học y học*, Hà Nội, Tr: 148 – 157.
2. Sidney Bloch và Bruce S. Singh (2001), *Cơ sở của lâm sàng Tâm thần học* (tài liệu dịch), Nhà xuất bản Y học, Tr : 77 – 109.
3. Kaplan & Sadock (2005), *Clinical Examination of the Psychiatric Patient*, Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, Tr:1 – 11.

TRIỆU CHỨNG HỌC TÂM THẦN

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các rối loạn về tri giác.
2. Trình bày được các biểu hiện rối loạn tư duy.
3. Mô tả được các biểu hiện rối loạn trí nhớ.
4. Trình bày được các triệu chứng và hội chứng rối loạn cảm xúc.
5. Mô tả được các biểu hiện rối loạn hoạt động có ý chí và bản năng.
6. Mô tả được các hội chứng rối loạn ý thức.
7. Mô tả được các hội chứng chậm phát triển tâm thần.
8. Trình bày được các đặc điểm cơ bản của triệu chứng và hội chứng học tâm thần.

NỘI DUNG

RỐI LOẠN CẢM GIÁC - TRI GIÁC

Cảm giác là quá trình phản ánh những thuộc tính riêng lẻ của sự vật hiện tượng khi chúng trực tiếp tác động vào các giác quan của con người. VD: cảm giác về hình dạng, kích thước, màu sắc, mùi vị, âm thanh, nóng lạnh, trơn bóng hay thô ráp...

Tri giác là quá trình phản ánh các thuộc tính của sự vật hiện tượng một cách trọn vẹn thống nhất khi chúng đang trực tiếp tác động vào các giác quan của con người. Do vậy, tri giác được hình thành và phát triển trên cơ sở của cảm giác. Nhưng tri giác không phải là phép cộng đơn thuần các cảm giác, mà phản ánh tổng hợp các thuộc tính và cho chúng ta một hình ảnh trọn vẹn, hoàn chỉnh về sự vật, hiện tượng.

1. Các rối loạn cảm giác - tri giác

1.1. Tăng cảm giác

Do ngưỡng kích thích hạ xuống, vì vậy những kích thích trung bình hoặc nhẹ lại trở nên quá mạnh đối với bệnh nhân, làm bệnh nhân không chịu đựng được.

Ví dụ:

Ánh sáng bình thường cũng làm cho bệnh nhân chói mắt không chịu đựng được.

Tiếng đập cửa nghe như tiếng bom nổ.

Thường gặp trong trạng thái quá mệt mỏi ở người bình thường, hoặc là biểu hiện đầu tiên của nhiều bệnh loạn thần cấp tính.

1.2. Giảm cảm giác

Ngưỡng kích thích tăng lên, do đó bệnh nhân không tri giác được những kích thích nhẹ, hoặc tri giác một cách mơ hồ, không rõ ràng những kích thích thông thường.

Ví dụ:

Mọi tiếng động trở nên xa xôi, nghe không rõ ràng.

Cảnh vật xung quanh mờ nhạt như phủ một lớp sương mù.

Mùi vị thức ăn trở nên nhạt nhẽo.

Thường gặp trong rối loạn trầm cảm hoặc tổn thương đồi thị.

1.3. Loạn cảm giác bản thể

Bệnh nhân có những cảm giác đau nhức, khó chịu, lạ lùng trong cơ thể hay gặp trong các nội tạng như nóng bỏng dạ dày, cảm giác cắn xé trong ruột, điện giật trong óc, buồn như bị cù... các cảm giác này xuất hiện thường xuyên, tính chất và khu trú không rõ ràng, không thể xác định được nguyên nhân bằng các phương pháp khám xét thực thể.

Thường gặp trong hội chứng nghi bệnh, trạng thái trầm cảm.

2. Ảo tưởng (Illusion)

2.1. Khái niệm

Ảo tưởng là tri giác sai lệch về toàn bộ những sự việc hay hiện tượng có thật bên ngoài.

Ví dụ:

'Trông gà hoá cuốc'

Nhìn quần áo treo trên tường tưởng là người.

Nghe tiếng lá rơi tưởng tiếng chân người bước.

Ảo tưởng có thể gặp ở người bình thường và người bệnh trong những trường hợp điều kiện tri giác bị trở ngại: chú ý không đầy đủ, ánh sáng lờ mờ, tiếng nói không rõ ràng, quá mệt mỏi, quá lo lắng, sợ hãi hoặc chờ đợi lâu... Tuy nhiên trạng thái này sẽ mất đi nhanh chóng khi các điều kiện làm trở ngại tri giác không còn nữa.

2.2. Phân loại

Chia theo các giác quan: ảo tưởng thính giác, ảo tưởng vị giác, ảo tưởng khứu giác..

Trong trạng thái bệnh lý thường chia ra các loại ảo tưởng sau:

2.2.1. Ảo tưởng cảm xúc (affective illusion).

Xuất hiện trong các trạng thái cảm xúc bệnh lý: lo âu; sợ hãi; trầm cảm hoặc hưng cảm.

Lí dụ: Trong trạng thái cảm xúc lo lắng, sợ hãi, bệnh nhân nhìn quần áo treo trên tường thành kẻ giết người đang đứng nấp.

Trong trạng thái chờ đợi sự trừng phạt, bệnh nhân nghe tiếng va chạm của bát đĩa thành iếng và chạm của xiềng xích, vũ khí chuẩn bị hành hình.

Trong trạng thái hưng cảm, bệnh nhân ra đường nhìn thấy những người đi đường vẫy chào mình, nghe tiếng ồn ào ngoài phố thành tiếng đoàn người điêu hành tung hô tên tuổi mình.

2.2.2. Ảo tưởng lời nói (illusion - verbales)

Là tri giác sai lệch về nội dung lời nói. Bệnh nhân nghe những câu chuyện thông thường của những người xung quanh thành những lời kết tội, tố giác, tuyên bố hình phạt...

Thường gặp trong trạng thái trầm cảm.

Trên lâm sàng cần phân biệt với hoang tưởng liên hệ dựa vào các tính chất: Trong ảo tưởng lời nói, bệnh nhân nghe rất rõ lời nói nhưng nghe sai lệch câu này thành câu khác. Trong hoang tưởng liên hệ, bệnh nhân thường nghe không rõ nội dung lời nói mà suy đoán câu chuyện qua thái độ của những người xung quanh, hoặc bệnh nhân nghe rõ ràng câu nói nhưng tìm ra một ý nghĩa thầm kín sau câu nói đó, theo hoang tưởng của mình.

2.2.3. Ảo ảnh kỳ lạ (Pareidolie Illusion).

Là những ảo tưởng thị giác rất phong phú, đa dạng, sinh động, kỳ lạ... những biến hiện này xuất hiện ngoài ý chí của bệnh nhân, không phụ thuộc vào biến đổi cảm xúc, đồn dập xuất hiện thay thế dần các sự vật có thực bên ngoài.

Ví dụ: bệnh nhân nhìn những chấm sáng hoặc vết loang lổ trên tường thành những cảnh tượng sinh động, những hình ảnh kỳ lạ đa dạng, những khuôn mặt quái gở... hoặc nhìn những đám mây thấy biến đổi thành cảnh trên thiên đình có các nàng tiên đang múa... bệnh nhân ngắm nhìn một cách say mê, thích thú.

Ảo ảnh kỳ lạ thường xuất hiện trong giai đoạn đầu của trạng thái mê sảng và trạng thái mê mộng.

3. Ảo giác (Hallucination)

3.1. Khái niệm:

Ảo giác là tri giác như có thật về một sự vật, hiện tượng không hề có thật trong thực tại khách quan. Ảo giác xuất hiện và mất đi không phụ thuộc vào ý muốn của bệnh nhân, có thể xuất hiện xen kẽ hoặc riêng lẻ với các sự vật hiện tượng có thật bên ngoài. Kèm theo với ảo giác có thể có hoặc không có các rối loạn ý thức (mê sảng, mê mộng) hoặc rối loạn tư duy (mất phán đoán về tri giác sai lệch của mình).

3.2. Phân loại: Có nhiều cách phân loại:

3.2.1. Chia theo hình tượng kết cấu

Ảo giác thô sơ: ảo giác chưa thành hình, không có hình thái và kết cấu rõ rệt. Ví dụ: Thấy 1 ánh lấp loé không rõ là cái gì. Nghe thấy tiếng rì rào, u u...

Ảo giác phức tạp: ảo giác có hình thù rõ ràng, có vị trí nhất định trong không gian. Ví dụ: Thấy người đến giết mình. Nghe thấy tiếng người nói từ góc cửa sổ tình phẩm về đạo đức mình...

3.2.2. Chia theo các giác quan: có bao nhiêu giác quan thì thường có bấy nhiêu loạn ảo giác như: ảo giác thính giác (ảo thanh), ảo giác thị giác (ảo thị), ảo giác vị giác (ảo vị), ảo giác khứu giác (ảo khứu), ảo giác xúc giác (ảo xúc), ảo giác nội tạng.

3.2.3. Chia theo nhận thức và thái độ của người bệnh đối với ảo giác.

Ảo giác thật:

Khái niệm: bệnh nhân tiếp nhận ảo giác như những sự vật có thật trong thực tại, không nghi ngờ, không phân biệt ảo giác với sự vật thật, không nghĩ rằng có ai đó làm ra ảo giác bắt mình phải tiếp thu.

Đặc điểm:

Là những sự vật, hiện tượng cụ thể, có vị trí, hình khối, âm lượng rõ ràng.

Xuất hiện trong thực tại khách quan.

Không có cảm giác bị chi phối (*do người khác làm ra*).

Các loại ảo giác thật:

Ảo thanh: hay gặp nhất trong các loại ảo giác. Nội dung đa dạng, có thể là ảo thanh thô sơ (tiếng ve kêu, tiếng u u...) hoặc ảo thanh phức tạp (tiếng nói rõ rệt của giới nào, tuổi nào, quen hay lạ và nội dung ra sao, vị trí xuất hiện cụ thể). Nội dung tiếng nói cũng đa dạng như ra lệnh, khen hoặc nói xấu... có thể nghe thấy một hoặc nhiều tiếng nói trò chuyện trực tiếp với bệnh nhân hoặc bình phẩm với nhau về bệnh nhân).

Cảm xúc và hành vi của người bệnh bị chi phối tuỳ theo nội dung của ảo thanh như đau khổ, lo sợ, thích thú, bịt tai, nhét bông vào tai, trả lời thì thầm, trò chuyện với ảo thanh hoặc tự sát, giết người...

Thường gặp trong bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần triệu chứng, loạn thần do rượu...

Một bệnh nhân nam 23 tuổi đang điều trị tâm thần phân liệt được đưa đến phòng cấp cứu trong tình trạng gần như trụy tim mạch. Anh kể rằng cách đây khoảng 3 tháng anh nghe thấy một tiếng nói lạ của người đàn ông khăng khăng nài nỉ anh ngừng uống thuốc. Sau vài tuần cố gắng chống lại yêu cầu trên, cuối cùng bệnh nhân quyết định ngừng điều trị. Nhưng sau khi bệnh nhân ngừng uống thuốc, tiếng nói đó lại tiếp tục nài nỉ yêu cầu bệnh nhân phải ngừng ăn uống để làm sạch cơ thể.

Ảo thị: cũng là loại ảo giác thường gặp (sau ảo thanh) và thường kết hợp với ảo thanh.

Ảo thị hay xuất hiện khi quá trình tri giác bị trở ngại, rối loạn ý thức (mê sảng, mê mòng), quá lo sợ hoảng hốt hoặc quá mệt mỏi, điều kiện ánh sáng không đủ (đêm tối, hoảng hôn).

Nội dung rất đa dạng: hình ảnh rõ nét hoặc mơ hồ, động hoặc tĩnh, người hoặc cảnh vật... có thể là ảo thị không lồ, hay ảo thị tí hon, ảo thị ghê rợn hoặc ảo thị xinh đẹp, ảo thị kèm theo tiếng nói hoặc ảo thị câm...

Thái độ của bệnh nhân: say mê ngắm nhìn, bàng quang ngơ ngác hoặc sợ hãi bỏ chạy, có thể tham gia hoạt động cùng ảo thị.

Thường gặp trong loạn thần cấp, loạn thần nhiễm khuẩn, say rượu...

Ảo vị và ảo khứu: ít gặp hơn.

Hai loại này hay đi đôi với nhau và thường xuất hiện cùng hoang tưởng. Nội dung thường là những mùi, vị khó chịu: đắng cay, mùi khét, mùi tóc cháy, mùi trứng ungan, thịt thối...

Ví dụ: bệnh nhân có hoang tưởng bị đau đớn, người thấy thức ăn có mùi khó chịu.

Có thể gặp trong tâm thần phân liệt, động kinh tâm thần...

Ảo giác xúc giác

Nội dung rất đa dạng: cảm giác ngoài da như nóng bỏng, tê rát, côn trùng bò, kim châm... xuất hiện thường xuyên hoặc từng lúc, có thể kết hợp với ảo thị.

Hay gặp trong loạn thần nhiễm độc (cocain, rượu, ma tuý...) và hoang tưởng nghi bệnh. Ngoài ra còn gặp trong tâm thần phân liệt, loạn thần nhiễm khuẩn...

Ảo thanh chức năng: ảo thanh xuất hiện đồng thời với một âm thanh có thực bên ngoài, âm thanh mất thì ảo giác cũng mất theo.

Ví dụ: đồng thời khi nghe tiếng xình xịch của bánh xe lùa hoặc tiếng róc rách của vòi nước chảy thì bệnh nhân thấy tiếng doạ dẫm, chửi rủa mình.

Ảo giác lúc dormit: ảo giác xuất hiện lúc sắp ngủ hay sắp thức dậy, trong bóng tối hay trong ánh sáng lờ mờ bệnh nhân nhìn thấy những hoa văn rực rỡ, sinh vật kỳ quái...

Thường gặp trong rối loạn tâm thần do stress, nội dung thường phản ánh nội dung stress.

Ảo giác nộiẠng và ảo giác về sơ đồ cơ thể:

Bệnh nhân thấy các dị vật, sinh vật trong cơ thể như đĩa trong tai, rắn trong bụng, điện giật trong tim, bị sờ mó, chân tay bị biến đổi... gặp trong tâm thần phân liệt, hoang tưởng nghi bệnh và thường kết hợp với ảo thị.

Ảo giác giả

Khái niệm: bệnh nhân xem ảo giác như những sự vật hiện tượng lạ lùng, không giống với thực tại, phân biệt ảo giác với vật thật. Đặc biệt bệnh nhân cho rằng có người nào đó gây ra ảo giác buộc mình phải tiếp thu (như làm ra ảo thị cho mình thấy hoặc làm cho ý nghĩ mình vang lên thành tiếng...)

Đặc điểm:

Không rõ ràng về vị trí và âm lượng, thường cảm thấy như những biểu tượng hoặc hình ảnh mơ hồ...

Xuất hiện trong tư duy và trong trí tưởng tượng của bệnh nhân nhiều hơn là trong thực tại khách quan.

Có tính chất chi phối bệnh nhân.

Các loại ảo giác giả:

Ảo thanh giả (thường gặp nhất).

Nội dung có thể nghe thấy tiếng nói trong cơ thể, không rõ dàn ông hay dàn bà, lạ hay quen. Có bệnh nhân thấy tư duy vang lên thành tiếng, tư duy bị đánh cắp, bị bộc lộ.

Ví dụ: bệnh nhân sắp làm gì, sắp nghĩ gì thì tiếng nói bên trong đã nói trước, có thể là tiếng nói của người lạ hoặc chính tiếng của tư duy vang lên.

Biểu hiện này là thành phần chính trong hội chứng tâm thần tự động và là một trong những tiêu chuẩn hàng đầu để chẩn đoán tâm thần phân liệt.

Áo giác giả vận động: bệnh nhân nhận thấy hành động của mình như được làm sẵn: Có người nào đó mượn tay, chân mình làm một hành động gì đó, mượn mồm hoặc lưỡi mình để nói liên tục không kiềm chế được. Gặp trong hội chứng áo giác - paranoid của bệnh tâm thần phân liệt.

Áo thị giả: thường là những hình ảnh giống như biểu tượng xuất hiện ngoài ý muốn của bệnh nhân. Ví dụ: hình người không đầy đủ, bóng người lờ mờ, hiện tượng quái khách nhập vào người...

4. Rối loạn tâm lý giác quan (Psychosensoriel)

Rối loạn tâm lý giác quan gần giống như tri giác nhầm nhưng bền vững hơn và dai dẳng hơn.

4.1. Tri giác sai thực tại

Là tri giác sai lầm về một vài thuộc tính, vài khía cạnh nào đó của thực tại khách quan như kích thước, trọng lượng màu sắc...

Ví dụ: bệnh nhân vẫn tri giác được cái bàn nhưng cái bàn có vẻ to hơn không giống những cái bàn cùng loại.

Tri giác biến hình: thay đổi một vài thuộc tính của đối tượng.

Tri giác loạn hình: thay đổi nhiều thuộc tính làm cho đối tượng gần như thay đổi hoàn toàn.

4.2. Giải thể nhân cách

Là tri giác sai lầm về đặc điểm cơ thể (tri giác sai về sơ đồ cơ thể) như tay dài ra, mũi ở sau gáy, không có tim, phổi...

Có thể tri giác sai về đặc điểm tâm lý như cảm xúc, ý nghĩ, tác phong bị biến đổi.

Thường gặp trong rối loạn tâm thần do tổn thương thực thể ở não, loạn thần thực nghiệm (gây ra bởi các chất như mescaline, LSD25...) giai đoạn đầu của bệnh tâm thần phân liệt.

RÓI LOẠN TƯ DUY

Trên cơ sở quá trình tri giác, tư duy đi sâu phản ánh những thuộc tính bản chất bên trong, những mối quan hệ có tính quy luật của sự vật hiện tượng trong hiện thực khách quan mà trước đó ta chưa biết. Do vậy, tư duy là quá trình nhận thức cao hơn tri giác. Tư duy có khả năng phản ánh gián tiếp, khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản

chất của sự vật hiện tượng. VD: Tri giác cho ta biết mặt trời mọc hướng đông và lặn ở hướng tây, tư duy cho ta nhận biết được trái đất quay xung quanh mặt trời.

Quá trình tư duy bao gồm nhiều thao tác như: Phân tích và tổng hợp, so sánh, trừu tượng hoá, khái quát hoá, cụ thể hoá, phân loại, hệ thống hoá. Kết quả của các quá trình này biểu hiện ra bên ngoài bằng các hình thức như: khái niệm, phán đoán, suy luận.

1. Rối loạn hình thức tư duy (rối loạn ngôn ngữ)

1.1. Theo nhịp điệu ngôn ngữ:

1.1.1. Nhịp nhanh:

Tư duy phi tán: liên tưởng mau lẹ, chủ đề luôn thay đổi, nội dung nồng cạn, bệnh nhân nói thao thao bất tuyệt, việc nọ sọ việc kia.

Ví dụ: bệnh nhân nói "*Sức khoẻ tôi rất tốt. Những cầu thủ bóng đá của chúng ta thắng đội khách. Đoàn kết và luyện tập. Mặt trời, nước và không khí trong suốt...*"

Thường gặp trong hưng cảm.

Tư duy dồn dập: ý nghĩ đủ các loại, ngoài ý muốn, dồn dập đến với bệnh nhân làm bệnh nhân rất khó chịu .

Thường gặp trong tâm thần phân liệt.

Nói hổ lốn: nói luôn mồm, ý tưởng linh tinh, nội dung vô nghĩa.

Gặp trong tâm thần phân liệt, trí tuệ sa sút.

1.1.2. Nhịp chậm:

Tư duy chậm chạp: dòng ý tưởng chậm, suy nghĩ khó khăn, phải mất một thời gian lâu sau mỗi câu hỏi bệnh nhân mới trả lời được. Gặp trong trầm cảm.

Tư duy ngắt quãng: đang nói chuyện, dòng ý tưởng như bị cắt đứt làm bệnh nhân không tiếp tục nói được nữa, mãi lâu sau lại tiếp tục về chủ đề khác. Gặp trong tâm thần phân liệt.

Tư duy lai nhai: bệnh nhân khó chuyển chủ đề, luôn đi vào những chi tiết vụn vặt của một vấn đề.

Gặp trong động kinh.

Tư duy kiên định: luôn luôn lặp lại một chủ đề. Gặp trong hội chứng paranoia.

1.2. Theo hình thức phát ngôn:

1.2.1. **Nói một mình:** nói rõ ràng hay lầm bầm một mình, nội dung không liên quan tới hoàn cảnh xung quanh.

Gặp trong giai đoạn cuối của tâm thần phân liệt.

1.2.2. **Nói tay đôi tưởng tượng:** nói chuyện, tranh luận với ảo thanh hay nói chuyện với một nhân vật tưởng tượng. Gặp trong loạn thần do stress, tâm thần phân liệt.

.2.3. *Không nói*: do nhiều nguyên nhân như: trầm cảm, phù định, lú lẫn và sa sút, liệt chức năng cơ quan phát âm, hoang tưởng và ảo giác chỉ phổi, tồn thương thực thể ở não.

.2.4. *Trả lời bên cạnh*: nội dung trả lời của bệnh nhân không liên quan đến câu hỏi. Thường gặp trong bệnh tâm thần phân liệt.

.2.5. *Nói lặp lại*: luôn nói lặp lại một số từ hoặc một câu, không ai hỏi cũng nói.

.2.6. *Đáp lặp lại*: với tất cả các câu hỏi khác nhau bệnh nhân đều trả lời bằng một câu nhất định.

.2.7. *Nhai lời*: hỏi bệnh nhân không trả lời mà chỉ nhắc lại câu hỏi.

Nói lặp lại, đáp lặp lại, nhai lời gặp trong hội chứng căng trương lực.

.2.8. *Cơn xung động lời nói*: bệnh nhân đột nhiên chửi rủa, nói tục hoặc nói những câu vô nghĩa.

Gặp trong tâm thần phân liệt.

1.3. Theo kết cấu ngôn ngữ:

1.3.1. Rối loạn kết âm và phát âm:

Nói khó, nói thì thào, nói lắp, nói giọng mũi, giả giọng nước ngoài, giả giọng địa phương, tiếng ký sinh (vừa nói vừa khụt khít).

1.3.2. Rối loạn ngữ pháp và logic của tư duy:

Ngôn ngữ phân liệt: từng câu có thể đúng ngữ pháp và có ý nghĩa nhưng giữa các câu mất logic và không có ý nghĩa.

Gặp trong tâm thần phân liệt giai đoạn cuối.

Ngôn ngữ rời rạc không liên quan: bệnh nhân nói những từ, những câu rời rạc, không liên quan với nhau.

Gặp trong hội chứng lú lẫn.

Chơi ngữ pháp: đảo lộn các thành phần trong câu.

Ví dụ: dùng trạng từ chỉ địa điểm thay cho trạng từ chỉ thời gian, đảo lộn vị trí chủ ngữ, vị ngữ, cắt cụt câu...

Gặp trong tâm thần phân liệt.

Chơi chữ: các câu nói tiếp theo nhau theo vần, điệu, câu vô nghĩa. Ví dụ: hoà bình, đứng một mình, đi một mình, đi nhanh, hái lá chanh...

Gặp trong hội chứng hưng cảm, tâm thần phân liệt.

Đặt tiếng nói riêng: bệnh nhân tự nói bằng tiếng nói riêng, chỉ mình bệnh nhân hiểu được.

1.4. Theo ý nghĩa, mục đích riêng của ngôn ngữ:

1.4.1. Suy luận bệnh lý: sử dụng cách suy luận, phán đoán cứng nhắc vụn vặt.

Bệnh nhân luôn nói về một chủ đề nhất định, nghiên cứu chủ đề ấy, thường đi vào

những cái vụn vặt, không có ý nghĩa, xa rời thực tế, hay đi vào vấn đề triết học và khoa học siêu hình, quái gở. Gặp trong tâm thần phân liệt.

1.4.2. *Tư duy hai chiều*: trong ngôn ngữ đồng thời xuất hiện hai câu có ý nghĩa hoàn toàn trái ngược nhau. Gặp trong tâm thần phân liệt.

1.4.3. *Tư duy tự kỷ*: bệnh nhân luôn nói đến thế giới bên trong kỳ lạ của mình, không có thực tế. Gặp trong tâm thần phân liệt.

1.4.4. *Tư duy tượng trưng*: sự việc thực tế không quan trọng nhưng bệnh nhân lại gắn cho ý nghĩa tượng trưng.

Ví dụ: con số 5 tượng trưng cho sự thống nhất như 5 ngón tay trong bàn tay.

Gặp trong tâm thần phân liệt.

2. Rối loạn nội dung tư duy

2.1. *Định kiến*: (fixe idee)

Là những ý tưởng, dựa trên sự kiện có thực nhưng bệnh nhân lại gán cho sự kiện ấy một ý nghĩa quá mức. Ý tưởng ấy chiếm ưu thế trong ý thức bệnh nhân và được duy trì bằng một cảm xúc mãnh liệt.

Ví dụ: bệnh nhân đánh giá quá cao việc làm của người khác là làm nhục bệnh nhân. Ý tưởng đó chi phối mọi cảm xúc, hành vi, làm bệnh nhân không thể nghĩ đến cái gì khác, mà chỉ tìm cách rửa nhục cho bằng được.

Thường gặp trong trầm cảm, động kinh.

2.2. *Ý tưởng ám ảnh* (obsession)

Khái niệm: là những ý tưởng không phù hợp với thực tế, bệnh nhân còn biết phê phán là sai, tự đấu tranh để xua đuổi những ý tưởng đó nhưng không xua đuổi được. Nó xuất hiện trong ý thức của bệnh nhân với tính chất cưỡng bách.

Ví dụ: người thợ may có ý tưởng ám ảnh là bỏ quên kim trong đường may, phải tháo đường khâu để kiểm tra lại.

Ý tưởng ám ảnh ít khi xuất hiện riêng lẻ mà thường kết hợp với các loại ám ảnh khác để hình thành hội chứng ám ảnh

Hội chứng ám ảnh bao gồm:

Ý tưởng ám ảnh.

Lo sợ ám ảnh.

Xu hướng và hành vi ám ảnh.

Trên một bệnh nhân, thường kết hợp nhiều loại ám ảnh. Có loại có nội dung làm cho bệnh nhân lo sợ, đau khổ (ám ảnh cảm thụ). Có loại ám ảnh không kèm theo nội dung làm cho bệnh nhân lo sợ, đau khổ (ám ảnh trừu tượng).

Hội chứng ám ảnh hay gặp nhất trong tâm căn ám ảnh, trầm cảm ám ảnh, tâm căn suy nhược, giai đoạn đầu của tâm thần phân liệt.

Một bệnh nhân nữ 32 tuổi đã chọn một bình sữa tươi trong siêu thị và sau đó đem đặt nó vào chỗ cũ sau khi quyết định không mua loại sữa đó. Vài ngày sau, cô cứ suy nghĩ mãi về hành động đó của mình. Cô không thể xua đuổi được ý nghĩ rằng sẽ có một bà mẹ chọn đúng bình sữa đó, lây virus của cô và truyền sang cho đứa con của bà ấy. Cuối cùng đứa con của bà ấy có thể chết do đã nhiễm loại virus của cô. Mặc dù biết rằng, hậu quả nặng nề ấy thực sự là rất khó xảy ra, bệnh nhân cũng không thể xua đuổi được ý nghĩ ấy ra khỏi tâm trí.

2.3. Hoang tưởng: (delusion)

2.3.1. Định nghĩa:

Hoang tưởng là những ý tưởng phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế nhưng bệnh nhân cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích, thuyết phục được. Hoang tưởng do bệnh tâm thần sinh ra, nó chỉ mất đi khi bệnh tâm thần thuyên giảm hoặc khỏi.

Hoang tưởng là triệu chứng chủ yếu của các bệnh loạn thần.

Hoang tưởng kéo dài chỉ phôi cảm xúc, hành vi, tác phong và các hoạt động tâm thần khác của người bệnh.

Hoang tưởng kéo dài làm biến đổi nhân cách của người bệnh.

2.3.2. Phân loại hoang tưởng:

2.3.2.1. Theo nguồn gốc phát sinh: thường chia ra hai loại.

Hoang tưởng nguyên phát: hoang tưởng phát sinh không liên quan tới rối loạn tri giác.

Hoang tưởng thứ phát: hoang tưởng xuất hiện trên cơ sở rối loạn tri giác, cảm xúc, ý thức.

2.3.2.2. Theo phương thức kết cấu: thường chia ra hai loại.

Hoang tưởng suy đoán:

Khái niệm: Hoang tưởng được xây dựng thuần tuý theo logic lệch lạc của bệnh nhân biểu hiện một sự rối loạn trong việc phản ánh mối liên quan nội tại giữa các sự vật, hiện tượng. Thường là những hoang tưởng kéo dài, dai dẳng, phát triển thành hệ thống và làm biến đổi nhân cách một cách sâu sắc.

Các loại hoang tưởng suy đoán:

Nhóm hoang tưởng bị truy hại, bị chỉ phổi:

Hoang tưởng liên hệ: bệnh nhân cho rằng tất cả xung quanh đều có mối liên hệ đặc biệt với mình. Hình như mọi người nhìn bệnh nhân một cách đặc biệt, bàn tán, cười cợt, chế giễu bệnh nhân. Trong thái độ lời nói của người khác, bệnh nhân đều suy đoán, tìm ra một ý nghĩa thầm kín có liên quan đến mình, ám chỉ mình. Thường phát sinh sớm và xuất hiện trước hoang tưởng bị truy hại.

Hoang tưởng bị truy hại: bệnh nhân khẳng định có một người hay nhóm người nào đó theo dõi, ám mưu hại mình bằng nhiều cách như đầu độc, ám sát, thủ tiêu, bắt giam...

có khi bệnh nhân chỉ rõ tên người theo dõi, làm hại mình, thường là những người gần gũi, thân cận: vợ, chồng, cha, mẹ, hàng xóm, đồng nghiệp...

Ví dụ: bệnh nhân nghĩ rằng vợ mình đầu độc mình bằng cách bỏ thuốc độc vào thức ăn. Do vậy bệnh nhân không dám ăn hoặc để người nhà ăn trước sau đó mới dám ăn.

Hoang tưởng bị chi phối: bệnh nhân cho rằng có người nào đó có quyền lực hoặc phép thuật, dùng một phương tiện nào đấy để chi phối toàn bộ tư tưởng, hành vi, cảm xúc của mình.

Nếu hoang tưởng có nội dung chi phối bằng các phương tiện vật lý như tia laser, dòng điện, máy ghi âm, vô tuyến... thì gọi là hoang tưởng bị vật lý chi phối.

Bệnh nhân nam, 21 tuổi, tin rằng cột ăng ten của đài truyền hình thành phố được sử dụng để chuyển thông tin từ một trùm tư bản thông tin ở Mỹ đến máy truyền tin được cấy vào não anh ta, mục đích là để ép anh tham gia vào các hoạt động gián điệp. Anh nhớ lại lần đau đầu cách đây nửa tháng và cho rằng mình đã bị ảnh hưởng của các tia từ máy nhắn tin nói trên. Anh cũng nói rằng ông trùm tư bản sử dụng hệ thống máy nhắn tin này để truyền ý nghĩ về một điệp vụ ngoại giao mà họ sẽ thực hiện cùng nhau bằng cách sử dụng sức mạnh của Internet.

Hoang tưởng ghen tuông: người bệnh dựa vào những hiện tượng vô lý, những bằng chứng không có cơ sở chắc chắn để khẳng định sự phản bội hoặc mối quan hệ bất chính của vợ hoặc chồng mình.

Nhóm hoang tưởng tự ti, phủ định:

Hoang tưởng tự buộc tội: người bệnh tự cho mình là hèn kém, có phẩm chất xấu xa, có tội lỗi hoặc khuyết điểm lớn... Thường người bệnh có ý nghĩ mình không đáng sống hoặc đáng bị trừng phạt bằng cái chết nên dễ đưa đến ý tưởng và hành vi tự sát.

Một bệnh nhân nữ tiết lộ đã gây nên một đại dịch lớn và có thể làm chết rất nhiều người bằng cách truyền virus gây bệnh ra môi trường. Cô cũng cho rằng mình chỉ luôn làm những chuyện tồi tệ, rằng cô "không đáng sống", "đời hoàn toàn vô nghĩa", và "cái chết có thể là sự giải thoát may mắn". Tuần trước cô đã có ý nghĩ muốn đâm vào ô tô trong khi lái xe.

Hoang tưởng nghi bệnh: người bệnh luôn khẳng định mình bị bệnh này hoặc bệnh khác, thường là những bệnh nguy hiểm, nan y như ung thư, AIDS hoặc những bệnh lây, lao, phong...

Nhóm hoang tưởng khuếch đại:

Hoang tưởng tự cao: bệnh nhân cho rằng mình thông minh, tài giỏi có nhiều khả năng vượt xa những người khác, có sức lực mạnh mẽ.

Có bệnh nhân cho rằng mình có địa vị cao, quyền lực lớn, có họ hàng với các bậc vĩ nhân hoặc cho rằng mình có nhiều của cải quý báu, giàu có nhất nhì thế giới.

Hoang tưởng phát minh: người bệnh có phát minh độc đáo, kỳ lạ về khoa học, triết học, cải cách xã hội... họ luôn trình bày và tìm cách thuyết phục mọi người công nhận.

Ví dụ: bệnh nhân không phải là thầy thuốc nhưng lại phát minh ra phương pháp điều trị bệnh ung thư bằng uống nước tiêu của chính mình hàng ngày. Bệnh nhân dùng mọi cách để đấu tranh bắt mọi người phải thừa nhận và phủ biến phương pháp này ở mọi nơi.

Hoang tưởng được yêu: người bệnh cho rằng có người nào đó hoặc nhiều người yêu mình, tìm cách bộc lộ tình yêu với mình một cách tượng trưng nhưng bệnh nhân không yêu lại.

Hoang tưởng cảm thụ:

Khái niệm: xuất hiện sau các rối loạn tri giác hay cảm xúc, ý thức. Bệnh nhân không có logic lệch lạc mà chỉ có ý tưởng rời rạc, không kế tục, cảm xúc căng thẳng, bàng hoàng, ngơ ngác. Nhân cách ít bị biến đổi.

Các loại hoang tưởng cảm thụ:

Hoang tưởng nhận nhầm: nhận người lạ là người thân hoặc nhầm người thân là người lạ.

Ví dụ: bố mẹ đến thăm bệnh nhân lại cho là người lạ giả dạng, y tá đến phát thuốc thì bệnh nhân lại nhận là bố mẹ mình.

Hoang tưởng gán ý: người bệnh gán cho sự vật, hiện tượng tự nhiên một ý nghĩa tượng trưng báo hiệu cho tương lai, số phận mình. Hoang tưởng gán ý khác với hoang tưởng liên hệ: hoang tưởng gán ý là hoang tưởng cảm thụ xây dựng trên một hiện tượng, một sự việc thực tại chứ không liên hệ, suy đoán theo một logic lệch lạc như trong hoang tưởng suy đoán.

Ví dụ: trên đường đi gặp một cái hố, ở bệnh nhân có hoang tưởng gán ý cho rằng cái hố đó là dấu hiệu tượng trưng, báo hiệu cho số phận mình sắp phải chết. Còn bệnh nhân có hoang tưởng liên hệ cho rằng có người nào đó đào săn cái hố, mục đích làm cho mình rơi xuống gãy chân.

Hoang tưởng đóng kịch: người bệnh thấy xung quanh như những cảnh trên phim, trên sân khấu. Những người xung quanh và bệnh nhân là những nhân vật luôn thay đổi vai diễn.

Hoang tưởng biến hình bản thân: bệnh nhân cảm thấy mình bị biến thành chim, thú... thường kèm theo rối loạn cảm giác bản thể và liên quan đến hoang tưởng bị chi phối.

Hoang tưởng kỳ quái: nội dung rất đa dạng:

Nội dung khuếch đại với tính chất hưng cảm: kèm theo khí sắc hưng phấn, cảm xúc vui vẻ, bệnh nhân cho rằng mình có thể lên cung tiên, sống trong thế giới giàu sang vô kể, lãnh đạo quân đội toàn thế giới.

Nội dung phủ định với tính chất trầm cảm - hội chứng Cotard:

Nỗi đau khổ vô biên: tất cả người thân đều chết, nhà cửa tan nát, người bệnh đau khổ hàng thế kỷ...

Phủ định ngoại cảnh: thế giới bị huỷ diệt, bị ngập lụt, các thành phố bị sụp đổ...

Phù định bản thân: nội tạng bị hư hỏng, thối rữa, người bệnh không có tim, óc rữa.

Hoang tưởng di chứng:

Là hoang tưởng còn sót lại sau những trạng thái loạn thần cấp, trong khi các triệu chứng khác đã mất, hay gặp sau các trạng thái rối loạn ý thức như mê sảng, mê mộng, lú lẫn...

3. Các hội chứng rối loạn tư duy

3.1. Hội chứng ảo giác - paranoide:

Hoang tưởng các loại: gặp cả hoang tưởng suy đoán và hoang tưởng cảm thụ (hoang tưởng liên hệ, bị truy hại, gán ý...).

Ảo giác giả, ảo giác thật.

Hội chứng tâm thần tự động (hội chứng Kandinski - Clerambault) bao gồm:

Ý tưởng tự động: ý nghĩ của mình bị bộc lộ, bị đánh cắp hay do người khác làm sẵn.

Cảm giác tự động: người khác gây cho bệnh nhân các loại cảm giác như nóng, lạnh, đau đớn...

Vận động tự động: người khác dùng tay bệnh nhân để mở cửa, dùng lưỡi của bệnh nhân để nói.

Thường gặp trong bệnh tâm thần phân liệt, động kinh, loạn thần triệu chứng, loạn thần cấp...

Nếu trong hội chứng chỉ có hoang tưởng nổi bật, ảo giác và hội chứng tâm thần tự động mờ nhạt được gọi là hội chứng paranoide thuần tuý.

3.2. Hội chứng paranoia

Hoang tưởng có hệ thống tập trung sâu sắc vào một vấn đề nhất định và kéo dài, đó là hoang tưởng nguyên phát, suy đoán.

Kèm theo rối loạn cảm xúc phù hợp với hoang tưởng.

Không kèm theo tan rã nhân cách, không có ảo giác và hội chứng tâm thần tự động.

3.3. Hội chứng paraphrenia:

Trên cơ sở hội chứng paranoide xuất hiện và nổi bật lên hàng đầu là hoang tưởng tự cao kỳ quái (*là lãnh tụ thế giới, phát minh ra tất cả các qui luật mới của mọi ngành khoa học...*) Thường kèm theo hội chứng hưng cảm. Gặp trong tâm thần phân liệt, loạn thần tuổi già, liệt toàn thể tiến triển.

3.4. Hội chứng nghi bệnh:

Là trạng thái quá lo lắng sợ hãi, quá chú ý vào sức khoẻ của mình đến mức trở thành hoang tưởng nghi bệnh. Hội chứng nghi bệnh có thể xuất hiện trên cơ sở một bệnh có thật nhưng phóng đại quá mức, có thể xuất hiện như một hoang tưởng không có căn cứ thực tế, có thể xuất hiện như một mối lo lắng kéo dài sau khi bệnh cơ thể đã

khỏi. Thường kết hợp với các hội chứng khác: ám ảnh, trầm cảm, paranoia... gặp trong tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn nghi bệnh có liên quan đến stress.

RỐI LOẠN TRÍ NHỚ

Trí nhớ là chức phận, là đặc tính của bộ não, có khả năng ghi nhận, bảo tồn và cho hiện lại những kinh nghiệm, kiến thức cũ dưới dạng ý tưởng, ý niệm, biểu tượng.

Biểu tượng là dấu vết của sự vật, hiện tượng tuy không còn kích thích nhưng vẫn xuất hiện trong ý thức.

Trí nhớ bao gồm nhiều quá trình khác nhau và có liên hệ mật thiết với nhau như: ghi nhớ, bảo tồn, tái hiện lại và quên.

Có nhiều cách phân loại trí nhớ. Trên lâm sàng thường quan tâm đánh giá trí nhớ theo thời gian bao gồm: trí nhớ xa (dài hạn – nhớ các sự việc kiến thức đã có từ lâu), trí nhớ gần (ngắn hạn – nhớ các sự việc kiến thức đã có trong thời gian vài tháng trở lại), trí nhớ ngay lập tức (nhớ các sự việc kiến thức vừa thu nhận được)

1. Giảm nhớ (Hypoamnesia)

Kém nhớ những sự việc mới xảy ra hay những sự việc cũ. Giảm hiệu quả của quá trình nhớ và lưu giữ tài liệu. Hay gặp trong lão hóa, suy nhược thần kinh, liệt toàn thể tiến triển.

2. Tăng nhớ (Hyperamnesia)

Hiệu quả nhớ của người bệnh tăng lên với tính chất bệnh lý. Bệnh nhân nhớ những việc rất cũ, những chi tiết vụn vặt, nhớ cả những việc không có ý nghĩa.

Ví dụ: nhớ rõ vị trí một từ trong từ điển ở dòng nào, trang nào nhưng lại không nhớ nghĩa của từ đó. Thường gặp trong hưng cảm, sốt do nhiễm khuẩn, say rượu bệnh lý.

3. Mất nhớ (quên - Amnesia)

3.1. Chia theo sự việc:

3.1.1. *Quên toàn bộ*: quên tất cả những sự việc cũ và mới thuộc mọi lĩnh vực. Gặp trong sa sút trí tuệ nặng.

3.1.2. *Quên từng phần*: chỉ quên một số kỷ niệm, một số thao tác nghề nghiệp. Gặp trong tổn thương khu trú ở não hoặc sau cảm xúc mạnh.

3.2. Chia theo thời gian:

3.2.1. *Quên thuận chiều*: quên những việc xảy ra ngay sau khi bị bệnh, có thể quên toàn bộ hoặc từng phần. Gặp trong chấn thương sọ não, xơ vữa mạch máu kèm xuất huyết.

3.2.2. *Quên ngược chiều*: quên những sự việc xảy ra trước khi bị bệnh, có thể quên từng phần hoặc toàn bộ. Gặp trong chấn thương sọ não, xơ mỡ động mạch và kèm xuất huyết.

3.2.3. Quên trong cơn: chỉ quên những sự việc xảy ra trong cơn, trong thời gian ngắn bị bệnh. Gặp trong cơn động kinh, trạng thái ý thức hoảng hồn.

3.2.4. Quên vừa thuận, vừa ngược: quên cả những việc cũ lẫn việc mới. Gặp trong loạn thần cấp kèm lú lẫn, sa sút trí tuệ do chấn thương sọ não.

Bà A., một phụ nữ đã ly hôn hiện đang sống với 3 cô con gái, đã điều trị phẫu thuật, và tia xạ vì u thần kinh đệm và đã cho một kết quả tốt đáng kinh ngạc mà không có biểu hiện suy giảm chức năng thần kinh. Bà đã có thể quay trở lại làm việc, hàng ngày chỉ phải dùng carbamazepine để phòng động kinh.

Ba năm sau, bệnh nhân và gia đình bắt đầu chú ý đến biểu hiện suy giảm trí nhớ gần. Khoác đầu bà quên địa chỉ nhà và vị trí các đồ đạc. Một lần, bà đã không thể tìm được ô tô mình đã đậu ở trong bãi đỗ vì bà đã quên nhãn hiệu của nó và quên nơi đỗ. Càng ngày, tình trạng quên càng nặng hơn đến mức ảnh hưởng đến công việc. Ví dụ: bà không thể nhớ mình đã đặt hàng ở đâu nên lại gọi tiếp. Ban đầu, bà A. bị căng thẳng ghê gớm và thường đổ lỗi cho những người khác (VD: đổ lỗi cho thư ký đã quên đưa giấy cho bà, đổ lỗi cho con bà đã đặt sai vị trí của đồ đạc trong nhà). Vấn đề nay đã làm bà rất khổ sở vì trước đây bà luôn tự hào về trí nhớ rất tốt của mình. Tuy nhiên, dần dần bà nhận ra vấn đề của bản thân và chấp nhận việc suy giảm trí nhớ là do bà đã phải điều trị bằng tia xạ. Trí nhớ xa và các chức năng nhận thức khác vẫn tốt ngoại trừ khả năng lập kế hoạch trong đầu có biểu hiện suy giảm nhẹ. Nhưng chính vì khả năng trí tuệ ở mức cao trước đây mà bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng trên mức trung bình. Dần dần, bà A. mắc nhiều sai sót trong công việc đến nỗi bà phải nghỉ việc. Bà vẫn còn có thể làm các công việc trong gia đình nhưng phải cần đến một bản liệt kê "các công việc cần làm" và các bảng thông báo nhắc nhở ở nhiều phòng trong nhà

4. Loạn nhớ (Paraamnesia)

4.1. Nhớ giả: những sự kiện có thực trong cuộc sống của bệnh nhân ở trong khoảng thời gian và không gian này, bệnh nhân lại nhớ sang khoảng thời gian và không gian khác, hoặc nhầm lẫn giữa sự việc này với sự việc khác. Có khi trên một sự việc có thực, bệnh nhân nhớ thêm những chi tiết không hề có.

Ví dụ: bệnh nhân đã nằm viện một tuần, nhưng lại nói là vừa từ nhà ga đến, hôm qua còn đi công tác và làm đủ loại nhiệm vụ.

So sánh với rối loạn trí giác, nhớ giả gọi là ảo tưởng trí nhớ.

4.2. Bịa chuyện

Có thể bệnh nhân quên toàn bộ và thay vào đó bệnh nhân kể những sự việc không hề xảy ra với mình, nhưng bệnh nhân không biết là mình bịa ra, khẳng định những sự việc mình kể là có thực. Có thể bệnh nhân chỉ bịa chuyện mà không quên.

Ví dụ: người bệnh kể rất chi tiết những sự kiện hoàn toàn không thể tin được mà thường như đã xảy ra với họ trong quá khứ. Nội dung của các sự kiện đó có thể là cuộc

gặp gỡ với những nhân vật vĩ đại, những chuyện tình cũ, những phát minh vĩ đại nhất. Tất cả những cái đó đều thuộc vào những thời kỳ nhất định nào đó trong quá khứ.

Nội dung bịa chuyện có thể là những câu chuyện thông thường, có thể là kỳ quái. Trường hợp bịa chuyện kèm theo mất định hướng gọi là lú lẫn bịa chuyện.

Trong lâm sàng nhiều khi khó phân biệt giữa nhớ già và bịa chuyện, vì vậy phải tìm hiểu chi tiết cuộc đời của bệnh nhân mới biết chuyện kể ra có thật hay là chuyện bịa.

So sánh với rối loạn trí giác, bịa chuyện gọi là ảo giác trí nhớ.

Nhớ già và bịa chuyện hay gặp trong các bệnh thực thể ở não, tâm thần phân liệt.

4.3. Nhớ nhầm

4.3.1. Nhớ vơ vào mình: ý nghĩ sáng kiến của người khác nhớ ra là của mình, hay những điều nghe người khác kể hoặc thấy ở đâu lại tưởng là mình đã sống qua.

4.3.2. Nhớ việc mình thành việc người:

Sự việc, ý nghĩa của mình lại nhớ ra của người khác hay đã học, đã thấy ở đâu.

4.3.3. Nhớ như đang sống trong dĩ vãng

Kết hợp với quên tiến triển, người bệnh tưởng mình đang sống trong thời kỳ dĩ vãng cách đây 10 - 20 năm và hành động như người trẻ lại.

Ví dụ: có cụ già 60 tuổi khi soi gương không nhận ra mình, cho rằng hình trong gương là một cụ già nào đó, còn mình là một cô gái trẻ mới 20 tuổi và hành động như một cô gái trẻ 20 tuổi thực sự.

Gặp trong loạn thần tuổi già, động kinh.

5. Hội chứng Kocsakop (Korsakoff)

Do Kocsakop mô tả năm 1887 trên những bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, có viêm đa dây thần kinh.

Hội chứng bao gồm:

Quên thuận chiều (quên do ghi nhận kém): mất định hướng và quên tất cả mọi sự việc vừa xảy ra.

Loạn nhớ: nhớ già hoặc bịa chuyện.

Các sự việc cũ nhớ rất tốt.

Hội chứng này hay gặp trong chấn thương sọ não giai đoạn cấp, tổn thương thực thể tại não, liệt toàn thể tiến triển, u não, tai biến mạch máu não, nghiện chất độc, nghiện rượu.

Một bệnh nhân nam 40 tuổi nghiện rượu mạn tính được người nhà đưa đến khám tại phòng khám tâm thần. Khám lâm sàng thấy có suy giảm trí nhớ nghiêm trọng. Bệnh nhân có đề nghị khẩn thiết muốn được rời khỏi bệnh viện và nói rằng vợ ông ta vừa bị tai nạn ô tô nên ông phải đến một bệnh viện khác để gặp vợ. Bệnh nhân nói điều đó một cách khẩn khoản và vẻ lo lắng hiện rõ trên nét mặt. Đối với bệnh nhân, câu truyện trên hoàn toàn là sự thực. Nhưng trên thực tế, vợ bệnh nhân đã chết cách đây 15 năm. Bệnh

nhân kể về điều này nhiều lần, đưa ra những bằng chứng để thuyết phục các nhân viên y tế mặc dù các nhân viên đều cố gắng giải thích cho bệnh nhân rằng vợ ông ta đã chết từ lâu. Tuy vậy, bệnh nhân vẫn không tin bởi vì ông không thể tiếp nhận các thông tin mới. Với khả năng nhớ quá khứ một cách chấp vá, bệnh nhân vẫn có thể nhớ lại sự kiện vợ ông bị cấp cứu trong bệnh viện.

RÓI LOẠN CẢM XÚC

Cảm xúc – tình cảm là sự phản ánh thể giới khách quan, thể hiện thái độ của con người đối với những sự vật hiện tượng có liên quan đến sự thỏa mãn những nhu cầu của con người.

Cảm xúc – tình cảm nói lên bản chất con người, bản chất đó thể hiện qua hành động và thái độ của con người đối với sự vật, hiện tượng của thế giới khách quan. Cảm xúc – tình cảm cũng ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động của con người. Hoạt động của các chức năng tâm thần đều chịu ảnh hưởng của cảm xúc – tình cảm (như tri giác, tư duy, trí nhớ, hoạt động có ý chí...)

Cảm xúc - tình cảm tích cực làm tăng thêm nghị lực, lạc quan, tin tưởng, cùng cỗ ý chí, thôi thúc hành động. Cảm xúc - tình cảm tiêu cực làm hạn chế, cản trở mọi hoạt động, làm con người trở nên yếu đuối bi quan, chán nản, mất tin tưởng, thiếu sáng suốt.

Cảm xúc - tình cảm có thể biểu hiện ra bên ngoài dưới các hình thức như:

Tâm trạng: Là trạng thái tình cảm tương đối kéo dài, tạo ra một sắc thái nhất định cho những rung động khác của con người. Nó xâm chiếm toàn bộ đời sống và có thể ảnh hưởng tốt hay xấu đối với hoạt động của cá nhân (tâm trạng vui vẻ phấn chấn hoặc tâm trạng lo âu chán nản). Trên lâm sàng có thể quan sát được qua nét mặt gọi là khí sắc.

Xúc động: là cơn bùng nổ cảm xúc, diễn ra trong một thời gian ngắn, trên lâm sàng gọi là xung cảm.

Ham mê: là một tình cảm sâu sắc bền vững, bao trùm lên đời sống tâm lý con người, chi phối xu hướng cơ bản của những ý nghĩ và hành động của con người.

1. Các triệu chứng giảm và mất cảm xúc

Ngoistingu kích thích cảm xúc tăng cao, vì vậy cường độ kích thích phải thật mạnh mới gây ra phản ứng cảm xúc nhẹ, hoặc không có biểu hiện phản ứng cảm xúc.

1.1. Giảm khí sắc

Khí sắc buồn rầu, ủ rũ, phiền muộn, chán nản... gặp trong trầm cảm.

1.2. Cảm xúc băng quan

Mất phản ứng cảm xúc kèm theo mất hưng phấn ý chí. Bệnh nhân không biểu hiện cảm xúc ra nét mặt, không hoạt động, không sáng kiến.

1.3. Cảm xúc tàn lui

Mức độ rối loạn cảm xúc nặng hơn, mất phản ứng với mọi khích thích, mất khả năng biểu hiện cảm xúc nói chung. Bệnh nhân thụ động, lờ đờ, nằm lì trên giường hoặc

ngồi im một chỗ không hề quan tâm, chú ý đến các sự việc diễn ra xung quanh... gặp trong tâm thần phân liệt.

1.4. Mất cảm giác tâm thần

Mất mọi phản ứng cảm xúc, mất cảm giác tâm thần một cách đau khổ, đôi khi đưa đến hành vi tự sát... gặp trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn phân liệt cảm xúc, trầm cảm thoái triển.

2. Các triệu chứng tăng cảm xúc

Nguồng hưng phấn cảm xúc hạ thấp, vì vậy cường độ kích thích nhẹ lại gây cảm xúc mạnh.

2.1. Cảm xúc không ổn định

Dễ chuyển từ cảm xúc này sang cảm xúc khác, thường trái ngược nhau: vừa khóc vừa cười, vừa lạc quan vừa bi quan... gặp trong suy nhược tâm thần.

Một hình thức rối loạn tương tự là cảm xúc không kiềm chế được bệnh nhân dễ mỉm cười, dễ chảy nước mắt, thường gặp trong các bệnh thực thể tại não như viêm não, tai biến mạch máu não...

2.2. Khoái cảm

Bệnh nhân vui vẻ một cách vô nghĩa, khí sắc tăng không thích ứng với hoàn cảnh. Gặp trong các bệnh tồn thương thực thể tại não.

2.3. Cảm xúc say đắm

Trạng thái cảm xúc cao độ, có tính chất nhất thời. Bệnh nhân ở tư thế say đắm, không nói, không cử động, mắt nhìn xa xăm, mồm há hốc.

3. Các rối loạn cảm xúc dị thường

3.1. Cảm xúc hai chiều: trên một bệnh nhân, đồng thời xuất hiện hai cảm xúc hoàn toàn trái ngược nhau.

Ví dụ : vừa yêu vừa ghét, vừa thích vừa không thích, thường gặp trong tâm thần phân liệt.

3.2. Cảm xúc trái ngược không thích hợp

Cảm xúc không thích hợp hoặc hoàn trái ngược với hoàn cảnh xung quanh.

Ví dụ: cười đùa trong đám ma của cha hoặc mẹ mình, thường gặp trong tâm thần phân liệt.

4. Các hội chứng rối loạn cảm xúc

4.1. Hội chứng trầm cảm: (syndrom depressive)

Hội chứng trầm cảm điển hình: biểu hiện sự ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần chủ yếu gồm:

Cảm xúc bị úc chế : khí sắc giảm, bệnh nhân buồn rầu, ủ rũ chán nản và đau khổ, nhìn xung quanh thấy cảnh vật ảm đạm, như có một màu mây đen bao trùm. Bệnh nhân thường hay khóc. Một số trường hợp trầm trọng nét mặt biểu hiện dấu hiệu "omega" (nếp nhăn ở khoé miệng, trán, cung mày đều cụp xuống, mắt luôn nhìn xuống) mất các quan tâm, sở thích cũ, không còn cảm giác hài lòng với mọi thứ, thường hay xa lánh tách rời xã hội.

Tư duy bị úc chế: suy nghĩ chậm chạp, liên tưởng khó khăn, giảm sút tự tin và tính tự trọng, luôn cho mình là hèn kém, mất khả năng quyết định trong mọi việc, bi quan về tương lai, hay nghiền ngẫm những ý nghĩ về khuyết điểm, tội lỗi của mình cảm giác không xứng đáng. Trường hợp nặng những suy nghĩ này có thể trở thành hoang tưởng bị tội hoặc tự buộc tội, thường đưa đến ý tưởng và hành vi tự sát.

Vận động bị úc chế: do giảm năng lượng bệnh nhân luôn cảm thấy mệt mỏi, thiếu sinh lực dẫn đến giảm sút hoạt động, giảm hiệu suất lao động. Bệnh nhân ít hoạt động, thường nằm lỳ hoặc ngồi lâu một tư thế với nét mặt đau khổ, trầm ngâm suy nghĩ, úc chế nặng sẽ biểu hiện bất động, giống trạng thái sững sờ căng trương lực.

Một nhóm các triệu chứng thường được gọi là "*triệu chứng sinh học, triệu chứng cơ thể*" rất quan trọng của trầm cảm gồm có: rối loạn giấc ngủ, táo bón, mất ngôn ngữ, giảm trọng lượng, dao động khí sắc trong ngày, mất khả năng tình dục, rối loạn kinh nguyệt (ở nữ). Hội chứng trầm cảm điển hình thường gặp trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn trầm cảm, rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm...

Hội chứng trầm cảm không điển hình:

Trầm cảm kích thích: bệnh nhân không úc chế hoạt động mà biểu hiện trạng thái kích thích (bồn chồn, đi lại lại, xoắn bóp tay...) hoặc vật vã, lẩn lộn khóc lóc...

Trầm cảm cơ thể, thực vật: trên lâm sàng nổi bật là những rối loạn cơ thể thực vật như cơn vã mồ hôi, cơn nóng bùng, đau vùng ngực, rối loạn tiêu hoá, nhiều khi che lấp hoàn toàn những dấu hiệu trầm cảm.

Đó chính là lý do để nhiều tác giả gọi là trầm cảm che đậm, trầm cảm ẩn... Hội chứng này hay gặp ở hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Ngoài ra còn gặp các trạng thái trầm cảm không điển hình khác như trầm cảm suy nhược, trầm cảm nghiện, trầm cảm ám ảnh, trầm cảm loạn khí sắc, trầm cảm paranoide, trầm cảm mất cảm giác tâm thần...

Trầm cảm không điển hình có thể gặp trong rối loạn tâm thần thực tồn, tâm thần phân liệt, các bệnh cơ thể tâm sinh...

Hội chứng trầm cảm là hội chứng cấp cứu vì bệnh nhân có thể tự sát hoặc giết người rồi tự sát do hoang tưởng bị tội chi phối.

Cô B. 45 tuổi, là mẹ của 3 đứa con, là nhân viên đánh máy cho một công ty giao dịch nhà đất. Cô được bác sĩ gia đình gửi đến sau khi có gắng tự sát không thành. Cô mô tả các triệu chứng buồn chán thất vọng của mình đã tồn tại từ khoảng 6 tháng nay ngay sau khi cô ly thân với chồng. Cô có cảm xúc buồn, không thấy hứng thú trong bất

ký hoạt động thông thường nào, giảm cân, cảm thấy mình chẳng còn giá trị gì và mất ngủ. Thời gian gần đây có không thể tập trung vào công việc vì những ý nghĩ tự sát luôn ám ảnh. Hai tuần trước bệnh nhân phải ngừng làm việc và nhận thấy khó có thể tự chăm sóc bản thân và chăm sóc con cái. Con gái lớn của cô đã đưa cô đến gặp bác sĩ gia đình và ông này đã giới thiệu cô đến gặp bác sĩ tâm thần. Ngày hôm trước khi gặp bác sĩ tâm thần, khi ở nhà một mình, cô đã uống quá liều thuốc ngủ và để lại một lá thư trong đó có thù nhận mình là một người vợ và người mẹ thất bại.

4.2. Hội chứng hưng cảm: (syndrom mania).

Hội chứng hưng cảm điển hình: là trạng thái hoàn toàn đối lập với hội chứng trầm cảm, biểu hiện tình trạng hưng phấn hoạt động tâm thần, gồm có:

Cảm xúc hưng phấn: khí sắc tăng, bệnh nhân vui vẻ không tương xứng với hoàn cảnh, cảm thấy khoan khoái dễ chịu, đầy sinh lực, nhìn xung quanh thấy cảnh vật tươi sáng, đẹp đẽ, thú vị, lạc quan, hy vọng tràn trề về tương lai, tiền đồ.

Tư duy hưng phấn: tư duy nhịp nhanh, liên tưởng mau chóng, tư duy phi tán. Bệnh nhân nói nhiều, nói việc nọ sọ việc kia, chơi chữ, nói theo vẫn điệu... Chú ý luôn thay đổi, bệnh nhân có nhiều chương trình, nhiều sáng kiến, tự đánh giá quá cao về bản thân, có khi phát triển thành hoang tưởng tự cao rõ rệt.

Vận động hưng phấn: luôn luôn hoạt động, can thiệp vào mọi việc không biết mệt mỏi, đôi khi can thiệp cả vào công việc của người khác một cách sàm sỡ. Hành vi có tính chất thái quá, nhiều khi lố bịch, tiêu pha phóng túng. Có thể xuất hiện giải toả bản năng như: cuồng ăn, đánh người, loạn dục... ít khi kích động, thường chỉ kích động khi kiệt sức hoặc có bệnh cơ thể kèm theo.

Hưng cảm điển hình thường gặp trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn phân liệt cảm xúc loại hưng cảm.

Hội chứng hưng cảm không điển hình

Hưng cảm với tăng khí sắc đơn thuần không kèm theo tăng hoạt động hoặc tăng nhịp độ ngôn ngữ.

Hưng cảm giận dữ: khí sắc tăng kèm theo cáu kỉnh, giận dữ.

Hưng cảm kèm theo hoang tưởng, ảo giác.

Hội chứng này hay gặp trong tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần thực tồn, rối loạn tâm thần triệu chứng...

Một giáo viên độc thân 28 tuổi được đồng nghiệp đưa đến phòng khám vì một loạt các biểu hiện lạ thường của anh ta trong thời gian gần đây. Khoảng 1 tháng trở lại đây anh thường xuyên đưa ra các ý tưởng mới, thuyết phục mọi người tham gia các công trình sáng tạo của anh. Anh ta cũng cho rằng mình giàu có và có rất nhiều tiền. Anh cũng mua một loạt đồ đạc đắt tiền không cần thiết, mua chịu một chiếc ô tô và có nhiều dự định như sẽ đi du lịch nước ngoài và giảng bài ở các trường đại học có uy tín trên thế giới. Anh cũng có những hành động sàm sỡ với đồng nghiệp và học sinh nữ. Khi đến khám, ngôn ngữ của anh ta nhanh đến nỗi rất khó hiểu được bệnh nhân đang nói gì...

4.3. Hội chứng loạn cảm (syndrom dysphoric)

Khí sắc hăng học, bất mãn với xung quanh.

Tăng cảm giác, dễ bị kích thích.

Hành vi có khuynh hướng bạo động, dễ tấn công người khác.

Thường gặp trong động kinh, bệnh thực thể tại não, nhân cách bệnh.

RỐI LOẠN HÀNH VI TÁC PHONG

(Rối loạn hoạt động có ý chí và rối loạn bản năng)

Hoạt động có ý chí là quá trình hoạt động tâm thần có mục đích, phương hướng rõ ràng, chỉ có ở con người. Hoạt động này không chỉ nhằm để thỏa mãn những nhu cầu sinh vật mà còn để thỏa mãn những nhu cầu cao cấp (nhu cầu đạo đức, luân lý xã hội, trí tuệ và thẩm mỹ). Hoạt động có ý chí không chỉ giúp con người thích nghi với thế giới mà còn có khả năng biến đổi thế giới cho phù hợp với xã hội loài người.

Hoạt động bản năng là những hoạt động vô thức, xuất hiện như những phản xạ không điều kiện, bẩm sinh. Hoạt động bản năng nhằm để thỏa mãn những nhu cầu sinh vật (sinh tồn). Ở người trưởng thành, hoạt động bản năng chịu sự kiềm chế, chi phối của hoạt động có ý chí. Khi vỏ não bị suy yếu hoặc bị tổn thương, vùng dưới vỏ thoát ức chế và lúc này bản năng nỗi lên hỗn loạn. Bởi vậy, trên lâm sàng người bệnh có biểu hiện rối loạn hoạt động có ý chí và cả hoạt động bản năng.

1. Các rối loạn hoạt động có ý chí

1.1. Rối loạn vận động

Giảm vận động, giảm động tác: Thường gặp trong trạng thái lú lẫn.

Mất vận động, mất động tác: Gặp trong các trạng thái bất động, câm hysteria, tâm thần phân liệt (TTPL).

Vận động, động tác dị thường: đó là những động tác không cần thiết, không có ý nghĩa, thường có tính chất định hình như rung đùi, lắc lư người nhịp nhàng, mắt nhìn trùng trùng.

Hay gặp trong T.T.P.L.

Tăng vận động, động tác: là những động tác thừa, không có ý nghĩa, động tác tự động, rung giật, nháy mắt, nháy môi. Gặp trong TTPL, cơn hung cảm, rối loạn phân li.

1.2. Rối loạn hoạt động có ý chí

Giảm hoạt động: thường gặp trong trạng thái trầm cảm, suy nhược.

Tăng hoạt động: gặp trong trạng thái hung cảm, nghiện chất độc, nghiện ma tuý...

Mất hoạt động: thường phối hợp với mất cảm giác tâm thần trong hội chứng apathie-aboulie. Hay gặp trong loạn thần phản ứng, tâm thần phân liệt.

2. Các rối loạn hoạt động bản năng

2.1. Các hành vi xung động

Đó là những hành vi xuất hiện đột ngột, không có duyên cớ, những hành vi không được cân nhắc, suy nghĩ trước và không có sự đấu tranh để kiềm chế lại.

Xuất hiện thành từng cơn.

Thường gặp một số cơn xung động sau:

Con xung động phân liệt: hay gặp trong các thè căng trương lực: đột nhiên la hét, đập phá, xé quần áo, đánh người, người bệnh không có rối loạn ý thức và nhận biết hành vi xung động của mình vừa xảy ra song họ không hiểu được.

Con xung động động kinh: xuất hiện đột ngột, trong trạng thái rối loạn ý thức, hoặc có các cơn chạy thẳng gấp giờ phá đá rất hung bạo. Sau cơn bệnh nhân quên hoàn toàn.

Con xung động trầm cảm: người bệnh đột nhiên tự sát hoặc giết người sau đó tự sát.

2.2. Các cơn xung động bản năng

Xung động bản năng thường có tính chất chu kỳ.

Các rối loạn bản năng ăn uống:

Không ăn: gặp trong TTPL, trầm cảm.

Chán ăn: gặp ở nữ, tuổi dậy thì, mang tính chất tâm căn (névrose) chán ăn tâm thần.

Cơn thèm uống: người bệnh có những cơn khát thường xuyên uống mãi không đỡ khát.

Cơn thèm ăn: có những cơn đói ghê gớm, ăn mấy cũng không thấy no.

Cô S., 23 tuổi, tự đi khám vì chứng ăn vô độ. Các vấn đề bắt đầu xuất hiện từ 3 năm trước, khi vị hôn phu của cô cắt đứt quan hệ với cô. Từ đó, S luôn có mối bận tâm đến trọng lượng thân thể. Thoạt tiên, cô bắt đầu ăn kiêng với dự định để làm giảm cân. Sau đó, cô nhanh chóng nhận thấy mình thèm ăn bánh ngọt, sở cô la và cô trở nên ăn không thể kiềm chế được. Sau mỗi lần ăn vô độ cô đều tìm cách tự gây nôn để thải thức ăn ra. Trong thời gian này, cô nhậu nhẹt, ăn uống quá mức rồi lại tự gây nôn trong hầu hết các ngày trong tuần. S. vẫn đang sống cùng gia đình và cô lo sợ mọi người trong gia đình biết được về các rối loạn của cô nên quyết định tìm kiếm sự giúp đỡ từ bác sĩ.

Cơn thèm rượu: xuất hiện từng chu kỳ, uống rất nhiều, giữa các cơn không uống hoặc uống rất ít, thường kèm theo loạn cảm.

Ăn vặt bẩn: ăn phân, ăn tóc, ăn chuột sống.

Con đi lang thang: Thường có tính chất chu kỳ, không cưỡng lại được, bò nhả, bò công ăn việc làm đi lang thang nơi xa, cơn này cũng kèm theo trạng thái loạn cảm.

Cơn trộm cắp: xuất hiện từng chu kỳ, có tính chất xung động lấy đem cho người khác, hoặc vứt đi.

Con đốt nhà: xuất hiện theo chu kỳ, có tính xung động, không có lí do, có thể lặp lại.

Ông T., 50 tuổi, đã sống gần 10 năm trong trại tâm thần. Trước đây, ông đã nhiều lần đốt nhà hàng xóm mà không rõ lý do. Gia đình ông luôn ra sức bảo vệ ông tránh

khỏi sự trừng phạt của luật pháp, nhưng họ đã buộc phải đưa ông vào trại tâm thần sau khi ông tự nhiên đốt nhà mình. Trong thời gian ở trại tâm thần, ông sống rất kỵ luật và ôn hoà, không cãi cọ gáy gò với ai, không có bất kỳ một biểu hiện bất thường nào. Chủ nhật tuần trước, bác sĩ cho phép ông ra ngoài đi dạo 2 giờ sau, ông trở về và sau lưng ông, vài cột khói bốc cao.

Cơn giật người: xuất hiện theo xung động, không có lí do, có thể lặp lại.

Loạn dục: có thể biểu hiện dưới nhiều dạng như thù dâm, loạn dục đồng giới, khô dục chủ động, hoặc bị động, loạn dục phô bày, loạn dục với trẻ em, với súc vật.. Cơn loạn dục cũng xuất hiện theo chu kỳ. Loạn dục có thể do bệnh tâm thần hoặc do điều kiện giáo dục và yếu tố môi trường xã hội.

Anh P., 24 tuổi, bị buộc tội phô bày bộ phận sinh dục của mình trước một phụ nữ đang ngồi chờ ở trạm xe buýt. Anh khai rằng từ khoảng 3 năm nay thói quen này đã ngày càng trở nên thường xuyên và anh luôn cảm thấy có hứng thú đặc biệt. Anh cũng khai rằng mình luôn có hứng phấn mạnh mẽ trước khi phô bày và ăn năn tiếp theo sau.

Các rối loạn bản năng thường gặp trong bệnh TTPL, liệt toàn thể tiến triển, loạn thần tuổi già, động kinh, tồn thương thực thể não...

3. Các hội chứng rối loạn hoạt động có ý chí

3.1. Các hội chứng kích động

3.1.1 Hội chứng kích động căng trương lực: Hội chứng này bao gồm hai trạng thái kích động và bất động xuất hiện kế tiếp nhau, hoặc xen kẽ nhau.

Xuất hiện đột ngột, từng đợt kích động xen kẽ bất động.

Chủ yếu là các động tác dị thường, vô nghĩa, không có mục đích thường có tính chất định hình, đơn điệu như: rung đùi, lắc lư người nhịp nhàng.

Động tác định hình, nhại lời, nhại cử chỉ, mắt nhìn trùng trùng.

3.1.2. Hội chứng kích động thanh xuân:

Thường xuất hiện trên các bệnh nhân phân liệt trẻ tuổi.

Kích động mang tính chất si dại, dữ dội, mãnh liệt.

Thường có các động tác si dại, lố lăng, vô ý nghĩa, thiếu tự nhiên, cười hô hố, nhăn nhó mặt mày, gào thét, đập phá hay nằm ngồi ở những tư thế dị kỳ.

Tác phong bừa bãi, thiếu vệ sinh, ăn bốc, tiêu tiện ra giữa nhà.

3.1.3. Hội chứng kích động động kinh:

Xuất hiện đột ngột trong trạng thái rối loạn ý thức và loạn cảm.

Kết thúc đột ngột sau vài giờ, vài ngày.

Hành vi vừa tự vệ vừa tấn công và có tính chất phá hoại.

Nguy hiểm, thường do hoang tưởng, ảo giác (ảo thị ghê rợn) chi phối.

3.1.4. Hội chứng kích động hưng cảm (xem bài rối loạn cảm xúc)

Thường kích động khi quá trình hưng phấn kéo dài khiến bệnh nhân mệt mỏi hoặc khi có người can thiệp hoạt động của bệnh nhân. Kích động đi kèm với tư duy phi tán, hoang tưởng tự cao.

Ngoài ra còn gặp một số loại kích động như:

Kích động sau stress.

Kích động nhân cách bệnh.

Kích động tuổi già.

3.2. Các hội chứng bất động

3.2.1. Hội chứng bất động căng trương lực

Biểu hiện lúc đầu bằng trạng thái bán bất động, ngày càng ít nói, ngồi lâu ở một tư thế, không ăn.

Kогда đến hiện tượng giữ nguyên dáng: để tay, đầu ở tư thế nào thì giữ nguyên ở tư thế đó trong một thời gian khá lâu.

Có thể xuất hiện triệu chứng Pavlov: hỏi to thì bệnh nhân không trả lời, hỏi nhỏ thì lại trả lời. Khi mang thức ăn vào cho bệnh nhân ăn thì không ăn nhưng khi đi khòi thì lấy về ăn.

Kогда đến trạng thái phủ định, không nói, không ăn, phủ định thụ động không làm theo lệnh của thày thuốc hoặc làm ngược lại.

Sau cùng là trạng thái bất động hoàn toàn: biểu hiện bằng triệu chứng gối không khí như khi nâng đầu người bệnh lên khỏi mặt giường thì họ giữ nguyên ở tư thế đó trong một thời gian tất cả các cơ đều căng thẳng, có khi nằm như khúc gỗ.

Trong trạng thái bất động, có thể kèm theo động tác định hình như nhại lời, nhại cùi chì, nhại nét mặt.

Ý thức có thể kèm theo rối loạn ý thức kiêu mê mộng.

Hội chứng này kéo dài từ vài tuần đến nhiều năm.

3.2.2. Hội chứng bất động trầm cảm

Xuất hiện từ từ, người bệnh ngồi, nằm ở một tư thế, mặt mày đau khổ, nước mắt lưng tròng, không ăn, không tiếp xúc.

3.2.3. Hội chứng bất động ảo giác

Tạng thái ức chế vận động do ảo giác chi phối.

Phản ứng cảm xúc (sợ hãi, đau khổ, say mê).

Thường có khuynh hướng tái phát, không có rối loạn ý thức.

Ngoài ra còn gặp bất động động kinh, bất động sau cảm xúc mạnh.

RỐI LOẠN Ý THỨC

Ý thức là chức năng tâm lý cao cấp của con người, nó bao gồm toàn bộ kiến thức, nhận biết của con người về thế giới xung quanh, giúp con người tự đánh giá hành vi của mình, đảm bảo cho hoạt động của con người có mục đích. Do đó ý thức là sự phản ánh đúng đắn, thích hợp về thực tiễn xung quanh và khả năng tác động lên thực tiễn đó một cách có mục đích.

Trong lâm sàng tâm thần ý thức được hiểu là mức độ tinh táo, sáng sủa của tâm thần, mức độ nhận thức của người bệnh về bản thân và mối liên hệ với môi trường xung quanh. Ở đây ý thức được đánh giá thông qua năng lực định hướng (không gian, thời gian, bản thân và xung quanh).

Trên lâm sàng các rối loạn ý thức thường được chia ra hai nhóm lớn:

Các hội chứng rối loạn ý thức loại trừ.

Các hội chứng rối loạn ý thức mù mờ.

1. Các hội chứng ý thức bị loại trừ

Tiêu chuẩn để đánh giá hội chứng dựa vào:

Năng lực định hướng

Khả năng phản ứng trước các kích thích của môi trường

Các phản xạ thần kinh thể hiện ở mức độ bị ức chế.

Không có các triệu chứng tâm thần nặng (hoang tưởng, ảo giác, kích động...).

1.1. Hội chứng ý thức u ám

Năng lực định hướng rối loạn nhẹ, còn phân biệt được ít nhiều thời gian và không gian, định hướng bản thân còn duy trì.

Phản ứng với các kích thích chậm chạp.

Bệnh nhân như ngà ngà say, không hiểu được sự việc xảy ra xung quanh.

1.2. Hội chứng ngủ gà

Năng lực định hướng rối loạn nhiều hơn, định hướng về bản thân, không gian, thời gian không rõ ràng, không đầy đủ.

Chi phản ứng với các kích thích mạnh, gọi to nhiều lần mới trả lời.

Ra khỏi trạng thái ngủ gà quên hoàn toàn.

1.3. Hội chứng bán hôn mê (subcoma)

Năng lực định hướng mất hoàn toàn, ý thức bị loại trừ cơ bản.

Không phản ứng với mọi loại kích thích xung quanh, không nói, không trả lời, không thực hiện yêu cầu của thày thuốc.

Các phản xạ giảm như phản xạ đồng tử với ánh sáng, phản xạ gân xương, giác mạc giảm.

1.4. Hội chứng hôn mê (coma)

Ý thức bị loại trừ hoàn toàn.

Các phản xạ đều mất.

Xuất hiện các phản xạ bệnh lý (Babinski, Oppenheim..)

Chỉ còn hoạt động của các trung tâm hô hấp, tuần hoàn.

Các hội chứng rối loạn ý thức loại trừ về tiến triển có thể từ hội chứng u ám đến hôn mê, hoặc hôn mê ngay, tùy theo từng nguyên nhân.

Hội chứng này thường hay gặp trong các bệnh tổn thương thực thể ở não và các bệnh cơ thể tác động đến não.

Việc đánh giá các hội chứng này còn có thể dựa theo bảng phân loại hôn mê theo thang điểm Glasgow.

2. Các hội chứng rối loạn ý thức mù mờ

Đặc điểm chung:

Tách rời thế giới bên ngoài, trí giác xung quanh giảm hoặc mất.

Năng lực định hướng mắt hoặc rối loạn nhiều.

Tư duy rời rạc, phán đoán suy yếu.

Nhớ từng mảng hay quên sự việc xảy ra sau cơn.

2.1. Hội chứng mê sảng

Năng lực định hướng rối loạn, định hướng về không gian, thời gian lệch lạc, định hướng bản thân còn duy trì.

Nhiều các rối loạn tri giác, ảo tưởng, ảo giác sinh động kỳ lạ.

Có các hoang tưởng cảm thụ, tác phong do hoang tưởng chi phối.

Cảm xúc không ổn định, căng thẳng, lo âu.

Hội chứng này thường xuất hiện về chiều tối, hay gặp trong các trạng thái loạn thần cấp, loạn thần nhiễm độc...

2.2. Hội chứng mê mộng

Rối loạn ý thức vừa giống như cảnh chiêm bao, vừa giống như cảnh thực.

Định hướng về bản thân rối loạn nặng, bệnh nhân vừa là diễn viên vừa là khán giả.

Nội dung ảo giác phần lớn là những cảnh thần tiên, hoang đường, khuếch đại, kỳ quái hoặc có tính chất trầm cảm mê mộng như chứng kiến sự sụp đổ của các thành phố hay hội chứng Cotard.

Hành vi tác phong không ăn khớp với cảnh mộng, hoạt động trên giường nằm, đơn điệu.

Trong trạng thái mê mộng thường kèm theo các hoang tưởng cảm thụ.

Sau mê mộng nhớ rất chi tiết cảnh mộng, còn cảnh thực xen vào nhớ ít.

Hội chứng này thường gặp trong bệnh TTPL, động kinh, bệnh tổn thương thực thể não.

2.3. Hội chứng lú lẫn

Đây là hội chứng rối loạn ý thức nặng nhất trong hội chứng rối loạn ý thức mù mờ. Tư duy rời rạc.

Rối loạn trầm trọng về năng lực định hướng xung quanh và bản thân.

Tri giác xung quanh rời rạc, lè té.

Ngôn ngữ không liên quan đến hoàn cảnh, khó hiểu.

Kèm theo kích động trên giường nằm.

Ảo giác, hoang tưởng xuất hiện lè té, rời rạc.

Cảm xúc không ổn định, bàng hoàng, ngơ ngác, cảm xúc bàng quan.

Hội chứng này thường xuất hiện về đêm, kéo dài hàng tuần, hàng tháng. Sau trạng thái lú lẫn bệnh nhân quên hoàn toàn. Hay gặp trong các bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc, trong các bệnh tổn thương thực thể não.

2.4. Hội chứng hoảng hôn

Trạng thái ý thức bị thu hẹp, nửa tối nửa sáng, mờ mờ.

Hội chứng này xuất hiện đột ngột, người bệnh đang bình thường đột nhiên mất định hướng. Trạng thái này tồn tại trong một thời gian ngắn và cũng mất đi đột ngột.

Trong cơn cảm xúc bàng hoàng căng thẳng, hoặc buồn rầu, lo lắng và hung dữ.

Hành vi có tính kế tục, người ngoài không biết và khó đề phòng.

Trong cơn thường có các ảo thị ghê rợn và hoang tưởng cảm thụ cấp, có thể có hành vi nguy hiểm giết người... sau cơn quên toàn bộ.

Thường gặp trong bệnh động kinh và tổn thương thực thể não.

RÓI LOẠN TRÍ TUỆ

Trí tuệ là hoạt động nhận thức của con người, bao gồm các kinh nghiệm, kiến thức đã thu thập được và cả năng lực tiếp thu kinh nghiệm mới và áp dụng nó vào thực tiễn. Tri tuệ khái quát tất cả các quá trình nhận thức, nó có liên quan với các mặt hoạt động tâm thần khác nhưng liên quan chặt chẽ nhất với tư duy (đặc biệt là với các quá trình suy luận, phán đoán, lĩnh hội).

Khối lượng kinh nghiệm, kiến thức của con người phản ánh trí tuệ. Trí tuệ có được dựa trên các yếu tố: năng lực, tài năng, và khả năng lao động trí óc. Trình độ trí tuệ liên quan đến đặc điểm bẩm sinh của não bộ, đến quá trình học hỏi và rèn luyện có hệ thống trong lao động, và với quá trình tiếp xúc với thực tại mà đặc biệt là với xã hội loài người. Rối loạn trí tuệ thường biểu hiện dưới 2 dạng chính: các hội chứng chậm phát triển tâm thần và hội chứng trí tuệ sa sút.

1. Các hội chứng chậm phát triển tâm thần (CPTTT)

1.1. Đặc điểm chung

CPTTT thường có tính chất bẩm sinh hoặc xuất hiện trong vài năm đầu sau đẻ, khi trí tuệ đang hình thành.

Khả năng hoạt động nhận thức yếu hoặc không có, vì vậy không tiếp thu được kiến thức mới mà chỉ lĩnh hội được các điều đơn giản.

Trí nhớ máy móc khá tốt, trí nhớ thông hiểu giảm hoặc không có.

Thường có những động tác vô nghĩa, hành vi kích động vô lí.

Kèm theo dạng cơ thể, nội tạng (sút môi, hở hám ếch ...).

Không điều trị khỏi được, một số trường hợp nhẹ thì có thể cải thiện được một phần bằng lao động và huấn luyện.

Hội chứng CPTTT thường chia làm 3 mức độ từ nặng đến nhẹ.

1.2. CPTTT mức độ nặng (ideotie - HC ngu)

Đặc điểm:

Phản ứng cảm xúc thể hiện nhu cầu bản năng có được thoả mãn không.

Ví dụ: người bệnh thích thì hét lên, không thích thì đập phá, khóc.

Hoạt động đơn điệu, lắc lư người, động tác định hình, các động tác phức tạp thì không làm được.

Không tự phục vụ được phải có người giúp cho ăn...

Ngôn ngữ có thể phát âm được một số từ đơn giản.

Hội chứng này có 3 mức độ: nặng - trung bình - nhẹ.

Thương số trí tuệ IQ (20 - 34).

1.3. CPTTT mức độ trung bình (imbécilite - HC dàn)

Phản ứng với xung quanh đa dạng, linh hoạt hơn.

Ngôn ngữ cũng phát triển hơn, có một số vốn từ thông dụng, có thể phát âm sai, giọng trẻ con.

Có thể thu nhận và tích luỹ được một số kinh nghiệm đơn giản trong cuộc sống, chỉ có tư duy cụ thể, không khái quát được.

Phản ứng cảm xúc sơ đẳng, thô bạo, khoái cảm, giận dữ...

Người bệnh có thể gắn bó với một số người nhất định.

Dễ bị ám thị, nên dễ bị lợi dụng.

Có thể huấn luyện lao động đơn giản.

Thương số trí tuệ IQ (35 - 39).

1.4. CPTTT mức độ nhẹ (débilite mentabé)

Đây là mức độ nhẹ nhất.

Người bệnh có thể khái quát hoá được kinh nghiệm đơn giản.

Dự trữ từ nghèo nàn, nói năng không linh hoạt.

Không xử trí được tình huống khó khăn.

Dễ bị ám thị, nên dễ bị lợi dụng.

Có thể có trí nhớ máy móc khá phát triển.

Có thể học được những năm đầu ở trường phổ thông và làm được một số nghề đơn giản.

Có thể lập được gia đình làm ăn sinh sống hoà hợp với xung quanh.

Thương số trí tuệ từ (50 - 69).

Các hội chứng CPTTT thường hay gặp trong các bệnh sau:

Tồn thương não trong thời kì bào thai.

Hoặc các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc, chấn thương trong những năm đầu sau khi đẻ.

Các bệnh về nhiễm sắc thể, rối loạn chuyển hoá.

2. Hội chứng trí tuệ sa sút

Đặc điểm chung:

Thường là trạng thái cuối cùng của nhiều bệnh tâm thần khác nhau.

Mất toàn bộ hay một phần năng lực phán đoán.

Rối loạn trí nhớ: mất toàn bộ hay một phần kiến thức, thói quen đã thu nhận được trước kia.

Nhân cách biến đổi nặng, cố định không hồi phục.

Mất khả năng thích ứng với cuộc sống (không tiếp thu được kiến thức mới, không giải quyết được các nhu cầu trong cuộc sống).

Phân loại: chia làm 2 loại:

Trí tuệ sa sút toàn bộ.

Trí tuệ sa sút từng phần.

2.1. Trí tuệ sa sút toàn bộ

Rối loạn trầm trọng về nhân cách, trí nhớ, phán đoán và cảm xúc.

Thường gặp trong các bệnh tồn thương thực thể não, liệt toàn thể tiến triển.

2.2. Trí tuệ sa sút từng phần

Rối loạn trí nhớ trầm trọng. Các rối loạn khác không nặng. Thường gặp trong xơ mạch não, các bệnh nội tiết, nhiễm độc nặng, chấn thương sọ não.

Các loại trí tuệ sa sút thường gặp là: trí tuệ sa sút động kinh, trí tuệ sa sút phân liệt.

RỐI LOẠN CHÚ Ý

Chú ý là năng lực tập trung hoạt động tâm thần vào một số đối tượng xác định để con người có thể nhận thức được đối tượng đó một cách rõ nét nhất, toàn vẹn

nhất. Khi chú ý đến đối tượng nào thi các quá trình tri giác, tư duy ... về đối tượng đó sẽ được nhận thức sâu hơn, rõ nét hơn. Còn tất cả các đối tượng không nhận được sự chú ý sẽ bị đẩy xuống hàng thứ yếu hoặc hoàn toàn không được nhận thức.

Nghiên cứu về chú ý, người ta quan tâm đến khả năng tập trung chú ý, khả năng phân phối chú ý, khối lượng chú ý, tính bền vững của chú ý, và khả năng di chuyển chú ý. Khi bị rối loạn có thể gặp các biểu hiện:

1. Chú ý quá chuyển động

Do chú ý có chủ định suy yếu, chú ý không chủ định chiếm ưu thế. Người bệnh không thể tập trung chú ý vào đối tượng hay hoạt động cần thiết, thường dễ bị lôi cuốn vào những kích thích mới lạ.

Thường gặp trong trạng thái hưng cảm, rối loạn tăng động giảm chú ý...

2. Chú ý trì trệ

Khả năng di chuyển chú ý kém, khó chuyển từ chủ đề này sang chủ đề khác.

Thường gặp trong động kinh, trạng thái trầm cảm, tâm thần phân liệt.

3. Chú ý suy yếu

Tính bền vững của chú ý kém. Người bệnh không thể tập trung chú ý lâu dài vào một đối tượng được. Thường gặp trong trạng thái suy nhược, mệt mỏi, bệnh tần thương thực thể tại nǎo.

ĐẶC ĐIỂM RIÊNG CƠ BẢN CỦA TRIỆU CHỨNG VÀ HỘI CHỨNG HỌC TÂM THẦN

1. Đặc điểm cơ bản

Hoạt động tâm thần là một hoạt động vô cùng phức tạp, đặc biệt là khi bị rối loạn có tính chất bệnh lý. Vì vậy muốn hiểu đúng đắn các triệu chứng tâm thần, tránh nhầm lẫn cần phải nắm vững các đặc điểm sau:

1.1. Hoạt động tâm thần là một hoạt động tổng hợp, thống nhất, không thể phân tách được. Việc sắp xếp các triệu chứng tâm thần theo từng mặt hoạt động tâm thần (rối loạn tri giác, rối loạn tư duy, rối loạn cảm xúc...) chỉ có tính chất qui ước để thuận lợi cho giảng dạy và thảo luận lâm sàng. Vì vậy có nhiều cách qui ước tuỳ từng tác giả. Thực tế một triệu chứng tâm thần có liên quan và ảnh hưởng đến các mặt hoạt động tâm thần khác.

Ví dụ: ảo giác có liên quan chặt chẽ với hoang tưởng, có thể là hậu quả của hoang tưởng, có thể là cơ sở phát sinh ra hoang tưởng. Ảo giác còn ảnh hưởng đến tác phong, hành vi, tư duy, cảm xúc... của bệnh nhân.

1.2. Các triệu chứng tâm thần ít khi xuất hiện riêng lẻ và thường kết hợp với nhau thành một hội chứng nhất định.

Ví dụ: khí sắc vui vẻ thái quá kết hợp với tư duy nhịp nhanh và hoạt động hưng phấn để tạo thành hội chứng hưng cảm.

1.3. Các triệu chứng và hội chứng tâm thần luôn luôn biến chuyển, tùy theo từng giai đoạn bệnh. Tuy nhiên cả tiến triển cũng như thoái triển đều tuân theo những qui luật nhất định.

1.4. Không thể giải thích các triệu chứng tâm thần thuần túy theo cơ chế sinh học và tâm lý học được, vì chúng còn là kết quả của các yếu tố cơ thể, xã hội, môi trường tác động phức tạp vào hoạt động của bộ não.

1.5. Việc đánh giá các triệu chứng và hội chứng tâm thần trong lâm sàng rất khó khăn nhưng vô cùng quan trọng. Đánh giá khó khăn vì các triệu chứng tâm thần phần lớn là những triệu chứng chủ quan (do bệnh nhân kể và có thể khác nhau tùy theo cách hỏi bệnh, tùy thời gian hỏi). Trong khi đó việc phát hiện các triệu chứng này lại phụ thuộc vào kinh nghiệm thầy thuốc, nghệ thuật tiếp xúc, trạng thái tâm thần bệnh nhân khi tiếp xúc...

Tuy nhiên vai trò của việc đánh giá các triệu chứng hết sức quan trọng vì nếu đánh giá sai triệu chứng thì không thể tổng hợp đúng hội chứng và từ đó không thể chẩn đoán bệnh chính xác được.

1.6. Phân biệt giữa triệu chứng bệnh lý và hoạt động tâm thần bình thường thường khi rất khó khăn. Vì vậy muốn phân biệt chắc chắn cần phải nắm vững các đặc điểm tâm lý, nhất là đặc điểm tâm lý cùng lứa tuổi, cùng tầng lớp xã hội, cùng địa phương, cùng dân tộc...

Ví dụ: đồng bào dân tộc thiểu số miền núi có thể có hoạt động tư duy chậm chạp, ngôn ngữ diễn đạt, hoạt động chậm nhưng chưa nên kết luận ngay là có hiện tượng tâm thần bệnh lý.

2. Triệu chứng âm tính và dương tính

2.1. Triệu chứng âm tính (hay các hiện tượng suy sụp):

Thể hiện sự tiêu hao, mất mát trong hoạt động tâm thần.

Ví dụ: cảm xúc khô lạnh, tư duy nghèo nàn, giảm nhớ, trí tuệ sa sút v.v..

Các triệu chứng âm tính tiến triển từ từ, chậm chạp nhưng làm tan rã nhân cách sâu sắc, khó điều trị, thuyên giảm chậm.

2.2. Triệu chứng dương tính (hay các hiện tượng kích thích):

Thể hiện những biến đổi bệnh lý phong phú đa dạng trong hoạt động tâm thần.

Ví dụ: hoang tưởng, ảo giác, ám ảnh, trầm cảm, hưng cảm ...

Các triệu chứng dương tính tiến triển tuy rầm rộ, cấp diễn nhưng có tính chất tạm thời, không làm tan rã nhân cách trầm trọng có khi mất đi không để lại dấu vết trong nhân cách.

2.3. Ý nghĩa của sự phân chia triệu chứng âm tính, dương tính

Giúp cho chẩn đoán phân biệt một số bệnh lý và một số thể lâm sàng.

Giúp cho tiên lượng bệnh: triệu chứng âm tính càng nhiều bệnh càng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Tâm thần và Tâm lý Y học – Học viện Quân Y (1998), *Tâm thần học đại cương và Tâm lý học y học*, Hà Nội, Tr: 148 – 157.
2. Sidney Bloch và Bruce S. Singh (2001), *Cơ sở của lâm sàng Tâm thần học* (tài liệu dịch), Nhà xuất bản Y học, Tr : 77 – 109.
3. Kaplan & Sadock (2005), *Clinical Examination of the Psychiatric Patient*, Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, Tr:1 – 11.

CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỒN

ĐẠI CƯƠNG VỀ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THỰC TỒN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm về các rối loạn tâm thần thực tồn.
2. Liệt kê được các nguyên nhân thường gây rối loạn tâm thần thực tồn.
3. Mô tả được các hội chứng rối loạn tâm thần thực tồn cấp.
4. Trình bày được nguyên tắc chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thực tồn.
5. Trình bày được đặc điểm lâm sàng mất trí.

NỘI DUNG

1. Khái niệm chung

Rối loạn tâm thần thực tồn là những rối loạn tâm thần gây nên bởi các nguyên nhân bệnh lý của não (thoái hoá hoặc viêm nhiễm tại não...) hoặc tổn thương não do chấn thương, tai biến mạch máu, khối u... hoặc có liên quan trực tiếp với những bệnh cơ thể ngoài não như: nhiễm trùng, nhiễm độc, rối loạn chuyển hoá, nội tiết... ảnh hưởng đến chức năng, hoạt động của não. Như vậy rối loạn tâm thần thực tồn bao hàm cả loạn thần triệu chứng.

Các hình thái và mức độ biểu hiện lâm sàng của rối loạn tâm thần thực tồn biểu hiện rất khác nhau, không chỉ phụ thuộc vào nguyên nhân là nhiễm trùng, nhiễm độc hay chấn thương, mà còn phụ thuộc chủ yếu vào vị trí tổn thương của não, mức độ gây tổn thương não nhiều hay ít, nặng hay nhẹ, cấp hay kéo dài. Cùng một mức độ tổn thương lan toả của não sẽ có các triệu chứng tâm thần giống nhau dù nguyên nhân có khác nhau (nội khoa, nhiễm trùng, chấn thương...).

Bệnh cảnh lâm sàng và tiến triển của các trạng thái rối loạn tâm thần thực tồn tùy thuộc vào sự biến chuyển của bệnh chính, nếu bệnh chính thuyên giảm và khỏi trước khi tế bào thần kinh bị tổn thương thì các triệu chứng tâm thần cũng giảm dần và mất hẳn, người bệnh hoàn toàn bình phục. Trái lại khi bệnh chính thuyên giảm mà đã có một số tế bào thần kinh bị tổn thương không thể phục hồi được hay bị huỷ diệt thì dù bệnh chính có khỏi thì người bệnh vẫn còn các triệu chứng tâm thần.

Phạm vi của rối loạn tâm thần thực tồn rất rộng và liên quan đến nhiều chuyên khoa khác nhau trong y học. Sự liên quan này nói lên sự cần thiết phải gắn liền tâm thần học với các môn học khác và đó là điều kiện tất yếu để đảm bảo sự phát triển đúng hướng của ngành tâm thần cũng như các ngành khác trong y học nhằm phục vụ tốt cho người bệnh.

Không phải bất cứ bệnh loạn thần nào có kèm theo bệnh cơ thể cũng đều là rối loạn tâm thần thực tồn. Trong thực tế bệnh cơ thể có thể là nhân tố thúc đẩy một bệnh tâm thần nội sinh lâu nay vốn tiềm ẩn được bộc lộ rõ nét trên lâm sàng.

2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây ra rối loạn tâm thần thực tồn. Tuỳ thuộc vào phương thức tiến triển, vào biểu hiện lâm sàng mà người ta thường chú ý đến các nguyên nhân sau đây:

2.1. Nhiễm độc

Thường gặp nhiễm độc các loại thuốc dùng trong nông nghiệp, công nghiệp và trong y học. Đáng chú ý là các thuốc chống parkinson, thuốc hướng thần, giảm đau, chống động kinh, thuốc mê, rượu, kim loại nặng, các chất ma tuý,...

2.2. Nhiễm khuẩn

Bao gồm 2 loại nhiễm khuẩn nội sọ và nhiễm khuẩn toàn thân, tiến triển cấp tính hoặc mạn tính:

+ Nhiễm khuẩn nội sọ như: viêm màng não, viêm não, abces não, giang mai não,...

+ Nhiễm khuẩn toàn thân như: nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn một số cơ quan nội tạng hoặc nhiễm khuẩn đặc hiệu như: lao, thương hàn, sốt rét,...

2.3. Rối loạn chuyển hóa

Chứng tăng ure máu, suy gan, rối loạn nước-điện giải,..

2.4. Thiếu hoặc giảm oxy não

Suy tim, rối loạn thông khí phổi như: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản,...

2.5. Các rối loạn mạch máu não

Đột quỵ não, suy chức năng não, tăng huyết áp, viêm tắc mạch não, nhồi máu não,...

2.6. Chấn thương sọ não

Thường gặp do nhiều tác nhân khác nhau trong thời bình (tai nạn giao thông, tai nạn lao động,...) cũng như trong thời chiến (các vết thương do hỏa khí, chấn thương do sóng nổ,...).

2.7. Rối loạn nội tiết

Bệnh cường tuyến giáp (Basedow), bệnh thiểu năng tuyến giáp, các bệnh liên quan đến chức năng tuyến yên, bệnh đái tháo đường và các bệnh khác liên quan đến chức năng tuyến thượng thận,...

2.8. Động kinh

Thường gặp trong động kinh cơn lớn toàn thể, động kinh thải dương, động kinh tiến triển kéo dài,...

2.9. Các bệnh gây thoái hóa hệ thống thần kinh

Alzheimer, Pick, Parkinson, Huntington,...

2.10. Các tổn thương choán chố

U não, não nước,...

2.11. Thiếu vitamin Vitamin B12, axit folic, vitamin B1, vitamin PP.

3. Phân loại

Phân loại các Rối loạn thâm thần thực tồn (RLTTT) vẫn chưa thống nhất, nhiều cuộc hội thảo Quốc tế và nhiều trường phái Tâm thần học vẫn còn đang tranh luận gay gắt, nhưng người ta cũng dựa theo 2 khuynh hướng cơ bản sau:

Theo Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10), năm 1992 của Tổ chức Y tế Thế giới thì RLTTT được xếp vào nhóm: F00-F09 " Các rối loạn tâm thần thực tồn bao gồm cả rối loạn tâm thần triệu chứng" (Organic including Symptomatic, Mental Disorders).

F00: Mất trí trong bệnh Alzheimer

F01: Mất trí trong bệnh mạch máu

F02: Mất trí trong các bệnh khác được xếp loại ở chỗ khác

F03: Mất trí không biệt định

F04: Hội chứng quên thực tồn không do rượu và các chất tác động tâm thần khác

F05: Sàng không do rượu và các chất tác động tâm thần khác

F06: Các rối loạn tâm thần khác do tồn thương và rối loạn chức năng não và bệnh lý cơ thể.

F07: Các rối loạn nhân cách và hành vi do bệnh não, tồn thương và rối loạn chức năng não

F09: Rối loạn tâm thần thực tồn hoặc triệu chứng không biệt định

4. Đặc điểm lâm sàng chung

Trên cơ sở một số tiêu chuẩn của ICD-10 về rối loạn tâm thần và hành vi, chương F00-F09, người ta dựa vào các biểu hiện lâm sàng để định ra một số đặc điểm lâm sàng chung, giúp cho các thầy thuốc dễ vận dụng trong thực tiễn.

Tuỳ thuộc vào mức độ tồn thương não nặng hay nhẹ, lan rộng hay khu trú biểu hiện lâm sàng thường chia ra hai loại sau:

4.1. Rối loạn tâm thần thực tồn cấp

4.1.1 Rối loạn ý thức:

Là tình trạng rất hay gặp, thường xuất hiện sớm ngay sau những tồn thương nặng của não. Biểu hiện từ nhẹ đến nặng:

Ý thức u ám (obnubilation): biểu hiện giảm toàn bộ hoạt động tâm lý, định hướng môi trường chậm và rất khó khăn, định hướng thời gian và không gian không rõ ràng, tư duy chậm chạp, đứt quãng. Bệnh nhân luôn có cảm giác đau đầu, chóng mặt, ù tai, rối loạn thần kinh thực vật, hưng phấn vận động, vật vã.

Tình trạng ngủ gà (somnolence): các triệu chứng ở trạng thái này rõ ràng và nặng nề hơn. Bệnh nhân nằm im trong tình trạng dờ thức, dờ ngủ, không vật vã. Khi có kích thích nhẹ thì hoảng hốt và đáp ứng quá mức.

Bán hôn mê (subcoma): là giai đoạn chuyển tiếp vào hôn mê, khó xác định ranh giới với các giai đoạn khác, còn đáp ứng nhẹ với các kích thích, các rối loạn cơ thể kèm theo trầm trọng hơn, các hoạt động tâm thần lè te và rời rạc.

Hôn mê (coma): bệnh nhân hoàn toàn bất động, mất các phản xạ, rối loạn các chức phận sống ở các mức độ khác nhau tuỳ thuộc vào mức độ của các tổn thương não. Xuất hiện phản xạ bệnh lý kèm rối loạn thần kinh thực vật trầm trọng.

4.1.2. Kích động giống động kinh:

Kích động giống động kinh đi kèm với mất định hướng, biểu hiện kích động lo âu, hoảng sợ, giận dữ, loạn cảm, mang tính chất xung động, thường gặp kích động bỏ chạy, sợ người khác truy bắt hãi hùng. Các biểu hiện trên thường đột ngột chấm dứt.

4.1.3. Hội chứng rối loạn trí nhớ:

Thường xuất hiện sau chấn thương biểu hiện bằng suy giảm trí nhớ gần, khó tập trung chú ý, do ghi nhận kém dẫn đến mất định hướng do quên. Thay vào chỗ quên có thể có bịa chuyện, nhớ nhầm.

4.1.4. Giảm sút trí tuệ:

Người bệnh khó tập trung chú ý, khả năng học tập sút kém, tiếp thu kiến thức khó khăn, suy giảm khả năng phán đoán, phân tích, không thể giải quyết được những công việc trước đây họ làm dễ dàng.

Các biểu hiện trên tiến triển tuỳ thuộc vào vị trí và mức độ tổn thương, tuỳ theo khả năng can thiệp và các tiến bộ mới trong y học. Một số nhẹ thì khỏi hẳn, nặng thì tử vong hoặc để lại di chứng rối loạn tâm thần kéo dài.

4.2. Rối loạn tâm thần thực tồn kéo dài

Khác với các rối loạn cấp, rối loạn tâm thần thực tồn kéo dài thường biểu hiện bằng những triệu chứng, hội chứng như ảo giác, hoang tưởng, rối loạn cảm xúc, lo âu, rối loạn nhân cách...

Các triệu chứng này không đặc trưng vì nó biểu hiện giống như trong các bệnh tâm thần nội sinh. Tuy nhiên việc nghiên cứu các quy luật phát triển của một số bệnh lý não, hoặc bệnh hệ thống và đối chiếu với sự xuất hiện của các triệu chứng cho phép các nhà lâm sàng có căn cứ chẩn đoán.

Trên nguyên tắc đó tuỳ theo triệu chứng, hội chứng nào chiếm ưu thế mà chia các hình thái lâm sàng sau:

** Ảo giác thực tồn (F 06.0):*

Trong giai đoạn cấp tính của bệnh thực tồn thường xuất hiện ảo ảnh kỳ lạ hoặc ảo thị giác thật, thường là ảo thị không lồ hoặc ảo thị tí hon, ảo thị có màu sắc rực rỡ và nhiều khi chi phối hành vi của người bệnh. Không có sự thay đổi ý thức, trí tuệ không suy giảm.

Thường gặp trong:

Ngộ độc các chất gây ảo giác (mescaline, LSD₂₅), các thuốc kháng cholinergic (benztropine), thuốc chẹn bê ta giao cảm (propranolone).

Động kinh (động kinh cục bộ cơn nhỏ, động kinh thuỷ thái dương).

U não, hội chứng Migraine.

Hội chứng cai rượu, loạn thần do rượu.

* *Căng trương lực thực tồn (F 06.1)*

Là trạng thái sững sờ, hoặc kích động với các triệu chứng căng trương lực. Thường kèm theo mê sảng vì vậy khó chẩn đoán phân biệt.

Nguyên nhân thường do viêm não, ngộ độc cacbon monoxide.

* *Rối loạn hoang tưởng thực tồn (F 06.2)*

Rối loạn hoang tưởng dai dẳng hoặc tái diễn chiếm ưu thế trong bệnh cảnh.

Hoang tưởng kèm theo ảo giác, các hoang tưởng biến hình bản thân, hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng nghi bệnh.

Có thể kèm theo căng trương lực nhưng không có rối loạn ý thức.

* *Rối loạn cảm xúc thực tồn (F 06.3)*

Biểu hiện chủ yếu là khí sắc thay đổi, trầm cảm hoặc hưng cảm ở mức độ nhẹ hoặc vừa kéo dài và thường hết khi điều trị bệnh chính đã ổn định sau một thời gian nhất định.

Thường do:

- + Trầm cảm sau cúm, giang mai, nhiễm HIV, viêm gan...
- + Rối loạn chuyển hóa, rối loạn nội tiết, bệnh tuyến giáp, ung thư tuy...
- + Sử dụng benzodiazepin, rượu, thuốc kháng động kinh...

* *Rối loạn lo âu thực tồn (F 06.4)*

Có thể biểu hiện các triệu chứng đặc trưng của rối loạn lo âu lan toả, rối loạn hoảng sợ, hoặc kết hợp cả hai.

Người bệnh ngủ kém, nhiều ác mộng, giảm tập trung, hồi hộp đánh trống ngực, tim đập nhanh, run rẩy, căng thẳng, vã mồ hôi, hoảng hốt...

Nguyên nhân thường do

- + U não, chấn động não, động kinh thái dương, nhiễm độc giáp...
- + Hội chứng cai rượu, thuốc lá, benzodiazepin.
- + Rối loạn chuyển hóa, ngạt, thiếu Oxy.

* *Rối loạn phân ly thực tồn (F 06.5)*

Biểu hiện bằng các triệu chứng đầy đủ như trong rối loạn phân ly.

Các triệu chứng thực tồn nổi bật trong bệnh cảnh.

* Suy nhược thực tồn (F 06.6)

Cảm giác mệt mỏi và cảm giác cơ thể khó chịu kèm theo cảm xúc không ổn định rõ rệt và dai dẳng.

Thường gặp trong bệnh lý mạch máu não hoặc cao huyết áp.

* Rối loạn nhận thức nhẹ thực tồn (F06.7)

Xuất hiện trước, đồng thời hoặc tiếp theo nhiều bệnh lý nhiễm trùng và bệnh cơ thể.

Thường chỉ kéo dài khoảng vài tuần.

* Rối loạn nhân cách và hành vi thực tồn (F07)

Thường gặp là giảm khả năng hoạt động có mục đích, cảm xúc không ổn định hoặc khoái cảm, bông đùa không thích hợp hoặc có thể gặp trạng thái vô cảm, hành vi gây rối trật tự xã hội, rối loạn hành vi tình dục. Có thể có rối loạn nhịp độ ngôn ngữ hoặc rối loạn nhận thức ở các mức độ khác nhau như đa nghi hoặc ý tưởng paranoide.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Tùy theo các bệnh lý cơ thể, tùy theo triệu chứng bệnh tâm thần mà chẩn đoán các rối loạn tâm thần thực tồn ở các mục từ F00 - F09 trong bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10. Nhìn chung để xác định chẩn đoán rối loạn tâm thần thực tồn cần dựa vào các đặc điểm quan trọng sau:

1. Có bằng chứng về tồn thương não, bệnh lý não, bệnh cơ thể khác dẫn đến rối loạn chức năng não và gây rối loạn tâm thần.
2. Tìm thấy mối quan hệ về thời gian (nhiều tuần, nhiều tháng) giữa bệnh thực tồn và sự khởi phát, tiến triển của các triệu chứng rối loạn tâm thần.
3. Các triệu chứng tâm thần thuyên giảm khi các nguyên nhân thực tồn giảm hoặc mất.
4. Không có bằng chứng về nguyên nhân "nội sinh" xen giữa hoặc một bệnh lý do stress thúc đẩy.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Việc đánh giá chính xác RLTTTT là một thách thức to lớn không chỉ đối với các bác sĩ nội khoa nói chung mà còn cả đối với bác sĩ chuyên khoa tâm thần nói riêng. Điều quan trọng nhất là phải xác định được đâu là rối loạn tâm thần “*Thực tồn*” và đâu là rối loạn “*Chức năng*”. Đó là việc làm rất khó khăn. Tuy vậy, ở một chừng mực nào đó, người ta cũng xác định được một số những điểm chính cần phân biệt với các rối loạn thần kinh, Hysteria, những triệu chứng của TTPL khởi phát, phản ứng thực tồn cấp tính và mạn tính không có loạn thần,...

Phân biệt với các trạng thái không thực tồn: dễ dàng khi có rối loạn ý thức, rối loạn nhận thức, khi có những cơn động kinh hoặc khi có những triệu chứng rối loạn

tâm thần và các dấu hiệu khác kèm theo. Ở một vài trường hợp có ảo giác, thay đổi cảm xúc hoặc các triệu chứng giống TTPL, hoặc các triệu chứng thực tồn không rõ thì rất khó phân biệt như: rối loạn cảm xúc, mê sảng, rối loạn giấc ngủ,... gặp trong các chấn thương tâm lý. Có thể sử dụng một số xét nghiệm hỗ trợ cho chẩn đoán như điện não, test tâm lý, chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT-Scanner), chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI). Khoảng 10% bệnh nhân có tồn thương thực thể mà không có triệu chứng rối loạn tâm thần kèm theo.

+ Các triệu chứng giống tâm thần phân liệt: những triệu chứng này rất đa dạng, biểu hiện bằng các ảo giác và hoang tưởng cấp tính hoặc mạn tính rất dễ nhầm với bệnh tâm thần phân liệt. Điều quan trọng nhất là phải khai thác tiền sử bệnh của bệnh nhân hoặc người thân bệnh nhân tỳ mỷ và có hệ thống. Người ta có thể gặp 25% số bệnh nhân có RLTTT được chẩn đoán nhầm là TTPL.

+ Trầm cảm: đặc biệt là trầm cảm không điển hình và trầm cảm ăn mà biểu hiện bằng các rối loạn cơ thể phức tạp như rối loạn chức năng tim mạch, rối loạn chức năng hệ thống tiêu hoá, hệ thống hô hấp, tiết niệu,... Những trường hợp này cần khai thác kỹ về tiền sử bệnh của bệnh nhân hoặc người thân bệnh nhân xem đã điều trị bằng các loại thuốc chống trầm cảm nào? đã được làm sốc điện chua? có tái diễn một triệu chứng nhiều lần hay không?. Rối loạn tâm thần thực tồn có thể chẩn đoán nhầm với các giai đoạn rối loạn trầm cảm là 20%.

6. Nguyên tắc điều trị các rối loạn tâm thần thực tồn

- 1- Phải điều trị nguyên nhân gây rối loạn tâm thần thực tồn (nhiễm trùng, chấn thương...).
- 2- Việc điều trị tiến hành ngay tại chuyên khoa có người bệnh mà không phải chuyển đến chuyên khoa tâm thần. Nếu cần thì mời bác sĩ chuyên khoa tâm thần hội chẩn để phối hợp điều trị tại chỗ.
- 3- Chi chuyển bệnh nhân đến khoa tâm thần khi người bệnh kích động dữ dội, trầm cảm có ý tưởng tự sát, rối loạn hành vi tác phong nặng. Tuy nhiên vẫn phải phối hợp thầy thuốc chuyên khoa để điều trị nguyên nhân.
- 4- Khi sử dụng thuốc hướng thần cần lưu ý:

Chọn thuốc ít gây tác dụng phụ và biến chứng về cơ thể, đặc biệt là các hội chứng tim mạch, gan, thận...

Liều lượng tăng dần từ thấp đến liều hiệu quả phù hợp với từng cá thể vì ở bệnh nhân rối loạn tâm thần thực tồn, khả năng dung nạp kém hơn so với các rối loạn loạn thần nội sinh.

Cần theo dõi thường xuyên, chặt chẽ về cơ thể, thể dịch, theo dõi các tác dụng phụ, tuân thủ chỉ định, chống chỉ định.

- 5- Đi đôi với điều trị nguyên nhân, điều trị triệu chứng rối loạn tâm thần cần chú ý chăm sóc nuôi dưỡng, nâng cao thể trạng bằng sinh tố, luyện tập nâng đỡ tâm lý.

Tại tuyến cơ sở: khi phát hiện bệnh nhân có rối loạn tâm thần thực tồn nhất là rối loạn tâm thần thực tồn cấp cần phải:

1. Nếu bệnh nhân có thể chuyển di được cần chuyển ngay đến tuyến chuyên khoa.
2. Nếu có rối loạn tim mạch, hô hấp cần điều trị ổn định mới được chuyển viện.
3. Trong khi chuyển cần theo dõi:
 - Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
 - Trạng thái ý thức.
4. Không chẩn đoán và điều trị triệu chứng tâm thần đơn thuần khi chưa chắc chắn loại trừ được bệnh cơ thể.

7. Phòng bệnh

Điều trị sớm, tích cực các bệnh cơ thể đặc biệt là các bệnh lý tại não để hạn chế tối đa các thương tổn có thể gây rối loạn tâm thần.

Hạn chế đến mức tối đa các sang chấn cho bà mẹ trong quá trình mang thai, tôn thương viêm nhiễm tại não của trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Tuyên truyền phòng chống các bệnh nhiễm trùng tại não là nguyên nhân gây rối loạn tâm thần.

Tuyên truyền phòng chống tai nạn giao thông để hạn chế rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não gây nên.

MÁT TRÍ

Mát trí là một hội chứng đặc trưng bởi sự suy giảm nhiều chức năng cao cấp của não mà không có rối loạn ý thức. Các chức năng nhận thức bị ảnh hưởng bao gồm trí nhớ, tư duy, định hướng, nhận biết, tính toán, ngôn ngữ, phán đoán...

1. Nguyên nhân:

Mát trí do nhiều nguyên nhân khác nhau trong đó mát trí do bệnh Alzheimer và bệnh mạch máu là phổ biến nhất. Ngoài ra còn gặp các bệnh Pick, Creutzfeldt – Jakob, bệnh Huntington, Parkinson, nhiễm HIV, sau chấn thương sọ não...

Alzheimer là một bệnh thoái hóa não nguyên phát tiến triển, tồn thương trước tiên vào các tế bào thần kinh ở vỏ não. Bệnh do giáo sư Alois Alzheimer (người Đức) mô tả lần đầu tiên năm 1905 ở một bệnh nhân 51 tuổi bị sa sút trí tuệ tiến triển đi kèm với các rối loạn hành vi, nhân cách và cảm xúc. Bệnh thường xảy ra sau 55 tuổi, gặp ở cả nam và nữ, tỷ lệ mắc gia tăng theo tuổi. Quá trình tiến triển ngày càng nặng dần, trung bình bệnh nhân có thể sống được 10 năm tính từ sau khi bệnh được chẩn đoán. Tử vong thường gặp là do nhiễm khuẩn nhất là viêm phổi, loét do tỳ đè, rối loạn tiêu hóa dẫn đến suy kiệt...

Tỷ lệ mắc bệnh Alzheimer: gia tăng theo lứa tuổi

55 - 64 tuổi: 0,1%

65 – 74 tuổi: 1%

Trên 85 tuổi: 10%

Theo báo cáo của WHO – 1998, toàn thế giới có khoảng 20 triệu người bị bệnh Alzheimer. Dự kiến đến năm 2020 con số này sẽ là 40 triệu người.

2. Đặc điểm lâm sàng Alzheimer:

Trong bệnh Alzheimer, các biểu hiện lâm sàng phản ánh tổn thương ưu thế ở vùng đỉnh chẩm và các phần trong của thùy thái dương. Đặc điểm của bệnh là hội chứng “thất ngôn, thất tri, thất dụng” với rối loạn định hướng không gian, thời gian và quên thuận chiều.

* Sự suy giảm trí nhớ:

Là triệu chứng đặc trưng, sớm, điển hình và nổi bật.

Đặc biệt trong mất trí do bệnh Alzheimer. Thời kỳ đầu suy giảm có thể còn nhẹ và thường rõ rệt nhất là đối với các sự kiện mới xảy ra: Bệnh nhân quên số điện thoại, không nhớ các sự kiện xảy ra trong ngày... Theo tiến trình của bệnh suy giảm trí nhớ ngày càng nặng bệnh nhân quên sự kiện xảy ra hôm trước, tuần trước, quên tên người quen cũ, đồng nghiệp... rồi quên cả sự kiện liên quan đến cuộc sống cá nhân.

* Rối loạn định hướng và các chức năng nhận thức:

Là triệu chứng cũng thường gặp ở bệnh nhân Alzheimer, nhiều khi rối loạn định hướng có thể là rất trầm trọng nhất là định hướng không gian, thời gian song ý thức bệnh nhân không bị rối loạn. Người bệnh mất khả năng tính toán đơn giản, không có khả năng hiểu về thực trạng bệnh của mình, không còn khả năng phê phán đánh giá. Rối loạn trí nhớ là căn nguyên đầu tiên làm suy giảm chức năng nhận thức.

* Rối loạn ngôn ngữ:

Các rối loạn ngôn ngữ có thể bao gồm: biểu hiện sớm là khó tìm từ ngữ để diễn đạt ý tưởng, phát âm khó khăn hơn, nói không trôi chảy, lời nói mơ hồ, nói lặp từ, nói đính kèm, nói gián tiếp, nói kiểu điện tín... Bệnh nhân có thể rất khó khăn trong việc tìm từ gọi tên đồ vật. Dần dần người bệnh mất từ (agnosia), mất ngôn ngữ (aphasia). Có khi người bệnh nói song không hiểu mình nói gì, hoặc không hiểu được người khác nói gì (giai đoạn cuối cùng).

* Rối loạn phối hợp động tác (Dyspraxia):

Dấu hiệu ban đầu là không chú ý đến trang phục, khó khăn trong mặc quần áo. Khó khăn trong thực hiện các công việc quen thuộc trong nhà kể cả những công việc cũ, đơn giản như lau dọn nhà, nấu ăn. Khả năng điều khiển máy móc, xe cộ bị ảnh hưởng.

* Thay đổi nhân cách:

Nhân cách người bệnh biến đổi từ từ. Thời kỳ đầu nhân cách ít thay đổi. Ở giai đoạn sau, nhân cách và hành vi biểu hiện sự thay đổi rõ nét với các đặc điểm:

Bệnh nhân trở nên thu mình lại, ít hoặc không quan tâm đến hậu quả của các hành vi mà họ gây ra đối với người khác.

Mất dần các ham thích cũ, trở nên cáu kỉnh, độc đoán.

Nhân cách dễ bùng nổ, kích động.

* Các triệu chứng loạn thần:

Các hoang tưởng xuất hiện lẻ tẻ và nhát thời. Thường gặp là các hoang tưởng bị hại, bị theo dõi, ghen tuông.

Áo giác: thường gặp là áo thanh, áo thị. Bệnh nhân Alzheimer xuất hiện áo giác được coi là biểu hiện của giai đoạn bệnh lý nặng.

Tri giác hoang tưởng: Không nhận ra mình trong gương, đối xử với các nhân vật trong tì vi như những người trong cuộc sống.

Ngoài ra còn có biểu hiện kích động vận động, kích động cảm xúc, cũng có khi là những cơn trầm cảm lo âu.

Lú lẫn kích động, thường xuất hiện vào ban đêm khi điều kiện tri giác bị trở ngại.

3. Cận lâm sàng

* **Điện não đồ:** thấy xuất hiện sóng chậm bất thường lan toả: khi bệnh tiến triển thường xuất hiện sóng chậm theta và delta, giai đoạn sau có thể có sóng nhọn. Các sóng bệnh lý thường gặp ở vùng trán thái dương đỉnh ở cả hai bên bán cầu.

* **Xét nghiệm huyết thanh, dịch não tuỷ, nước tiểu** đều trong giới hạn bình thường

* **Chụp cắt lớp vi tính não** thấy khoảng 60% các trường hợp có hình ảnh teo não, giãn các khe rãnh vỏ não, giãn não thất thứ phát.

* **Chụp cộng hưởng từ** thấy có hình ảnh teo vỏ não và dưới vỏ não, đặc biệt tồn thương rõ rệt ở vùng thái dương - đỉnh. Ngoài ra có thể gặp tồn thương thiếu máu ở hạt nhân xám, đồi thị, xơ hóa mỏc hồi hải mã.

(Chú ý: Khoảng 15 – 40% bệnh nhân mất trí do bệnh Alzheimer phối hợp với bệnh mạch máu).

* **Giải phẫu bệnh:**

Đại thể: Hình ảnh teo não đặc biệt ở các thuỷ đỉnh, thuỷ trán và thuỷ thái dương.

Ví thể với những tồn thương đặc trưng bao gồm: Bó (sợi) tơ thần kinh, mảng Amyloid, mạch máu thoái hoá dạng tinh bột, thoái hoá hạt không bào...

4. Chẩn đoán

* **Chẩn đoán Alzheimer trong giai đoạn sớm:**

Biểu hiện sớm SSTD kiểu Alzheimer ngay từ giai đoạn MCI (Suy giảm nhận thức nhẹ hoặc suy giảm nhận thức vừa: Mild Cognitive Impairment or Moderate Cognitive Dysfunction)

Chẩn đoán MCI dựa trên các tiêu chuẩn:

Than phiền về trí nhớ

Các hoạt động đời sống hàng ngày bình thường

Chức năng nhận thức chung bình thường

Trí nhớ giảm so với tuổi

Không có rối loạn ý thức

Nhìn chung khoảng 50% người bị MCI chuyển thành mất trí trong vòng 3 năm, Số còn lại nếu được theo dõi liên tục có thể chuyển thành mất trí trong những năm tiếp theo.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán Alzheimer theo ICD10

a/ *Có biểu hiện mất trí*: Có bằng chứng về sự suy giảm trí nhớ và tư duy dù gây trở ngại cho hoạt động trong cuộc sống hàng ngày của cá nhân. Các lĩnh vực khác thuộc chức năng cao cấp của vỏ não như khả năng tính toán, sự hiểu biết, khả năng học tập, định hướng, khả năng phán đoán, khả năng diễn đạt bằng ngôn ngữ cũng bị suy giảm trên nền ý thức không bị lu mờ.

b/ *Khởi phát từ từ, suy thoái chậm*: Thường khởi phát khó xác định được thời điểm cụ thể, song toàn phát có thể xảy ra đột ngột trong quá trình tiến triển của bệnh.

c/ *Không có bằng chứng về lâm sàng và xét nghiệm* cho thấy tình trạng tâm thần là do một bệnh não hoặc một bệnh lý hệ thống như: u não, não úng thuỷ, rối loạn tuần hoàn não, giang mai thần kinh, suy giáp, tăng canxi máu, thiếu vitaminB12, lupus ban đỏ hệ thống, nhiễm độc... gây nên.

d/ *Không bắt đầu đột ngột*, không có đột quy, không có dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện sớm trong quá trình bệnh.

* Chẩn đoán phân biệt mất trí do bệnh Alzheimer với:

Mất trí do nguyên nhân mạch máu

Mất trí do bệnh Parkinson

Mất trí trong nhiễm HIV

Mất trí sau chấn thương sọ não

Mất trí trong một số bệnh hiếm gặp khác.

5. Điều trị

Nguyên tắc chung: Đánh giá được mức độ mất trí, khả năng sống độc lập của người bệnh từ đó lập kế hoạch chăm sóc và điều trị hợp lý. Đồng thời có kế hoạch giúp đỡ gia đình người bệnh trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống của họ.

Đối với các triệu chứng loạn thần: Hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động.. có thể sử dụng an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu. Song cần lưu ý tác dụng phụ của thuốc và cho liều lượng rất thấp so với người trẻ.

Các thuốc tăng cường dinh dưỡng thần kinh: Cerebrolysin...

Các thuốc tăng cường chuyên hoá, tăng tuần hoàn: Duxil, tanakan, nootropyl...

Chú ý điều trị các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh mạn tính khác nhằm duy trì sự ổn định cho người bệnh.

Chú ý vẫn đề dinh dưỡng vệ sinh hàng ngày nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Tâm thần - Đại học Y Hà Nội (2000), *Rối loạn tâm thần thực tồn*, Hà Nội.
2. Kerbicôp, M. V.(1980), *Tâm thần học*, "Mir"- Matxcơva & NXBYH - Hà Nội.
3. Trần Đình Xiêm (1997), *Tâm thần học*, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh: 210 - 300.
4. 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)*, Geneva: 6 – 32.
5. David L. Dunner (1997), *Current Psychiatric Therapy*, Washington: 101 - 122.
6. World Health Organization (2001), *World Health Report*, Geneva: 15 - 80.

BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh nguyên, bệnh sinh của bệnh tâm thần phân liệt.
2. Mô tả được đặc điểm lâm sàng của bệnh tâm thần phân liệt.
3. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt theo ICD10.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị và phòng bệnh.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Khái niệm

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh tâm thần nặng, tương đối phổ biến, căn nguyên chưa rõ, tiến triển và tiên lượng rất khác nhau, thường tác hại đến lứa tuổi trẻ.

Thuật ngữ Tâm thần phân liệt xuất phát từ Hy Lạp: Schizo có nghĩa là chia tách, phân rời và phrenia có nghĩa là tâm hồn, tâm thần.

Theo quan niệm TTPL là một đơn vị bệnh lý độc lập; vì vậy: *Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng và phổ biến, căn nguyên chưa rõ, bệnh có tính chất tiến triển với những rối loạn đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc, dẫn đến những rối loạn cơ bản về tâm lí và nhân cách theo kiểu phân liệt, nghĩa là mất dần tính hài hòa thống nhất giữa các hoạt động tâm lý, gây chia cắt rời rạc các mặt hoạt động tâm thần.*

1.2. Dịch tễ học

- Là một bệnh phổ biến. Trên thế giới theo các thống kê của nhiều nước tỉ lệ bệnh chiếm 0,3-1,5 % dân số.

Theo R.Breen (2001), tỷ lệ mới mắc (incidence) của bệnh từ 0,11-0,70%, theo Kaplan và Sadok là 0,25 – 0,5%. Tỷ lệ mắc (Prevalence) ở các nước đang phát triển cao hơn ở các nước công nghiệp. Tỷ lệ mắc điểm (Point Prevalence) dao động từ 0,6 đến 8,3%. Tỷ lệ mắc trong đời (Lifetime Prevalence) theo một nghiên cứu của Mỹ là 1,3%.

- Bệnh thường phát sinh ở lứa tuổi trẻ, trong đó một phần lớn phát sinh trong độ tuổi 15- 35 tuổi. Theo số liệu thống kê của ngành TTH Việt Nam năm 2002, tỷ lệ mắc bệnh là 0,47% dân số. Ở 2 giới (nam và nữ) tỉ lệ mắc bệnh tương đương nhau, song nữ có xu hướng khởi phát muộn hơn.

1.3. Lược sử nghiên cứu bệnh TTPL

Năm 1911, E.Bleuler (Thụy Sỹ) đưa ra các nét cơ bản nhất của bệnh đó là tính phân liệt trong hoạt động tâm thần, biểu hiện sự không hoà hợp, không thống nhất, sự chia cắt trong các mặt hoạt động tâm thần.

Năm 1939, K. Schneider, một nhà tâm thần học Đức đã đưa ra những triệu chứng sớm, triệu chứng hàng đầu giúp cho chẩn đoán sớm bệnh TTPL.

Năm 1966, A.V.Snchezhepxky cho rằng, bệnh TTPL tiến triển động và đa dạng khó xác định các tiêu chuẩn cố định để chẩn đoán bệnh. Nhưng có thể khái quát bằng 3 nhóm tiến triển: Liên tục; Liên tục từng cơn; Từng cơn.

Năm 1992 TCYTTG công bố bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10(ICD- 10), trong đó TTPL được xếp vào nhóm F2.

Năm 1994, hội Tâm thần học Mỹ đã cho ra đời DSM-IV^{TR}, trong đó TTPL được xếp vào nhóm 295.

2. Bệnh sinh bệnh tâm thần phân liệt

Cơ chế bệnh sinh của TTPL rất phức tạp và chưa được sáng tỏ. Chưa có một nhóm giả thuyết nào có thể giải thích được cách khởi phát đa dạng và sự dao động rất lớn của các biểu hiện triệu chứng lâm sàng trong TTPL. Quan niệm hiện nay cho rằng, bệnh sinh của TTPL có thể là những sự tác động của các yếu tố sinh học, xã hội và tâm lý. Do đó nhiều giả thuyết chỉ phản ánh một khía cạnh nào đó của quá trình phát triển bệnh.

2.1. Giả thuyết về di truyền trong TTPL

Vấn đề di truyền trong bệnh TTPL là rõ ràng song bệnh do một gen đơn độc gây ra là không hợp lý. Trong khi tỷ lệ bệnh TTPL ở cộng đồng là 1% thì nguy cơ bị bệnh ở phả hệ 1 là từ 3-7% (R.Breen), theo Freedmann là khoảng 5%. Donald W. Black và N. Adreasen (1999) tóm tắt các nghiên cứu gia đình cho thấy rằng, những gia đình có 1 người bị TTPL thì những người khác có nguy cơ bị bệnh TTPL là 10% trong suốt cuộc đời. Theo Sadock B.(2004) nếu bố hoặc mẹ bị TTPL thì khả năng con bị bệnh là 12%, cả bố và mẹ bị bệnh thì tỷ lệ này tăng lên đến 40%. Ở người sinh đôi cùng trứng nếu một người bị TTPL thì khả năng người kia bị bệnh là 47%, nếu sinh đôi khác trứng thì tỷ lệ này là 16,4%. Quan niệm di truyền đa gen được nhiều người thừa nhận. Người ta cho rằng có sự tổ hợp nhiều gen quyết định tính di truyền bệnh TTPL.

2.2. Giả thuyết về phát triển tâm thần

Các nghiên cứu trong nửa cuối thế kỷ XX đã xác định rằng, yếu tố phát triển tâm thần có liên quan tới cơ chế bệnh sinh của TTPL. Các yếu tố nguy cơ trong thời kỳ mang thai, mùa sinh, dinh dưỡng, các biến chứng sản khoa đóng một vai trò quan trọng.

2.3. Giả thuyết về tâm lí, xã hội, văn hoá

Test tâm lí cho thấy có sự bất thường rõ ràng ở người TTPL và ở cả một số người họ hàng chưa có biểu hiện của bệnh TTPL.

Việc giáo dục trong gia đình có khả năng thay đổi loại cảm xúc và tạo ra một cuộc sống ít căng thẳng hơn có tác dụng tốt để phòng tránh bệnh TTPL.

2.4. Giả thuyết về sinh học

Các nghiên cứu hiện đại đã được tiến hành và nhiều dự định giải thích bệnh TTPL qua cơ chế hoá sinh hoặc sinh học cũng có nhiều triển vọng.

Nhiều nghiên cứu gần đây đều cho rằng rối loạn chuyển hóa dopamin đóng vai trò chính trong bệnh sinh bệnh TTPL. Giả thuyết dopamin cho rằng, các rối loạn có nguyên nhân tiên phát bởi sự hoạt động quá mức của hệ dopamin.

Rối loạn chuyển hóa catecholamin: Trong huyết thanh bệnh nhân TTPL thấy tăng hoạt tính của MAO của ty lạp thể và ngược lại không tìm thấy các yếu tố ức chế MAO.

Những bất thường của hệ thống dẫn truyền glutamate: Nồng độ glutamate giảm trong DNT của bệnh nhân TTPL. Thêm vào đó, các chất đối kháng thụ cảm thể glutamate như phenylclidin có thể gây các triệu chứng loạn thần giống TTPL ở người bình thường.

Những bất thường của hệ thống dẫn truyền GABA: Các nhà khoa học tin rằng GABA tác động nhanh nhất đến dẫn truyền thần kinh ở não và có liên quan đến các rối loạn lo âu và đóng vai trò ức chế các neuron dopamin.

3. Lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt

3.1. Các triệu chứng trong bệnh tâm thần phân liệt

Các triệu chứng trong bệnh TTPL là vô cùng phong phú, vô cùng phức tạp và luôn biến đổi, nhưng đa số tác giả đều chia ra 2 loại triệu chứng chung gồm có các triệu chứng âm tính và các triệu chứng dương tính.

Triệu chứng âm tính:

Là thể hiện sự tiêu hao mất mát các hoạt động tâm thần sẵn có. Nó thể hiện sự mất tính chất toàn vẹn, tính thống nhất của hoạt động tâm thần.

Tính thiếu hoà hợp:

Biểu hiện tính chất chung đó là tính 2 chiều trái ngược, tính dị kỳ khó hiểu, tính khó thâm nhập, tính phủ định và tính tự động. Tính thiếu hoà hợp thể hiện trong các mặt hoạt động tâm thần, rõ nét nhất trong 3 mặt hoạt động chính tư duy, cảm xúc, hành vi tác phong. Tính tự kỷ cũng mang những tính chất trên nhưng ở mức độ cao hơn, nổi bật là tính dị kỳ khó hiểu, khó thâm nhập.

Con người tự kỷ là con người dị kỳ, khó thâm nhập biểu hiện đa dạng khi thì đạo mạo đài các, khi thì thô bạo. Thế giới tự kỷ là thế giới bên trong riêng biệt hết sức kỳ lạ. Người bệnh quay vào thế giới nội tâm, vào thế giới bên trong với các quy luật tự nhiên và xã hội đều bị đảo lộn. Người bệnh hiểu và làm những điều kỳ dị không ai có thể hiểu được.

Giảm sút thể năng tâm thần:

Giảm thể năng tâm thần là giảm tính năng động, tính nhiệt tình trong mọi hoạt động tâm thần. Biểu hiện cảm xúc ngày càng cùn mòn, khô lạnh, tư duy ngày càng nghèo nàn, ý chí ngày càng suy đồi, hoạt động ngày càng yếu đuối đi đến chỗ không thiết làm công việc gì.

Triệu chứng dương tính:

Là những triệu chứng mới xuất hiện trong quá trình bị bệnh. Triệu chứng dương tính rất phong phú và đa dạng và luôn luôn biến đổi, xuất hiện nhất thời rồi lại mất đi hay được thay thế bằng những triệu chứng dương tính khác.

3.2. Các triệu chứng âm tính và dương tính trong TTPL

Các triệu chứng âm tính và dương tính đều có thể biểu hiện trong các mặt hoạt động tâm thần. Mỗi liên quan giữa các triệu chứng âm tính và dương tính phụ thuộc vào các thể bệnh. Các thể tiến triển càng nặng thì các triệu chứng âm tính càng chiếm ưu thế.

Về tư duy:

Rối loạn tư duy cả về hình thức và nội dung tư duy. Ngôn ngữ của người bệnh thường sơ lược, tối nghĩa, ẩn dụ khó hiểu, thường hay gặp hiện tượng lời nói bị ngắt quãng, thêm từ khi nói. Dòng tư duy nhanh hoặc chậm, nói một mình, không nói hoặc cơn nói liên hồi. Rối loạn quá trình liên tưởng nói đầu gà đuôi vịt, hỗn độn, lặp đi lặp lại.

Hai nét đặc trưng nhất của rối loạn tư duy là hội chứng tâm thần tự động và hoang tưởng bị chi phối, những cảm giác ý nghĩ và hành vi sâu kín nhất thường được cảm thấy như bị những người khác biết hay lấy mắt. Người bệnh thường nói đến hiện tượng bị chi phối bằng các máy móc như máy vô tuyến điện, máy ghi âm, máy điều khiển từ xa, v.v... Có những trường hợp cảm thấy bị chi phối bằng phù phép, bằng thôi miên, bằng một sức mạnh siêu nhiên nào đó.

Về tri giác:

Đặc trưng nhất là ảo thanh bình luận về hành vi của bệnh nhân hoặc thảo luận với nhau về bệnh nhân, có thể đe doạ cường bức hay ra lệnh cho bệnh nhân. Các loại ảo giác như ảo thị, ảo khứu, ảo vị giác, xúc giác có thể xuất hiện nhưng hiếm gặp hơn. Một số bệnh nhân có những rối loạn cảm giác trong cơ thể nhất là trong cơ quan nội tạng (loạn cảm giác bàn tay) hoặc có cảm giác biến đổi các cơ quan trong cơ thể như không có tim phổi, chân tay dài ra hay ngắn lại, cảm xúc suy nghĩ tác phong đã biến đổi, cái "Ta" đã mất (giải thể nhân cách).

Về cảm xúc: Những thay đổi cảm xúc thường xuất hiện sớm, đặc trưng là cảm xúc ngày càng cùn mòn, khô lạnh, người bệnh mất cảm tình với người xung quanh, bàng quan, lạnh nhạt với những vui thú trước đây.

Cảm xúc trái ngược với nội dung lời nói và hoàn cảnh xung quanh hoặc cảm xúc 2 chiều vừa yêu, vừa ghét đối với một người, hay một hiện tượng.

Xa lánh người thân, hờn học với mọi người, đôi khi xuất hiện những cảm xúc đột biến như cơn khóc lóc, cơn cười vô duyên cớ, cơn lo sợ, cơn giận dữ. Có thể có những cơn trầm cảm, hung cảm không điển hình.

Về tâm lý vận động: có nhiều loại rối loạn nhưng đặc trưng là trạng thái căng trương lực biểu hiện bằng 2 trạng thái kích động và bất động xen kẽ nhau.

Trong trạng thái kích động lời nói và động tác có tính chất định hình, có trường hợp xung động và tấn công.

Trong trạng thái bất động người bệnh sững sờ và có những triệu chứng giữ nguyên dáng, uốn sáp, tạo hình. Hành vi điệu bộ, kiêu cách định hình (nhún vai, nhéch mép, xua tay, ...). Có những hành vi dị kỳ khó hiểu, trời rét cởi trần lội xuống sông bơi, xung động bột phát tự nhiên đốt nhà, giết người một cách thản nhiên.

Rối loạn ý chí: người bệnh mất sáng kiến, mất động cơ, hoạt động không hiệu quả, thói quen nghề nghiệp cũ mất dần đến chỗ không thiết làm gì nữa. Đời sống ngày càng suy đồi không chú ý đến vệ sinh thân thể tiến tới nằm ỳ một chỗ.

3.3. Các giai đoạn tiến triển của bệnh tâm thần phân liệt

Thường qua 3 giai đoạn: báo trước, toàn phát và di chứng.

Giai đoạn báo hiệu:

Thời kỳ đầu thường biểu hiện các triệu chứng suy nhược, người bệnh cảm thấy chóng mệt mỏi, khó chịu, đau đầu, mất ngủ, cảm giác khó khăn trong học tập và công tác, khó tiếp thu cái mới, đau óc mù mờ, khó suy nghĩ, cảm xúc lạnh nhạt dần, khó thích ứng với ngoại cảnh, giảm dần các thích thú trước kia, bồn chồn, lo lắng không duyên cớ, dễ nóng nảy, dễ bùng nổ.

Sau nữa cảm giác bị động tăng dần, thấy như sức đuối trước cuộc sống, không theo kịp những biến đổi xung quanh. Một số bệnh nhân cảm thấy có những biến đổi kỳ lạ trong người, thay đổi nét mặt, màu da... Cũng có bệnh nhân trở lên say sưa đọc các loại sách triết học, lý luận viễn vông không phù hợp với thực tế.

Giai đoạn toàn phát:

Các triệu chứng khởi đầu tăng dần lên đồng thời xuất hiện các triệu chứng loạn thần rầm rộ, phong phú, bao gồm các triệu chứng dương tính (ảo giác, hoang tưởng) và các triệu chứng âm tính. Tuỳ theo triệu chứng hay hội chứng nào nổi bật lên hàng đầu và chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng mà người ta chia ra các thể khác nhau.

Giai đoạn di chứng:

Một giai đoạn mạn tính và muộn trong tiến triển của bệnh TTPL biểu hiện bằng các triệu chứng âm tính nổi bật, các triệu chứng dương tính mờ nhạt. Các biến đổi nhân cách và rối loạn hành vi kèm sa sút tâm thần biểu hiện rõ rệt.

3.4. Các thể lâm sàng

Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) bệnh tâm thần phân liệt gồm các thể sau đây:

F20.0. Thể hoang tưởng:

Đây là thể thường gặp nhất. Các triệu chứng nổi bật nhất là các hoang tưởng và ảo giác (hội chứng ảo giác-paranoid). Các hoang tưởng đặc trưng là hoang tưởng bị chỉ phổi, bị kiểm tra và hoang tưởng bị truy hại.

Các ảo giác thường gặp là ảo giác thính giác dưới dạng bình phẩm ý nghĩ hành vi của bệnh nhân hoặc nói chuyện với nhau về bệnh nhân, hoặc đe doạ, ra lệnh cho bệnh nhân. Các ảo giác khứu giác, vị giác, thị giác cũng có thể xuất hiện nhưng hiếm.

Có thể gặp tri giác sai thực tại và nhận cách giải thích

Hội chứng tâm thần tự động: như tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị đánh cắp.

Cảm xúc không thích hợp ở mức độ nhẹ như cău gắt, giận dữ, sợ hãi và nghi ngờ. Các triệu chứng âm tính xuất hiện muộn và không sâu sắc.

Thể paranoid có thể tiến triển từng giai đoạn với thuyên giảm một phần hay hoàn toàn hoặc tiến triển mạn tính.

F20.1. Tâm thần phân liệt thể thanh xuân:

Thể này thường xuất hiện ở tuổi trẻ từ 15-25 tuổi. Nổi bật là hội chứng kích động thanh xuân: hành vi lố lăng si dại, cảm xúc hỗn hợp hời hợt, lúc khóc, lúc cười, hát nói trêu chọc người xung quanh.

Tư duy không liên quan, rời rạc, đặt ra chữ mới, giả giọng địa phương.

Hành vi tác phong điệu bộ, nhăn mặt, nheo mắt, tinh nghịch, quấy phá.

Các hoang tưởng và ảo giác thoáng qua và rời rạc.

Có thể có hội chứng căng trương lực kích động hoặc bất động lè té.

Người bệnh có khuynh hướng sống cô độc, cảm xúc và hành vi thiếu mục đích. Các triệu chứng âm tính xuất hiện sớm và tiến triển nhanh, đặc biệt cảm xúc cùn mòn và ý chí giảm sút báo hiệu một tiên lượng xấu.

F20.2. Thể căng trương lực:

Thường xuất hiện cấp tính, giai đoạn đầu biểu hiện thay đổi tính tình, ít nói, ít hoạt động. Rồi xuất hiện trạng thái bất động và kích động xen kẽ nhau. Hoang tưởng, ảo giác rời rạc.

Hội chứng căng trương lực có thể kết hợp với một trạng thái ý thức giống mê mộng với những ảo giác sinh động.

Tiến triển nặng, giai đoạn sau xuất hiện nhiều triệu chứng âm tính.

F20.3. Tâm thần phân liệt thể không biệt định:

Thể này bao gồm các trạng thái đáp ứng các tiêu chuẩn chung của bệnh TTPL, nhưng không tương ứng với bất cứ thể nào đã mô tả ở trên. Bệnh cảnh biểu hiện đồng thời các nhóm triệu chứng mà không có một nhóm chiếm ưu thế rõ rệt.

F20.4 Tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt:

Biểu hiện một trạng thái trầm cảm kéo dài xuất hiện sau một quá trình phân liệt, đồng thời một số triệu chứng phân liệt vẫn còn tồn tại nhưng không còn chiếm ưu thế trong bệnh cảnh. Các triệu chứng phân liệt có thể là dương tính hoặc âm tính nhưng thường gặp các triệu chứng âm tính hơn.

Hội chứng trầm cảm không trầm trọng và mờ rộng đến mức đáp ứng một giai đoạn trầm cảm nặng trong rối loạn cảm xúc. Trạng thái trầm cảm sau phân liệt thường đáp ứng kém với các thuốc chống trầm cảm và tăng nguy cơ tự sát.

F20.5. Tâm thần phân liệt thể di chứng:

Thể này là một giai đoạn mạn tính trong tiến triển bệnh TTPL, các triệu chứng dương tính mờ nhạt. Những triệu chứng âm tính nổi bật lên biểu hiện giảm hoạt động, lười nhác, cảm xúc cùn mòn, bị động trong cuộc sống, thiếu sáng kiến, ngôn ngữ nghèo nàn, kém chăm sóc bản thân và giảm hoặc mất khả năng tham gia các hoạt động xã hội.

F20.6. Tâm thần phân liệt thể đơn thuần:

Bệnh bắt đầu bằng các triệu chứng âm tính, giảm sút dần khả năng học tập và công tác, không thích ứng với các yếu tố của xã hội, cảm xúc cùn mòn, ý chí giảm sút dần, các triệu chứng dương tính như hoang tưởng và ảo giác không rõ ràng, lè té.

Các triệu chứng âm tính ngày càng sâu sắc, tiếp xúc xã hội ngày càng nghèo nàn, người bệnh trở thành sống lang thang, thu mình lại, ăn không ngồi rồi và sống không có mục đích.

4. Chẩn đoán xác định bệnh tâm thần phân liệt

Về lâm sàng, chẩn đoán TTPL dựa vào các nhóm triệu chứng hàng đầu theo Schneider

a/ Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị đánh cắp và tư duy bị phát thanh.

b/ Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phôi 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.

c/ Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân hay thảo luận với nhau về bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh khác xuất hiện từ một bộ phận nào đó của thân thể.

d/ Các hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hoá 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 nhân. Thí dụ: có khả năng điều khiển thời tiết hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác.

e/ 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 hoặc xuất hiện hàng ngày trong nhiều tuần hay nhiều tháng.

f/ 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.

g/ Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng, uốn sáp, phủ định, không nói hay sững sờ.

h/ Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu

suất lao động, phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần gây ra.

i/ Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính cá nhân 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.

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL theo ICD-10 bao gồm:**

Lâm sàng:

- Phải có ít nhất một triệu chứng rõ ràng hoặc phải có hai triệu chứng hay nhiều hơn nữa (nếu triệu chứng ít rõ ràng) thuộc vào các nhóm từ (a) đến (d) kể trên.

- Hoặc phải có ít nhất là hai nhóm triệu chứng trong các các nhóm từ (e) đến (i).

Thời gian của các triệu chứng phải tồn tại ít nhất là 1 tháng hay lâu hơn.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không được chẩn đoán TTPL nếu có các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm mờ rộng xuất hiện trước các triệu chứng nói trên.

- Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh não rõ rệt hoặc bệnh nhân đang ở trong trạng thái nhiễm độc ma tuý.

- Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh động kinh và các bệnh tồn thương thực thể não.

5. Chẩn đoán phân biệt

1/ Phân biệt với trạng thái suy nhược ở giai đoạn sớm với nhiều trạng thái suy nhược khác. Trạng thái suy nhược trong bệnh TTPL thường phát sinh không có lý do.

2/ Các rối loạn tâm thần thực tồn: có nhiều triệu chứng thần kinh, có thể kết hợp với các triệu chứng giống TTPL nhưng do nguyên nhân thực tồn.

3/ Loạn thần phản ứng cấp: có các sang chấn tâm lý mạnh. Bệnh cảnh tập trung vào yếu tố sang chấn, không có các triệu chứng âm tính. Thời gian tồn tại triệu chứng dưới một tháng.

4/ Rối loạn khí sắc: các rối loạn lưỡng cực (hưng cảm hoặc trầm cảm) có thể bao gồm các triệu chứng giống phân liệt. Dựa vào các tiêu chuẩn đặc trưng của rối loạn khí sắc.

5/ Các rối loạn nhân cách: nói chung không có các triệu chứng loạn thần, nếu có chỉ là tạm thời hoặc thứ phát và bệnh ổn định lâu dài không tiến triển.

6/ Các rối loạn hoang tưởng: các hoang tưởng có hệ thống.

- Không kỳ dị, kéo dài ít nhất 3 tháng, nhân cách không biến đổi, còn hoạt động tương đối tốt.

- Không có ảo giác và các triệu chứng phân liệt khác.

- Khởi phát muộn ở người lớn tuổi.

7/ Rối loạn trong quá trình phát triển (tự kỷ ở trẻ em):

- Hành vi kỳ dị và bị biến đổi.
- Không có hoang tưởng và ảo giác hoặc rối loạn tư duy rõ rệt.

6. Tiễn triển

Nếu không được phát hiện sớm và điều trị hợp lý, bệnh tiến triển mạn tính, tăng dần, xen kẽ những giai đoạn cấp có các triệu chứng dương tính rầm rộ. Trong quá trình tiến triển, các triệu chứng dương tính nghèo dần đi, các triệu chứng âm tính ngày càng sâu sắc hơn.

Biến đổi nhân cách kiểu phân liệt mức độ tuỳ vào loại hình tiến triển của bệnh.

Theo ICD 10- 1992, để đánh giá tiến triển, cần phải có thời gian theo dõi tối thiểu một năm, có 7 kiểu tiến triển sau:

- + Tiến triển liên tục.
- + Từng giai đoạn với thiếu sót tăng dần.
- + Từng giai đoạn với thiếu sót ổn định.
- + Từng giai đoạn với sự thuyên giảm.
- + Thuyên giảm không hoàn toàn.
- + Thuyên giảm hoàn toàn.
- + Các kiểu tiến triển khác và có thời kỳ theo dõi dưới một năm.

7. Điều trị

Hiện nay nguyên nhân bệnh TTPL chưa xác định rõ ràng nên việc điều trị chủ yếu vẫn là điều trị triệu chứng. Cần thiết phải tiến hành điều trị sớm và hợp lý ngay từ cơn bệnh đầu tiên, vừa có tác dụng ngăn chặn bệnh, vừa giúp cho tiên lượng được tốt hơn. Trong điều trị phải kết hợp nhiều biện pháp khác nhau đặc biệt là liệu pháp hoá dược và liệu pháp tái thích ứng xã hội. Sau điều trị tấn công ở bệnh viện phải tiếp tục điều trị cung cấp ngoại trú.

7.1. Liệu pháp hoá dược:

Thuốc điều trị cho tâm thần phân liệt bao gồm các nhóm thuốc có cấu trúc hoá học khác nhau. Tác động phong bế các phụ thể Dopamin D2 ở vùng viền. Một số thuốc khác có tác dụng an thần ức chế Adrenolytic và kháng Histamin.

Các nhóm thuốc chống loạn thần quan trọng nhất:

Tên thuốc	Liều lượng
- Phenothiazin (Aminazin, Tisecsin...)	100 - 300
- Butyzophenon (Haloperidol)	5 - 30 ^{mg}
- Diphenylbutylpiridines (pimozid)	5 - 10 ^{mg}
- Thioxanthenes (Flupentixol)	2 - 5 ^{mg}
- Benzamid (Sulpirid)	200 - 800 ^{mg}
- Clozapine (thuốc mới) Risperdal	2 - 3 ^{mg}

Tùy theo từng bệnh nhân, và sự dung nạp của từng bệnh nhân mà có sự đáp ứng khác nhau về thuốc.

Các thuốc trên thường làm giảm hoặc mất các triệu chứng dương tính của TTPL như hoang tưởng, ảo giác và các rối loạn tâm thần vận động. Với đa số các bệnh nhân thuốc còn làm giảm tác dụng của stress cấp hoặc mạn trong môi trường xã hội. Tuy nhiên một tỷ lệ nhỏ những ca cấp vẫn đáp ứng kém với các thuốc trên.

Hiệu lực của thuốc:

30 - 40% số bệnh nhân tái phát trong vòng một năm từ khi điều trị, hoặc sau các nhân tố stress (căng thẳng trong đời sống).

Phối hợp thuốc với liệu pháp tái thích ứng xã hội làm thay đổi tốt lên từ 1/3 - 2/3 số bệnh nhân.

Duy trì thuốc liều thấp dài ngày dự phòng cơn tái phát của bệnh.

Một số nước phát triển sử dụng an thần kinh có tác dụng kéo dài hiệu quả điều trị tốt.

Ngoài tác dụng chính các thuốc trên còn gây một số tác dụng không mong muốn như ảnh hưởng đến vận động, chức năng thần kinh tự trị, loạn động muộn (tỷ lệ từ 0,5 - 56%). Xử trí các tác dụng không mong muốn này bằng thuốc kháng Parkinson có kết quả tốt.

7.2 Liệu pháp shock điện (EC): hiệu quả tốt đặc biệt trong một số thể: căng trương lực, thanh xuân, TTPL kháng thuốc.

7.3. Can thiệp tâm lý, xã hội

Các trị liệu tâm lý: Huấn luyện cho bệnh nhân các kỹ năng xã hội, nhằm hạn chế sự suy giảm các kỹ năng cá nhân.

Nên điều trị duy trì bằng thuốc kết hợp với giáo dục gia đình.

Phục hồi chức năng nghề nghiệp, chú ý môi trường kinh tế văn hoá, nơi mà bệnh nhân sống (khi theo dõi 5 năm bệnh TTPL, thì bệnh nhân TTPL ở các nước đang phát triển tốt hơn ở các nước phát triển). Nó liên quan đến mạng lưới xã hội, các việc làm đơn giản, tạo nơi nương tựa cho người bệnh.

*** Một vài chỉ dẫn trong chăm sóc:**

Người nhà đóng vai trò quan trọng nhằm tạo niềm tin cho bệnh nhân rằng họ vẫn là thành viên đáng quý, đáng yêu của gia đình, bằng cách thăm nuôi chăm sóc đều đặn. Khi ra viện về gia đình cần tiến hành phục hồi một số tật chứng do bệnh gây nên, giúp cho họ vượt khó khăn.

Tiếp xúc với người bệnh cần nói thật chậm, rõ ràng, nhở nhẹ khi đưa ra lời khuyên hoặc câu hỏi, nên để họ có một thời gian nhất định để tiếp nhận và trả lời. Đôi khi có những bệnh nhân không trả lời được.

Tránh cho người bệnh bị xúc cảm mạnh hoặc stress. Thể hiện những tình cảm chân thành và chi cho họ thấy tình thương của gia đình và đồng loại. Khuyên họ nên có niềm tin vào cuộc sống.

Tạo cơ hội cho họ tham gia vào các hoạt động xã hội. Động viên người bệnh, tránh phê bình, chỉ trích không cần thiết.

Thường xuyên trò chuyện với người bệnh, tạo ra không khí hài hoà cho tất cả mọi người.

8. Phòng bệnh

Vì căn nguyên của bệnh tâm thần phân liệt hiện nay chưa rõ nên chỉ có biện pháp phòng bệnh tương đối.

Rèn luyện cho trẻ em tính tập thể và thích nghi môi trường, điều kiện sống.

Theo dõi người có yếu tố di truyền để phát hiện sớm, điều trị sớm.

Theo dõi quản lý điều trị cung cấp sau khi ra viện, phối hợp với các liệu pháp tái thích ứng xã hội, liệu pháp lao động, hạn chế các sang chấn tâm lý, tích cực phòng các bệnh cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt - *Tâm thần học*, NXB Y học, 1984
2. Nguyễn Đình Xiêm - *Tâm thần học*, Trường Đại học Y Dược TPHCM, 1990
3. Tổ chức Y tế thế giới - ICD - 10 Geneva, 1992
4. Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên - *Bài giảng Tâm thần học*, 2000
5. *World health report - Mental health*, 2001
6. Sidney Bloch and Bruce S. Singh – *Foundations of Clinical Psychiatry* – Melbourne University Press, 1994
7. Sidney Bloch and Bruce S. Singh (Biên dịch Trần Viết Nghị) – *Cơ sở lâm sàng của tâm thần học* – Melbourne University Press, 2001
8. Học viện Quân Y – *Tâm thần học và tâm lý y học* – Nhà xuất bản Quân đội nhân dân – Hà Nội, 2007
9. Robert L. Spitzer, M.D. et al – *DSM-IV-TR case book* – American Psychiatric Publishing, 2002
10. American Psychiatric Association – *Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders* - Colours imprint – 150, First B Cross, Koramangala Eighth Block, Bangalore 560 095, India, 2004.

RỐI LOẠN KHÍ SẮC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh nguyên, bệnh sinh của rối loạn khí sắc.
2. Mô tả được đặc điểm lâm sàng của các rối loạn khí sắc.
3. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn khí sắc theo ICD10.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị, và phòng bệnh.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Rối loạn khí sắc là bệnh lý rất phổ biến, đứng hàng thứ hai trong các bệnh lý tâm thần. Đặc trưng của rối loạn này là sự thay đổi khí sắc, có thể là hưng cảm (*hưng phấn*) hay trầm cảm (*ức chế*), kéo theo sự biến đổi có ý nghĩa các hoạt động tâm thần khác như hành vi, tâm lý vận động, nhận thức, chú ý, trí nhớ... làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tuy nhiên, mặc dù bệnh có tính chất lặp đi lặp lại các giai đoạn rối loạn khí sắc, nhưng không làm biến đổi nhân cách và sa sút tâm thần. Các tác giả cảnh báo rằng rối loạn trầm cảm sẽ là một trong các bệnh có số người mắc lớn nhất vào năm 2020 (Murray and Lopez, 1996).

Rối loạn khí sắc có thể là biểu hiện của một bệnh lý nội sinh, nhưng cũng có thể là triệu chứng của một bệnh lý cơ thể hay là một trong những rối loạn do lạm dụng các chất gây nên hoặc là trạng thái phản ứng trước các stress.

2. Dịch tễ học

Rối loạn trầm cảm Trong báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2001 về vấn đề sức khỏe tâm thần, tỉ lệ mắc rối loạn trầm cảm ước tính khoảng 4,4% dân số. Tỷ lệ mắc cả đời là từ 1,5% đến 2,5% dân số trưởng thành (Bland, 1997).

Fệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam. Tỷ lệ nữ / nam là 2/1 (Kessler et al 1998, Weissman, 1993). Nhiều giả thuyết cho rằng đó là do sự khác nhau về hormon, các yếu tố về cá thể, xã hội và môi trường. Bệnh có thể khởi phát ở lứa tuổi sớm, trung bình từ 20 đến ngoài 30 tuổi (Weissman, 1993; Andrade et al, 2003). Độ tuổi xuất hiện các giai đoạn bệnh tập trung nhiều nhất từ 25 - 34 tuổi. Tình trạng hôn nhân cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn trầm cảm. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ trầm cảm cao hơn ở những người không kết hôn hoặc đã kết hôn nhưng ly dị so với những người có tình trạng hôn nhân bình thường (Weissman, 1996). Điều kiện kinh tế thấp, mất việc và không có việc làm cũng là yếu tố nguy cơ của trầm cảm (Kessler 1998; Myers, 1978). Rối loạn trầm cảm cũng được nhận thấy có tỷ lệ mắc ở thành thị cao hơn so với nông thôn. Nguyên nhân được cho là do ở thành thị có nhiều yếu tố nguy cơ hơn ở nông thôn như tộ ác, thất nghiệp, cuộc sống căng thẳng... (Patten, 2003)

Rối loạn cảm xúc lưỡng: tỷ lệ mắc cả đời thấp khoảng 1% đến 2% dân số trong hầu hết các nghiên cứu (Bland et al 1998, Chen et al 1993). Những nghiên cứu gần đây nhận thấy, tỷ lệ rối loạn cảm xúc bao gồm hưng cảm, hưng cảm nhẹ, hưng cảm tái diễn và rối loạn cảm xúc lưỡng cực chiếm 3%-6% dân số (Angst, 1995). Lứa tuổi mắc bệnh vào khoảng từ 18 - 44 tuổi. Ít khi gặp ở lứa tuổi trên 50 (Wittchen et al, 1992). Không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai giới. Tình trạng kinh tế xã hội và nơi sống cũng không có ảnh hưởng rõ rệt tới tỷ lệ mắc bệnh (Kessler, 1997). Những người ly hôn hoặc không kết hôn có tỷ lệ mắc rối loạn cảm xúc lưỡng cực cao hơn những người trưởng thành khác (Kessler, 1997).

Rối loạn hưng cảm: hay gặp ở lứa tuổi trẻ từ 20 – 25 tuổi. Bệnh thường gặp ở nữ hơn nam.

3. Bệnh nguyên bệnh sinh

Nói chung cho đến nay, bệnh nguyên bệnh sinh của rối loạn khí sắc (RLKS) còn chưa được sáng tỏ hoàn toàn. Vì vậy, có nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh nhưng chưa có giả thuyết nào riêng nó có giải thích đầy đủ và loại trừ được các giả thuyết khác.

3.1. Giả thuyết về yếu tố di truyền

Các nghiên cứu gia đình cho thấy 50% số bệnh nhân RLKS có ít nhất một người cha hoặc mẹ mắc RLKS. Nếu cha hoặc mẹ mắc RLKS thì 25% con cái họ mắc bệnh. Nếu cả hai bố mẹ cùng mắc bệnh thì 50 - 75% các trường hợp có con mắc RLKS. Đồng thời nghiên cứu RLKS ở các cặp sinh đôi cùng trứng cho thấy tỷ lệ rối loạn cảm xúc lưỡng cực là 33 - 90% và rối loạn trầm cảm là 50%. Nghiên cứu ở các cặp sinh đôi khác trứng thấy tỷ lệ rối loạn cảm xúc lưỡng cực là 5 - 25% và rối loạn trầm cảm là 10 - 15%. Một số nghiên cứu sâu hơn về gen cho biết, có thể xác định được một số điểm đặc biệt về gen trên các nhiễm sắc thể X, 5, 11, ở các gia đình có RLKS.

3.2. Giả thuyết về rối loạn các chất hóa học dẫn truyền thần kinh

Có rất nhiều các nghiên cứu mới đây về cơ chế bệnh sinh của RLKS cho thấy sự liên quan của bệnh với hệ thống chất dẫn truyền thần kinh trong hệ thần kinh trung ương. Các chất này bao gồm các mono - amine của não như dopamine, noradrenaline và serotonin. Các thuốc IMAO, TCA_s, SSRI_s được xác định hiệu quả của chúng thông qua việc làm thay đổi các monoamine hoặc các amin sinh học khác tại vị trí receptor ở vùng dưới đồi hoặc hệ viền của não có thể gây ra sự thay đổi cảm xúc. Nồng độ của các chất này và chất chuyển hóa của nó trong nước tiểu, dịch não tuỷ bị dao động ở bệnh nhân trầm cảm và hưng cảm. Chức năng của hệ GABA cũng có sự bất thường trong rối loạn khí sắc.

3.3. Giả thuyết về yếu tố môi trường

Những sự kiện sống mang tính chất stress (sự mất mát, chia ly, mất việc, bị xúc phạm nặng nề ...) như là một yếu tố khởi phát đối với rối loạn khí sắc. Trong đó sự mất mát do chết chóc hoặc chia ly có tầm quan trọng đặc biệt, nhất là ở thời thơ ấu. Hơn nữa

các stress xảy ra trong gia đình, xã hội còn ảnh hưởng đến sự hồi phục, tái phát của các giai đoạn rối loạn khí sắc.

3.4. Giả thuyết về rối loạn nội tiết

Một số cơ sở của giả thuyết này dựa trên rối loạn khí sắc hay gặp ở phụ nữ, các giai đoạn thường xuất hiện vào thời kỳ dậy thì, có thai, sau đẻ, rối loạn kinh nguyệt... Rối loạn trực dưới đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận được cho rằng có liên quan đến rối loạn khí sắc. Bên cạnh đó, vai trò của nội tiết tố giáp trạng như TSH, TRH và T3 - T4 cũng được nêu lên trong quan điểm về bệnh sinh của rối loạn khí sắc.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Rối loạn trầm cảm

4.1.1. Rối loạn trầm cảm điển hình:

4.1.1.1 Biểu hiện khởi phát: thường bệnh khởi phát từ từ bằng các dấu hiệu bệnh nhân cảm thấy suy nhược, mệt mỏi, khó tập trung khi làm việc, ngại tiếp xúc, chậm chạp trong hoạt động, rút khỏi các hoạt động xã hội thường lệ, trí nhớ nghèo nàn, dễ bị kích thích và rối loạn giấc ngủ (*thường thức giấc sớm*).

4.1.1.2. Biểu hiện toàn phát:

* Theo mô tả kinh điển: trạng thái trầm cảm điển hình được biểu hiện bằng sự ức chế các hoạt động tâm thần, nổi bật là cảm xúc bị ức chế, tư duy bị ức chế, hoạt động bị ức chế.

* Theo mô tả của ICD - 10: giai đoạn trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng đặc trưng và phổ biến sau:

- Các triệu chứng đặc trưng:

1. Khí sắc trầm.
2. Mất mọi quan tâm và thích thú.
3. Giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động.

- Các triệu chứng phổ biến khác hay gặp:

1. Giảm sút sự tập trung và chú ý.
2. Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin.
3. Những ý tưởng bị tội và không xứng đáng.
4. Nhìn vào tương lai thấy ám đạm.
5. Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát.
6. Rối loạn giấc ngủ.
7. Ăn ít ngon miệng.

- Các triệu chứng cơ thể (sinh học, sâu uất) của trầm cảm:

1. Mất quan tâm, ham thích trong những hoạt động thường ngày gây thích thú.

2. Không có phản ứng cảm xúc với những sự kiện và môi trường xung quanh thường ngày vẫn tạo phản ứng vui thích.
 3. Thức giấc sớm ít nhất 2 giờ so với bình thường.
 4. Trầm cảm nặng nề hơn về buổi sáng.
 5. Chậm chạp tâm lý vận động hoặc kích động.
 6. Mất khẩu vị rõ rệt.
 7. Sút cân (thường giảm ≥ 5% so với trọng lượng cơ thể tháng trước).
 8. Mất dục năng rõ rệt, rối loạn kinh nguyệt ở nữ.
- Các triệu chứng loạn thần: Hoang tưởng, ảo giác hoặc sững sờ.

Hoang tưởng, ảo giác có thể phù hợp với khí sắc (hoang tưởng bị tội, bị thiệt hại, bị trừng phạt, nghi bệnh, hoang tưởng mờ rộng, nhìn thấy cảnh trừng phạt, ảo thanh kết tội hoặc nói xấu, lăng nhục) hoặc không phù hợp với khí sắc (hoang tưởng bị theo dõi, liên hệ...)

4.1.2. Trầm cảm không điển hình

Tùy theo cấu trúc lâm sàng và sự nổi bật của một loại triệu chứng nào đó, chia ra các thể loại lâm sàng như sau.

4.1.2.1. Trầm cảm uể oải (Trầm cảm suy nhược)

Trên nền tảng khí sắc giảm, nổi bật lên sự suy yếu, mệt mỏi, mất sinh lực, mất khả năng hưng phấn thích thú, lạnh nhạt với xung quanh, suy nhược cả về thể chất và tinh thần.

4.1.2.2. Trầm cảm kích thích

Khí sắc giảm, không giảm vận động mà kích thích, vật vã kèm theo lo âu. Bệnh nhân bồn chồn, không thể đứng ngồi một chỗ, rên rỉ, than vãn về tình trạng của mình, có thể kích động đòi tự sát. Trong cơn xung động trầm cảm nặng có thể tự sát rất nhanh chóng hoặc giết người rồi tự sát.

4.1.2.3 Trầm cảm mất cảm giác tâm thần

Hình ảnh lâm sàng chủ yếu là mất cảm giác về tâm thần, không còn cảm giác đau đớn, vui buồn, mất phản ứng cảm xúc thích hợp. Bệnh nhân cảm giác rất đau khổ vì tình trạng đó.

4.1.2.4. Trầm cảm với hoang tưởng tự buộc tội

Người bệnh tập trung vào khiền trách, lén án bản thân. Họ cho rằng mình có những lỗi lầm, những sai trái đòi được trừng phạt như đồi bại, ăn bám, vô trách nhiệm, có nhiều hành vi xấu xa vi phạm đạo đức. Những lỗi lầm, sai phạm cũ trong quá khứ có thể bị đánh giá quá mức trong tình trạng trầm cảm.

4.1.2.5. Trầm cảm loạn khí sắc

Đi đôi với cảm giác buồn là sự cău kinh, càu nhau, bức bối, không hài lòng lan tràn sang cả những người xung quanh, người bệnh có khuynh hướng cục cằn, công kích.

4.1.2.6. Trầm cảm sưng sờ

Úc chế vận động nặng nên biểu hiện lâm sàng chủ yếu là hội chứng bất động, nét mặt sưng sờ đau khổ, nước mắt lưng tròng.

4.1.2.7. Trầm cảm lo âu

Trên nền tảng khí sắc trầm, lo âu nổi lên chiếm vị trí hàng đầu, thường bệnh nhân lo âu không có chủ đề, lo sợ chờ đợi rủi ro bất hạnh không gắn vào bất kỳ một sự kiện nào đặt ra trong đời thường.

4.1.2.8. Trầm cảm với rối loạn cơ thể và thần kinh thực vật

Nổi bật trong bệnh cảnh là các rối loạn thực vật nộiạng, suy nhược, loạn cảm giác bản thể như: Cơn đánh trống ngực, dao động huyết áp, vã mồ hôi, chân tay lạnh, rối loạn trí nhớ, nôn, chóng mặt... Nền tảng khí sắc giảm biểu hiện không rõ ràng, không than vãn buồn phiền, không có úc chế tâm thần vận động. Thường nhận thấy dao động khí sắc khá lên về buổi chiều. Nhiều trường hợp khác xuất hiện các triệu chứng cơ thể thay thế: Đau vùng ngực dai dẳng, chóng mặt, rối loạn tiêu hoá... Nhưng không phát hiện được tồn thương thực thể tương ứng.

Vì không có biểu hiện trầm cảm rõ rệt, hình thái lâm sàng này còn được gọi là trầm cảm ẩn, trầm cảm che đậy, trầm cảm tương đương... Thể bệnh này rất hay gặp trong lâm sàng ở hệ thống y tế cơ sở và thực hành đa khoa.

4.1.2.9. Trầm cảm với loạn cảm giác bản thể, giải thể nhân cách

Trầm cảm với cảm giác khó chịu không xác định rõ ràng ở các cơ quan, bộ phận khác nhau trong cơ thể, đầu óc nặng nề, cảm giác như rỗng tuếch hoặc đặc sệt như đất sét, bị bóp thắt hoặc tù mù.

4.1.2.10. Trầm cảm ám ảnh

Hiện tượng ám ảnh được hình thành nổi lên trên nền trầm cảm với các nội dung đa dạng: ám ảnh sợ chõi đông người, sợ khoảng trống, sợ lây bệnh hoặc sợ chết đột ngột... Thường xuất hiện trên những người có nhân cách hoài nghi, lo âu.

4.1.2.11. Trầm cảm nghi bệnh

Trên nền tảng khí sắc giảm, bệnh nhân xuất hiện những cảm giác rất khó chịu khác nhau và từ đó khẳng định rằng mình đã bị mắc một bệnh nào đó trầm trọng, nan giải. Vì thế bệnh nhân thường kiên nhẫn đi tìm sự giúp đỡ của các thầy thuốc chuyên khoa. Bệnh nhân chỉ được khám xét về tâm thần sau khi đã nhiều năm theo dõi, điều trị ở nhiều chuyên khoa khác nhau mà không hề tìm được dấu hiệu bệnh lý cơ thể nào tương ứng với các than phiền về bệnh tật của bệnh nhân.

4.1.2.12. Trầm cảm Paranoide (trầm cảm hoang tưởng)

Liên quan với trầm cảm và nổi lên trong bệnh cảnh là những hoang tưởng như: hoang tưởng bị theo dõi, bị truy hại, bị đầu độc, bị thiệt hại, buộc tội, hoang tưởng liên hệ. Ngày nay ít gặp trầm cảm với hoang tưởng mờ rộng (hoang tưởng phù định mang tính chất kỳ quái còn gọi là hội chứng Cotard).

4.1.2.13. Trầm cảm ở trẻ em

Ở trẻ em, tùy theo lứa tuổi có biểu hiện trầm cảm khác nhau. Trẻ sơ sinh có biểu hiện thờ ơ, bò bú, chán ăn, rối loạn phát triển toàn thân, rối loạn giấc ngủ. Trẻ <7 tuổi thường biểu hiện thiếu nhiệt tình vui chơi, tách rời xung quanh, khóc lóc, từ chối ăn, ít ngủ. Trẻ đi học biểu hiện kích thích, buồn chán, hay than vãn, mất quan tâm thích thú. Trẻ lớn hơn thường kể về những thất vọng bản thân, lo âu và ý tưởng hành vi tự sát cũng phổ biến hơn. Ở tuổi thanh thiếu niên, bệnh cảnh lâm sàng gần giống của người lớn.

4.1.3. Một số xét nghiệm hỗ trợ cho xác định trạng thái trầm cảm

Một số test tâm lý được dùng hỗ trợ xác định trạng thái trầm cảm như thang Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) và thang Beck Depression Inventory (BDI).

4.2. Giai đoạn hưng cảm

4.2.1. Theo mô tả kinh điển

Trạng thái hưng cảm được biểu hiện bằng hội chứng hưng cảm với sự hưng phấn các hoạt động tâm thần, nổi bật là cảm xúc hưng phấn, tư duy hưng phấn và hoạt động hưng phấn.

4.2.2. Theo mô tả của ICD - 10: Các triệu chứng biểu hiện:

Tăng khí sắc không phù hợp với hoàn cảnh xung quanh dai dẳng kéo dài trong nhiều ngày (đôi khi thể hiện bằng cáu kỉnh, kích động).

Người bệnh biểu hiện tư duy phi tán, liên tưởng rất mau lẹ, nói nhanh. Ý tưởng khuếch đại, tự cao quá mức, lạc quan, tăng khả năng sáng tạo, tăng giao tiếp một cách tự do thái quá.

Tăng năng lượng dẫn đến tăng hoạt động, giảm nhu cầu ngủ, bệnh nhân dễ chan hoà, ba hoa, suồng sã. Tăng tình dục thường dẫn đến mất khả năng kiềm chế và có những hoạt động tình dục không phù hợp. Mất khả năng kiềm chế xã hội thông thường, tùy theo mức độ trầm trọng của hưng cảm có thể làm cản trở hoặc gián đoạn nhiều hay ít công việc và hoạt động xã hội. Trong trường hợp nặng có thể dẫn đến xâm phạm hoặc hung bạo, xao nhãng ăn uống và vệ sinh cá nhân, thậm chí đôi khi ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh.

Bệnh nhân giảm sự tập trung và chú ý dẫn đến giảm khả năng yên tâm khi làm việc.

Có thể kèm theo các triệu chứng loạn thần, các hoang tưởng và ảo giác phù hợp với khí sắc (hoang tưởng tự cao, phát minh, được yêu, liên hệ, nhìn thấy người nổi tiếng hoặc nghe thấy tiếng của họ hoặc các rối loạn tri giác có liên quan đến tăng khí sắc) hoặc không phù hợp với khí sắc (*hoang tưởng bị truy hại, bị theo dõi, bị điều khiển...*)

4.3. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực biểu hiện trên lâm sàng là các cơn rối loạn cảm xúc hưng cảm và trầm cảm xen kẽ nhau và lặp đi lặp lại. Các giai đoạn hưng cảm và trầm

cảm thường khởi phát sau stress nhưng không nhất thiết phải có stress trong chẩn đoán bệnh. Giữa các cơn của bệnh là giai đoạn ổn định với trạng thái tâm thần gần như bình thường. Bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính, bệnh có xu hướng nặng lên ở tuổi sau trung niên với biểu hiện giai đoạn ổn định giữa các chu kỳ ngày càng ngắn lại và các giai đoạn bệnh kéo dài hơn.

Tùy theo từng cách tiến triển của bệnh, các giai đoạn hưng cảm thường kéo dài từ hai tuần đến 4-5 tháng. Trong khi đó các giai đoạn trầm cảm thường có xu hướng kéo dài hơn trung bình 6 tháng.

5. Chẩn đoán và phân loại rối loạn cảm xúc theo ICD - 10

5.1. Chẩn đoán xác định

Giai đoạn trầm cảm (F32) biệt định theo các mức độ trầm cảm.

F32.0 Giai đoạn trầm cảm nhẹ.

- Phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm.
- Và có 2/7 triệu chứng phô biến khác hay gấp của trầm cảm.
- Không có triệu chứng cơ thể (sinh học) của trầm cảm.
- Khó tiếp tục công việc và hoạt động xã hội nhưng không dừng hoàn toàn.
- Kéo dài ít nhất 2 tuần.

F32.1. Giai đoạn trầm cảm vừa:

- Phải có 2/3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm.
- Và có ít nhất 3/7 triệu chứng phô biến hay gấp của trầm cảm.
- Gây nhiều trở ngại trong sinh hoạt gia đình, xã hội và nghề nghiệp.
- Có thể có các triệu chứng cơ thể (phải có 4 hoặc nhiều hơn các triệu chứng cơ thể).
- Kéo dài ít nhất 2 tuần.

F32.2. Giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần.

- Có 3/3 triệu chứng đặc trưng.
- Và có ít nhất 4/7 triệu chứng phô biến.
- Kèm theo các triệu chứng cơ thể.
- Không còn khả năng tiếp tục công việc xã hội và nghề nghiệp.
- Kéo dài ít nhất 2 tuần, nhưng nếu các dấu hiệu rõ rệt, trầm trọng có thể chẩn đoán trước 2 tuần.

F32.3. Giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần.

- Thoả mãn các tiêu chuẩn đã nêu trong mục F32.2. ở trên.
- Kèm theo hoang tưởng, ảo giác hoặc sững sờ trầm cảm. Nếu cần, hoang tưởng và ảo giác có thể được phân rõ là phù hợp hay không phù hợp với khí sắc.

F32.8. Các giai đoạn trầm cảm khác:

Bao gồm trầm cảm không điển hình, trầm cảm ẩn.

Giai đoạn hưng cảm (F30): được biệt định với 3 mức độ trầm trọng.

F30.0. Hưng cảm nhẹ:

- Có nhiều nét trong các rối loạn sau:

+ Tăng khí sắc nhẹ và dai dẳng, dễ chan hoà, ba hoa, suông sǎ.

+ Tăng năng lượng, sảng khoái, tăng hoạt động.

+ Cảm giác thoải mái, có hiệu suất lao động và tâm thần rõ rệt.

+ Tăng tình dục, giảm nhu cầu ngủ.

- Phải xuất hiện ít nhất nhiều ngày liên tục, dai dẳng hơn so với khí sắc chu kỳ (F34.0).

- Có trở ngại đáng kể với công việc và hoạt động xã hội nhưng không bị gián đoạn nên ít nhận ra là bệnh lý.

F30.1. Hưng cảm không có các triệu chứng loạn thần.

- Thay đổi khí sắc phải kèm theo tăng năng lượng và nhiều triệu chứng đã nêu trên (*phản mô tả triệu chứng lâm sàng*) đặc biệt nói nhanh, giảm nhu cầu ngủ, tính tự cao và lạc quan quá độ.

- Thời gian của giai đoạn hưng cảm phải kéo dài ít nhất 1 tuần.

- Mức độ phải đủ trầm trọng làm gián đoạn nhiều hay ít công việc và hoạt động xã hội thông thường.

F30.2. Hưng cảm có các triệu chứng loạn thần.

- Biểu hiện lâm sàng là một thể nặng như F30.1.

- Kèm theo các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, kích động. Nếu cần thiết, các hoang tưởng, ảo giác có thể được biệt định là có hoặc không phù hợp với khí sắc.

F30.8. Các giai đoạn hưng cảm khác.

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực (RLCXLC - F31).

Tiêu chuẩn chung: lặp đi lặp lại những giai đoạn RLKS (ít nhất là 2 lần), trong đó khí sắc và hoạt động bị rối loạn đáng kể (hưng cảm hoặc trầm cảm, hưng cảm nhẹ hoặc hỗn hợp). Thường hồi phục hoàn toàn giữa các giai đoạn. Phải có ít nhất trong tiền sử một giai đoạn hưng cảm nhẹ, hưng cảm hoặc hỗn hợp (nếu giai đoạn hiện tại là hưng cảm thì trong tiền sử có thể là trầm cảm).

Rối loạn trầm cảm tái diễn (RLTCTD - F33)

Tiêu chuẩn chung:

+ Lặp đi lặp lại những giai đoạn trầm cảm kéo dài tối thiểu 2 tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có RLKS đáng kể.

+ Không hề có trong tiền sử những giai đoạn độc lập tăng khí sắc và tăng hoạt động có đủ tiêu chuẩn của một cơn hưng cảm.

+ Thường có sự hồi phục hoàn toàn giữa các giai đoạn, một số ít có thể phát triển thành trầm cảm dai dẳng.

+ Nguy cơ sẽ có một giai đoạn hưng cảm không bao giờ mất hoàn toàn, nếu xuất hiện thi chẩn đoán phải chuyển sang RLCXLC.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

5.2.1. Các giai đoạn trầm cảm phân biệt với

- Tâm thần phân liệt (thể trầm cảm sau phân biệt, thể đơn thuần).
- Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại trầm cảm.
- Rối loạn sau mất mát người thân.
- Trầm cảm trong các bệnh lý thực thể, lạm dụng các chất.
- Mất trí (ở những bệnh nhân trên 65 tuổi).
- Ở trẻ em cần phân biệt thêm với rối loạn sự thích ứng, rối loạn hành vi, rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn lo âu.

5.2.2. Các giai đoạn hưng cảm cần phân biệt với

- Tâm thần phân liệt.
- Rối loạn phân liệt cảm xúc loại hưng cảm.
- Rối loạn tâm thần do lạm dụng chất hoặc là hậu quả của tổn thương thực thể ở não.

6. Triển triển và tiên lượng

Triệu chứng của rối loạn trầm cảm thường triển triển từ từ. Nếu không được điều trị, giai đoạn trầm cảm kéo dài trung bình từ 10 - 12 tháng. Rối loạn trầm cảm có tính chất tái phát rõ rệt, trên 80% số bệnh nhân sẽ tái phát thêm một hoặc nhiều giai đoạn nữa, 20 - 35% số bệnh nhân tiến triển thành mạn tính, 2/3 các trường hợp thuyên giảm hoàn toàn giữa các giai đoạn và chức năng trở lại bình thường.

RLCXLC khởi phát thường nhanh hơn. Hơn 50% số bệnh nhân RLCXLC có giai đoạn đầu tiên là hưng cảm. Giai đoạn bệnh nếu không được điều trị có thể kéo dài 4 - 13 tháng, trung bình 8,5 tháng. Hình thái triển triển đặc trưng là chu kỳ. Thời gian giữa các giai đoạn càng về sau càng ngắn lại. Một số ít bệnh nhân RLCXLC triển triển chu kỳ rất nhanh, khoảng 4 giai đoạn trong 1 năm.

Tự sát là nguyên nhân tử vong hàng đầu của RLKS. Ước tính khoảng 80% những người chết vì tự sát có liên quan đến RLKS. Tỷ lệ tự sát ở các bệnh nhân rối loạn trầm cảm là 14,3% và đối với loạn khí sắc là 14%. Xấp xỉ 15% số bệnh nhân RLCXLC chết vì tự sát. Tỷ lệ tự sát ở các bệnh nhân RLCXLC có xu hướng cao hơn, cao gấp 15 - 20 lần so với quần thể chung. 15 - 20% số bệnh nhân RLCXLC có xu hướng tự sát.

Trước khi có Lithium, trên 20% số bệnh nhân hưng cảm có thể tử vong tại bệnh viện và 2/3 số bệnh nhân này chết do kiệt sức.

Một trong những hậu quả của RLKS là làm tăng thêm tỷ lệ lạm dụng các chất, đặc biệt rượu và ma tuý. Nghiện rượu và ma tuý cũng là yếu tố xấu cho tiên lượng và điều trị RLKS.

7. Điều trị

7.1. Nguyên tắc điều trị

- Chỉ định nhập viện tuyệt đối với các giai đoạn RLKS mức độ nặng đặc biệt trầm cảm có ý tưởng tự sát. Nếu RLKS ở mức độ nhẹ có thể điều trị ngoại trú.
- Cần phát hiện sớm các biểu hiện RLKS để kịp thời điều trị ngay từ lúc cường độ các rối loạn còn nhẹ.
- Xác định rõ mức độ của RLKS, hình thái lâm sàng và sự có mặt của các triệu chứng loạn thần ở giai đoạn hiện tại.
- Chỉ định sớm các liệu pháp điều trị, có kiến thức chọn lựa nhóm thuốc, loại thuốc và liều lượng phù hợp với 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.

7.2. Điều trị cụ thể

7.2.1. Điều trị con hưng cảm

a. Liệu pháp hoá dược: sử dụng thuốc an thần kinh và thuốc điều chỉnh khí sắc.

Thuốc an thần kinh Aminazine 200 - 400 mg/24^h là thuốc sử dụng tốt cho trạng thái hưng cảm theo các tài liệu kinh điển. Hưng cảm mãnh liệt có thể dùng aminazine đường tiêm với liều cao hơn 500 - 600mg/24 giờ.

Ngoài ra có thể dùng các thuốc an thần kinh khác như Nozinan, Stelazine, Majeptil, Haloperidol... Đặc biệt khi kích động hưng cảm hoặc có hoang tưởng khuếch đại thì dùng Haloperidol, có thể dùng đường tiêm với liều 5 - 20mg/24^h.

Thuốc điều chỉnh khí sắc: Muối Lithium có tác dụng tốt trong điều trị cũng như dự phòng các RLKS. Liều dùng tùy thuộc vào nồng độ lithium trong huyết thanh, thường từ 0,6 - 1,3mEq/lít. Ranh giới an toàn so với liều điều trị hẹp, do đó khi sử dụng phải hết sức thận trọng (xem thêm phần điều trị).

Carbamazepine (tegrétol): Liều trung bình từ 400 - 800mg/24^h.

Valpromide (depamide): Liều trung bình từ 300 - 1200mg/24^h.

Carbamazepine và Valpromide là những thuốc có khả năng thay thế lithium trong các trường hợp chống chỉ định với lithium hoặc trong các trường hợp không đủ điều kiện để sử dụng lithium.

b. Liệu pháp sốc điện

Ít sử dụng, chỉ chỉ định khi các thuốc hướng thần không có hiệu quả hoặc bị chống chỉ định. Khi sử dụng liệu pháp sốc điện cần tuân thủ chỉ định, chống chỉ định và liều lượng...

c. Một số lưu ý

Khi bệnh thuyên giảm phải giảm liều thuốc từ từ, không được ngừng thuốc đột ngột bởi có thể là yếu tố gây ra các trạng thái rối loạn hưng cảm tái diễn. Khi xuất hiện trạng thái hỗn hợp cần đề phòng chuyển sang rối loạn trầm cảm.

Song song với thuốc hướng thần, trong điều trị các giai đoạn hưng cảm cần đặc biệt chú ý nâng cao thể trạng, bồi phụ nước và điện giải, chống bội nhiễm, chống abscess ở các vị trí tiêm, vệ sinh răng miệng, vệ sinh cơ thể... để phòng trạng thái suy kiệt về cơ thể và tâm thần.

Ngoài ra cần đề phòng các hành vi gây thương tích cho người xung quanh và đề phòng các hành vi loạn thần, cưỡng dâm trong giai đoạn hưng cảm.

7.2.2. Điều trị con trầm cảm

a. *Chế độ chăm sóc:* Trong con trầm cảm cần theo dõi sát bệnh nhân ngày đêm để phòng nguy cơ tự sát. Trầm cảm nặng có ý tưởng tự sát hoặc hoang tưởng bị tội trong trầm cảm nặng là một cấp cứu tâm thần cần điều trị tích cực (xem thêm phần cấp cứu tâm thần).

b. *Liệu pháp hoá học:* Dùng thuốc chống trầm cảm, trong quá trình điều trị cần tuân thủ đúng nguyên tắc dùng thuốc.

Dựa vào tiêu chuẩn hoá học thuốc chống trầm cảm được chia làm 3 loại, nhóm IMAO (Monoamine oxydase inhibitors), nhóm chống trầm cảm 3 vòng (Tricyclic Antidepressant) và nhóm chống trầm cảm 3 vòng mới (Newcyclic) như Maprotiline, Trarodone...

Chỉ định các thuốc chống trầm cảm (CTC) rất phức tạp vì hiện nay có nhiều loại thuốc CTC và chúng có những ưu, nhược điểm khác nhau.

Tác dụng không mong muốn của thuốc nhiều, tác dụng tương hỗ phức tạp, phụ thuộc vào triệu chứng lâm sàng và các yếu tố cơ thể cho nên tùy theo các dạng trầm cảm mà chỉ định từng loại thuốc cho phù hợp. Có thể sử dụng các thuốc hưng thần như: Melipramin 50 - 200 mg/24 giờ hoặc Anafranil 50 - 200 mg/24 giờ. Dùng đường uống, chỉ định tốt cho các trường hợp trầm cảm có ức chế rõ rệt (trầm cảm sưng sờ). Amitriptylin 50 - 150 mg/24 giờ là chọn lựa tốt cho trầm cảm kích thích, trầm cảm có lo âu và trầm cảm nhẹ.

Trầm cảm nặng cần sử dụng thuốc chống trầm cảm đường tiêm (tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch) từ 100 - 200 mg/24 giờ sau đó chuyển sang uống.

Với trầm cảm lo âu, trầm cảm hoang tưởng, trầm cảm kích động cần phối hợp các thuốc chống trầm cảm yên dịu với thuốc an thần kinh, thường sử dụng Nozinan hoặc Tisercine liều trung bình 100 - 200 mg/24 giờ.

Các thuốc điều chỉnh khí sắc có tác dụng yếu hơn đối với rối loạn trầm cảm, nhưng vẫn có thể sử dụng phối hợp điều trị.

Chống chỉ định dùng thuốc chống trầm cảm trong các trường hợp Glaucome, u xơ tiền liệt tuyến, rối loạn nhịp tim, phụ nữ có thai 3 tháng đầu, đang cho con bú. Không phối hợp thuốc CTC 3 vòng với IMAO. Không dùng IMAO cho người bệnh bị viêm gan, nghiện rượu, suy thận, phụ nữ có thai.

Lưu ý : Thuốc CTC thường có tác dụng chậm sau 10 - 15 ngày cho nên đối với trầm cảm nặng, khi có ý tưởng và hành vi tự sát thì cần phải theo dõi sát và phối hợp với sốc điện khi mà thuốc CTC chưa phát huy tác dụng.

c. *Liệu pháp sốc điện*: Hiện nay vẫn là phương pháp tốt trong điều trị trầm cảm. Chỉ định trong các trường hợp trầm cảm có ý tưởng và hành vi tự sát, trầm cảm sưng sờ, các trạng thái trầm cảm được điều trị bằng liệu pháp hoá dược không kết quả, các trường hợp có chống chỉ định điều trị bằng thuốc.

Sốc điện ngày một lần hoặc cách ngày. Một liệu trình điều trị từ 6 - 12 lần sốc. Có thể phối hợp sốc điện với sử dụng thuốc chống trầm cảm.

d. *Liệu pháp tâm lý*: là liệu pháp rất cần thiết ngay cả khi liệu pháp hoá dược đang được sử dụng chủ yếu trong đợt điều trị. Các liệu pháp tâm lý hỗ trợ như liệu pháp nhận thức, liệu pháp nhóm hoặc thư giãn.

7.2.3. Điều trị rối loạn cảm xúc lưỡng cực

Điều trị cơn cấp tính là hưng cảm thì dùng các thuốc như điều trị giai đoạn hưng cảm, có thể dùng muối Lithium hoặc thuốc an thần kinh như Olanzapine, Valproate... Đối với cơn cấp tính là trầm cảm thì dùng thuốc chống trầm cảm như trong điều trị giai đoạn trầm cảm.

Điều trị duy trì nhằm hạn chế các cơn tái phát và kéo dài thời gian duy trì ổn định của bệnh. Thời gian điều trị duy trì sẽ tiếp theo sau giai đoạn tấn công ít nhất 6 tháng. Trong giai đoạn duy trì, thuốc an thần kinh, Lithium, Valproate cho hiệu quả tốt.

Ngoài ra có thể kết hợp với dùng liệu pháp tâm lý nhóm để nâng cao hiệu quả điều trị.

8. Điều trị dự phòng

Mục đích làm giảm tái phát, kéo dài thời gian thuyên giảm.

Tại các cơ sở điều trị chuyên khoa cần điều trị dứt điểm giai đoạn cấp tới thuyên giảm hoàn toàn. Đối với rối loạn cảm xúc lưỡng cực cần tiếp tục sử dụng các thuốc điều chỉnh khí sắc (muối lithium, carbamazepine, valpromide) ở liều duy trì. Đối với rối loạn trầm cảm tái diễn tiếp tục dùng thuốc chống trầm cảm liều duy trì, kéo dài sau khi thuyên giảm giai đoạn cấp. Thời gian điều trị kéo dài ít nhất 6 tháng, có thể tới 2 năm. Trong thời gian điều trị dự phòng cần phối hợp với gia đình trong việc theo dõi bệnh nhân (giấc ngủ, cảm xúc, hành vi). Khi phát hiện những thay đổi bất thường cần đưa bệnh nhân đi khám lại.

Ngoài sử dụng liệu pháp hoá dược trong điều trị dự phòng, cần điều trị dứt điểm giai đoạn cấp tới thuyên giảm hoàn toàn. Trong quá trình chăm sóc và theo dõi bệnh nhân cần ngăn chặn một số yếu tố nguy cơ tái phát như phòng và điều trị tốt các bệnh lý cơ thể nếu mắc; hạn chế các sang chấn tâm lý đối với bệnh nhân; đảm bảo chế độ dinh dưỡng, tổ chức lao động và sinh hoạt hợp lý với điều kiện, hoàn cảnh và phù hợp với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

Giáo dục cho gia đình và bản thân người bệnh phát hiện sớm các biểu hiện sớm của giai đoạn tái phát, nhằm can thiệp sớm điều trị, hạn chế các giai đoạn trầm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt - *Tâm thần học* - NXB Y học, 1984
2. Nguyễn Đình Xiêm - *Tâm thần học* - Trường Đại học Y dược TPHCM, 1990
3. Tổ chức Y tế thế giới - ICD - 10 Genever, 1992
4. Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên - *Bài giảng Tâm thần học*, 2000
5. World health report - *Mental health*, 2001
6. Dan J. Stein, MD, PhD; David J. Kupfer, MD; Alan F. Schatzberg, MD – *Textbook of Mood disorder* – The American Psychiatric Publishing, Colours imprint – 150, First B Cross, Koramangala Eighth Block, Bangalore 560 095, India, 2004
7. Sidney Bloch and Bruce S. Singh – *Foundations of Clinical Psychiatry* – Melbourne University Press, 1994
8. Sidney Bloch and Bruce S. Singh (Biên dịch Trần Việt Nghị) – *Cơ sở lâm sàng của tâm thần học* – Melbourne University Press, 2001
9. Học viện Quân y – *Tâm thần học và tâm lý y học* – Nhà xuất bản Quân đội nhân dân – Hà Nội, 2007.
10. Robert L. Spitzer, M.D. et al – *DSM-IV-TR case book* – American Psychiatric Publishing, 2002.
11. American Psychiatric Association – *Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders* - Colours imprint – 150, First B Cross, Koramangala Eighth Block, Bangalore 560 095, India, 2004.

CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nhân tố gây stress bệnh lý.
2. Trình bày được đặc điểm lâm sàng, nguyên tắc chẩn đoán và điều trị rối loạn stress cấp.
3. Trình bày được đặc điểm lâm sàng, nguyên tắc chẩn đoán và điều trị rối loạn phân ly và rối loạn dạng cơ thể.

NỘI DUNG

ĐẠI CƯƠNG VỀ STRESS VÀ CÁC RỐI LOẠN CÓ LIÊN QUAN

Stress là một trong những vấn đề có tầm quan trọng đặc biệt trong lĩnh vực tâm thần học. Các rối loạn có liên quan đến stress rất đa dạng và thường gặp ở mọi lứa tuổi, đặc biệt trong những năm gần đây bệnh có xu hướng gia tăng do sự phát triển kinh tế xã hội: Các rối loạn phân ly có tỷ lệ mắc chiếm 0,3 - 0,5% dân số, thường hay phát sinh ở tuổi trẻ, gặp ở nữ nhiều hơn nam, bệnh có thể phát triển có thể phát triển thành dịch "Trạng thái Hysteria tập thể". Rối loạn sau sang chấn có tỷ lệ gặp là 0,2 % dân số, nữ có tỷ lệ mắc cao hơn nam giới và bệnh có xu hướng gia tăng...

Stress được chỉ như là nguyên nhân gây bệnh, nhưng đôi khi nó lại chỉ hậu quả của tác nhân công kích đối với cá thể chịu stress.

Các rối loạn có liên quan đến stress bao gồm các rối loạn tâm cẩn, các rối loạn dạng cơ thể và các rối loạn do stress trực tiếp gây ra như phản ứng stress cấp, rối loạn stress sau sang chấn và các rối loạn sự thích nghi...được chẩn đoán trong chương F4, một phần trong chương F5 và F9 của bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10).

1. Các quan niệm về stress

Thuật ngữ stress được xuất hiện lần đầu từ thế kỷ thứ 15. Ban đầu được dùng trong vật lý học để chỉ sức nén mà vật liệu phải chịu. Đến thế kỷ thứ 17 thuật ngữ này được dùng chỉ sức ép trên tâm lý con người chỉ con người phải trải qua thử thách gay go, tai họa hoặc nỗi đau buồn. Sau đó năm 1914, Walter Cannon sử dụng thuật ngữ stress trong sinh lý học. Tới năm 1935, trong một công trình nghiên cứu về duy trì cân bằng nội môi ở các động vật có vú trong các tình huống bị gò bó, ông đã mô tả stress là một phản ứng sinh lý tấn công hoặc bỏ chạy trước hoàn cảnh khẩn cấp có liên quan đến tăng tiết Adrenaline của tuỷ thượng thận.

Từ hàng loạt các kích thích cấp tính tiến hành trên súc vật, Hans Selye (1936) đã nhận thấy các đáp ứng không đặc hiệu mà ông gọi là hội chứng thích nghi với ba giai đoạn (giai đoạn báo động, giai đoạn chống đỡ và giai đoạn suy kiệt) có liên quan đến tăng bài tiết Glucocorticoid ở vỏ thượng thận. Stress tâm lý trong tâm thần học với ý nghĩa sang chấn tâm thần đó là tất cả những sự việc, những hoàn cảnh trong các điều

kiện sinh hoạt xã hội, trong mối liên quan phức tạp giữa người với người, tác động vào tâm thần, gây ra những cảm xúc mạnh, phần lớn là tiêu cực: sợ hãi, lo lắng, buồn rầu, tức giận, ghen tuông, thất vọng...

2. Các loại tình huống gây stress

Các tình huống gây stress là những tình huống gây ra sự mất thăng bằng và đe dọa về cơ thể và tâm lý cho con người. Trong môi trường tự nhiên các hoàn cảnh như quá nóng, quá lạnh, thiên tai. Các tình huống trong tâm lý cá nhân như xâm phạm quyền lợi, địa vị, xung đột với người yêu, mắt mèo, chia ly, mâu thuẫn vợ chồng,... thường gây bệnh nhiều nhất. Trong tâm lý xã hội như bùng nổ dân số, xung đột (thế hệ, văn hoá, tôn giáo, sắc tộc) tệ nạn xã hội, di cư, chiến tranh,...

Nền văn minh công nghiệp như nhịp sống và lao động khẩn trương, nguồn thông tin dồn dập, quá tải, cạnh tranh ác liệt, kỹ thuật luôn đổi mới và đô thị hóa vô tổ chức cũng là các tình huống gây stress đối với các cá thể phải đối mặt với hoàn cảnh đó.

Stress bình thường là sự đáp ứng là thích hợp và giúp cho cá thể có được những phản ứng đúng, nhằm tạo ra một cân bằng mới sau khi chịu tác động từ bên ngoài. Đối tượng được đặt vào những tình huống stress liên tiếp có mức độ vừa phải, khả năng thích nghi được nâng lên, nhân cách được rèn luyện trưởng thành hơn, kiềm chế cảm xúc dễ dàng, nhằm có tính thích nghi mềm dẻo trước các tình huống trong cuộc sống. Đây là ý nghĩa tích cực của stress.

Stress bệnh lý: Phản ứng stress trở thành bệnh lý khi tình huống gây stress hoặc bất ngờ, quá dữ dội hoặc ngược lại stress nhẹ nhưng lặp lại, vượt quá khả năng dàn xếp của chủ thể, đáp ứng của cơ thể không đầy đủ và không thể tạo ra ngay lập tức một cân bằng mới khi cảm thấy bị tràn ngập. Giai đoạn kiệt sức tiếp sau giai đoạn báo động và chống đỡ biểu hiện các biến đổi của cơ thể mất khả năng bù trừ, mất khả năng thích nghi. Vì vậy, xuất hiện nhiều rối loạn bệnh lý biếu lộ qua các dấu hiệu tâm thần, cơ thể, tập tính, các triệu chứng tiến triển cấp diễn, tạm thời hoặc nhẹ hơn và kéo dài.

3. Các nhân tố gây ra các stress bệnh lý

Stress gây bệnh phụ thuộc nhiều yếu tố như cường độ stress mạnh hay yếu, một stress hay nhiều tình huống kết hợp với nhau gây ra, thời gian tác động của stress tức thời hay âm ỉ theo cơ chế ngấm dần và ý nghĩa thông tin của stress với một cá thể nhất định.

Ngoài ra, nhân cách của cá thể có vai trò quan trọng trong quá trình thích nghi. Phản ứng chống đỡ của nhân cách bao gồm nhận thức stress (đúng hay quá mức), biểu hiện cảm xúc (thích hợp hay quá đáng), huy động tiềm năng chống đỡ (nhiều hay ít) và phản ứng theo chức năng tâm sinh lý quen thuộc (trầm cảm, lo âu, khó thở, tăng huyết áp, đại tiện phân lỏng, tiểu tiện nhiều lần...).

Môi trường xung quanh có vai trò là các nhân tố bảo vệ giúp các cá thể đương đầu với stress, đặc biệt hiện tượng sẻ chia gánh nặng của sang chấn cho mỗi cá thể trong tập

thể có thể làm giảm nhẹ tính gây bệnh của stress. Ngược lại khi môi trường xung quanh không thuận lợi sẽ là những nhân tố gây khó khăn thêm cho cá thể đang đối phó với một tình huống stress khác. Khi cảm ứng những nét tiêu cực có thể gây ra một trạng thái bệnh lý tập thể (rối loạn phân ly tập thể).

Cơ thể khoẻ mạnh là một lực lượng hỗ trợ tốt cho nhân cách chống đỡ với sang chấn tâm thần. Ngược lại một sang chấn tâm thần nhẹ cũng có khả năng gây bệnh trong những điều kiện cơ thể suy yếu do chấn thương, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, suy dinh dưỡng, kiệt sức thiểu ngủ... Chính vì thế mà bệnh tâm căn thường xuất hiện vào những thời kỳ khủng hoảng của cơ thể và tâm thần như tuổi dậy thì, thời kỳ sinh đẻ, thời kỳ mãn kinh, thời kỳ về hưu...

PHẢN ỨNG VỚI STRESS VÀ RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG

1. Đại cương

Phản ứng với stress trầm trọng và rối loạn sự thích ứng là những rối loạn phát sinh do hậu quả trực tiếp của stress trầm trọng cấp diễn hoặc sang chấn liên tục. Trước đây gọi là rối loạn tâm thần căn nguyên tâm lý, bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 xếp các rối loạn trên vào nhóm F43.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2002 bệnh có tỷ lệ gấp là 0,2 % dân số, nữ có tỷ lệ mắc cao hơn nam giới và bệnh có xu hướng gia tăng.

Nguyên nhân gây ra bệnh là các sự kiện gây stress cấp diễn và trầm trọng như người thân chết đột ngột, tính mạng bị đe doạ, bị hãm hiếp, bị bắt cóc, các thảm họa thiên nhiên, sự nghiệp chính trị bị tiêu tan... Hoặc các hoàn cảnh stress kéo dài gây khó chịu, mặc dù không trầm trọng nhưng tác động trong thời gian dài như mâu thuẫn gia đình, phải chung sống với người không thích hợp và thường xuyên xung đột, các thất bại liên tục trong cuộc sống, căng thẳng tâm lý trong công việc, hoàn cảnh sống bị gò bó, khó khăn (các trại tị nạn, bị bao vây phong tỏa...) làm vượt quá khả năng đáp ứng của người bệnh.

Yếu tố thuận lợi của bệnh là cơ thể suy kiệt, nhiễm trùng nhiễm độc, chấn thương sọ não, mất ngủ kéo dài, đặc điểm nhân cách với tính dễ bị tổn thương.

2. Lâm sàng

2.1. Phản ứng stress cấp

Là một trạng thái rối loạn nhất thời, rất trầm trọng, có tính chất tiến triển cấp tiến, thông thường mất đi trong vòng vài giờ hoặc vài ngày sau sự kiện gây sốc tâm thần.

Các triệu chứng biểu hiện rất thay đổi với các giai đoạn, trạng thái "sừng sốt" ban đầu với ý thức thu hẹp và rối loạn chú ý, rối loạn định hướng. Tiếp đó người bệnh có thể rút lui xa khỏi hoàn cảnh xung quanh rơi vào trạng thái bất động hoặc kích động và tăng hoạt động quá mức. Các thể lâm sàng hay gặp là:

Trạng thái bất động (sững sờ):

Ngay sau sang chấn tâm thần mạnh, xuất hiện trạng thái bất động đột ngột ngay tại chỗ, bệnh nhân không nói, không cử động mặc dù sự nguy hiểm rất gần (thí dụ: hình tượng Tử Hải chết đứng sau sôc tâm lý trong Truyện Kiều của Nguyễn Du). Người bệnh mất khả năng phản ứng cảm xúc, mất khả năng đáp ứng với ngoại cảnh, mắt mờ to nhìn vào một hướng, ý thức thu hẹp, rồi loạn sự chú ý, rồi loạn khả năng định hướng.

Giai đoạn này kéo dài từ vài giờ và biến mất sau 2-3 ngày. Sau trạng thái trên bệnh nhân có thể quên từng phần hoặc quên hết các sự kiện xảy ra, người mệt mỏi suy nhược.

Trạng thái kích động (tăng hoạt động quá mức):

Sau sang chấn mạnh, bệnh nhân biểu hiện ngay trạng thái hưng phấn tâm lý vận động như kêu la, bỏ chạy không có định hướng, có thể lao về phía nguy hiểm, có một số hành vi vô nghĩa như nhảy qua cửa sổ, đập phá...

Trạng thái này có thể mang tính chất tập thể gọi là trạng thái hoảng loạn, ý thức người bệnh bị thu hẹp và rối loạn sự chú ý.

Giai đoạn này qua nhanh thời gian khoảng vài phút, bệnh nhân quên tất cả hay chỉ nhớ từng mảng sự kiện rời rạc.

Rối loạn thần kinh thực vật của lo âu và hoảng sợ:

Mạch nhanh, ra mồ hôi, đỏ mặt... luôn kèm theo các triệu chứng của các trạng thái kích động hoặc bất động.

2.2. Rối loạn stress sau sang chấn

Là rối loạn phát sinh như một đáp ứng trì hoãn và/hoặc kéo dài của cá thể đối với sự kiện hoặc hoàn cảnh gây stress (ngắn hoặc kéo dài) có tính chất đe doạ hoặc thảm họa đặc biệt (tai họa thiên nhiên hoặc nạn nhân của chiến tranh, hâm hiếp, tội ác...). Nó thường được sau bởi các bệnh lý trầm cảm, lo âu hay lạm dụng chất.

Rối loạn xuất hiện sau sang chấn từ vài tuần đến vài tháng (tối đa 6 tháng) tiến triển dao động, tiên lượng bình phục trong đa số trường hợp, một số ít tiến triển mạn tính và chuyển sang biến đổi nhân cách kéo dài. Một số trường hợp chuyển thành rối loạn trầm cảm.

Triệu chứng lâm sàng bao gồm các triệu chứng có liên quan đến hoàn cảnh gây sang chấn mạnh và tác động trực tiếp, quá mức tới bệnh nhân:

Tái hiện những giai đoạn sống lại sự kiện gây sang chấn bằng cách nhớ lại bắt buộc những hồi ức đau khổ về sự kiện ấy "mảnh hồi tưởng" hoặc các giấc mơ đau khổ về sự kiện gay sang chấn, nhưng đôi khi chỉ là những giấc mơ gây hoảng sợ mà không có nội dung cụ thể. Các triệu chứng này xảy ra trên nền tảng dai dẳng các cảm giác "tê cứng" và cùn mòn cảm xúc, mắt thích thú, người bệnh né tránh các hoạt động, ý nghĩ và các hoàn cảnh gợi lại sang chấn.

Có thể có những cơn sợ hãi cấp, bi đát, cơn hoảng sợ hoặc tấn công do những kích thích làm đột ngột nhớ lại hoặc diễn lại sang chấn hoặc phản ứng ban đầu với sang chấn.

Tăng quá mức hoạt động thần kinh tự trị, tăng cảm giác, khó tập trung, dễ bị kích thích hoặc cáu giận, tăng phản ứng giật mình và khó đi vào giấc ngủ.

Lo âu và trầm cảm có thể xuất hiện kết hợp trong bệnh cảnh lâm sàng, cần chú ý có thể xuất hiện ý tưởng tự sát. Ngoài ra, người bệnh có thể lạm dụng rượu và ma tuý và nó có thể là nhân tố gây biến chứng.

Trước đây trạng thái rối loạn này gọi là loạn thần phản ứng bán cấp hay bệnh tâm căn sang chấn.

2.3. Các rối loạn sự thích ứng

Là một tình trạng bao gồm các trạng thái đau khổ chủ quan và rối loạn cảm xúc, thường gây trở ngại cho hoạt động xã hội, nổi bật lên trong giai đoạn thích ứng với một đời sống bị thay đổi đáng kể hoặc hậu quả của một sự kiện sống gây stress (tang tóc, chia ly, mắc bệnh cơ thể nặng, di cư hoặc qui chế tị nạn).

Nhân tố tố bẩm cá nhân hoặc tính dễ bị tổn thương đóng vai trò lớn trong rối loạn này. Các rối loạn thường bắt đầu trong vòng một tháng sau khi xảy ra sự kiện gây stress hoặc đời sống bị thay đổi và kéo dài không quá 6 tháng trừ phản ứng trầm cảm kéo dài.

Triệu chứng lâm sàng bao gồm:

- Khí sắc trầm, lo âu, phiền muộn (hoặc hỗn hợp).
- Cảm giác không có khả năng đối phó với hoàn cảnh.
- Giảm sút có mức độ trong hiệu suất và thói quen hàng ngày.
- Hiếm khi lâm vào một tình trạng bi đát hoặc bùng nổ thô bạo.
- Trẻ em: Có thể biểu hiện hiện tượng thoái triển như đáy dầm, nói bập bẹ, mút ngón tay..

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

+ F43.0 Phản ứng stress cấp:

a) Phải có mối liên quan trực tiếp và rõ rệt về thời gian giữa tác động của nhân tố gây stress đặc biệt và sự khởi đầu của các triệu chứng xảy ra ngay tức khắc hoặc vài phút sau stress.

b) Bệnh cảnh lâm sàng thay đổi và pha trộn: Trạng thái "sừng sốt" ban đầu và một trong hai trạng thái (hoặc hỗn hợp) lâm sàng đã mô tả kết hợp với rối loạn thần kinh tự trị do lo âu và hoảng sợ.

c) Tan biến nhanh (nhiều nhất sau vài giờ) khi thoát khỏi môi trường sang chấn. Nếu stress tiếp tục hoặc không thể thay đổi do bản chất thì các triệu chứng phải giảm đi sau 24 - 48 giờ và còn tối thiểu sau 3 ngày.

+ F43.1. Rối loạn stress sau sang chấn:

a) Rối loạn xảy ra trong vòng 6 tháng do 1 sự kiện sang chấn đặc biệt trầm trọng.

b) Lâm sàng phải có: hồi ức bắt buộc, tái diễn. Cảm xúc thờ ơ, tê liệt cảm xúc, né tránh hoàn cảnh hồi tưởng sang chấn.

+ *F43.2. Rối loạn sự thích ứng*: dựa vào mối quan hệ giữa:

- a) Hình thái, nội dung và mức độ trầm trọng của các triệu chứng.
- b) Tiền sử và nhân cách.
- c) Sự kiện, hoàn cảnh gây stress hoặc khủng hoảng đời sống.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

+ Rối loạn lo âu lan toả:

- Các thành phần tâm lý ưu thế hơn trong hưng phấn thần kinh tự trị.
- Có biểu hiện sợ hãi và lo âu xuất hiện trước.
- Các triệu chứng khác thiểu khu trú thực thể dai dẳng.

+ Rối loạn cơ thể hoá:

- Triệu chứng thần kinh tự trị có thể có nhưng không nổi bật, không dai dẳng so với nhiều cảm giác khác.
- Không dai dẳng coi các triệu chứng là của một cơ quan hay một hệ thống đã nêu.

4. Điều trị

Kết hợp nhiều liệu pháp trong điều trị. Nguyên tắc điều trị chung là loại trừ sớm tác nhân gây stress, cách ly môi trường gây stress. Tâm lý liệu pháp và liệu pháp hành vi đóng vai trò quan trọng. Liệu pháp hoá được sử dụng cho những rối loạn tâm thần nặng làm giúp người bệnh giảm tác động của trạng thái hồi ức với các loại thuốc phù hợp tùy từng trạng thái rối loạn (các thuốc an thần kinh, giải lo âu, chống trầm cảm...). Kết hợp nâng cao thể trạng, loại trừ các nhân tố cơ thể thúc đẩy bệnh phát sinh.

Các thuốc thường dùng là nhóm bình thường Benzodiazepam, thuốc chống trầm cảm nhóm ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc.

Liệu pháp tâm lý thường dùng là liệu pháp giải thích hợp lý, liệu pháp nhận thức, thư giãn... Liệu pháp tâm lý nhằm giúp người bệnh có khả năng nhận định thực tế mỗi đe doạ và cơ hội đối phó với hoàn cảnh gây sang chấn tạo điều kiện thuận lợi thay đổi cảm giác từ chối vô vọng trở nên tin tưởng. Bệnh nhân có khả năng tự điều chỉnh cảm xúc của mình, giảm trạng thái dao động và tái thiết lập các mối quan hệ.

CÁC RỐI LOẠN PHÂN LY

1. Đại cương

Rối loạn phân ly (chuyển di) là thuật ngữ được tổ chức y tế Thế giới đưa vào bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10, thay thế cho thuật ngữ "Hysteria", bởi ý nghĩa của nó không phù hợp với nhóm các rối loạn này.

Các rối loạn phân ly là nhóm các rối loạn thường gặp. Tỷ lệ mắc các rối loạn này chiếm 0,3 - 0,5% dân số, thường hay phát sinh ở tuổi trẻ, gấp ở nữ nhiều hơn nam. Các

rối loạn phân ly có thể phát triển thành dịch, trong điều kiện không thuận lợi về tinh thần và thể chất. Ở Việt Nam, đã từng xuất hiện dịch "Hysteria" ở đội nữ thanh niên xung phong tại Quảng Bình năm 1968, tại Lâm Đồng năm 1977, năm 2002 xuất hiện dịch rối loạn phân ly ở học sinh phổ thông tại Quảng Ngãi (nội san tâm thần số 24/2002).

Nguyên nhân chủ yếu là do các stress tâm lý hoặc hoàn cảnh xung đột. Các stress tâm lý thường gây cảm xúc mạnh như lo sợ cao độ, tức giận quá mức hoặc thất vọng nặng nề... các rối loạn phân ly thường phát sinh một thời gian ngắn sau stress tâm lý. Đôi khi rất khó tìm thấy dấu vết của stress nhất là trong trường hợp tái phát nhiều lần.

Nhân tố thuận lợi như nhân cách yếu (thiếu tự chủ, thiếu kiềm chế, thích được chiều chuộng, thích phô trương, tinh thần chịu đựng khó khăn kém, thiếu lý tưởng sống vững mạnh), loại hình thần kinh yếu, loại hình thần kinh nghệ sĩ... và các nhân tố có hại khác như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, suy dinh dưỡng, chấn thương sọ não... làm suy yếu hệ thần kinh.

2. Bệnh sinh

Hiện nay có nhiều thuyết giải thích cơ chế bệnh sinh của các rối loạn phân ly. Theo Freud, các rối loạn phân ly là biểu hiện hình thức trái ngược của bản năng tình dục bị dồn nén trong vô thức.

Thuyết tập nhiễm của Wolpe cho rằng các rối loạn phân ly là do cơ chế cảm ứng và bắt chước trong quá trình giao tiếp xã hội.

Trong khi đó, Pavlov lại cho rằng các rối loạn phân ly xảy ra ở những người có hệ thống tín hiệu thứ nhất chiếm ưu thế hơn so với hệ thống tín hiệu thứ hai (loại hình thần kinh nghệ sỹ yếu) hay nhân cách yếu. Các rối loạn phân ly xảy ra trong khi vỏ não lâm vào trạng thái giai đoạn (thỏi miên) làm tăng khả năng tự ám thị và chịu ám thị. Vì vậy, bằng ám thị có thể điều trị được các rối loạn phân ly.

3. Đặc điểm lâm sàng của rối loạn phân ly

Đặc điểm chung: Các rối loạn phân ly biểu hiện lâm sàng rất đa dạng với đặc điểm chung:

- Xuất hiện có liên quan trực tiếp với sang chấn tâm thần (stress tâm lý).
- Các triệu chứng có phần giống nhưng cũng có phần khác với các bệnh thực thể.
- Không có tổn thương thực tồn tương ứng với biểu hiện lâm sàng.

3.1. Các cơn rối loạn phân ly

Cơn co giật phân ly (cơn vật vã phân ly): Xảy ra do tác động trực tiếp của sang chấn tâm lý hay trong hoàn cảnh tương tự với hoàn cảnh đã xảy ra cơn rối loạn phân ly đầu tiên. Cơn co giật chỉ xuất hiện khi có người xung quanh, không bao giờ xuất hiện khi người bệnh ở một mình hoặc đang ngủ, người bệnh thường biết trước cơn và chuẩn bị chổ để ngã. Tính chất cơn đa dạng, không định hình, thể hiện bằng nhiều động tác lộn xộn như vùng vẫy tay chân, đập tay chân xuống giường, uốn cong người, vật vã, cào

cầu... Trong cơn, ý thức không bị rối loạn nặng, thường chỉ bị thu hẹp, vẫn còn khả năng phản ứng theo thái độ người xung quanh. Cơn kéo dài từ 15 - 20 phút, nhiều khi kéo dài hàng giờ, hoặc xuất hiện rất ngắn nên rất dễ nhầm lẫn với cơn co giật động kinh. Sau cơn, bệnh nhân tỉnh táo ngay.

Cơn kích động cảm xúc phân ly: người bệnh cười, khóc, gào thét hoặc cảm xúc hỗn độn, kèm theo có thể vùng chạy, leo trèo... ý thức không bị rối loạn và chịu ám thị của xung quanh. Cơn có thể kéo dài nhiều ngày.

Cơn ngắt lịm phân ly: người bệnh cảm thấy người mềm yếu dần, từ từ ngã ra và nằm thiêm thiếp, mắt chớm chớp. Thời gian cơn kéo dài 15 phút đến 1 giờ.

Cơn ngủ phân ly: người bệnh lên cơn co giật nhẹ rồi nằm yên ngủ một thời gian dài (1-2 ngày). Trong khi ngủ, vách mi mắt vẫn thấy nhăn cầu đưa qua đưa lại, thỉnh thoảng người bệnh thở dài, thôn thức, khóc lóc. Cơn này ít gặp.

3.2. Các rối loạn vận động phân ly

Biểu hiện trên lâm sàng cũng rất đa dạng như lắc đầu, gật đầu, nháy mắt, mút vòm, mút giật, run, liệt, rối loạn phát âm... Thường gặp nhất là bệnh nhân run với tính chất run không đều, không có hệ thống, có thể run ở một phần cơ thể hoặc run toàn thân, tăng lên khi được chú ý. Triệu chứng liệt cũng hay gặp với các biểu hiện liệt cứng hoặc liệt mềm ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau, liệt xuất hiện ở một chi, hai chi hoặc tứ chi. Khám vẫn thấy trương lực cơ bình thường, không có phản xạ bệnh lý, không teo cơ, tính kích thích điện không thay đổi, không có dấu hiệu tồn thương bó thấp, không rối loạn cơ tròn... Có thể gặp biểu hiện bệnh nhân mất đi, mất đứng nhưng khi nằm vẫn cử động bình thường.

Các rối loạn phát âm phân ly có thể gặp khó nói, nói lắp, không nói, trong khi cơ quan phát âm vẫn bình thường.

3.3. Các rối loạn cảm giác phân ly

Thường gặp người bệnh mất hoặc giảm cảm giác đau với tính chất vùng mất cảm giác không đúng với vùng định khu của thần kinh cảm giác. Thường gặp mất cảm giác kiểu "bít tắt" ở tay và chân. Thậm chí mất cảm giác ở nửa người nhưng lan sang cả bên kia đường giữa. Giới hạn vùng mất cảm giác rất rõ ràng. Đôi khi vùng mất cảm giác có thể di chuyển vị trí trong lần khám lại. Mất cảm giác sâu không kèm theo các rối loạn phối hợp vận động.

Tăng cảm giác đau trong phân ly rất phức tạp, khu trú khác nhau rất giống với đau "thực vật" hoặc một số đau ngoại khoa như đau trong viêm ruột thừa, giun chui ống mật, viêm dạ dày... hay đau vùng trước tim, đau cơ, đau dây thần kinh hông...

3.4. Các rối loạn giác quan phân ly

Các rối loạn giác quan phân ly hay gặp là mù phân ly với tính chất xảy ra đột ngột và hoàn toàn. Khám thấy mắt bình thường, phản xạ đồng tử với ánh sáng còn tốt. Quan sát vẫn thấy mắt linh hoạt, vẫn hướng về người nói chuyện. Đôi khi có thể gặp chứng nhìn đôi hoặc nhìn 1 thành nhiều hình trong rối loạn phân ly.

Điếc phân ly thường đi kèm với cảm tạo thành hội chứng cảm - điếc phân ly. Thường gặp điếc cả hai tai nhưng vẫn còn phản xạ Bechterew (chớp mắt khi có tiếng động mạnh) và còn phản xạ Surughin (hẹp đồng tử khi kích thích tiếng động). Điện não đồ vẫn có biến đổi khi làm test bấm chuông.

Ngoài ra còn có thể gặp mất vị giác và khứu giác do rối loạn phân ly nhưng tỷ lệ ít gặp hơn.

3.5. Các rối loạn thực vật nội tạng phân ly

Thường biểu hiện thành từng cơn, hay gặp các cơn lạnh run, cơn nóng bùng, cơn đau vùng ngực, đau bụng, đau đầu, chóng mặt, cơn khó thở, cơn khó nuốt, cơn náu (do co thắt thực quản và cơ hoành) cơn nôn (do co thắt môn vị)...

3.6. Các rối loạn tâm thần

- Rối loạn trí nhớ: thường bệnh nhân quên các sự kiện quan trọng mới xảy ra, quên từng phần hoặc toàn bộ các sự kiện sang chấn tâm lý, thường thay đổi theo từng ngày và từng người tiếp xúc khác nhau, rối loạn trí nhớ không kéo dài mà sẽ hồi phục hoàn toàn.

- Rối loạn cảm xúc: Bệnh nhân dễ bị xúc động, cảm xúc không ổn định, dễ nhạy cảm với các kích thích, dễ lây cảm xúc của người khác.

- Rối loạn tư duy: chủ yếu là tư duy cụ thể, hình tượng. Quá trình phân tích, tổng hợp, phán đoán nông cạn. Lời nói của bệnh nhân mang màu sắc cảm xúc, ít sâu sắc, lời nói lên bồng xuống trầm, thường nói về bản thân mình, trình bày bệnh tật để khêu gợi sự chú ý của người khác, trí tưởng tượng phong phú, thích phô trương.

- Rối loạn hoạt động: hành vi tác phong giàu kịch tính, nhiều hành vi tự phát có khi do bản năng chi phối. Ngoài ra có thể xảy ra hiện tượng trốn nhà, bỏ nhà hoặc nơi làm việc ra đi có mục đích, bệnh nhân vẫn duy trì sinh hoạt cá nhân và tiếp xúc xã hội bình thường, nơi đến thường là nơi đã biết trước và có ý nghĩa về mặt cảm xúc. Trốn nhà phân ly hay đi kèm theo quên phân ly.

- Các rối loạn cảm giác, tri giác hay gặp là bệnh nhân rất nhạy cảm, đặc biệt với các kích thích giác quan, có thể xuất hiện ảo giác thường là ảo thị mang hình ảnh phản ánh tình huống sang chấn tâm thần

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: Theo các nguyên tắc chẩn đoán của ICD -10 tại mục F 44:

a) Các nét lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân trong rối loạn phân ly (như đã mô tả ở trên).

b) Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích cho 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 (ngay cả khi cá nhân phản đối).

Lưu ý:

Khi có các rối loạn đã biết của hệ thống thần kinh trung ương hoặc ngoại vi, phải rất thận trọng cho chẩn đoán rối loạn phân ly. Khi không có bằng chứng nguyên nhân tâm lý, chẩn đoán phải xem như tạm thời, cần phải tiếp tục xem xét cả hai khía cạnh tâm lý và cơ thể.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh thực thể và bệnh tâm thần khác có biểu hiện giống với các rết lâm sàng của rối loạn phân ly. Cơn co giật phân ly cần phân biệt với cơn co giật động kinh, cơn hạ can xi máu... Liệt phân ly cần phân biệt với triệu chứng liệt trong các tổn thương thực thể thần kinh...

Tuy nhiên, nhiều khi rất khó phân biệt, phải đánh giá chính xác các rối loạn phân ly, tìm ra điểm khác biệt với triệu chứng của các bệnh thực thể và tâm thần khác. Cần nhớ rằng rối loạn phân ly còn có thể kết hợp với một bệnh thực thể khác (động kinh kèm theo rối loạn phân ly...).

5. Điều trị và dự phòng

*** Điều trị triệu chứng:**

Chủ yếu bằng liệu pháp ám thị khi thức, kết hợp những biện pháp phụ trợ như dùng thuốc kích thích, châm cứu... nhằm làm bệnh nhân tin tưởng tuyệt đối vào thày thuốc, làm mất các triệu chứng chức năng. Trường hợp khó hay tuyển trước đã áp dụng liệu pháp trên không kết quả phải dùng đến liệu pháp ám thị trong giấc ngủ thôi miên.

Trong liệu pháp tâm lý cần chú ý thái độ đối với bệnh nhân phân ly không coi thường, không chế giễu hắt hủi bệnh nhân. Cần tránh thái độ quá chiều chuộng, quá lảng, vô tình ám thị làm người bệnh tưởng rằng bệnh quá nặng.

Đồng thời với liệu pháp tâm lý, tuỳ tình trạng bệnh nhân, cần áp dụng các biện pháp tăng cường cơ thể, điều chỉnh hoạt động thần kinh cao cấp bằng các thuốc bromua và cafein, các thuốc bình thần, an thần kinh, các liệu pháp giải trí, lao động... để làm tăng hiệu quả điều trị.

*** Rèn luyện nhân cách:**

Rối loạn phân ly là bệnh lý xuất hiện ở những người có nhân cách yếu, nên muốn điều trị dứt điểm bệnh cần phải giúp đỡ người bệnh hiểu được những nhược điểm của bản thân, động viên mặt tích cực trong nhân cách, để khắc phục mặt tiêu cực, tập kiềm chế cảm xúc và hành vi của mình, cần có sự hỗ trợ của gia đình và tập thể.

RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ

1. Khái niệm chung

Các rối loạn dạng cơ thể là các rối loạn tâm thần đa dạng biểu hiện chủ yếu bằng sự tái diễn các triệu chứng cơ thể, người bệnh yêu cầu dài đằng đẵng khám và điều trị các triệu chứng đó, mặc cho nhiều lần đã nhận được kết quả âm tính và thày thuốc đảm bảo rằng các triệu chứng này không có cơ sở để kết luận về bệnh cơ thể.

Bản chất và phạm vi của các triệu chứng không thể giải thích được, nếu có bất kỳ rối loạn cơ thể nào. Người bệnh luôn luôn đau khổ, bận tâm về các triệu chứng cơ thể này.

Người bệnh thường không đồng ý với khả năng những rối loạn cơ thể hiện tại có nguyên nhân tâm lý, ngay cả khi các triệu chứng phát sinh và duy trì có liên quan chặt chẽ với những sự kiện sống khó chịu, những khó khăn hoặc những xung đột. Thậm chí người bệnh còn phản ứng mãnh liệt với những lời giải thích về nguyên nhân tâm lý của các thày thuốc. Mức độ hiểu biết về mặt cơ thể và tâm lý, để có thể tìm ra nguyên nhân của các triệu chứng, thường làm cho cả thày thuốc và bệnh nhân thất vọng vì không đủ sức thuyết phục. Thường có một mức độ hành vi gợi sự chú ý trong các rối loạn này, nhất là ở những bệnh nhân tức giận vì đã thất bại không thuyết phục được thày thuốc tin vào bản chất bệnh tật của mình là một bệnh cơ thể thực sự, cần được khám xét nghiên cứu cẩn thận thêm nữa.

Bệnh thường khởi phát ở lứa tuổi trẻ với các triệu chứng bắt đầu liên quan đến sang chấn tâm lý.

2. Đặc điểm lâm sàng và tiêu chuẩn chẩn đoán

2.1. Rối loạn cơ thể hoá

* **Lâm sàng:** Biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể nhiều loại, tái diễn và luôn thay đổi, thường xuất hiện một thời gian dài nhiều năm trước khi bệnh nhân đến khám ở thày thuốc tâm thần. Bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn nam và bắt đầu ở tuổi vị thành niên. Hầu hết bệnh nhân đã được thăm khám qua nhiều thày thuốc, nhiều chuyên khoa ở nhiều cơ sở y tế.

Các triệu chứng của bệnh có thể qui vào một bộ phận nào đó hay một hệ thống nào đó của cơ thể như: các rối loạn tiêu hoá (đau, ợ, nôn, buồn nôn...), các rối loạn ở da (ngứa, rát bỏng, tê cứng, đau đớn, tê bì, râm ran..), các phàn nàn về tình dục và rối loạn kinh nguyệt.

Người bệnh thường kèm theo trầm cảm và lo âu rõ rệt. Các triệu chứng tiến triển mạn tính và dao động, thường kết hợp một số rối loạn hành vi, tác phong trong giao tiếp, gia đình và xã hội. Có thể có nghiện hoặc lạm dụng thuốc (hay gấp thuốc giảm đau và thuốc an thần) do quá trình dùng thuốc kéo dài..

* Chẩn đoán xác định

Theo ICD-10 mục F45.0 Phải có tất cả các tiêu chuẩn sau đây:

a- 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.

b- Dai dẳng từ chối chấp nhận lời khuyên hoặc lời trấn an của nhiều bác sĩ rằng không có nghĩa được các triệu chứng về mặt cơ thể.

c- 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

+ Các rối loạn cơ thể

Những rối loạn cơ thể hoá kéo dài đều có khả năng phát triển thành các rối loạn cơ thể độc lập như bất kỳ người nào cùng lứa tuổi. Lưu ý khi có sự thay đổi về cường độ và tính ổn định của những phản nản về cơ thể cần nghiên cứu và khám xét thêm vì có thể có một bệnh cơ thể.

+ Các rối loạn lo âu và trầm cảm

Lo âu và trầm cảm ở các mức độ khác nhau là một biểu hiện lâm sàng của rối loạn cơ thể hoá, không cần thiết phải xác định một cách riêng biệt. Nhưng khi các biểu hiện này dù rõ rệt và dai dẳng để phù hợp cho một chẩn đoán riêng thì cần phải chẩn đoán phân biệt, vì khởi đầu của các triệu chứng cơ thể nhiều loại có thể là một biểu hiện sớm của rối loạn trầm cảm nguyên phát.

+ Rối loạn nghi bệnh

Trong rối loạn cơ thể hoá người bệnh nhấn mạnh vào các triệu chứng và hậu quả của nó đối với cá nhân, đòi hỏi được điều trị để chấm dứt các triệu chứng đó nhưng thường không nghe lời thày thuốc và hay sử dụng thuốc quá mức trong một thời gian dài. Trong khi đó rối loạn nghi bệnh, bệnh nhân chú ý nhiều hơn vào quá trình bệnh nghiêm trọng, tiến triển nhanh bên dưới một hoặc hai triệu chứng và hậu quả gây rối loạn chức năng hoạt động của chúng. Bệnh nhân đòi hỏi thăm khám nhiều lần với khuynh hướng muốn xác định rõ hoặc khẳng định bản chất của bệnh nằm bên dưới. Thường các bệnh nhân có rối loạn nghi bệnh sợ các thuốc và tác dụng phụ của chúng, họ tìm kiếm sự trấn an bằng cách thường xuyên đi khám tại các thày thuốc khác nhau.

+ Hoang tưởng nghi bệnh (Trong trầm cảm và tâm thần phân liệt).

Dựa vào tính chất kỳ lạ của những điều bệnh nhân tin, cùng với các triệu chứng cơ thể ít có tính chất ổn định hơn.

2.2. Rối loạn nghi bệnh

* Lâm sàng

Người bệnh bận tâm, phản nản dai dẳng vào khả năng mắc một hoặc nhiều bệnh cơ thể. Rối loạn cảm giác khác nhau tập trung vào một hoặc hai cơ quan hay hệ thống của cơ thể. Trạng thái suy nhược và rối loạn giấc ngủ kéo dài, khả năng lao động giảm sút làm cho bệnh nhân thường xuyên bận tâm về sức khoẻ. Trầm cảm và lo âu thường xuất hiện và có thể phù hợp cho một chẩn đoán phụ. Các triệu chứng cơ thể khác, đôi lúc là cơ sở cho bệnh nhân tin vào khả năng bị mắc một bệnh không hề có.

Thường gặp ở bệnh nhân có nhân cách dễ bị kích thích, kém thích ứng với ngoại cảnh, hay lo lắng, dễ mủi lòng, chi ly, giàu tưởng tượng, dễ bị ám thị. Sang chấn tâm lý thường gặp là mâu thuẫn trong gia đình, hoàn cảnh xung đột ngoài xã hội, đôi lúc là sang chấn mạnh bất ngờ, nhưng phần lớn trường diễn biến kéo dài, khó giải quyết.

Sang chấn tâm lý là nhân tố khởi phát và duy trì rối loạn nghi bệnh. Nhưng một số các trường hợp không tìm thấy sự liên quan đến sang chấn tâm lý.

* **Chẩn đoán xác định**

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD - 10 ở mục F 45.2:

a- Dai dǎng tin là có ít nhất một bệnh cơ thể nặng nằm dưới một hoặc các triệu chứng hiện có (mặc dù khám xét nhiều lần về lâm sàng và cận lâm sàng) hoặc bận tâm dai dǎng cho là có dị hình hoặc biến dạng.

b- Dai dǎng từ chối những lời khuyên và trấn an của các thày thuốc là không có bệnh cơ thể hoặc một sự bất thường nào nằm bên dưới các triệu chứng.

* **Chẩn đoán phân biệt**

+ Rối loạn cơ thể hoá: Như đã phân biệt ở trên.

+ Các rối loạn trầm cảm: Các triệu chứng trầm cảm đặc biệt trội lên và xuất hiện trước các ý tưởng nghi bệnh.

+ Các rối loạn hoang tưởng: Niềm tin cố định hơn trong rối loạn nghi bệnh. Nếu bệnh nhân tin rằng họ có bে ngoài khó coi hoặc dị dạng cơ thể phải phân loại ở rối loạn hoang tưởng.

+ Các rối loạn lo âu và hoảng sợ: Bệnh nhân thường yên lòng nhờ những giải thích về tâm lý và những lời khăng định của thày thuốc rằng không có bệnh cơ thể nào.

2.3. Loạn chức năng thần kinh tự trị dạng cơ thể

* **Lâm sàng**

Biểu hiện lâm sàng của rối loạn thần kinh tự trị dạng cơ thể được đặc trưng bởi các dấu hiệu khách quan của hung phấn thần kinh tự trị như hồi hộp, đánh trống ngực, ra mồ hôi, run tay chân, đỏ mặt... Hoặc các triệu chứng chủ quan, không đặc hiệu, có tính chất riêng biệt như: cảm giác đau thoáng qua, cháy bỏng, nặng nề, bị bó chặt hoặc cảm giác sưng phù hay căng da.

Các triệu chứng này được bệnh nhân qui vào là các rối loạn cơ thể của một hệ thống hay cơ quan, thường đặt dưới sự kiểm soát của thần kinh tự trị như hệ tim mạch, rối loạn chức năng dạ dày-ruột hoặc hệ thống hô hấp, tiết niệu sinh dục... rất khó phân biệt trên lâm sàng.

Ở nhiều bệnh nhân có bằng chứng stress tâm lý, tuy nhiên một số đáng kể bệnh nhân không có như vậy.

* **Chẩn đoán xác định**

Theo mục F45.3 trong ICD - 10 cần phải có tất cả các tiêu chuẩn sau:

a- Triệu chứng hung phấn thần kinh tự trị dai dǎng và khó chịu.

b- Triệu chứng chủ quan thêm vào được quy cho một cơ quan hoặc hệ thống đặc hiệu.

c- Bạn cảm thấy đau đớn và đau khổ về khả năng có một rối loạn trầm trọng của một cơ quan hoặc hệ thống tự nêu ra, nhưng không đáp ứng sự giải thích và trấn an nhiều lần của các thầy thuốc.

c- Không có bằng chứng là có rối loạn đáng kể về cấu trúc hoặc chức năng của hệ thống hay cơ quan được nêu.

* **Chẩn đoán phân biệt**

- Rối loạn cơ thể hoang: Như đã phân biệt ở trên.

- Các rối loạn trầm cảm: Các triệu chứng trầm cảm đặc biệt trội lên và xuất hiện trước các ý tưởng nghi bệnh.

+ Các rối loạn hoang tưởng: Niềm tin cố định hơn trong rối loạn nghi bệnh. Nếu bệnh nhân tin rằng họ có bệ ngoài khó coi hoặc dị dạng cơ thể phải phân loại ở rối loạn hoang tưởng

+ Các rối loạn lo âu và hoảng sợ: Bệnh nhân thường yên lòng nhờ những giải thích về tâm lý và những lời khẳng định của thầy thuốc rằng không có bệnh cơ thể nào.

3. Điều trị

Các rối loạn dạng cơ thể có nguyên nhân tâm lý và cơ thể gắn bó với nhau, bệnh cảnh lâm sàng rất phức tạp, nên việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Mỗi rối loạn cụ thể cần phải khám xét kỹ lưỡng và có kế hoạch điều trị thích hợp với từng giai đoạn của bệnh.

Nguyên tắc điều trị chung:

Dùng liệu pháp tâm lý là chủ yếu, lập kế hoạch và chiến lược điều trị thích hợp với từng bệnh nhân. Đồng thời điều trị tích cực các triệu chứng cơ thể, kết hợp chặt chẽ các chuyên khoa khác trong khám, theo dõi và điều trị.

Những trường hợp có diễn biến nặng cần phải điều trị nội trú ở các bệnh viện chuyên khoa để kịp thời xử trí các biến chứng bất thường có thể xảy ra trong quá trình điều trị. Các loại thuốc được sử dụng là các chất tác động vào quá trình sinh học của stress, thuốc giải lo âu, các thuốc chống trầm cảm, thuốc bổ sung chất khoáng và vitamin...

Điều trị sang chấn tâm lý bằng thuốc được chỉ định trong mối quan hệ trợ giúp hay khi áp dụng liệu pháp tâm lý có tổ chức.

Kết hợp rèn luyện nhân cách cho bệnh nhân, tính chịu đựng trước các sang chấn tâm lý trong cuộc sống, công việc và học tập, thích ứng nhanh và linh hoạt với các điều kiện sống không thuận lợi.

Thương pháp thư giãn luyện tập có tác dụng điều trị tốt, đồng thời cũng có tác dụng phòng bệnh có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt - *Tâm thần học* - NXB Y học, 1984
2. Nguyễn Đình Xiêm - *Tâm thần học* - Trường Đại học Y Dược TPHCM, 1990
3. Tổ chức Y tế thế giới - ICD - 10 Geneva, 1992
4. Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên - *Bài giảng Tâm thần học*, 2000
5. World health report - Mental health, 2001
6. Sidney Bloch and Bruce S. Singh – *Foundations of Clinical Psychiatry* – Melbourne University Press, 1994
7. Sidney Bloch and Bruce S. Singh (Biên dịch Trần Việt Nghị) – *Cơ sở lâm sàng của tâm thần học* – Melbourne University Press, 2001
8. Học viện Quân Y – *Tâm thần học và tâm lý y học* – Nhà xuất bản Quân đội nhân dân – Hà Nội, 2007
9. Robert L. Spitzer, M.D. et al – *DSM-IV-TR case book* – American Psychiatric Publishing, 2002.

NGHIỆN MA TUÝ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khái niệm nghiện ma túy.
2. Trình bày được cẩn nguyên nghiện ma túy.
3. Trình bày được hậu quả nghiện ma túy.
4. Trình bày được đặc điểm lâm sàng nghiện ma túy.
5. Trình bày được biện pháp điều trị và dự phòng nghiện ma túy.

NỘI DUNG

1. Thực trạng nghiện ma túy

Ma túy và lây nhiễm HIV/AIDS là vấn nạn của toàn cầu, không thể một quốc gia hay một vùng lãnh thổ nào có thể tự giải quyết được mà phải mở rộng sự hợp tác quốc tế, phối hợp hoạt động trong và ngoài phạm vi ở cả tầm vĩ mô và vi mô. Do đặc thù dễ nghiện, khó cai của ma túy và việc lây nhiễm HIV/AIDS, vì vậy cần phối hợp nhiều biện pháp nhằm giảm thiểu tác hại của nó, cho nên mỗi quốc gia, các vùng lãnh thổ cần thực hiện các công ước của Liên hiệp quốc (LHQ), tăng cường năng lực của các cơ quan thực thi pháp luật, trong việc hoạch định chính sách, biện pháp can thiệp, giải quyết các vấn đề ma túy và nhiễm HIV.

Theo báo cáo của cơ quan kiểm soát ma túy và tội phạm LHQ hiện nay trên thế giới có tới 200 triệu người đang sử dụng các ma túy. Trong đó có tới 163 triệu người sử dụng cần sa, 34 triệu người sử dụng nhóm Amphetamine, 14 triệu người dùng Cocaine, 8 triệu người sử dụng Estasy, 15 triệu người nghiện thuốc phiện, 10 triệu người nghiện Heroin. Ở Mĩ (theo Jaffe 1993) tỉ lệ mắc trong đời các chất ma túy như Marijuana là 47,4%; Cocaine 12,5%; Heroin 0,7%. Tỉ lệ mắc trong tháng qua Marijuana 11,1%; Cocaine là 1,5%; Heroin là 0,1%. Ở học sinh trung học tỉ lệ NMT là 29,4%. Theo Robert. E năm 1998 có tới 14,5 triệu người NMT, trong đó có tới 2 triệu người NMT là thanh thiếu niên, tuổi trung bình từ 18 – 25 tuổi.

Việc sử dụng các chất kích thích nhóm Amphetamine (Methamphetamine) đã tăng đáng kể ở các nước Đông Nam Á, Đông Á. Từ những năm 1990 – 2000 việc sử dụng các chất kích thích nhóm Amphetamines tăng hàng năm khoảng 30% và Heroin là 5%. Đặc biệt ở khu vực Afganistan và khu vực Tam giác vàng (khu vực biên giới giữa ba nước Myanmar, Thailand, Lào), nơi sản xuất thuốc phiện chiếm tới 90% sản lượng toàn cầu.

Việt Nam, với dân số trên 82 triệu người, có đường biên giới giáp với ba nước là Trung Quốc; Lào; Cam Pu Chia, có đường biển dài, đặc biệt gần khu vực Tam giác vàng. Vùng núi phía Bắc có truyền thống trồng và sử dụng cây anh túc, vùng đồng bằng sông Cửu Long nơi có trồng và sử dụng cây cần sa. Từ năm 1980 đến 1990, việc sử

dụng ma túy ngày càng có chiều hướng gia tăng. Theo báo cáo tại Hội thảo quốc gia 1994 về NMT thì tỷ lệ NMT và hình thức NMT cũng khác nhau tùy theo từng khu vực: Hà Nội là 0,58%; Cao Bằng là 1,97%; Vi Hương – Bắc Kạn là 3,46%; Bát Xát - Lào Cai từ 6–8%. Lứa tuổi NMT từ 16 – 25 chiếm tới 43,2%. Theo báo cáo của ủy ban phòng chống ma túy Quốc gia (2005), số người nghiện ma túy có quan lí hồ sơ gia tăng từ năm 1996 đến 2004 là 69195 người tăng lên 170407 người vào năm 2004. Số phạm tội do ma túy bị bắt cũng gia tăng năm 1996 là 3813 người; năm 1999 là 11288 người; năm 2002 là: 14167; năm 2004 là 12058 người. Đảng và Chính phủ đã đưa ra các chủ trương, chính sách, luật pháp cho cuộc chiến chống ma túy như:

Chính sách cung răn xóa bỏ tệ nạn ma túy trong Hiến pháp năm 1992 Điều 61; Nghị quyết 06/CP.

Luật hình sự năm 1999 (Chương XVIII).

Luật phòng chống ma túy (Điều 29; 39).

Luật bảo vệ sức khỏe.

Năm 1997 Việt Nam đã ký ba Công ước Quốc tế về kiểm soát ma túy của Liên hợp quốc 1961, 1971, 1988.

2. Các khái niệm về nghiện ma tuý

Thuật ngữ sử dụng và phụ thuộc ma tuý cũng đã thay đổi theo thời gian như: drug addition, drug dependence, drug abuse. Hiện nay thường sử dụng thuật ngữ lạm dụng chất: Substance Abuse.

Nghiện ma tuý

Nghiện ma tuý là một trạng thái nhiễm độc chất ma tuý, nhiễm độc mạn tính hay chu kỳ, với những đặc điểm cơ bản sau đây:

- Có nhu cầu không cưỡng được phải tiếp tục dùng chất ma tuý.
- Liều lượng chất ma tuý có khuynh hướng tăng dần lên mới thoả mãn được nhu cầu về chất ma tuý của cơ thể (hiện tượng dung nạp).
- Người nghiện lệ thuộc đối với chất ma tuý về mặt cơ thể và tâm thần.
- Người nghiện biết tác hại của chất ma tuý đến cá nhân và xã hội mà vẫn tiếp tục dùng.

Như vậy, trong nghiện ma tuý có ba trạng thái cơ bản là: trạng thái dung nạp, trạng thái lệ thuộc về mặt cơ thể và trạng thái lệ thuộc về mặt tâm thần.

Trạng thái dung nạp

Do phản ứng thích nghi của cơ thể, tác dụng của chất ma tuý sẽ giảm bớt nếu dùng lặp lại. Muốn đạt được tác dụng của những lần trước phải tăng liều và cứ thế, cơ thể dần dần dung nạp được một liều chất ma tuý rất cao. Liều này nếu dùng cho một người không nghiện thì không thể dung nạp được và có thể gây tử vong.

Hội chứng cai hay hội chứng lệ thuộc về mặt cơ thể

Hội chứng cai bao gồm nhiều triệu chứng cơ thể và tâm thần xuất hiện khi người nghiện dừng sử dụng chất ma tuý hoặc dùng liều thấp không đáp ứng được nhu cầu chất ma tuý của cơ thể.

Đối với người nghiện các chất opiod, hội chứng cai thường gồm các triệu chứng: thèm chất ma tuý, buồn nôn hay nôn, đau các cơ bắp, chảy nước mắt nước mũi, giãn đồng tử, nổi da gà, toát mồ hôi, tiêu chảy, ngáp, sốt nhẹ, mất ngủ, mạch nhanh, dị cảm (cảm giác giỏi bò trong xương). Hội chứng cai làm cho người nghiện lệ thuộc vào chất ma tuý về mặt cơ thể, không chịu đựng được các triệu chứng trên, phải tìm mọi cách để có được chất ma tuý, kể cả những hành vi phạm pháp.

3. Cá: chất ma tuý

Các chất ma tuý có nhiều loại khác nhau, nó tuỳ thuộc vào nguồn ma tuý sẵn có ở các vùng địa lý khác nhau của từng khu vực và cũng có nhiều hình thức lạm dụng khác nhau.

Phân loại: việc phân loại chủ yếu dựa vào tác dụng lâm sàng chính của chúng trên hệ thần kinh trung ương của não, thường chia thành 5 nhóm:

Các chất gây yên dịu:

- Các thuốc bình thần, giải lo âu như Benzodiazepin (Valium, Librium),
- Các Barbiturate.
- Rượu.
- Thuốc phiện (Opium).
- Các chế phẩm dạng thuốc phiện như: Codein, Morphine, Heroin.

Các chất hung thần:

- Các Amphetamines và các chế phẩm.
- Cocain và chế phẩm Cocain như: crack.

Các chất gây ảo giác như Estasy, Mescalin...

Các cannabis và sản phẩm Cannabis: Marijuana, Hashish, LSD₂₅

Các dung môi hữu cơ: như benzen, essence, ether.

Một số đặc tính được liệt, phương thức sử dụng

Thuốc phiện và các chế phẩm dạng thuốc phiện (Opium; Codeine; Morphine; Heroin...)

Là loại ma túy mạnh, khả năng dung nạp và phụ thuộc vào cơ thể và tâm thần mạnh.

Thuốc phiện (Opium) là nhựa quả cây anh túc cô lại được sử dụng bằng cách hút hoặc nюốt. Có khi người nghiện sử dụngさい thuốc hòa với nước, đun sôi, lọc rồi tiêm tĩnh mạch.

Codeine: là ancloide của thuốc phiện được bào chế dưới dạng viên uống dùng để chữa nho, còn Morphine được bào chế dưới dạng tiêm bắp hay tĩnh mạch.

Heroine là chế phẩm của Morphine dạng tinh thể màu trắng, thường được sử dụng dưới dạng hít, tiêm tĩnh mạch có tác dụng mạnh và nhanh, cảm giác đột ngột, cực khoái tột độ, đê mê...

Cannabis (Canabis)

Là loại ma túy nhẹ, hoạt tính chính là THC (Tetrahydrocannabinol). Khả năng dung nạp và phụ thuộc cơ thể ít nhưng lại gây phụ thuộc tâm thần và gây độc tâm thần. Chúng được sử dụng thân và lá như hút thuốc lá hoặc nhai hay uống, khi hút mạnh gấp 70 lần thuốc lá. Tác dụng gây khoái cảm, nhiều rối loạn trí giác, lo âu, và rối loạn ý thức và hành vi. Gồm 3 dạng:

Marijuana là lá và hoa khô.

Haschich chiết xuất từ rễ cây cài, nó mạnh gấp 10 lần Marijuana.

Dầu dạng nhựa đen tập trung THC cao.

Amphetamines và các chất giống Amphetamine

Là sản phẩm được tổng hợp từ năm 1887. Nó có tác dụng rất nhanh làm tăng hưng phấn tâm thần, khoái cảm, tăng chú ý giảm mệt mỏi, tăng tình dục, xuất hiện nhiều ảo giác, tri giác méo mó..., gây phụ thuộc tâm thần và nhiễm độc. Bao gồm:

Loại Amphetamines (Dextroamphetamine; Methamphetamine; Methylphenidate)

Các chất giống Amphetamine như:

3 – 4 Methylen dioxy methamphetamine (MDMA) hay còn gọi là Adam, gây cảm giác say đắm (Ecstasy)

N – ethyl – 3 – 4 methylen dioxy amphetamine (MDEA) hay còn gọi là Eva

5 –Methoxy – 3 – 4 methylen dioxy amphetamine (MMDA)

Cocaine và Crack

Là sản phẩm từ hoa lá khô của cây coca. Crack là chế phẩm của Cocaine tác dụng mạnh hơn.

Tác dụng tương tự như Amphetamine, không gây dung nạp và phụ thuộc cơ thể.

Các dung môi hữu cơ

Đó là hồ keo dán, Essence, Benzen, Ethez, các dung môi khác thường dùng đường hít, áp trên da hay cho vào can để người, nó gây độc và phụ thuộc tâm thần.

4. Căn nguyên nghiện ma tuý

Các căn nguyên dẫn đến NMT rất đa dạng. Có thể chỉ có một nguyên nhân nhưng cũng có khi một nguyên nhân đóng vai trò chủ đạo, các nguyên nhân khác lại là yếu tố thúc đẩy góp phần đưa đến hành vi sử dụng ma tuý.

Thường chia làm ba loại nguyên nhân cơ bản là: các nguyên nhân tâm lý, các nguyên nhân xã hội - gia đình và các nguyên nhân sinh học.

4.1. Các nguyên nhân tâm lý

Lí thuyết học tập về tâm lí học đã sáng tỏ về sử dụng và phụ thuộc ở các mức độ khác nhau đã nhấn mạnh về vai trò phản thường và sự tăng cường tạo nên phụ thuộc tâm lí:

Tăng cường trực tiếp : ban đầu là vai trò tác động được lí học của ma túy gây ra sự thích thú trực tiếp, sự rung động, giảm đau, giảm lo lắng. Sử dụng ma túy có khả năng được nhắc lại cho phản thường trực tiếp này.

Tăng cường gián tiếp: khi không sử dụng ma túy sẽ gây ra trạng thái không thoải mái khi ngừng thuốc hoặc mong đợi được được dùng lại, nếu không dùng lại sẽ dẫn đến phụ thuộc cơ thể.

Tăng cường thứ phát: những người nghiện trước kia đã cai nhưng trong môi trường có thuốc dễ dàng sử dụng lại.

Tăng cường xã hội: như nguồn ma túy sẵn có, bạn bè rủ rê, chẳng hạn sự đồng tình của người bạn gái sử dụng ma túy.

Hiện nay, đa số những người bắt đầu NMT là ở lứa tuổi thanh thiếu niên, lứa tuổi khùng hoảng trong quá trình phát triển tâm lý và hình thành nhân cách. NMT có thể là do: tính tò mò thích mạo hiểm, muốn trải nghiệm những điều ngần ngại cảm hoặc để tự khẳng định mình, tự cho mình là người trưởng thành, độc lập.

Sử dụng ma tuý còn là phương thức để thoát ly các stress trong cuộc sống như các bất hòa trong gia đình, mất người thân đột ngột, stress trong nhà trường (thi hỏng, bị kỷ luật), thất bại trong đời sống tình cảm (tình bạn, tình yêu), những bất toại trong cuộc sống...

Do áp lực của bạn NMT cùng băng nhóm, sợ bị khai trừ khỏi nhóm, đua đòi a dua nghiên hút.

Ngoài ra, ở miền núi còn sử dụng ma túy là phương tiện giao lưu trong các dịp lễ hội, ma chay, cúng bái, cưới xin, vào nhà mới. Đặc biệt, có khoảng 10% nguyên nhân dẫn đến nghiện là dùng thuốc phiện làm thuốc chữa bệnh như giảm ho, chữa đau bụng, phụ nữ sau đẻ để co hồi tử cung.

Do các bệnh lý tâm thần nhất thời hoặc thường diễn như lo âu, trầm cảm, nhân cách bệnh đặc biệt là nhân cách bệnh chống xã hội thường có khuynh hướng lạm dụng chất trong đó có ma tuý.

4.2. Các nguyên nhân gia đình và xã hội

Nguyên nhân gia đình: NMT thường gặp trong các gia đình lơ là giáo dục quản lý con em mình. Nhiều gia đình cha mẹ quá bận rộn kiếm tiền, lơ là quản lý thậm chí còn cho con em mình nhiều tiền để tiêu theo sở thích. Gia đình có người NMT, buôn bán, vận chuyển, tang trữ ma tuý. Gia đình có bố mẹ thường xuyên bất hòa cũng dễ đẩy con em họ vào con đường NMT.

Nguyên nhân xã hội: Nguồn ma túy sẵn có và tiếp cận dễ dàng với ma túy là nguyên nhân quan trọng dẫn đến nghiện ma túy, càng có nhiều nguồn ma túy thì càng

có nhiều người nghiện, bằng chứng như ở Hong Kong, Heroin rẻ và phổ biến thì số người nghiện ở quần thể nam giới lớn tuổi chiếm tới 6 – 8%. Kinh tế thị trường, hội nhập và giao lưu, buôn bán, vận chuyển ma túy, hệ thống luật pháp chưa nghiêm, hiệu quả hoạt động chưa cao của các tổ chức phòng chống NMT của quốc gia và quốc tế cũng là một điều kiện cho NMT gia tăng.

4.3. Các nguyên nhân sinh học

Các chất ma tuý tác động khác nhau vào các tế bào hệ thần kinh trung ương tùy theo cấu trúc của từng chất nhưng điểm chung của cơ chế gây nghiện chủ yếu là do tác động qua lại giữa chất ma tuý và thụ thể đặc hiệu của nó nằm ở các vùng khác nhau của não. Đối với các chất opioid (Morphine, Heroin) khi vào cơ thể chuyển hóa thành Morphine rồi vào máu, một lượng nhỏ đi vào hệ thần kinh trung ương và gắn vào các thụ thể Morphine nằm rải rác trong não, tập trung nhiều nhất ở vùng dưới đồi và một ít ở hệ thần kinh thực vật. Tại các thụ thể này đã có sẵn những peptid nội sinh (Endorphin, Enkephalin), các Peptid tác động qua lại với morphine và dẫn truyền morphine qua hệ thần kinh gây ra những tác dụng đặc hiệu như giảm đau, gây khoái cảm, gây bàng quan, giảm lo âu, ức chế hô hấp... Đặc biệt tác hại lớn nhất của Morphine là gây nghiện với 3 trạng thái: trạng thái dung nạp, lệ thuộc về mặt cơ thể và lệ thuộc về mặt tâm thần.

Một trong số các loại bộ phận tiếp nhận các chế phẩm dạng thuốc phiện đã được mô tả ở các điểm tiếp nhận ở các tế bào thần kinh, bao gồm:

Muy (M) tại đó các chế phẩm thuốc phiện dạng cổ điển như Morphine ưu tiên gắn vào và gây ra tác dụng.

Kappa (K) được đặt tên như vậy là do ma túy Ketocyclazone mà tại đó ma túy như Butorphanol (Stadol), và Nabuphone (Nubam) được cho là có tác động và ảnh hưởng lớn.

Ngoài ra còn có một số bộ phận tiếp nhận khác như delta, epsilon; lambda; sigma...

5. Hậu quả của nghiện ma tuý

5.1. Hậu quả của nghiện ma tuý đối với người nghiện

Về thể chất

Người nghiện ma tuý có xu hướng ngày càng tăng liều, hoặc quá liều có thể dẫn đến tử vong.

Sử dụng ma tuý thường xuyên gây ra tình trạng nhiễm độc trường diễn, sức đề kháng của cơ thể bị giảm sút tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh khác xuất hiện và phát triển.

Tiêm chích ma tuý là nguyên nhân của nhiều bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc, viêm tắc tĩnh mạch, viêm nội tâm mạc, viêm gan do vi rút, lao, nhiễm trùng huyết...

Đặc biệt tiêm chích ma tuý là một trong những nguyên nhân chủ yếu của HIV/AIDS qua việc dùng chung bơm kim tiêm. Theo thống kê của Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia, ở một số nơi có tới 80% bệnh nhân nhiễm vi rút HIV qua đường tiêm chích ma tuý.

Về sức khoẻ tâm thần: Do không kìm chế được bản thân, bị lệ thuộc vào chất ma tuý. Lờ là học tập, công tác, thiếu ý thức tổ chức kỷ luật. Thường nói dối, không giữ đúng lời hứa, dễ tái phạm khuyết điểm cũ. Thoái hoá nhân cách và đạo đức. Thiếu tình cảm với người thân. Lối sống buông thả cuối cùng dẫn đến hành vi phạm pháp. Mất việc làm, đời sống khó khăn.

Các bệnh lý tâm thần

Các rối loạn tâm thần do nghiện ma tuý thông thường là các rối loạn hành vi, đặc biệt có những cơn xung động tìm chất ma tuý. Các rối loạn tâm thần khác như hoang tưởng, ảo giác, rối loạn ý thức, trầm cảm, lo âu cũng có thể xuất hiện trong quá trình sử dụng ma tuý.

Nghiện ma tuý nặng, kéo dài, điều trị rất khó khăn, dễ bị tái phát.

Về quan hệ xã hội

Mất lòng tin của những người thân trong gia đình. Do có lối sống đặc biệt, không hòa nhập vào lối sống có nền nếp chung, mối quan hệ của người nghiện ma tuý với hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp cũng thiếu tình cảm. Người nghiện cũng dễ bị người khác lợi dụng vào những việc làm vi phạm pháp luật. Nghề nghiệp, vị trí xã hội của người NMT dễ bị thay đổi do sức khỏe dần giảm sút, cũng có thể do thiếu ý thức tổ chức kỷ luật, do lối sống buông thả và thiếu trách nhiệm.

5.2. Hậu quả của nghiện ma tuý đối với gia đình người nghiện

Ảnh hưởng đến sức khoẻ: do tình trạng căng thẳng kéo dài, sinh hoạt trong gia đình bị đảo lộn khi có người thân trong gia đình nghiện ma tuý, sức khoẻ các thành viên khác trong gia đình ngày càng giảm sút.

Tồn thất về tình cảm: mối quan hệ tình cảm của người nghiện với người thân trong gia đình bị tồn thất nặng nề, ly thân, ly hôn, con cái không nơi nương tựa. Không ít gia đình trở nên bất lực với người nghiện, bỏ mặc họ.

Tồn thất về kinh tế: kinh tế gia đình ngày càng sa sút vì người nghiện làm ít, tiêu nhiều, năng suất lao động bị giảm sút, thậm chí bị mất việc làm.

5.3. Hậu quả của nghiện ma tuý đối với xã hội

Mất trật tự an toàn xã hội như: lừa đảo, trộm cắp, cướp của, giết người, cờ bạc, mại dâm, băng nhóm...

Tình trạng buôn bán ma tuý bất hợp pháp nếu không được ngăn chặn sẽ làm ảnh hưởng đến nền kinh tế quốc dân.

Suy đồi nếp sống đạo đức, thuần phong mĩ tục trong gia đình và cộng đồng có truyền thống lâu đời của một dân tộc.

Ma tuý còn có thể ảnh hưởng đến giống nòi.

6. Dấu hiệu lâm sàng nghiện ma tuý

Phát hiện sớm nghiện ma tuý tại cộng đồng dựa vào các biểu hiện sau:

Lười học, học kém dần rồi bỏ học. Vay mượn, xin tiền của những người thân quen. Sau rồi lấy cắp tiền trong gia đình và ngoài xã hội.

Đi chơi khuya, ngủ ngày nhiều, hay ngáp vặt, hút thuốc lá nhiều. Lười tắm rửa, sống luộm thuộm, buông thả. Xa lánh bạn tốt, chơi với bạn xấu. Có các vết tiêm chích ở tay chân. Thay đổi tính tình, xa lánh người thân.

Dấu hiệu của hội chứng cai: hay ngáp vặt, chảy nước mắt, nước mũi, toát mồ hôi, ớn lạnh nổi da gà, đau các cơ, gầy yếu, sút cân, co cứng cơ bụng, nôn, buồn nôn, tiêu chảy, mất ngủ, hay bực tức, ăn uống kém, dễ bị kích động, trầm cảm, lo âu.

Test Morphin trong nước tiểu dương tính.

7. Chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện ma tuý theo ICD10 chương F1

- Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy phải sử dụng chất ma tuý.
- Khó khăn trong việc kiểm tra tập tính sử dụng ma tuý về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng.
- Một trạng thái cai sinh lý khi ngừng sử dụng ma tuý hoặc bị giảm bớt, hoặc phải sử dụng chất ma tuý với ý định làm giảm nhẹ hoặc né tránh các triệu chứng cai.
- Có bằng chứng về hiện tượng dung nạp thuốc như cần phải tăng liều để chấm dứt hậu quả lúc đầu do liều thấp gây ra.
- Dần dần xao nhãng các thú vui hoặc những thích thú trước đây thay vào việc sử dụng chất ma tuý.
- Tiếp tục sử dụng ma tuý mặc dù có bằng chứng rõ ràng về hậu quả tác hại của nó đối với cơ thể và tâm thần.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cai

Sau ngừng sử dụng ma tuý từ 6 đến 12 giờ xuất hiện các dấu hiệu sau:

- Thèm muốn mạnh mẽ chất ma tuý.
- Buồn nôn và nôn.
- Đau mỏi các cơ.
- Chảy nước mắt nước mũi..
- Giân đồng tử, nổi da gà, vã mồ hôi.
- Īa chảy.
- Ngáp.
- Sốt.
- Mất ngủ.

8. Điều trị

Nghiện ma tuý là một trong các rối loạn có nguồn gốc căn nguyên phức tạp bao gồm các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội, môi trường. Vì vậy việc phòng và điều trị hiện nay rất khó khăn.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị nghiện ma tuý:

- Giải độc bằng các thuốc an thần kinh.
- Cai khô.
- Dùng Methadon thay thế.
- Các thuốc đồng y ...

Theo kinh nghiệm chúng tôi nhận thấy việc cai nghiện ma tuý cần phải giải quyết 3 yếu tố cơ bản đó là sinh học, tâm lý, xã hội và môi trường .

Khi ngừng dùng ma tuý sau 12 - 18^h sẽ xuất hiện hội chứng cai, do đó bắt buộc người nghiện phải sử dụng lại. Tuỳ theo từng nước mà có thái độ, biện pháp điều trị khác nhau.

8.1. Phương pháp dùng an thần kinh (có thể tại bệnh viện hay tại cộng đồng)

Tuần thứ nhất:

Sử dụng các thuốc an thần kinh như: Tisercin hoặc Haloperidol.

Các thuốc chống trầm cảm Amitriptylin với liều thấp gây hung phấn, liều cao có tác dụng an thần, gây ngủ.

Thuốc giải lo âu Diazepam (chỉ dùng trong tuần đầu tránh lệ thuộc vào Diazepam sau này).

Các thuốc sinh tố nhóm B và các thuốc tăng cường tuần hoàn não Nootropyl...

Chế độ ăn: Tăng cường các chất dinh dưỡng.

Chú ý: một số bệnh nhân có các bệnh về phổi, tăng tiết đờm rãnh để phòng suy hô hấp. Khi sử dụng thuốc thường dùng bằng đường uống nhằm tránh lây nhiễm HIV...

Tuần thứ hai:

Phối hợp với gia đình, bệnh viện và cộng đồng hoặc cộng đồng trong việc quản lý, giám sát người NMT. Nâng đỡ người bệnh bằng liệu pháp tâm lý.

Tiếp tục sử dụng thêm thuốc an thần kinh như Tisercin vào buổi tối vì người bệnh mất ngủ...

Từ tuần thứ ba:

Tạo điều kiện cho bệnh nhân hoà nhập cộng đồng, tuỳ theo điều kiện của từng bệnh nhân và môi trường bệnh nhân sinh sống, sau đó định kỳ khám lại một tháng 1 - 2 lần.

Kiểm tra test tìm Mophine trong nước tiểu thường xuyên.

8.2. Phương pháp thay thế Methadon

Hiện nay chúng ta chưa phổ biến sử dụng loại thuốc này. Khi vào cơ thể sẽ thay thế các receptor trong não và làm nhẹ nhàng hội chứng cai. Điều trị bằng Methadon nhận thấy lợi ích là giảm tội phạm và lành mạnh hóa xã hội.

8.3. Liệu pháp tâm lý

Tiến hành tại cộng đồng, tại cơ sở hoặc gia đình hay các trung tâm cai nghiện. Gia đình, người thân, bạn bè giúp họ có nghị lực vượt qua trạng thái đói ma tuý.

Gia đình và người thân quản lý tạo điều kiện từ bỏ ma tuý.

9. Dự phòng nghiên cứu ma tuý

Nghiên cứu ma tuý (NMT) là một dạng bệnh lý rất phức tạp với cơ chế chủ yếu là hiện tượng "đói chất ma tuý trường diễn trong não" người nghiện. Hiện nay thế giới vẫn chưa có một loại thuốc hoặc phương pháp điều trị đặc hiệu và triệt để trạng thái bệnh lý này.

Các hoạt động dự phòng nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng về chất ma tuý và hiểm họa của nó và cần được tiến hành ở ba cấp độ, với sự tham gia đồng bộ của nhiều ngành, nhiều tổ chức, của cộng đồng, và có sự phối hợp của các quốc gia trong khu vực và trên thế giới.

Dự phòng cấp độ I (Dự phòng tuyệt đối)

Hoạt động làm cho người bình thường không đi vào nghiên cứu chất ma tuý gồm: giáo dục và tuyên truyền như đưa chương trình giảng dạy về ma tuý vào trường học, tổ chức các hoạt động văn hóa văn nghệ, mít tinh, quảng cáo, thông qua các phương tiện thông tin đại chúng để truyền đạt các thông điệp về phòng chống ma tuý.

Các hoạt động "giảm cung" tức là triệt phá các nguồn cung cấp ma tuý. Cấm buôn bán, vận chuyển, tàng trữ, tổ chức sử dụng trái phép các chất ma tuý. Tăng cường khả năng và hoạt động của lực lượng hải quan, công an, thanh tra, tòa án, viện kiểm soát. Phổ biến tuyên truyền rộng rãi trong nhân dân các luật về ma tuý, nghiêm trị các tội phạm về ma tuý.

Dự phòng cấp độ II (Dự phòng tương đối)

Phát hiện sớm người nghiện ma tuý. Nâng cao hiểu biết về ma tuý và sự quan tâm giám sát của gia đình người nghiện. Tăng cường trách nhiệm quản lý của nhà trường và gia đình. Phát huy vai trò của các đoàn thể, các cấp, các ngành, vai trò cộng đồng, tổ chức y tế tại cộng đồng, các lực lượng thi hành pháp luật để phát hiện, giám sát và giúp đỡ người NMT.

Can thiệp sớm:

- + Tổ chức và tăng cường các hoạt động tư vấn về ma tuý tại cộng đồng.

- + Cung cấp hệ thống các trung tâm điều trị NMT từ trung ương đến các địa phương tại cộng đồng, tăng cường nâng cấp cơ sở vật chất phương tiện kỹ thuật...
- + Áp dụng đúng đắn các phương pháp điều trị. Tăng cường việc quản lý, điều trị lâu dài dựa vào cộng đồng.
- + Nâng cao trình độ chuyên môn.

Cấp độ III:

- Dự phòng tái nghiện và các biến chứng của NMT.
- Áp dụng hệ thống các biện pháp điều trị sau cai.
- Tổ chức dạy nghề, tạo việc làm, tạo điều kiện ổn định cuộc sống cho người NMT.
- Tăng cường vai trò lãnh đạo của các cấp các ngành.
- Làm trong sạch môi trường xã hội, triệt phá các tụ điểm buôn bán, tiêm chích ma tuý.

Tóm lại: Hoạt động dự phòng NMT nghĩa là phải làm cho mọi người hiểu rằng ma tuý có liên quan trực tiếp đến đời sống của mọi thành viên trong xã hội, là vấn đề của cả cộng đồng. Dự phòng NMT tích cực có khả năng làm giảm các tác hại do ma tuý gây ra cho bản thân người nghiện, gia đình và xã hội. Tất cả mọi người phải đoàn kết đấu tranh chống lại tệ nạn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần* - Tập bài giảng dành cho sau đại học - Hà Nội 5 - 2000.
2. Nguyễn Việt.1994. *Các phương pháp điều trị nghiện ma tuý* Viện sức khoẻ tâm thần
3. *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD₁₀) về các rối loạn tâm thần và hành vi* (WHO), Bản dịch Viện Sức khoẻ tâm thần Hà Nội 1992.
4. Báo cáo dịch AIDS. 2001. *Tình hình và xu hướng của dịch HIV/ AIDS ở châu Á và Thái Bình Dương*. Báo cáo Melbourne Australia 4 tháng 10/ 2001.
5. Harold I. Kaplan - Benjamin J. Sadock, 1998 *Pocket Handbook của Clinical Psychiatry* - Second Edition.
6. Jaffe.H, 2000. *Comprehensive Texbook của Psychiatry/vl Chapter 13 substance. Related Disorder* - Williams & Wilkin.
7. James H. Scully.2001. *Psychiatry 4th Edition*.

LẠM DỤNG RƯỢU VÀ NGHIỆN RƯỢU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khái niệm nghiện rượu, lạm dụng rượu.
2. Trình bày được căn nguyên nghiện rượu.
3. Trình bày được hậu quả nghiện rượu.
4. Trình bày được đặc điểm lâm sàng nghiện rượu.
5. Trình bày được biện pháp điều trị và dự phòng nghiện rượu.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Lạm dụng rượu (LDR) và nghiện rượu (NR) đã có từ lâu và rất phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đây cũng là một tệ nạn xã hội lâu đời, lâu đến nỗi mà nhiều người, nhiều nơi đã thích nghi với nó và xem như một phong tục tập quán trong các lễ nghi xã hội, tôn giáo.

Rượu là chất duy nhất trong số các chất tác động tâm thần gây tổn thương lan tràn các mô cơ thể và hầu hết các hệ thống cơ quan đều có thể bị ảnh hưởng. Các rối loạn do rượu là hội chứng cai, thiếu dinh dưỡng, chấn thương, nhiễm trùng do suy giảm khả năng miễn dịch. Rượu cũng còn là yếu tố nguy cơ đối nhiễm HIV và các rối loạn khác mắc phải do đường tình dục vì các tác dụng giải ức chế hành vi.

Lạm dụng rượu (Alcohol Abuse): là sử dụng gây hại cho sức khỏe, tâm thần và cơ thể nhưng chưa gây hậu quả nghiêm trọng về cơ thể và tâm thần và nó không bao hàm tiêu chuẩn 3 và 4 trong tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu theo bảng phân loại bệnh lần thứ 10 (ICD₁₀).

Nghiện rượu (Alcoholism) là một bệnh nghiện chất độc mạn tính đặc trưng bởi ham muốn dùng rượu, và khi uống nhiều, có thể mất kiểm soát, bất chấp những hậu quả bất lợi về xã hội, tình cảm và cơ thể.

2. Dịch tễ học

Trên thế giới, rượu là chất được sử dụng và lạm dụng rộng rãi nhất ở hầu hết các nước, tuy nhiên cũng có sự khác nhau ở các vùng địa lý, các dân tộc, tôn giáo.

Theo báo cáo của WHO (2001) trên thế giới có khoảng 140 triệu người NR và 400 triệu người LDR. Ở Mỹ, theo Kaplan - Sadock năm 2000, có khoảng 10% nam nghiện rượu trong khi ở nữ tỷ lệ này là từ 3- 5%. Theo Robert Gwyther và Michael J. Tyler năm 1997 ở Mỹ có 10 triệu người nghiện rượu, 18 triệu người có vấn đề về rượu, 5% sinh viên đại học uống rượu hàng ngày. Nghiện rượu là nguyên nhân dẫn đến tử vong sớm như tai nạn, tự sát, giết người. Nghiện rượu là căn bệnh chính

chiếm tới 30% vào viện vì các rối loạn tâm thần, 15 - 30% các bệnh lí nội khoa, 80% các bệnh lí chấn thương.

Mô hình sử dụng rượu cũng thay đổi theo nhóm tuổi, nam giới ở nhóm tuổi 18 - 29 uống rượu hàng ngày ít hơn so với nhóm lớn tuổi hơn, nhưng người trẻ lần số uống rượu nặng cao hơn. Trình độ học vấn cũng như mức thu nhập thì cũng có liên quan đến mô hình sử dụng rượu ở cả nam và nữ. Những người chưa xây dựng gia đình, li thân, li hôn uống rượu nhiều nhất và uống rượu nặng cũng cao nhất.

Ở Việt Nam, từ thập niên cuối của thế kỷ XX, trong xu thế phát triển và hội nhập của nền kinh tế thị trường, các cơ sở sản xuất, tiêu thụ rượu, bia phát triển ồ ạt không kiểm soát. Chính số lượng khổng lồ rượu, bia đã được sản xuất, tiêu thụ trong nhiều năm đã kéo theo hậu quả nặng nề về cơ thể, tâm thần và xã hội cho cộng đồng. Theo báo cáo của ngành tâm thần (1994), tỷ lệ người LDR khá cao, vùng đô thị chiếm từ 6,3 - 10,4% dân số, đặc biệt là vùng núi từ 7 - 16,7% chủ yếu là nam giới, lứa tuổi từ 20 - 30. Tỷ lệ NR khá cao ở khu vực miền núi và thành phố như Quận Ba - Hà Giang là 2,34%; phường Lê Đại Hành - Hà Nội là 3,61%. LDR; NR chủ yếu là nam giới, nữ chiếm tỷ lệ rất thấp. Các rối loạn cơ thể, tâm thần do rượu phải nhập viện tăng nhanh hàng năm, tại khoa tâm thần Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên số bệnh nhân loạn thần do rượu phải nhập viện so với tổng số bệnh nhân vào điều trị tại khoa năm 1990 chỉ chiếm 1%, đến năm 1997 là 16%; năm 2002 là 27%; năm 2003 là 30%.

3. Dược lý học

Rượu hoà tan 100% trong nước, hoà tan trong dầu và trong các dung môi hữu cơ. Rượu cung cấp 7,1 Cal/g. Trung bình lượng Ethanol có trong các đồ uống có cồn là 3% đối với bia (24g/l), rượu vang 10% (80 g/l), rượu whisky brandy, rum, gin 40%((320 g/l)).

Rượu hấp thu rất nhanh vào cơ thể, hấp thu chậm ở dạ dày, nhưng rất nhanh ở ruột non. Tại đây rượu đã hoà tan các chất dinh dưỡng, lipid, các dung môi, hữu cơ và cả các sản phẩm chuyển hoá không có lợi vào máu, gây tác hại, gây độc cho cơ thể. Chuyển hoá của rượu trong cơ thể: 95% chuyển hoá tại gan, chỉ 5% qua thận và phổi.

Tác dụng độc của rượu, phụ thuộc vào nồng độ rượu có trong máu nếu: 100 mg % gây hưng phấn tâm thần. 200 mg % mất khả năng điều khiển hành vi và kiềm chế cảm xúc. 300mg % bất động và bán hôn mê. 400mg % hôn mê.

4. Bệnh cẩn

Hiện nay bệnh cẩn của nghiện rượu là đa tác nhân.

Yếu tố sinh học: Trên người sinh đôi cùng trứng khả năng nghiện rượu chiếm 54%. Ở người sinh đôi khác trứng khả năng nghiện là 28%. Nếu bố và mẹ cùng bị nghiện rượu thì khả năng con sẽ nghiện cao gấp 2 lần những trẻ mà cha mẹ chúng không nghiện.

Yếu tố tâm lí: Nghiện rượu thường gặp trên những người có nét nhân cách không bình thường, nhân cách bệnh lí. Khi dùng rượu có tác dụng làm giảm căng thẳng, lo âu, buồn phiền.

Yếu tố văn hoá, xã hội: Truyền thống sử dụng rượu đã có từ lâu đời ở các dân tộc trên thế giới và nó đã trở thành phong tục, tập quán trong các dịp lễ hội, cưới xin, ma chay, cúng bái, là phương tiện giao tiếp xã hội, và mang màu sắc dân tộc, tôn giáo. Rượu còn là mặt hàng trao đổi chính ở một số nơi. Ở mỗi vùng còn có các loại rượu đặc sản riêng.

Những người nghiện rượu thường ở trong tình trạng kinh tế thấp, người sống ở thành thị nguy cơ bị cao hơn ở nông thôn.

Ở người có nghề đặc biệt như nhà văn, họa sĩ, bồi bàn, nhà buôn, nhà quản lí, người làm các công việc nặng nhọc... thì có nguy cơ nghiện rượu cao hơn.

5. Chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu:

- a. Thèm rượu mạnh mẽ.
- b. Khó kiểm tra tập tính dùng rượu.
- c. Khi không dùng rượu xuất hiện hội chứng cai.
- d. Có hiện tượng dung nạp rượu (lượng rượu dùng ngày càng tăng).
- e. Xao nhãng những thói thú cũ.
- f. Tiếp tục dùng rượu mặc dù biết rõ tác hại.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cai rượu:

Bắt đầu xuất hiện sau khi ngừng uống vài giờ, vài ngày hoặc giảm lượng rượu uống.

Thường là mất ngủ và kèm theo nhiều các rối loạn thần kinh thực vật, run tay chân vã mồ hôi, nôn, buồn nôn.

Lo âu, sợ hãi, bồn chồn đứng ngồi không yên, hoang tưởng, ảo giác.

Có thể xuất hiện co giật động kinh và nhiều các rối loạn tâm thần cấp như hoang tưởng, ảo giác và rối loạn ý thức mê sảng.

6. Hậu quả lạm dụng rượu và nghiện rượu

6.1. Về xã hội

Mất bạn bè, suy giảm trong quan hệ hôn nhân, li thân hay li hôn. Mất việc làm, không được đề bạt, bị sa thải. Tài chính giảm thu nhập thường xuyên, nợ nần do cờ bạc. Phạm pháp do lái xe trong khi say rượu, giết người, bóc mẶC con cái.

6.2. Về cơ thể

Các tổn thương cơ thể có liên quan với mức độ uống rượu trung bình và tần suất uống rượu, các nguy cơ tăng lên khi lượng rượu sử dụng trung bình hàng ngày vượt quá

40 Gam rượu đối với nam và 20 Gam đối với nữ. Nhiễm độc rượu (rối loạn ý thức, thắt điệu, suy giảm hô hấp, có thể tử vong nếu nồng độ rượu trong máu vượt quá 0,4mg%).

Hội chứng cai rượu (xảy ra sau khi ngừng uống đột ngột, rối loạn thần kinh thực vật nặng và trầm trọng, có các cơn giật cứng, giật rung, trạng thái cai nặng có thể có sảng run, lú lẫn).

Bệnh gan do rượu (gan nhiễm mỡ, viêm gan, xơ gan, ung thư gan).

Viêm tuy cấp, hoặc viêm tuy mạn.

Viêm, loét dạ dày cấp hoặc mạn, chảy máu dạ dày, thủng dạ dày, ung thư dạ dày.

Các bệnh tim mạch (bệnh cơ tim do rượu, loạn nhịp, tăng huyết áp). Tuy nhiên nếu uống lượng rượu thấp hơn phạm vi mạo hiểm thì rượu có tác dụng phòng bệnh mạch vành và rượu làm tăng HDL, Cholesterol, ức chế sự kết tập tiểu cầu và làm tăng phân giải cục máu đông.

Bệnh hô hấp (viêm phổi do hít dịch nôn khi say, viêm phổi thuỷ, lao phổi).

Bệnh cơ xương (bệnh cơ cấp như đau, tiêu cơ vân cấp, xốp xương, bệnh Gút).

Các rối loạn nội tiết và chuyển hoá (hội chứng già Cushing do rượu do tăng sản xuất glucocorticoit về mặt béo phì, teo tuyến sinh dục ở cả hai giới..).

Tồn thương não (hội chứng Wernicke- Korsakoff, hội chứng thùy trán thiểu sót về kế hoạch hoá, khái niệm hoá, tổ chức hoá, teo tiêu não, tụ máu dưới màng cứng cấp hoặc mạn, chấn thương sọ não).

Hội chứng rượu của thai (chậm phát triển tâm thần, bộ mặt đặc trưng sống mũi ngắn, môi trên mỏng...).

6.3. Hậu quả về tâm thần

6.3.1. Trầm cảm: lo âu, mệt mỏi mất ý chí, đôi khi kích thích, mất ngủ.

6.3.2. Sảng run

Dấu hiệu thần kinh: run mạnh lan tỏa khắp cơ thể, loạn vận ngôn, tăng trương lực đối kháng.

Dấu hiệu tâm thần: rối loạn ý thức lú lẫn, mê mộng, u ám, nhiều rối loạn định hướng không gian, thời gian. Hoang tưởng mê mộng, các ảo giác (ảo thị, ảo thanh) với các chủ đề khác nhau với sự tham gia hoàn toàn của người bệnh theo nội dung các hoang tưởng đang diễn ra trong một hoàn cảnh của ác mộng và hành động như bò chạy hay chống lại.

Dấu hiệu toàn thân: vã mồ hôi, ối mửa, tiêu chảy, mất nước, thiếu niệu, sốt cao, nhịp tim nhanh.

Dấu hiệu sinh học: tăng Natri máu, gama GT tăng cao và bất thường về chức năng gan...

6.3.3. Hoang tưởng bán cấp do rượu

Run kín đáo. Lú lẫn dao động. Mê mộng thường khởi phát vào ban đêm rất nặng nề, chủ đề nội dung luôn thay đổi với hoang tưởng, ảo giác gần giống với cuộc sống thực. Dấu hiệu toàn thân kín đáo: tiêu chảy, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh.

6.3.4. Loạn thần do rượu

Loạn thần Korsakoff: do Korsakoff mô tả 1887 trên bệnh nhân nghiện rượu có viêm da dây thần kinh, thường do thiếu vitamin B₁, thiếu dinh dưỡng.

Biểu hiện :

Mất phương hướng, rối loạn trí nhớ gần, hoặc xa. Thích bông đùa, tếu, bịa chuyện, nhớ già, kèm theo viêm nhiều dây thần kinh.

Hoang tưởng ghen tuông, (delusion jralusy) hay gặp ở người nghiện rượu mạn tính, lúc đầu ghen ở trạng thái say, sau đó ghen thường xuyên. Người bệnh theo dõi vợ mình, cho rằng vợ không chung thuỷ đôi lúc đánh vợ, bắt vợ phải phai thừa nhận là đã bạc tình.

Có thể kèm theo hoang tưởng theo dõi, đầu độc, bị truy hại.

7. Điều trị và dự phòng

7.1. Tiếp cận điều trị

Việc lựa chọn phương thức điều trị nghiện rượu là một vấn đề cần phải đánh giá trước khi điều trị. Biện pháp tốt nhất là xác định xem mức độ LDR, NR của người bệnh và các bệnh lý cơ thể có liên quan như loét dạ dày, viêm gan, xơ gan... Từ các bằng chứng trên, trước tiên cần giúp cho người bệnh thừa nhận chẩn đoán và chấp nhận phương thức điều trị. Khoảng 5% bệnh nhân đã ngừng sử dụng rượu khi được nghe lời khuyên của thày thuốc là họ có vấn đề về sức khoẻ.

Tư vấn cho gia đình và người thân như bố, mẹ, vợ, con cần có thái độ kiên quyết trong việc quản lí, theo dõi. Đồng thời giúp cho gia đình và người thân khắc phục các tác nhân stress, các yếu tố về kinh tế và công ăn việc làm của người NR, LDR.

Giai đoạn giải độc và điều trị các bệnh cơ thể thường được tiến hành ở bệnh viện nhằm giải quyết các biểu hiện của hội chứng cai như sảng rượu, loạn thần, các cơn co giật động kinh... Liệu pháp hoá dược thường được chỉ định là các Benzodiazepin (Valium, Librium). Nếu có loạn thần thì phối hợp với các thuốc chống loạn thần. Có thể phối hợp điều trị giải độc rượu tại bệnh viện và quản lí giám sát lâu dài của người thân tại gia đình, cộng đồng.

7.2. Điều trị đặc hiệu

7.2.1 Điều trị hội chứng cai rượu

Cai rượu có thể tiến hành ở ngoại trú tại cộng đồng, chỉ cho nhập viện trong những trường hợp sau:

- Có những triệu chứng xuất hiện trong những lần cai trước.

- Nhiều triệu chứng cơ thể nặng.
- Có nhiều các biến chứng do nghiện rượu mạn tính như xơ gan.
- Bệnh lý kết hợp có thể gây mất bù trừ khi cai rượu như tiêu đường, động kinh, lo âu).

Điều trị dựa vào những phương diện quan hệ bù nước, điều trị bằng vitamine, thuốc an thần.

- Quản lý bệnh nhân: cách ly bệnh nhân trong môi trường bệnh viện, giai đoạn sau thì quản lý bệnh nhân ngoại trú tại nhà hoặc ở các trung tâm phục hồi chức năng.

- Bù nước: thường bằng đường uống 2 - 4 lít thức uống không có rượu mỗi ngày. Nếu không thể cho bằng đường uống (lú lẩn, sảng run), bù bằng đường tĩnh mạch 3 lít Glucoza 5%/ngày với 4g NaCl/lít và 2g KCl/lít cho phù hợp với lượng nước ước lượng đã mất (mồ hôi, tiêu chảy, nước tiểu) và dựa vào ion đồ.

- Vitamine: Vitamine B1 500 đến 1000mg/ngày, Vitamine B6 100mg/ngày. Hoặc truyền Vitaplex.

- Thuốc giải lo âu: các thuốc nhóm Benzodiazepin làm giảm độc tính của hội chứng cai rượu vì nó tác động lên các thụ thể GABA, làm dịu kích động, phòng ngừa nguy cơ co giật. Thường cho Diazepam 10mg cách 4 giờ/lần, tiêm bắp hay uống trong vòng 3 ngày sau đó giảm từ từ và ngừng vào ngày thứ 10. Các thuốc giải lo âu không phải Benzodiazepin cũng được dùng như: Méprobamate 800mg 3 lần/ngày tiêm bắp hoặc uống.

- Thuốc an thần kinh: cho cùng với Benzodiazepin trong trường hợp ảo giác, mê mộng rõ.

- Các thuốc khác: các chất đối vận với Catecholamine đôi khi được dùng kết hợp với các thuốc bình thản để điều chỉnh các triệu chứng do tăng hoạt động hệ Adrenaline khi cai rượu. Tégrétol có thể dùng trong trường hợp ngộ độc hỗn hợp rượu-Benzodiazepin.

Các biến chứng và tai biến khi cai: thường hay gặp là tăng huyết áp động mạch, giảm Kali máu, ngộ độc nước, rối loạn của sự tinh táo do dùng quá nhiều thuốc an thần, co giật khi cai trong 48 giờ hay khi ngừng dùng Benzodiazepine, co giật do rối loạn chuyển hóa (giảm Natri, giảm đường máu, hạ Magne máu).

7.2.2. Điều trị đặc hiệu

Naltrexone 1 viên/ngày tác dụng trên sự thèm muốn, dưới sự theo dõi chức năng gan, chống chỉ định trong trường hợp quá mẫn cảm, bệnh lý gan, ngộ độc thuốc phiện, tuổi trên 60, có thai, cho con bú.

Disulfiram 1/2 đến 1 viên/ngày trong một vài ngày đầu. Thuốc này ức chế andehyt dehydrogenase, dẫn đến tích luỹ Acetaldehyt khi uống rượu và phản ứng đỏ bừng mặt, khó chịu, kèm theo buồn nôn, chóng mặt và mệt lá, đôi khi có rối loạn nhịp thở, truy tim mạch.

Thuốc thường dùng cai rượu là Disulfiram, thuốc này ức chế Andehyt dehydrogenase dẫn đến tích luỹ Acetaldehyt, khi rượu được sử dụng sẽ gây phản ứng đỏ bừng mặt, khó chịu kèm theo buồn nôn, nôn, chóng mặt tạo nên phản ứng ghét sợ có điều kiện đối với rượu. Thời gian sử dụng Disulfiram có thể kéo dài trên 3 tháng.

Hiện nay, ngoài Disulfiram còn có thể sử dụng Acamprosat làm giảm các chất dẫn truyền thần kinh trung gian qua Glutamat, tạo điều kiện ức chế GABA cũng làm mất cảm giác thèm rượu.

7.2.3 Các biện pháp

* Sách lược kiềm chế uống rượu

Bắt đầu với một đồ uống không có rượu

Chuyển sang đồ uống có hàm lượng rượu thấp

Ăn trước khi uống rượu hoặc vừa ăn vừa uống để làm chậm sự hấp thu rượu

Tham gia các hoạt động khác ngoài uống như chơi thể thao, cờ vua...

Tránh tham dự vào các cuộc liên hoan, sinh nhật, tân gia...

* Các biện pháp tổ chức dự phòng:

- Hành chính: phải đăng ký cấp phép sản xuất rượu, bia và điều tiết số lượng các cơ sở sản xuất và sản lượng rượu, bia hàng năm.

- Cấm mọi hình thức quảng cáo rượu, bia.

- Tài chính: có biện pháp về thuế, xử phạt nhằm hạn chế sản xuất và tiêu thụ rượu, bia.

- Luật pháp và nội vụ:

+ Có đạo luật về rượu

+ Cấm người dưới 20 tuổi uống rượu, cấm bán rượu cho trẻ em

+ Bắt giữ và xử phạt người say rượu gây rối trật tự và điều khiển các phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trên mức quy định.

- Giáo dục: tuyên truyền tác hại của rượu bằng mọi hình thức cho cộng đồng, đưa vào chương trình giáo dục trong các trường học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harold I. Kaplan - Benjamin J. Sadock, 1998. *Pocket Handbook Clinical Psychiatry* - Second Edition. Williams & Wilkins - 1998.
2. James H. Scully, 2001. *Psychiatry* 4th. Edition Lippincott Williams & Wilkins. The Science of Review - 2001.
3. Jaffe H, 2000, *Comprehensive Texbook of Psychiatry /VI chapter 13 Substance Related Disorder*, Williams & Wilkins 2000
4. Nguyễn Viết Thiêm, 2000. *Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần* - Tập bài giảng dành cho sau đại học Hà Nội.
5. *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10)* về các rối loạn tâm thần và hành vi - WHO - 1992.
6. *Y học gia đình*, 1999 – Nxb - Y học - Hà Nội 1999.

DƯỢC LÝ HỌC TÂM THẦN

MỤC TIÊU

- Trình bày được đặc điểm các chất dẫn truyền thần kinh chính.
- Trình bày được cách sử dụng các nhóm thuốc hướng thần.

NỘI DUNG

I. GIỚI THIỆU SƠ LUỢC CÁC CHẤT DẪN TRUYỀN THẦN KINH

Não có khoảng 100 ti thể bào thần kinh, được hợp thành các nhóm tế bào sắp xếp thành những mạng lưới. Thông tin được truyền đi bằng cách gửi những tín hiệu điện hoá học từ tế bào này sang tế bào kia, quá trình này gọi là sự dẫn truyền thần kinh. Các tín hiệu điện hoá học được truyền từ các đuôi gai (các phần nhú ra từ thân tế bào) qua thân tế bào, đi xuống sợi trực (các cấu trúc được kéo dài ra) và truyền qua các khe tiếp hợp (khoảng trống giữa các tế bào) đến đuôi gai của tế bào thần kinh kế tiếp. Quá trình này nhờ có các chất trung gian hoá học được truyền qua các khe tiếp hợp giữa các tế bào thần kinh được gọi là chất dẫn truyền thần kinh.

Các chất dẫn truyền thần kinh là các chất hoá học được tổng hợp trong tế bào thần kinh, giúp dẫn truyền các thông tin khắp cơ thể. Chúng hoặc kích thích hoặc ức chế các hoạt động trong các tế bào. Các chất dẫn truyền thần kinh này phù hợp với các tế bào thụ thể chuyên biệt, chúng được gắn trên màng của các đuôi gai của tế bào thần kinh, giống như một dạng chìa khoá nào đó tương hợp cho một ổ khoá. Sau khi các chất dẫn truyền thần kinh được phóng thích vào khe tiếp hợp và chuyển tiếp đến các tế bào thụ thể đích, chúng được truyền ngược trở lại từ khe tiếp hợp vào sợi trực để dự trữ cho lần sử dụng sau đó (tái hấp thu) hoặc được chuyển hoá và ức chế bởi các men, trước tiên là men oxy hoá Monoamine (MAO).

Các chất dẫn truyền thần kinh này cần có một tỷ lệ đúng để chuyển tiếp các tín hiệu qua các khe tiếp hợp. Các nghiên cứu gần đây đã bắt đầu cho thấy các sự khác biệt về lượng của một vài chất dẫn truyền thần kinh có sẵn trong não của người bệnh tâm thần so với người không có biểu hiện bệnh lí tâm thần.

Các chất dẫn truyền thần kinh chính được xem là có vai trò trong bệnh tâm thần cũng như các hoạt động và tác dụng không mong muốn của thuốc hướng thần. Bảng 1 liệt kê các chất dẫn truyền thần kinh chính và các hoạt động và tác động của chúng. Dopamine và Serotonin là hai chất được sự chú ý nhiều nhất về khía cạnh nghiên cứu và điều trị các rối loạn tâm thần. Sau đây là các chất dẫn truyền thần kinh chính mà có liên quan đến các rối loạn tâm thần.

Bảng 1: Các chất dẫn truyền thần kinh chính

Loại	Cơ chế hoạt động	Tác động sinh lý
Dopamine	Kích thích	Kiểm soát các cử động phức tạp, động cơ, nhận thức; điều chỉnh đáp ứng cảm xúc.
Norepinephrine	Kích thích	Gây những thay đổi về chú ý, học tập và chú ý, giấc ngủ và thức tỉnh, khí sắc.
Epinephrine	Kích thích	Kiểm soát đáp ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy.
Serotonin	Ức chế	Kiểm soát sự ăn, ngủ, thức tỉnh, điều hoà thân nhiệt, cảm xúc, kiểm soát đau, các hành vi tình dục.
Histamine	Điều hoà thần kinh	Kiểm soát sự thức tỉnh, sự tiết dạ dày, kích thích tim, đáp ứng dị ứng ngoại vi.
Acetylcholine	Kích thích hoặc ức chế	Kiểm soát chu kỳ ngủ và thức, ra tín hiệu báo động cho các cơ bắp.
Neuropeptides	Điều hoà thần kinh	Tăng, kéo dài, ức chế hoặc giới hạn các tác động của dẫn truyền thần kinh chủ yếu.
Glutamate	Kích thích	Dẫn đến độc tố bào nếu nồng độ quá cao.
Gamma - aminobutyric acid	Ức chế	Điều hoà các chất dẫn truyền thần kinh

1. Dopamine

Dopamine, một chất dẫn truyền thần kinh được tìm thấy trước tiên ở thân não, nó được xem như là chất có liên quan đến sự kiểm soát các cử động phức tạp, động cơ, nhận thức và điều chỉnh các đáp ứng cảm xúc. Dopamine là chất kích thích và được tổng hợp từ Tyrosine, là một axit amin có trong thức ăn. Rối loạn chuyển hóa Dopamine gặp trong tâm thần phân liệt và các rối loạn tâm thần, thần kinh khác như bệnh Parkinson. Các thuốc chống loạn thần hoạt động bằng cách ngăn chặn thụ thể Dopamine hoặc giảm hoạt động Dopamine.

2. Norepinephrine và Epinephrine

Norepinephrine là chất dẫn truyền thần kinh phổ biến nhất trong hệ thần kinh, chất này được tìm thấy trước tiên ở thân não, nó đóng vai trò trong sự thay đổi chú ý, học tập, trí nhớ, giấc ngủ, thức tỉnh, và điều hoà khí sắc. Norepinephrine và dẫn xuất của nó như **Epinephrine** còn được gọi là Noradrenaline và Adrenaline). Lượng Norepinephrine quá mức thường gặp trong một vài loại rối loạn lo âu, khi thiếu hụt chất

này có thể gây giảm trí nhớ, thu rút các hoạt động xã hội và trầm cảm. Một số thuốc chống trầm cảm ngăn chặn sự tái hấp thu của Norepinephrine, trong khi những thuốc khác thì ức chế sự chuyển hóa MAO.

3. Serotonin

Serotonin là một chất dẫn truyền thần kinh chủ yếu chỉ thấy ở trong não, là dẫn xuất từ Tryptophan một axit amin có trong thức ăn. Hoạt động của Serotonin hầu hết là ức chế, nó có liên quan đến việc kiểm soát sự ăn, thức ngủ, điều hoà thân nhiệt, kiểm soát đau, hành vi tình dục, và điều hoà cảm xúc. Serotonin đóng một vai trò quan trọng trong rối loạn lo âu, các rối loạn khí sắc và tâm thần phân liệt. Khi lượng Serotonin tăng gây ra hoang tưởng, ảo giác, và hành vi thu rút xã hội thể hiện trong bệnh tâm thần phân liệt. Một số thuốc chống trầm cảm ngăn cản sự tái hấp thu Serotonin, khi nó tồn tại lâu ở khe tiếp hợp tạo nên sự cải thiện khí sắc.

4. Histamine

Vai trò của Histamine có trong bệnh tâm thần vẫn còn đang được nghiên cứu. Nó liên quan đến các đáp ứng ngoại vi, kiểm soát sự tiết dạ dày, kích thích tim, và sự thức tinh. Một số thuốc hướng thần ngăn cản Histamine dẫn đến tăng cân, an thần và hạ huyết áp.

5. Acetylcholine

Acetylcholine là một chất dẫn truyền thần kinh được tìm thấy trong não, tuỷ sống, và hệ thần kinh ngoại vi đặc biệt là tại các khớp thần kinh của cơ xương. Nó có thể kích thích hoặc ức chế. Nó được tổng hợp từ Choline có trong thức ăn như thịt đỏ và rau và nó có tác động đến chu kỳ thức ngủ và tăng cường cho cơ bắp trở nên linh hoạt. Các nghiên cứu gần đây đã cho thấy rằng người bị bệnh Alzheimer bị giảm số lượng các tế bào thần kinh tiết Acetylcholine, và người bệnh nhược cơ (rối loạn cơ trong đó các xung động không truyền đến khớp nối thần kinh cơ, gây ra sự yếu cơ) có sự giảm thụ thể Acetylcholine.

6. Glutamate

Glutamate là một axit amin kích thích, khi nồng độ cao có thể gây độc. Glutamate được có trong các tổn thương não gây ra bởi đột quỵ, hạ đường huyết, thiếu oxy hoặc thiếu máu kéo dài, và một số bệnh thoái hoá như Huntington hoặc Alzheimer.

7. Gamma - aminobutyric acid (Gaba)

GABA: là một axit amin, nó là một chất dẫn truyền thần kinh ức chế chính trong não và được xem là chất điều hoà các hệ dẫn truyền thần kinh khác hơn là cung cấp một sự kích thích trực tiếp. Các thuốc làm tăng chức năng Gaba, như các Benzodiazepine được sử dụng để điều trị lo âu và gây ngủ.

II. DƯỢC LÝ HỌC TÂM THẦN

Về mặt lịch sử, con người đã biết cách sử dụng các chất tác động tâm thần từ rất lâu và chúng cũng có có nguồn gốc và cách sử dụng khác nhau tùy theo từng giai đoạn phát triển của loài người như liệu pháp gây sốt rét, sốc Insulin, hay gây ngủ bằng các thuốc không đặc hiệu như Bromide, Chloral hydrate, Barbiturates. Nhưng mở ra kí nguyên mới cho việc điều trị bệnh tâm thần là vào đầu những năm 1949 với việc sử dụng Lithium chống các cơn hưng cảm. Đặc biệt, từ năm 1952 cùng với sự phát hiện tác dụng của thuốc chống loạn thần Chlopromazine, sau đó là các thuốc chống trầm cảm ba vòng (Imipramine), IMAO, và các thuốc giải lo âu Benzodiazepines. Từ đó hàng chục các loại thuốc đặc hiệu mới ra đời, đã làm thay đổi bộ mặt của ngành tâm thần trong việc điều trị và dự phòng.

Sử dụng và quản lý thuốc là một vấn đề quan trọng, có ảnh hưởng to lớn đến kết quả điều trị đối với nhiều người bệnh bị các rối loạn tâm thần. Một số nhóm thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn tâm thần (các thuốc hướng thần): thuốc chống loạn thần; thuốc chống trầm cảm; thuốc điều hoà khí sắc; thuốc chống lo âu và thuốc kích thích. Do đó thầy thuốc cần phải hiểu cơ chế tác động của thuốc như thế nào, tác dụng không mong muốn, chỉ định, chống chỉ định và tương tác của chúng, hiệu quả và tác động trị liệu tối đa mà thuốc có thể đạt được.

Thuốc có hiệu lực thấp đòi hỏi phải sử dụng liều cao hơn để đạt hiệu quả điều trị, trái lại thuốc có hiệu lực cao đạt được hiệu quả khi sử dụng liều thấp. Các thuốc có thời gian bán huỷ ngắn hơn cần được dùng 3 - 4 lần mỗi ngày, nhưng các thuốc có thời gian bán huỷ dài hơn có thể chỉ cần dùng một lần/ngày. Thời gian mà một thuốc đào thải khỏi cơ thể hoàn toàn sau khi ngừng sử dụng nó bằng khoảng năm lần thời gian bán huỷ.

1. Các nguyên tắc hướng dẫn điều trị dược lý

Sau đây là một số nguyên tắc hướng dẫn sử dụng thuốc để điều trị rối loạn tâm thần

- Một thuốc được lựa chọn theo tác dụng phù hợp với các triệu chứng của người bệnh như hoang tưởng, cơn kích động, hoặc ảo giác. Hiệu quả của thuốc được đánh giá theo tác dụng làm giảm nhẹ hoặc mất các triệu chứng.
- Nhiều thuốc hướng thần phải được dùng đủ liều trong một thời gian trước khi thuốc có hiệu quả được trên lâm sàng. Ví dụ: thuốc chống trầm cảm ba vòng cần có 4- 6 tuần trước khi người bệnh cảm thấy lợi ích hiệu quả tối đa.
- Liều thuốc thường được điều chỉnh đến liều thấp nhất mà có hiệu quả cho từng người bệnh. Đôi khi có thể sử dụng liều cao hơn để ổn định các triệu chứng cho người bệnh, trong khi liều thấp hơn được sử dụng để duy trì điều trị ngoại trú.
- Trên những người cao tuổi khi dùng thuốc nên dùng liều thấp hơn so với người trẻ. Có thể phải mất thời gian lâu hơn để thuốc phát huy tác động đầy đủ đối với những người lớn tuổi.

- Nên giảm liều thuốc hướng thần từ từ, không nên cắt thuốc đột ngột. Điều này là do tác dụng dội ngược (tái phát triệu chứng tạm thời), tái diễn các triệu chứng gốc, hoặc cai thuốc (các triệu chứng mới xuất hiện khi ngưng thuốc).
- Cần chăm sóc theo dõi để bảo đảm sự tuân thủ chế độ dùng thuốc, và có những điều chỉnh cần thiết về liều lượng và quản lý các tác dụng phụ.
- Sự tuân thủ chế độ dùng thuốc thường tăng khi việc sử dụng càng đơn giản càng tốt về số lượng thuốc và số lần dùng hàng ngày.

2. Các thuốc chống loạn thần (thuốc an thần kinh)

Được sử dụng để điều trị các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng và ảo giác trong các bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn phân liệt cảm xúc, giai đoạn hưng cảm của rối loạn lưỡng cực. Ngoài ra, thuốc còn sử dụng để điều trị lo âu và mất ngủ, hành vi kích động, các hoang tưởng, ảo giác và các rối loạn bùng nổ khác.

Những chỉ định điều trị của các thuốc chống loạn thần.

Tâm thần phân liệt

Rối loạn dạng phân liệt

Rối loạn hoang tưởng

Rối loạn loạn thần cấp

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực – pha hưng cảm

Trầm cảm có loạn thần

Sảng

Loạn thần do lạm dụng chất

Các thuốc chống loạn thần có tác dụng ngăn chặn các thụ thể của các chất dẫn truyền thần kinh như Dopamine... Các thuốc này đã được sử dụng trên lâm sàng từ những năm 1950, và là các thuốc điều trị đầu tiên cho bệnh tâm thần phân liệt và các giai đoạn loạn thần của cơn hưng cảm, các loạn thần khác. Những người bệnh sa sút tâm thần có các triệu chứng loạn thần đôi khi cũng đáp ứng với các thuốc chống loạn thần liều thấp. Liệu pháp ngắn hạn các thuốc chống loạn thần có thể tác dụng tốt đối với các triệu chứng loạn thần thoáng qua như ở người bệnh rối loạn nhân cách ranh giới. Bảng 3 liệt kê các dạng liều, liều uống hàng ngày thông thường, và dài liều đối với một số thuốc chống loạn thần (CLT) quy ước và không điển hình. Bên dưới của dài liều được sử dụng cho người lớn tuổi và trẻ em bị loạn thần, kích động, hoặc các rối loạn hành vi.

Bảng 3. Các thuốc chống loạn thần

Tên gốc (thương mại)	Dạng sử dụng	Liều/ngày	Dài liều
Thuốc CLT kinh điển			
<i>Phenothiazines</i>			
Chlorpromazine (thorazine)	V, D, TB	200 - 1600	25 - 2000
Perphenazine (trilafon)	V, D, TB	16 - 32	4 - 64
Fluphenazine (Prolixin)	V, D, TB	2,5 - 20	1 - 60
Thioridazine (Mellaril)	V,D	200 - 600	40 - 800
Mesoridazine (Serentil)	V, D, TB	75 - 300	30 - 400
Trifluoperazine (Stelazine)	V, D, TB	6 - 50	2 - 80
<i>Thioxanthene</i>			
Thiothixene (Navane)	N,D, TB	6 - 30	6 - 60
<i>Butyrophenone</i>			
Haloperidol (Haldol)	V,D, TB	2 - 20	1 - 100
Droperidol (Inapsine)	TB	2,5	
<i>Dibenzazepine</i>			
Loxapine	N, D, TB	60 - 100	30 - 250
<i>Dihydroindolone</i>			
Molindone (Maban)	V,D	50 - 100	15 - 250
Thuốc CLT không điển hình			
Clozapine (Clozarill)	V	150 - 500	75 - 700
Risperidone (Risperdal)	V	2 - 8	1 - 16
Olanzapine (Zyprexa)	V	5 - 15	5 - 20
Quetiapine (Seroquel)	V	300 - 600	200 - 750
Ziprasidone (Geodon)	N, TB	40 - 160	20 - 200
Thuốc CLT thế hệ mới			
Aripiprazole (Abilify)		15 - 30	

(mg/ngày đường uống V: viên nén; N: viên nang; D: dịch uống; TB: tiêm bắp)

Cơ chế hoạt động

Hoạt động chính của tất cả các thuốc chống loạn thần trên hệ thần kinh là ngăn chặn các thụ thể dẫn truyền thần kinh Dopamine; tuy nhiên cơ chế trị liệu của hoạt động của thuốc chỉ được hiểu một phần. Các thụ thể Dopamine được chia thành các nhóm (D_1 , D_2 , D_3 , D_4 và D_5) và D_2 , D_3 , D_4 có liên quan đến các bệnh tâm thần. Các thuốc chống loạn thần cổ điển là các chất đồng vận (chất ngăn chặn) của D_2 , D_3 , và D_4 .

Điều này làm cho chúng có hiệu quả trong điều trị các triệu chứng đích, nhưng cũng có thể gây ra các tác dụng phụ ngoại tháp vì nó chặn thụ thể D₂. Gần đây, các thuốc chống loạn thần không điển hình như Clozapine (Clozaril), nó ngăn chặn D₂ yếu, và ít có các tác dụng phụ ngoại tháp. Hơn nữa, thuốc chống loạn thần không điển hình còn ức chế tái hấp thu Serotonine, giống như thuốc chống trầm cảm, làm tăng hiệu quả điều trị về phương diện trầm cảm trong tâm thần phân liệt.

Hai thuốc chống loạn thần dạng tiêm có tác dụng chậm, một dạng thuốc phóng thích theo thời gian nhằm điều trị duy trì, do vậy không đòi hỏi phải dùng hàng ngày. Prolixin (decanoate fluphenazine) có khoảng thời gian 7- 28 ngày và Haldol (decanoate fluphenazine) có khoảng thời gian 4 tuần nên chỉ cần tiêm 2 - 4 tuần / lần để duy trì hiệu quả điều trị.

Tác dụng không mong muốn

Tác dụng ngoại tháp (EPS – extrapyramidal symptoms) là các triệu chứng thần kinh nghiêm trọng nhất của thuốc chống loạn thần. Biểu hiện như loạn trương lực cơ cấp, giả Parkinson, và bồn chồn. Mặc dù chúng thường được gọi chung là ESP, các phản ứng này có những đặc điểm riêng biệt. Một người bệnh có thể trải nghiệm tất cả các phản ứng này trong cùng một cuộc điều trị. Thuốc phong tỏa thụ thể D₂ ở vùng não giữa của thân não gây ra EPS, các thuốc chống loạn thần có điển thường gây ra tỷ lệ EPS cao hơn các thuốc chống loạn thần không điển hình. Ziprasidone (Geodon) thì hiếm khi gây ra EPS.

Parkinson do thuốc (giả Parkinson) có triệu chứng giống bệnh Parkinson như tư thế cứng, dáng gù; mặt như mặt nạ; giảm dung đưa tay; dáng đi chui về phía trước, lê chân với những bước nhò; cứng như bánh xe răng cưa (cử động khớp giống cơ cầu bánh xe răng); nhò dãi; run; chậm chạp; cử động của ngón cái và ngón tay khi nghỉ giống như lăn bi vụng về. Xử trí bằng cách thay đổi sang một loại thuốc chống loạn thần có nguy cơ EPS thấp hơn hoặc bằng cách thêm thuốc Anticholinergic uống hoặc Amantadine, là một thuốc đồng vận Dopamine mà làm tăng sự dẫn truyền Dopamine bị chặn bởi thuốc chống loạn thần.

Bồn chồn, đứng ngồi không yên hoặc lo âu và thường kích động đi kèm với tư thế hoặc dáng cứng và thiếu các tư thế tự động. Cảm xúc bồn chồn và không thể ngồi yên thường dẫn đến việc người bệnh ngừng dùng thuốc chống loạn thần. Bồn chồn có thể điều trị bằng thay đổi thuốc chống loạn thần hoặc thêm vào một thuốc uống như thuốc chặn beta, Anticholinergic hoặc Benzodiazepine.

Bảng 4 liệt kê các thuốc với đường dùng và liều dùng để điều trị EPS. Sử dụng thêm các thuốc Anticholinergic đường uống như Benztropine có thể cho phép người bệnh tiếp tục dùng thuốc chống loạn thần mà không bị EPS. Nếu EPS tái diễn cần thiết phải dùng liều thấp hoặc thay đổi một thuốc chống loạn thần khác.

Bảng 4: Các thuốc được dùng điều trị tác dụng phụ ngoại tháp

Tên gốc (thương mại)	Liều (mg)	Uống liều (mg)	TB/TM Nhóm thuốc
Amantadine (Symmetrel)	100 x 2- 3 l/n	-	đồng vận Dopamine
Benztropine (Cogentin)	1-3 x2l/n	1-2	Anticholinergic
Biperiden (Akineton)	2 x 3-4l/n	2	Anticholinergic
Diazepam (Valium)	5 x3 l/n	5-10	Benzodiazepine
Diphenhydramine (Benadry)	25-503-4l/n	25-50	Antihistamine
Lorazepam (Ativan)	1-2 x3 l/n	-	Benzodiazepine
Procyclidine	2,5-5 x3 l/n		Anticholinergic
Propranolol (Inderal)	10-40 x 3-4l/n		Chặn bê ta
Trihexyphenidyl (Artane)	2-5 x3l/n		Anticholinergic

Hội chứng an thần kinh ác tính (NMS – Neuroleptic Malignant Symptoms) là phản ứng đặc biệt, nguy cơ tử vong cao do thuốc chống loạn thần, tỷ lệ tử vong do hội chứng này được báo cáo trong y văn khoảng 10 - 20%. Các triệu chứng chính của NMS là cứng đờ; sốt cao; rối loạn thực vật như huyết áp dao động, toát mồ hôi, tái xanh; sảng; men CPK tăng cao. Đôi khi người bệnh bị NMS thường lú lẫn và cảm lặng; có thể dao động từ kích động đến sững sờ. Các thuốc chống loạn thần có nguy cơ gây NMS, nhưng liều cao của thuốc làm tăng nguy cơ gây NMS. NMS thường xảy ra trong 2 tuần đầu của điều trị hoặc sau khi tăng liều, nhưng nó có thể xảy ra bất cứ lúc nào. Mất nước, dinh dưỡng kém, các bệnh nội khoa kèm theo đều làm tăng nguy cơ NMS. Vì vậy nên ngừng thuốc ngay lập tức và nhập viện chăm sóc nâng đỡ, điều trị mất nước và tăng thân nhiệt cho đến khi tình trạng cơ thể người bệnh bình ổn. Sau NMS, việc quyết định điều trị người bệnh với thuốc chống loạn thần khác cần thận trọng khi đánh giá nguy cơ với lợi ích của trị liệu.

Rối loạn vận động muộn (TD – tardive dyskinesia) là một hội chứng các cử động bất thường dai dẳng, thường gặp nhiều nhất khi sử dụng thuốc chống loạn thần kinh điển trong thời gian kéo dài. Sinh lý bệnh các rối loạn này vẫn chưa được hiểu rõ, chưa có phương pháp điều trị hiệu quả, ít nhất 20% số người điều trị với thuốc an thần kinh điển trong thời gian dài sẽ phát triển TD. Các triệu chứng của TD bao gồm các cử động không tự ý của cơ lưỡi, mặt và cổ, các chi trên và dưới, và hệ thống cơ thân. Lưỡi thụt vào thè ra, liếm môi, nháy mắt, nhăn mặt, hoặc các cử động mặt không cần thiết (dấu hiệu mồm thò). Khi đã xuất hiện TD thì không thể đảo ngược dù giảm hoặc ngừng thuốc chống loạn thần, chỉ có thể ngừng sự tiến triển của nó. Các thuốc chống loạn thần thường che giấu những triệu chứng ban đầu của TD: đó là khi tăng liều thuốc chống

loạn thần, các triệu chứng khởi đầu tạm thời biến mất. Tuy nhiên, khi các triệu chứng của TD nặng hơn chúng “phá vỡ” tác động của thuốc chống loạn thần.

Phòng ngừa TD là một mục tiêu khi sử dụng thuốc chống loạn thần là duy trì liều càng thấp càng tốt, đổi thuốc, và giám sát người bệnh đều đặn về những dấu hiệu đầu tiên của TD. Những người bệnh đã phát triển các triệu chứng TD nhưng vẫn cần phải dùng thuốc chống loạn thần thường được cho dùng loại thuốc chống loạn thần không điển hình mà được xem là không làm nặng thêm TD.

Các tác dụng phụ Anticholinergic: thường xảy ra khi sử dụng thuốc chống loạn thần và gồm có hạ áp tư thế đứng, khô miệng, táo bón, bí tiểu, nhìn gần bị mờ, khô mắt, sợ ánh sáng, nghẹt mũi và giảm trí nhớ. Các tác dụng phụ thường giảm trong 3 - 4 tuần nhưng không biến mất hoàn toàn. Người bệnh đang dùng thuốc Anticholinergic phòng EPS có thể gia tăng các vấn đề với tác dụng phụ Anticholinergic. Dùng nước uống không nồng lượng có thể làm giảm khô miệng; chất làm mềm phân, ăn uống đủ nước và các chất xơ và trái cây giúp phòng ngừa táo bón.

Các tác dụng phụ khác: Thuốc chống loạn thần cũng làm tăng nồng độ Prolactin máu gây nở to vú và nhạy cảm ở nam và nữ; giảm tình dục, rối loạn chức năng cương và khoái cảm, rối loạn chu kỳ kinh nguyệt; tăng nguy cơ ung thư vú; và có thể góp phần tăng cân.

Tăng cân thường kèm nhất với thuốc chống loạn thần nhưng chắc chắn nhất với thuốc chống loạn thần không điển hình ngoài trừ Ziprasidone (Geodon). Tăng cân thường gấp nhất là với Clozapine (Clozaril) và Olanzapine (Zyprexa). Dù cơ chế của sự tăng cân chưa rõ, nhưng nó kèm với tăng ngon miệng, ăn nhiều, đổi hydro cacbon, thay đổi khẩu vị, và giảm sự no ở một vài người bệnh. Tăng Prolactin có thể kích thích trung tâm ăn uống; đồng vận Histamine kích thích thèm ăn; và có thể có sự tương tác qua lại của miêu chất dẫn truyền thần kinh và thụ thể làm thay đổi khẩu vị, tăng nồng lượng và hành vi ăn uống. Béo phì thường thấy ở người bệnh tâm thần phân liệt làm tăng nguy cơ tiểu đường type 2 và bệnh tim mạch.

Hầu hết các thuốc chống loạn thần đều gây tác dụng phụ tim mạch nhẹ như: hạ huyết áp tư thế đứng, hồi hộp và nhịp tim nhanh. Các thuốc như: Thioridazine (Melaril), Droperidol (Inapsine), và Mesoridazine (Serentil), trên điện tim có QT kéo dài. Khi QT kéo dài 500s là nguy hiểm và kèm với rối loạn nhịp đe doạ tính mạng và đột tử.

Clozapine ít gây các tác dụng không mong muốn hơn hầu hết các thuốc chống loạn thần, nhưng nó gây tác dụng phụ chết người là mất bạch cầu hạt, tiến triển nhanh như sốt, nệt mồi, đau loét họng, giảm bạch cầu. Tác dụng phụ này không biểu hiện ngay lập tức vì thường có thể xảy ra sau 24 tuần sau điều trị. Vì vậy khi sử dụng Clozapine cần xét nghiệm bạch cầu mỗi tuần một lần. Phải ngưng dùng thuốc ngay nếu bạch cầu giảm 50% hoặc thấp hơn 3000.

Giáo dục người bệnh:

Thày thuốc cần giải thích cho người bệnh đang dùng thuốc chống loạn thần về các tác dụng phụ có thể xảy ra và khuyến khích báo cáo những tác dụng không mong muốn cho thầy thuốc để thay thuốc hay ngưng sử dụng thuốc. Cần dạy người bệnh cách sử dụng thuốc hoặc tránh các tác dụng phụ khó chịu và duy trì chế độ dùng thuốc. Người bệnh cần được giám sát thời lượng ngủ và họ nên tránh lái xe và vận hành các hoạt động có tiềm năng nguy hiểm khác cho đến khi thời gian đáp ứng và phản xạ của họ trở lại bình thường.

Nếu người bệnh quên một liều thuốc, họ có thể dùng liều bị quên đó nếu chỉ trong vòng 3 - 4 giờ sau. Nếu quá hạn 4 giờ hoặc đến kỳ hạn liều kế tiếp, người bệnh có thể bỏ luôn liều quên đó. Hướng dẫn người bệnh có khó khăn về trí nhớ dùng một bảng đánh dấu khi đã uống thuốc hoặc sử dụng hộp đựng thuốc hàng ngày, hàng tuần.

3. Các thuốc chống trầm cảm

Các thuốc trầm cảm được sử dụng để điều trị bệnh trầm cảm, rối loạn lo âu, pha trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, và trầm cảm có loạn thần. Ngoài ra còn được chỉ định điều trị đau mạn tính, đau đầu migraine, bệnh thần kinh ngoại biên, tiêu đường, khó thở lúc ngủ, các bệnh về da, rối loạn hoảng sợ và rối loạn ăn uống. Dù cơ chế hoạt động không được hiểu hoàn toàn, các thuốc chống trầm cảm tác động trên hai chất dẫn truyền thần kinh Norepinephrine và Serotonin, và điều hòa khí sắc, thức tinh, chú ý, quá trình cảm giác, và thèm ăn.

Các chỉ định của các thuốc chống trầm cảm:

Các rối loạn trầm cảm

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, giai đoạn trầm cảm

Rối loạn khí sắc

Rối loạn hoảng sợ

Ám ảnh sợ

Rối loạn ăn uống

Thuốc chống trầm cảm được chia làm bốn nhóm:

1. Chống trầm cảm ba vòng và có liên quan ba vòng (TCAs).

2. Thuốc ức chế tái hấp thụ Serotonin chọn lọc (SSRI).

3. Thuốc ức chế men oxy hoá monoamine (MAOI).

4. Các thuốc chống trầm cảm khác như Venlafaxine (Effexor), Bupropion (Wellbutrin), Tramadol (Desyrel), và Nefazodone (Serzone).

Bảng 5 liệt kê dạng thuốc, liều dùng hàng ngày và dài liều

Bảng 5: Các thuốc chống trầm cảm

Tên gốc (thương mại)	Dạng	Liều/ ngày*	Dài liều*
Thuốc ức chế tái hấp thụ chọn lọc Serotonin			
Pluxenmine (Prozac)	N D	20 - 60	10 - 80
Pluvoxamine (Luxox)	V	150 - 200	50 - 300
Paroxetine (Paxil)	V	20 - 40	10 - 50
Sertraline (Zoloft)	V	100 - 150	50 - 200
Citalopram (Celexa)	V, D	20 - 40	20 - 60
Escitalopram (Lexapro)	V	10 - 20	5 - 30
Các thuốc ba, bốn vòng			
Imipramine (Tofrannil)	V, N, TB	150 - 200	50 - 300
Desipramine (Norpramin)	V, N	150 - 200	50 - 300
Amitriptyline (Elavil)	V, TB	150 - 200	50 - 300
Nortrptyline (Pamelor)	N, D	75 - 100	25 - 150
Doxepin (Sinequan)	N, D	150 - 200	25 - 300
Tramipramine (Surmontil)	N	150 - 200	50 - 300
Protrptyline (Vivactil)	V	15 - 40	10 - 60
Maprotiline (Ludiomil)	V	100 - 150	50 - 200
Mirtazapine (Remeron)	V	15 - 45	15 - 60
Amoxapine (Ascendin)	V	150 - 200	50 - 250
Clomipramine (Anafranil)	N, TB	150 - 200	50 - 250
Các thuốc khác			
Bupropion (Wellbutrin)	V	200 - 300	100 - 450
Venlafaxine (Effexor)	T, N	75 - 225	75 - 375
Trazodone (Desyrel)	V	200 - 300	100 - 600
Nefazodone (Serzone)	V	300 - 600	100 - 600
Thuốc ức chế monoamine oxidase			
Phenerazine (Nardil)	V	45 - 60	15 - 90
Tranlcypromine (Parnate)	V	30-50	10 - 90
Isoxcarboxazid (Marplan)	V	20-40	10 - 60

* mg/ngày dùng đường uống.

V: viên nén; N: viên nang; D: dịch uống; TB: tiêm bắp.

Các chế phẩm ba vòng được vào sử dụng từ những năm 1950. Trước đây, thuốc được chọn lựa đầu tiên để điều trị trầm cảm ngay cả khi chúng gây tác dụng an thần, hạ

huyết áp tư thế, và tác dụng phụ Antichonergic. Ngoài ra, TCAs có nguy cơ tử vong nếu dùng quá liều.

MAOI: có tác dụng chống trầm cảm mạnh. Dù MAOI có tác dụng an thần và tác dụng phụ Cholinergic thấp, ngày nay thuốc này ít được sử dụng vì những lý do sau:

- * Tác dụng phụ đe doạ tính mạng người bệnh như nguy cơ xuất hiện cơn tăng huyết áp nếu người bệnh ăn thực phẩm có chứa Tyramine trong lúc sử dụng MAOI.

- * Vì nguy cơ tương tác thuốc gây tử vong tiềm tàng, MAOI không được chỉ định kết hợp với một loại MAOI khác, hoặc các thuốc chống trầm cảm ba vòng, Meperidine (Demerol), chất ức chế TKTU, các thuốc chống tăng huyết áp hoặc gây mê.

- * MAOI có nguy cơ tử vong khi sử dụng quá liều và nguy cơ tiềm tàng cho người bệnh trầm cảm có thể dẫn đến tự sát.

Thuốc tái ức chế tái hấp thu có chọn lọc SSR: Fluoxetine được dùng lần đầu tiên 1987 và hiện nay là thuốc được chọn lựa đầu tiên trong điều trị trầm cảm vì có hiệu quả tương đương TCAs và ít tác dụng phụ. SSRI và Clomipramine có hiệu quả trong điều trị duy trì trầm cảm sau khi người bệnh đã bình ổn. Fluoxetine có bao tan trong ruột để phóng thích thuốc chậm vào máu, các thuốc này thường được sử dụng cho người bệnh có nguy cơ tự tử cao.

Tự sát luôn luôn là vấn đề đầu tiên khi điều trị người bệnh trầm cảm. SSRI, Venlafaxine, Nefazodone, Trazodone và Bupropion thường là lựa chọn tốt hơn cho những người có nguy cơ tự tử hoặc xung động cao, vì chúng không có nguy cơ tử vong do quá liều. Việc đánh giá nguy cơ tự tử phải tiếp tục ngay cả khi đã điều trị thuốc chống trầm cảm vì các thuốc này có tác dụng chậm, phải mất hàng tuần mới có tác dụng điều trị.

Cơ chế hoạt động

Cơ chế hoạt động của các thuốc chống trầm cảm rõ nhất là trên hệ TKTU. Tác động chính của thuốc là trên hệ thống các chất dẫn truyền thần kinh Monoamine trong não, đặc biệt là Norepinephrine và Serotonin. Cả hai chất dẫn truyền thần kinh này được phóng thích qua não và giúp điều chỉnh sự thức tinh, tinh táo, chú ý, khí sắc, quá trình cảm giác và thèm ăn. SSRI ngăn chặn sự tái hấp thu Serotonin; các thuốc chống trầm cảm ba vòng và Venlafaxine ngăn chặn tái hấp thu Norepinephrine tiên phát và Serotonin ở một mức độ nào đó; và MAOI ngăn cản chuyển hoá men. Tuy nhiên, đây chưa phải là lời giải thích hoàn chỉnh, sự chặn tái hấp thu Serotonin và Norepinephrine và ức chế MAO xảy ra trong vài giờ, trái lại các thuốc chống trầm cảm lại hiếm khi có hiệu quả trong vòng vài tuần. Các chế phẩm ba vòng phải mất 4 - 6 tuần để đạt liều hiệu quả; MAOI cần 2-4 tuần; và SSRI cần 2 - 3 tuần. Các nhà nghiên cứu cho rằng các hoạt động của các thuốc này là một “sự kiện khởi động” và kết quả điều trị cuối cùng là khi các tế bào thần kinh đáp ứng, làm tăng các thụ cảm thể tại màng sau xinap.

Các tác dụng không mong muốn của SSRI

SSRI có ít tác dụng không mong muốn hơn so với TCAs. Tăng sự dẫn truyền Serotonin sẽ dẫn đến một số tác dụng phụ như lo âu, kích động, bồn chồn, buồn nôn, mất ngủ và rối loạn chức năng tình dục, đặc biệt là giảm hứng thú tình dục và khó đạt được cương cứng hoặc khoái cảm. SSRI ít làm tăng cản hơn so với các loại chống trầm cảm khác. Dùng thuốc sau bữa ăn làm giảm buồn nôn. Bồn chồn thường được điều trị với thuốc chặn beta như Propranolol (Inderal), hoặc Benzodiazepine. Mất ngủ có thể hay gặp ngay cả khi dùng thuốc này vào buổi sáng, vì vậy dùng thuốc ngủ an thần hoặc Trazodone liều thấp có thể cần thiết.

Còn tác dụng phụ ít thấy là an thần (đặc biệt là Paroxetine (Paxil)), đồ mồ hôi, tiêu chảy, run tay và nhức đầu. Tiêu chảy và nhức đầu thường được theo dõi nếu người bệnh vẫn mồ hôi và an thần liên tục cần chỉ định dùng loại thuốc chống trầm cảm khác.

Các tác dụng không mong muốn của thuốc chống trầm cảm ba vòng

TCAs có nhiều tác dụng không mong muốn hơn là SSRI và các chế phẩm khác. Mức độ tác dụng phụ khác nhau giữa các thuốc trong nhóm. Các thuốc chống trầm cảm ba vòng ngăn chặn thụ thể Cholinergic, gây ra tác động Anticholinergic như là khô miệng, táo bón, tiêu khó hoặc bí tiểu, khô đường mũi, nhìn gần mờ. Tác động Anticholinergic nặng hơn như kích động, sảng và tắc ruột cũng có thể xảy ra đặc biệt là ở người lớn tuổi. Ngoài ra còn có các tác dụng phụ khác như hạ HA, an thần, tăng cân và nhịp nhanh. Cũng thường thấy các rối loạn chức năng tình dục như khi sử dụng SSRI. Tăng cân và rối loạn chức năng tình dục là những lý do cho sự không tuân thủ dùng thuốc.

Các tác dụng không mong muốn của MAOI

Các tác dụng phụ thường gặp nhất của MAOI là an thần ban ngày, mất ngủ, tăng cân, khô miệng, hạ áp và rối loạn chức năng tình dục. An thần và mất ngủ thường khó điều trị và nên cần đổi thuốc khác. Chú ý đặc biệt với MAOI là nguy cơ cơn tăng huyết áp đe doạ tính mạng nếu người bệnh ăn thực phẩm có Tyramine hoặc dùng thuốc đồng giao cảm. Tăng nồng độ Tyramine huyết thanh gây ra tăng huyết áp nặng, tăng thân nhiệt, nhịp tim nhanh, đồ mồ hôi, run và rối loạn nhịp tim. Các thuốc có thể gây tương tác nguy hiểm chết người tiềm tàng với MAOI như các thuốc SSRI, TCAs, Buspirone (Buspar), Dextromethorphan và dẫn chất Opiate như Meperidine. Người bệnh cần tuân thủ chế độ ăn không có Tyramine.

Các tác dụng không mong muốn của các thuốc chống trầm cảm khác

Đối với các thuốc chống trầm cảm khác, hoặc thuốc chống trầm cảm mới, Nefazodone và Trazodone thường gây nhức đầu. Nefazodone cũng có thể gây khô miệng và buồn nôn. Bupropion và Venlafaxine có thể gây chán ăn, buồn nôn, kích động và mất ngủ. Venlafaxine có thể gây chóng mặt, đồ mồ hôi và an thần. Rối loạn chức năng tình dục ít thấy trong các thuốc chống trầm cảm mới, một lưu ý là Trazodone có thể gây cương dương vật có thể dẫn đến bất lực (cần thiết được điều trị ngay và ngưng dùng thuốc).

Các tương tác thuốc

Các tương tác thuốc thường ít gặp, nhưng nguy cơ nghiêm trọng nhất là hội chứng Serotonin, nguyên nhân có thể do dùng MAOI và SSRI cùng một lúc. Nó có thể xảy ra nếu người bệnh dùng một loại thuốc chống trầm cảm này quá gần với lần kết thúc của một loại thuốc kia. Vì vậy, cần phải bỏ thuốc cũ trước khi bắt đầu một thuốc mới. Các triệu chứng bao gồm kích động, đồ mồ hôi, sốt, nhịp tim nhanh, hạ áp, cứng đờ, tăng phản xạ, phản ứng nặng có thể hôn mê và tử vong. Các triệu chứng này tương tự với các triệu chứng do quá liều SSRI.

Giáo dục người bệnh

Người bệnh nên dùng SSRI đầu tiên vào buổi sáng trừ khi có vấn đề an thần; nói chung Paroxetine thường gây an thần nhất. Nếu người bệnh quên một liều SSRI, họ có thể uống bổ sung trong vòng 8 tiếng sau liều quên đó. Để giảm thiểu tác dụng phụ, người bệnh nên dùng TCAs vào buổi tối, liều đơn khi có thể. Nếu quên thuốc, nên khuyên người bệnh dùng lại trong vòng 3 tiếng sau liều quên hoặc bỏ qua liều của ngày đó. Người bệnh nên chú ý khi lái xe hoặc thực hiện các hoạt động đòi hỏi sự phản xạ tinh táo, nhanh nhẹn.

Người bệnh dùng thuốc MAOI cần chú ý cơn cường giao cảm đe dọa tính mạng có thể xảy ra, nếu người bệnh không tuân thủ khắt khe chế độ ăn. Họ cần có một danh sách các thực phẩm cần tránh trong quá trình dùng MAOI và hướng dẫn họ không dùng thêm các thuốc khác, bao gồm thuốc không cần đơn, mà không hỏi ý kiến thầy thuốc hoặc dược sĩ.

4. Các thuốc điều hoà khí sắc

Các thuốc điều hoà khí sắc được sử dụng để điều trị rối loạn cảm xúc lưỡng cực bằng cách bình ổn khí sắc người bệnh, phòng ngừa hoặc hạn chế biến độ của các pha đặc trưng của rối loạn cảm xúc lưỡng cực và điều trị các giai đoạn cơn hung cảm cấp. Lithium là thuốc điều hoà khí sắc được sử dụng nhiều nhất; các thuốc chống động kinh, đặc biệt là Carbamazepine (Tegretol) và Valproic acid (Depakote, Depakene) là các thuốc điều hoà khí sắc hiệu quả. Các thuốc chống động kinh khác như là Gabapentin (Neurontin) và Lamotrigine (Lamictal) đang được dùng điều trị thử nghiệm cho điều hoà khí sắc. Đôi khi, Clonazepam cũng được sử dụng, và sẽ được thảo luận về các chất chống lo âu.

Cơ chế hoạt động

Mặc dù Lithium có nhiều tác động thần kinh sinh học, cơ chế hoạt động của nó trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực còn chưa hiểu rõ. Lithium làm bình thường hoá sự tái hấp thu của những chất dẫn truyền thần kinh như Serotonin, Norepinephrine, Acetylcholine và Dopamine. Nó cũng giảm phóng thích Norepinephrine qua sự cạnh tranh với Canxi. Lithium tạo ra tác động của nó trong nội bào nhiều hơn là trong khe tiếp hợp thần kinh; nó hoạt động trực tiếp lên Protein G và vài hệ thống men như AMP vòng và Phosphatidylinositol.

Cơ chế hoạt động của các thuốc chống động kinh chưa rõ. Valproic acid và Topiramate được biết là tăng mức độ ức chế chất dẫn truyền thần kinh GABA. Valproic Acid, Carbamazepine được cho rằng điều hoà khí sắc bằng cách ức chế quá trình mồi. Điều này có thể giải thích tại sao thuốc chống động kinh hiệu quả hơn trong phòng ngừa và điều trị hưng cảm.

Liều dùng

Lithium, thường là các dạng viên nén, viên nang, dịch và phóng thích chậm; không có dạng tiêm truyền. Liều dùng hiệu quả của Lithium được xác định bằng cách giám sát nồng độ Lithium huyết thanh cũng như lượng giá đáp ứng lâm sàng của người bệnh. Nói chung liều dùng hằng ngày từ 800 - 1600mg; điều quan trọng hơn là mức Lithium huyết thanh nên khoảng 1,0 mEq/L. Mức Lithium huyết thanh thấp hơn 0,5mEq/L ít có tác dụng điều trị; nếu trên 1,5mEq/L thường gây ngộ độc, vì vậy cần được theo dõi sát mỗi 2-3 ngày trong khi xác định liều dùng điều trị, sau đó là hằng tuần. Khi tình trạng người bệnh ổn định, mức này có thể được kiểm tra một lần mỗi tháng hoặc thưa hơn.

Carbamazepine thường dùng ở dạng viên nén, dịch và viên nhai. Liều dùng hằng ngày từ 800 – 1200g; dài liều từ 200 – 2000g/ngày. Valproic acid sẵn có ở dạng dịch, viên nén, viên nang và liều dùng từ 1000 – 1500g/ngày; dài liều từ 750 – 3000g/ngày. Nồng độ tối đa của thuốc trong huyết thanh đạt được 12 giờ sau liều cuối cùng, cần theo dõi nồng độ điều trị đối với cả hai loại thuốc này.

Các tác dụng không mong muốn

Các tác dụng không mong muốn thông thường của Lithium bao gồm buồn nôn nhẹ, chán ăn, run tay nhẹ, khát nhiều, tiêu nhiều, vị kim loại trong miệng và mệt mỏi hoặc ngủ rũ. Tăng cân và trứng cá có thể xảy ra muộn trong quá trình điều trị Lithium làm người bệnh đau khổ. Dùng thuốc kèm thức ăn làm giảm buồn nôn và dùng Propranolol giúp cải thiện triệu chứng run tay. Ngủ rũ và tăng cân thường dẫn đến bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Ngộ độc Lithium có biểu hiện: tiêu chảy nặng, nôn, ngủ gà, yếu cơ và mất điều hoà, nếu không điều trị, các triệu chứng này xấu thêm và có thể dẫn đến suy thận, hôn mê và tử vong. Khi dấu hiệu độc xảy ra, nên ngưng thuốc ngay lập tức. Nếu mức Lithium vượt quá 3 mEq/L cần thẩm phân phúc mạc.

Các tác dụng phụ của Carbamazepine và Valproic acid bao gồm ngủ gà, an thần, khô miệng và nhìn mờ. Carbamazepine có thể gây hồng ban hoặc hạ áp tư thế, Valproic acid có thể gây tăng cân, rụng tóc và run tay. Topiramate có thể gây chóng mặt, an thần và sụt cân và tăng tỷ lệ sỏi thận. Cần theo dõi chức năng gan 3-6 tháng/1 lần để phòng viêm gan nhiễm độc.

Giáo dục người bệnh

Đối với những người bệnh đang dùng Lithium và thuốc chống động kinh, cần theo dõi nồng độ thuốc trong máu đều đặn. Dùng thuốc với bữa ăn làm giảm buồn nôn. Người bệnh không nên cố gắng lái xe khi dùng thuốc.

5. Các thuốc chống lo âu

Các thuốc chống lo âu (giải lo âu) được sử dụng để điều trị lo âu và các rối loạn mất ngủ, ám ảnh cưỡng bức, trầm cảm, rối loạn sau sang chấn và cai rượu. Thuốc chống lo âu là một trong số những thuốc được kê đơn nhiều nhất ngày nay. Phổ tác dụng rộng và phân loại khác nhau được dùng trong điều trị lo âu và mất ngủ. Benzodiazepines có hiệu quả nhất trong việc làm giảm lo âu và là những thuốc được kê đơn nhiều nhất. Benzodiazepines cũng có thể được kê đơn để điều trị chống động kinh và tác động giãn cơ. Buspiron là thuốc không Benzodiazepines thường được dùng làm giảm lo âu và do đó cũng được gộp chung vào phần này. Các thuốc khác như Propranolol, Clonidine (Catapres) và Hydroxyzine (Visrarel) cũng có thể dùng làm giảm lo âu nhưng ít hiệu quả hơn và không đưa vào chương trình này.

Cơ chế hoạt động

Benzodiazepines điều hoà các hoạt động GABA, chất dẫn truyền thần kinh ức chế chính trong não. Benzodiazepines tạo ra tác động bằng cách gắn kết vào một vị trí chuyên biệt trên thụ thể GABA. Buspiron có tác dụng chống lo âu do hoạt động như một đồng vận tùng phần của thụ thể Serotonin làm giảm quay vòng Serotonine.

Các Benzodiazepines khác nhau ở thời gian bán huỷ, cách thức chuyển hoá và hiệu quả trong điều trị lo âu và mất ngủ. Bảng 6 liệt kê liều dùng, thời gian bán huỷ và tốc độ khởi đầu sau một liều đơn. Các thuốc có thời gian bán huỷ dài cần ít số lần dùng thuốc và ít tạo ra phản ứng dội ngược; tuy nhiên chúng có thể tích lũy trong cơ thể và tạo ra tác động “an thần ngày hôm sau”. Trái lại, thuốc có thời gian bán huỷ ngắn không tích lũy trong cơ thể hoặc gây an thần ngày hôm sau, nhưng chúng có tác động dội ngược và cần dùng nhiều lần hơn.

Bảng 6. Các thuốc chống lo âu

Các thuốc chống lo âu Tên gốc (thương mại)	Liều uống (mg/ngày)	Thời gian bán huỷ (giờ)	Tốc độ khởi phát tác dụng
Benzodiazepines			
Alprazolam (Xanax)	0,75-1,5	12-15	Trung bình
Chlordiazepoxide (Librium)	15-100	50-100	Trung bình
Clonazepam (Klonopin)	1,5-20	18-50	Trung bình
Chlorazepate (Tranxene)	15-60	30-200	Nhanh
Diazepam (Valium)	4-40	30-100	Rất nhanh
Flurazepam (Dalmane)	15-30	47-100	Nhanh
Lorazepam (Ativan)	2-8	10-20	Chậm
Oxzepam (Serax)	30-120	3-21	Trung bình
Temazepam (Resoril)	15-30	9,5-20	Trung bình
Triazolam (Halcion)	0,25-0,5	2-4	Nhanh
Nonbenzodiazepine			
Buspirone (BuSpar)	15-30	3-11	Rất chậm

Temazepam (Restoil), Triazolam và Flurazepam (Dalmane) thường dùng trong mất ngủ hơn là giảm lo âu. Diazepam (Valium), Chlordiazepoxide (Librium) và Clonazepam thường được dùng để kiểm soát cai rượu cũng như làm giảm lo âu.

Các tác dụng không mong muốn

Dù không có tác dụng phụ nào được ghi nhận rõ rệt, một vấn đề chính phải đương đầu với việc dùng Benzodiazepines là xu hướng gây ra lệ thuộc cơ thể. Các triệu chứng ngưng thuốc đáng kể xảy ra khi ngừng dùng thuốc. Các triệu chứng này thường giống như triệu chứng gốc ban đầu mà người bệnh tìm đến điều trị. Đây là một vấn đề đặc biệt đối với người bệnh sử dụng Benzodiazepines dài hạn như là những người bệnh rối loạn hoảng loạn hoặc lo âu toàn thể. Lệ thuộc tâm lý trên Benzodiazepines thường thấy: người bệnh sợ bị quay trở lại các triệu chứng lo âu hoặc tin rằng họ không thể xử lý được lo âu mà không có thuốc. Điều này có thể dẫn đến dùng quá liều hoặc lạm dụng thuốc. Buspiron không gây lệ thuộc cơ thể kiểu này.

Các tác dụng phụ thường gặp nhất với Benzodiazepines như là buồn ngủ, an thần, kém điều hoà và giảm trí nhớ hoặc trì giác u ám. Khi được sử dụng cho giấc ngủ, người bệnh có thể than phiền an thần ngày hôm sau hoặc tác động tồn dư. Người bệnh thường phát triển một sự dung nạp đối với triệu chứng này và nói chung giảm về mức độ nặng. Các tác dụng phụ thông thường do buspiron bao gồm chóng mặt, an thần, buồn nôn và nhức đầu. Người bệnh lớn tuổi có thể khó kiểm soát các tác động của trầm cảm. Họ cũng có thể than phiền nhiều thiếu sót về trí nhớ và có thể rắc rối với tiêu khó, đặc biệt về đêm.

Giáo dục người bệnh

Những người bệnh cần biết rằng các thuốc chống lo âu có mục đích làm giảm các triệu chứng như lo âu hoặc mất ngủ nhưng không điều trị các vấn đề cốt lõi gây ra lo âu. Benzodiazepines làm tăng khả năng tác động của rượu: một ly có tác động bằng ba ly. Do đó người bệnh không nên uống rượu trong lúc đang dùng thuốc Benzodiazepines. Những người bệnh nên chú ý về giảm thời gian đáp ứng, phản xạ chậm hơn, tác động an thần có thể của các thuốc này khi có hoạt động như lái xe hoặc duy trì công việc.

Cai Benzodiazepines có thể gây tử vong: một khi bắt đầu điều trị không bao giờ được ngừng thuốc đột ngột mà không có giám sát của thầy thuốc.

6. Các chất kích thích

Các thuốc kích thích, đặc biệt là Amphetamine, lần đầu tiên được sử dụng để điều trị các rối loạn tâm thần vào những năm 1930 do tác động được thông báo của chúng là kích thích TKTU. Trước đây, chúng được sử dụng để điều trị trầm cảm béo phì, nhưng sử dụng đó không phổ biến trong thực hành hiện nay. Ngày nay, thuốc được chỉ định điều trị rối loạn tăng động thiếu sót chú ý (ADHD) ở trẻ em và thanh thiếu niên, rối loạn thiếu sót chú ý di chứng ở người lớn, và ngủ rũ.

Các thuốc đầu tiên được sử dụng điều trị ADHD là chất kích thích TKTU methylphenidate (Ritalin), Pemolin (Cylert) và Dextroamphetamine. Trong số các thuốc

này, methylphenidate chiếm 90% thuốc được dùng cho trẻ ADHD. Khoảng 10-30% người bệnh ADHD không đáp ứng đầy đủ với các thuốc kích thích và được xem là kháng trị, trường hợp này được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm (Nortriptyline).

Cơ chế hoạt động

Amphetamine và Methylphenidate thường được gọi gián tiếp là các amine hoạt động bởi vì chúng hoạt động bằng cách gây ra sự phóng thích các chất dẫn truyền thần kinh (Norepinephrine, Dopamine và Serotonin) từ đầu tận thần kinh tiền khe tiếp hợp gây tác động đồng vận trực tiếp trên thụ thể sau khe tiếp hợp. Chúng cũng ngăn chặn sự tái hấp thu các chất dẫn truyền thần kinh. Methylphenidate tạo ra sự kích thích TKTW nhẹ hơn Amphetamine và ít tác động lên hệ thần kinh giao cảm. Người ta cho rằng sử dụng Methylphenidate và Pemoline để điều trị ADHD ở trẻ em tạo ra tác động đảo ngược làm bình thản hoặc chậm lại các hoạt động của não. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là thuốc kích thích không có tác động êm dịu đối với các trẻ em không có ADHD.

Liều dùng

Đối với điều trị ngủ rũ ở người lớn, Dextroamphetamine và Methylphenidate được phân chia thành nhiều liều từ 20-200mg/ngày. Liều dùng cao hơn có thể cần bởi vì người ngủ rũ phát triển dung nạp đối với thuốc kích thích và do vậy cần nhiều thuốc hơn để duy trì sự cải thiện. Methylphenidate sẵn dùng với Metadate, một loại thuốc phóng thích kéo dài chỉ cần dùng một lần mỗi ngày. Dung nạp không gấp ở người bệnh ADHD.

Liều dùng được sử dụng điều trị ADHD ở trẻ em rất thay đổi tùy theo thuốc; tuổi, cân nặng, hành vi của trẻ và sự dung nạp của gia đình đối với hành vi của trẻ. Bảng 7 liệt kê liều thông thường cho các thuốc kích thích. Việc sử dụng thuốc phải được thực hiện bởi y tá trường học hoặc những người lớn có trách nhiệm quản lý thuốc kích thích cho trẻ tại trường.

Bảng 7. Các thuốc kích thích

Tên gốc (thương mại)	Liều dùng
Methylphenidate (Ritalin)	Người lớn: 20-200mg/ngày, uống, chia nhiều lần Trẻ em: 10-60mg/ngày, uống, chia 2-4 lần
Dextroamphetamine (Dexedrine)	Người lớn: 20-200mg/ngày, uống, chia nhiều lần Trẻ em: 5-40 mg/ngày, uống, chia 2-3 lần
Pemolin (Cylert)	Trẻ em: 37,5-112,5 mg/ngày, uống một lần buổi sáng

Các tác dụng không mong muốn

Các tác dụng phụ thường gặp nhất của thuốc kích thích là chán ăn, sụt cân, buồn nôn và tính dễ kích thích. Nên tránh dùng caffeine, đường và sôcôla vì có thể làm nặng thêm các triệu chứng này. Các tác dụng phụ ít gặp bao gồm chóng mặt, khô miệng, nhìn mờ và hồi hộp. Khi sử dụng các thuốc kích thích kéo dài thường gặp nhất là sự ức chế

tăng trưởng và cân nặng có thể xảy ra ở một vài trẻ em. Điều này thường được phòng ngừa bằng cách dùng “thuốc ngày nghỉ” vào cuối tuần và những ngày nghỉ hoặc dịp hè, giúp khôi phục lại mô hình ăn uống và tăng trưởng bình thường.

Giáo dục người bệnh

Nguy cơ lạm dụng tồn tại cùng với thuốc kích thích, nhưng điều này ít xảy ra ở trẻ em. Dùng thuốc sau bữa ăn có thể làm giảm thiểu chán ăn và buồn nôn. Nước uống không caffeine nên được sử dụng; nên tránh dùng sôcôla và đường quá nhiều. Điều quan trọng nhất là giữ thuốc ngoài tầm tay của trẻ (vì lượng thuốc 10 ngày có thể gây tử vong).

Disulfiram (Antabuse)

Disulfiram là một thuốc nhạy cảm có thể gây ra một phản ứng đào ngược khi dùng chung với rượu. Thuốc này chỉ được dùng duy nhất như là một điều ngăn cản uống rượu ở những người nhận điều trị nghiện rượu. Nó hữu ích cho người có động cơ kiêng rượu. Năm đến mười phút sau khi dùng Disulfiram mà uống rượu, các triệu chứng sẽ xuất hiện: đỏ mặt và chân do giãn mạch, nhức đầu mạch đập nhanh, đồ mồ hôi, khô miệng, buồn nôn, chóng mặt và yếu ớt. Trong những trường hợp nặng, có thể đau ngực, khó thở, hạ huyết áp nặng, lú lẫn và tử vong. Các triệu chứng tiến triển nhanh chóng từ 30 phút đến 2 giờ. Bởi vì gan chuyển hóa Disulfiram, nó có hiệu quả nhất ở những người có mức men gan trong phạm vi hoặc gần với bình thường.

Disulfiram ức chế men Aldehyde dehydrogenase có liên quan đến chuyển hóa Ethanol. Mức Acetaldehyde lúc đó tăng cao 5-10 lần bình thường, dẫn đến phản ứng Disulfiram - rượu. Phản ứng này có khả năng giảm mức Epinephrine và Norepinephrin trong hệ thần kinh giao cảm gây ra bởi sự ức chế Dopamine beta-hydroxylase. Giáo dục là điều cực kỳ quan trọng đối với bệnh dùng Disulfiram. Chú ý một số sản phẩm thông thường như kem cao râu, nước thơm, nước hoa, chất khử mùi và thuốc ho có chứa rượu khi sử dụng ở người dùng Disulfiram thì những sản phẩm này có thể gây ra những phản ứng tương tự như uống rượu. Vì vậy người bệnh phải đọc nhãn sản phẩm cẩn thận và chọn những đồ uống không có rượu.

LIỆU PHÁP TÂM LÍ

MỤC TIÊU: Trình bày được các liệu pháp tâm lý cá nhân.

NỘI DUNG

1. Một số vấn đề chung

1.1. Khái niệm

Liệu pháp tâm lí là những biện pháp tác động lên tâm lí người bệnh một cách có kế hoạch, có tổ chức nhằm mục đích chữa bệnh. Liệu pháp bao gồm những biện pháp đã được xây dựng, thiết kế trên cơ sở khoa học tâm lí, do những người có chuyên môn (bác sĩ hoặc nhà tâm lí) thực hiện.

Trong lâm sàng tâm thần, mục đích của liệu pháp tâm lí có thể là:

- + Khắc phục các triệu chứng bệnh lí, ví dụ, giải toả lo âu.
- + Kéo dài thời gian ổn định, giảm liều thuốc cung cấp, hạn chế tái phát.
- + Hỗ trợ người bệnh tăng cường khả năng tự đối phó, tự giải quyết vấn đề.
- + Điều chỉnh một số nét tính cách, giúp người bệnh thích nghi tốt hơn với cuộc sống.

Cùng với các liệu pháp sinh học (liệu pháp hóa dược và các liệu pháp chuyên biệt, ví dụ như sốc điện), liệu pháp tâm lí đang góp phần không nhỏ vào lĩnh vực điều trị tâm thần.

1.2. Phân loại

Có nhiều cách phân loại khác nhau. Dựa vào số lượng bệnh nhân tham gia trong một buổi, người ta chia thành liệu pháp tâm lí cá nhân và liệu pháp tâm lí nhóm. Dựa theo cơ sở lý luận của phương pháp, có các nhóm: phân tâm, liệu pháp tâm lí hiện sinh, liệu pháp hành vi... Trong lâm sàng tâm thần, phân loại được nhiều tài liệu sử dụng là chia liệu pháp tâm lí thành hai loại: các liệu pháp tâm lí cá nhân và các liệu pháp tâm lí - xã hội.

2. Liệu pháp tâm lí cá nhân

2.1. Liệu pháp tâm lí rút gọn

Với phương pháp phân tâm cổ điển do S. Freud xây dựng, quá trình điều trị có thể kéo dài nhiều tháng, thậm chí hàng năm. Để rút ngắn quá trình này, một số tác giả mà bắt đầu là Ferenczi (1920) và sau đó là Alexander và French (1946) đề xuất hình thức rút gọn nhằm đẩy nhanh quá trình điều trị. Liệu pháp động thái rút gọn, về cơ bản vẫn dựa trên nền tảng lý luận của Phân tâm học về các rối loạn tâm thần, về quan hệ chuyền di v.v... Tuy nhiên quá trình điều trị chỉ tập trung vào vấn đề chủ yếu của người bệnh (do vậy liệu pháp này còn được gọi là liệu pháp cục bộ). Nhà phân tâm cổ gắng làm sàng tò vấn đề cốt lõi của hiện tại và kinh nghiệm quá khứ. Theo Koss và Shlaing (1994), nội dung liệu pháp phân tích rút gọn tập trung vào các vấn đề sau:

- Đánh giá các chiều hướng cần được giải quyết sớm ở người bệnh.
- Làm cho người bệnh hiểu rõ rằng liệu pháp được thực hiện trong một khoảng thời gian nhất định. Tình trạng bệnh phải được cải thiện sau một số buổi thực hiện liệu pháp (từ 6 đến 25 buổi).
- Mục tiêu liệu pháp phải cụ thể và tập trung vào việc cải thiện những triệu chứng xấu nhất của người bệnh, giúp cho họ hiểu cái gì đang diễn ra và nâng cao khả năng tự đối phó của họ đối với các vấn đề cuộc sống.
- Sự phân tích tập trung chủ yếu vào các vấn đề, các hành vi hiện tại của người bệnh và không quá quan tâm tới vấn đề quá khứ.
- Không khuyến khích phát triển chuyên di tâm căn. Tuy nhiên có thể chấp nhận một số chuyển di dương tính sang nhà phân tâm nhằm cổ vũ người bệnh tuân thủ theo lời khuyên của họ.

2.2. *Liệu pháp hành vi*

2.2.1. *Giải cảm ứng*

Kĩ thuật giải cảm ứng gắn liền với J.Wolpe. Kĩ thuật này thường được chỉ định cho những trường hợp giải tỏa tác nhân gây lo âu, ám ảnh, ám ảnh sợ hoặc ám ảnh cưỡng bức. Kĩ thuật này cũng có hiệu quả đối với một số rối loạn tình dục.

Có 2 cơ sở chính để Wolpe xây dựng kĩ thuật cảm ứng của mình:

- Những kĩ thuật mà M. Jones (1928) sử dụng nhằm khắc phục chứng sợ thò ở một cậu bé.
- Những qui trình thư giãn của E. Jacobson (1929): theo Jacobson, những trạng thái cảm xúc bền vững của con người, ví dụ lo âu, có thể bị ức chế đáng kể nếu chủ thể ở trong trạng thái thư giãn sâu.

Kĩ thuật của Wolpe được thực hiện qua từng bước sau:

- Luyện tập thư giãn. Chính thư giãn sẽ tạo ra những hiệu ứng sinh lý đối lập với trạng thái sinh lý trong lo âu, ví dụ, giảm nhịp tim, nhịp thở. Có một số phương pháp để luyện tập thư giãn: căng - trùng cơ của Jacobson; thư giãn tĩnh của Schultz hoặc tập yoga, tập thiền.

- Sắp xếp trật tự của các hoàn cảnh/kích thích gây lo âu theo thứ tự từ mạnh đến yếu. Để thực hiện được công việc này, thầy thuốc yêu cầu người bệnh liệt kê những tình huống/ kích thích làm họ sợ hãi nhất. Sau đó người bệnh tự cho điểm theo thang 100 đối với các tình huống/kích thích đó. Sắp xếp thứ tự các kích thích theo thứ tự từ mạnh đến yếu.

- Yêu cầu người bệnh tưởng tượng dần từng tình huống gây ra sợ hãi sau khi đã đạt được trạng thái thư giãn hoàn toàn. Buổi đầu là tình huống gây ít sợ nhất.

- Dừng lại quá trình tưởng tượng ngay khi bắt đầu xuất hiện hiện tượng sợ.

Các buổi sau vẫn được tiến hành theo qui trình trên, với tưởng tượng tình huống gây sợ tăng dần. Nếu cảm giác sợ do tưởng tượng tái tạo lại quá mạnh, ức chế thư giãn thì người bệnh được yêu cầu tưởng tượng ở mức độ nhẹ hơn.

Trong quá trình luyện tập, người ta cũng có thể dùng thuốc, ví dụ như diazepam (Valium) tiêm tĩnh mạch để hỗ trợ thư giãn nhanh đạt trạng thái thư giãn toàn thân(Kaplan H.I., 1994).

2.2.2. Bộc lộ từ từ

Về cơ bản, kĩ thuật bộc lộ từ từ giống với kĩ thuật giải cảm ứng. Tuy nhiên có một số khác biệt chính:

- Không có luyện tập thư giãn.

- Thay vì tưởng tượng các tình huống/kích thích gây lo sợ, người bệnh được tiếp cận dần với kích thích/tình huống thực. Ví dụ, để khắc phục ám ảnh sợ đi máy bay, người bệnh được tiếp xúc dần với tình huống: buổi đầu quan sát từ xa, những buổi sau tới gần dần dần, rồi đến cạnh, lên máy bay và cuối cùng là thực hiện chuyến bay.

2.2.3. Liệu pháp tràn ngập

Khác với giải mãn cảm có hệ thống, trong liệu pháp tràn ngập (Implosion Therapy), người bệnh được yêu cầu tưởng tượng ngay đến tình huống / kích thích mạnh nhất gây lo sợ (trong điều kiện đảm bảo an toàn cho người bệnh). Khi buộc phải đối mặt với kích thích mạnh nhất, người bệnh khám phá ra rằng thực ra cái đó không gây ra những hậu quả đáng sợ như họ nghĩ.

2.2.4. Liệu pháp chìm ngập

Liệu pháp chìm ngập (Flooding Therapy) cũng được thực hiện bắt đầu từ việc người bệnh tưởng tượng hoặc được xem hay nghe đoạn băng mô tả tình huống gây lo sợ. Thời gian xem hoặc nghe kéo dài hàng giờ, đủ để cho người bệnh giảm bớt lo sợ. Sau đó người bệnh được tiếp xúc trực tiếp với hoàn cảnh / tình huống thật.

2.2.5. Củng cố tích cực

Khi người bệnh thực hiện được hành vi, việc làm theo yêu cầu thì việc động viên của bác sĩ hoặc họ được thường thì hành vi đó sẽ được củng cố và tần suất hiện sẽ cao hơn. Một trong những kĩ thuật củng cố tích cực thường được sử dụng trong lâm sàng tâm thần các bệnh mạn tính, ví dụ, tâm thần phân liệt, là thường quy đổi (Token Economy). Để điều chỉnh, tăng cường các hành vi phù hợp, mỗi khi người bệnh có được hành vi đáng cỗ, ví dụ, giúp hộ lí vệ sinh buồng bệnh, thì người bệnh lại được thường phiếu. Cuối tuần, tùy theo số lượng phiếu đã có, người bệnh được thưởng. Lẽ đương nhiên, phần thưởng phải là những gì động viên, khuyến khích người bệnh.

2.2.6. Liệu pháp cảm xúc hợp lí của Ellis:

Theo Ellis, nếu thầm nhắc đi nhắc lại một câu thì có thể gây ra phản ứng cảm xúc nhất định. Cũng theo nguyên lý đó mà những niềm tin không hợp lý dẫn đến các phản ứng cảm xúc không hợp lý.

Qua nghiên cứu thực tiễn, Ellis cho rằng các rối loạn tâm lý, đặc biệt là rối loạn lo âu, trầm cảm là do:

- Kiêu suy nghĩ tuyệt đối hoá. Đây là kiêu suy nghĩ thiên lệch về 2 cực, hoặc là tất cả, hoặc là không có gì, nhìn sự việc hoặc toàn màu hồng, hoặc chỉ có một màu đen.

- Quan trọng hoá vấn đề: một thất bại nhỏ cũng được trầm trọng hóa, trượt thi đường như là trời sập.

- Tự ám thị rằng mình không có khả năng chịu đựng thất bại.

- Khai quát hoá một cách vội vã, thái quá.

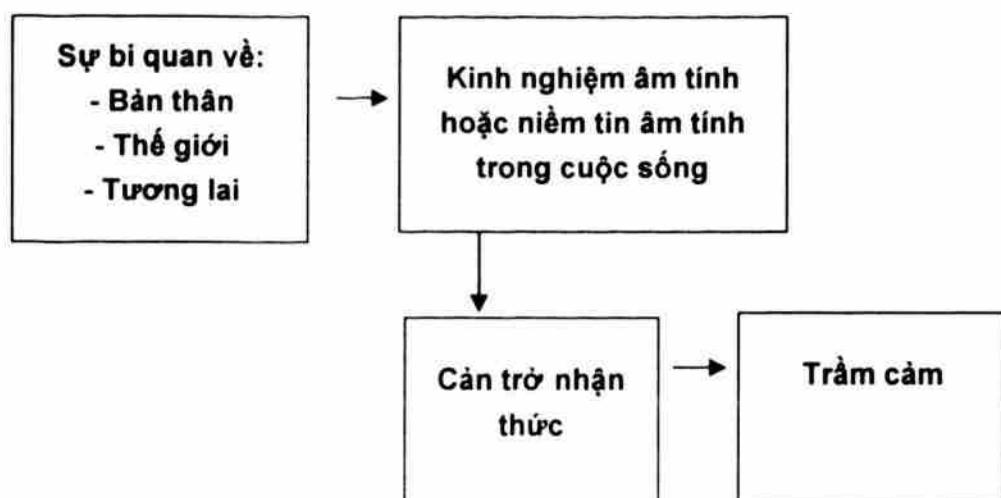
Cảm giác mình là người vô tích sự, vô giá trị.

Nhiệm vụ chính của thầy thuốc là phải vô hiệu hoá những ý nghĩ, niềm tin bất hợp lý bằng cách thăm khám, kiểm tra một cách logic. Sau khi nắm được vấn đề của người bệnh, thầy thuốc trao đổi với người bệnh về những nét cơ bản của liệu pháp cảm xúc hợp lý sao cho người bệnh hiểu và chấp nhận. Tiếp đó thầy thuốc dẫn dắt người bệnh đi dần vào từng khía cạnh của vấn đề phức tạp, chỉ ra những điều không có cơ sở, không hợp lý.

Sau khi chỉ ra những yếu tố không hợp lý đó thầy thuốc chuyển qua việc hướng dẫn người bệnh thay đổi các suy nghĩ không hợp lý bằng những đồi thoại nội tâm giúp cho thanh thản hơn. Thậm chí Ellis còn tranh luận, dỗ dành, đùa vui với người bệnh.

2.2.7. Liệu pháp nhận thức Beck:

Liệu pháp nhận thức của Beck dựa trên lý thuyết của ông về trầm cảm (Beck, 1967, 1985, 1987). Có thể tóm tắt lý thuyết đó dưới dạng sơ đồ.



Theo Beck: những người bị trầm cảm là do ngay từ thuở nhỏ hoặc tuổi thiếu niên họ đã có những kinh nghiệm âm tính về sự mất mát (người thân, ví dụ như cha mẹ), về

tai họa, sự phản đối của bạn bè cùng tuổi, phê bình của thầy, cô giáo hoặc thái độ trầm nhược, yếu đuối của cha mẹ.

Mọi người đều có thể có những kinh nghiệm như vậy song ở người trầm cảm, những kinh nghiệm này luôn xuất hiện và thúc đẩy các hoạt động của họ trong bất kỳ tình huống nào. Mặt khác những kinh nghiệm âm tính này lại luôn được củng cố mỗi khi gặp những cảm giác về nhận thức. Thay vì việc khắc phục những cảm giác này, người bệnh lại chuyển sang tiếp nhận một cách sai lệch hơn thực tiễn.

Nhiệm vụ trọng tâm của liệu pháp tâm lí nhận thức, theo Beck, chính là cung cấp cho người bệnh những kinh nghiệm, hiểu biết, giúp họ điều chỉnh những sai lệch về nhận thức, theo hướng phù hợp. Động viên, cỗ vũ những người quá bi quan với thất bại, rằng những điều này là đáng tiếc song không phải vì thế mà đi đến kết luận là trong tương lai, thất bại sẽ lặp lại.

2.3. Liệu pháp tâm chủ là trung tâm của Carl Rogers

Rogers được coi là người đi đầu trong việc xây dựng chuyên ngành tham vấn tâm lí từ liệu pháp tâm lí. Chính ông cũng là người đề xuất sự thay đổi cách gọi: *thân chủ* (Client), thay cho từ *bệnh nhân* (Patient) và dùng từ *tham vấn tâm lí* thay cho *liệu pháp tâm lí*.

Những luận điểm chính của Rogers là:

- + Chỉ có thể hiểu con người khi đặt mình vào vị trí của người đó, cảm nhận và trải nghiệm từ thế giới hiện tượng của họ. Cần phải hiểu cách mà cá nhân trải nghiệm sự kiện chứ không phải là bản thân sự kiện. Đối với mỗi con người đều có một thế giới riêng, qui định hành vi và tạo nên tính riêng biệt của họ.

- + Những người khoẻ mạnh ý thức được hành vi của mình.

- + Ngay từ ban đầu, người khoẻ mạnh đã là người tốt và hoạt động có hiệu quả. Họ trở nên kém hiệu quả là do những tác động sai lầm.

- + Người khoẻ mạnh luôn hoạt động có mục đích. Họ không phản ứng thụ động đối với môi trường xung quanh hoặc đối với những động cơ xa lạ. Họ là những người tự điều chỉnh.

- + Thầy thuốc không được mỉa mai những sự kiện của cá nhân. Họ phải sáng tạo ra những điều kiện thuận lợi chỉ việc thân chủ tự đưa ra quyết định. Khi con người không bị bận tâm bởi những đánh giá, yêu cầu của người khác, họ sẽ sống theo xu hướng tự thể hiện.

Cũng theo Rogers (1951), người thầy thuốc cần phải có 3 phẩm chất cơ bản: sự chân thành, sự quan tâm tích cực không gượng ép và sự thông cảm. Những phẩm chất này là cơ sở để đảm bảo cho sự thành công của liệu pháp.

2.4. Liệu pháp tâm lí hỗ trợ (Supportive psychotherapy)

Mục đích: giúp cá nhân vượt qua khủng hoảng ngắn do những vấn đề xã hội hoặc do bệnh cơ thể. Liệu pháp cũng nhằm hỗ trợ cho những trường hợp bị rối loạn stress do bệnh cơ thể hoặc bệnh tâm thần kéo dài hoặc do những khiếm khuyết thể chất. Liệu

pháp cũng có tác dụng đối với những người bị rối loạn nhân cách hoặc điều trị không có hiệu quả.

Người bệnh được động viên bày tỏ, kể về những vấn đề của mình còn thầy thuốc chú ý lắng nghe một cách chân thành. Thầy thuốc cũng có thể đưa ra những lời khuyên đã được cân nhắc cẩn thận nhằm khắc phục một số triệu chứng hoặc đề xuất những sự trợ giúp thực tế. Khi gặp những vấn đề không thể giải quyết được hoặc do bệnh mạn tính, thầy thuốc giúp người bệnh chấp nhận khiêm khuyết thíc ứng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

- Lắng nghe: đây là kỹ năng, là một phần rất quan trọng của liệu pháp hỗ trợ. Người bệnh phải cảm nhận được sự quan tâm của thầy thuốc rằng những vấn đề lo lắng của họ được bác sĩ xem xét, lắng nghe một cách nghiêm túc. Khi sử dụng liệu pháp hỗ trợ đối với trường hợp có khủng hoảng cấp, cần tạo điều kiện cho người bệnh giải tỏa các phản ứng cảm xúc mạnh. Tuy nhiên nếu lặp lại thường xuyên kỹ thuật này thì tác dụng sẽ bị hạn chế.

- Giải thích và khuyên bảo cũng là một phần quan trọng trong liệu pháp hỗ trợ. Tuy nhiên cũng luôn lưu ý rằng những người đang bị rối loạn stress nhớ rất ít những gì người khác khuyên bảo. Những thông tin dưới dạng ngôn ngữ càng trở nên phức tạp do vậy những vấn đề quan trọng cần phải được trình bày một cách đơn giản và thường xuyên nhắc lại. Đôi khi có thể viết ra giấy để bệnh nhân về nhà thực hiện.

- Khẳng định cam kết cũng có ý nghĩa nhất định tuy nhiên nếu đưa ra lời cam kết quá sớm thì lại có thể làm mất lòng tin của bệnh nhân đối với bác sĩ. Chỉ đưa ra những khẳng định cam kết sau khi thầy thuốc nắm được những thái độ, mối bận tâm của bệnh nhân. Trong trường hợp bệnh nhân hồi về tiên lượng, nên đề cập đến tiên lượng tốt nhất có thể có. Nếu bệnh nhân thấy mình bị lừa dối họ sẽ mất lòng tin vào tất cả quá trình điều trị. Ngay cả những trường hợp nặng cũng cần động viên người bệnh xây dựng lòng tin trên cơ sở niềm tin của họ để họ hi vọng vào một số cơ hội nhất định.

- Đề xuất nghiêm túc. Trong liệu pháp hỗ trợ, người bệnh phải được động viên cỗ vũ để họ tự chịu trách nhiệm về những hành vi, việc làm của mình, để họ tự đưa ra những giải pháp giải quyết vấn đề. Tuy vậy cũng có những lúc bác sĩ sử dụng uy tín của mình với tư cách là một chuyên gia để thuyết phục bệnh nhân bắt đầu một việc nào đó. Ví dụ, thuyết phục bệnh nhân có rối loạn lo âu rằng họ có đủ khả năng để đối phó với những vấn đề gây lo ngại. Việc đề xuất phải hết sức tinh tế bởi nếu bệnh nhân có gắng làm nhưng không thành công thì họ không chỉ mất tự tin mà mất cả lòng tin vào bác sĩ.

- Việc điều chỉnh mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân cũng là một phần quan trọng trong liệu pháp hỗ trợ. Các mối quan hệ dễ trở nên căng thẳng khi bệnh nhân có lối suy nghĩ cách phụ thuộc và điều trị kéo dài...

Liệu pháp hỗ trợ dễ bị chỉ định sai đối với những trường hợp không cần thiết hoặc đối với những trường hợp nhận được nhiều sự hỗ trợ từ phía gia đình hoặc bạn bè. Do vậy việc tiến hành liệu pháp hỗ trợ cần phải được chỉ định cho từng trường hợp cụ thể.

3. Liệu pháp tâm lí nhóm

Liệu pháp tâm lí nhóm là loại hình liệu pháp tâm lí trong đó bác sĩ không chỉ sử dụng và phát huy tác dụng của mình trong mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân mà còn sử dụng cả tác động của mối quan hệ giữa bệnh nhân - bệnh nhân nhằm mục đích điều trị. Phần lớn các kĩ thuật của liệu pháp tâm lí cá nhân cũng được dùng trong liệu pháp tâm lí nhóm. Thông thường trong liệu pháp tâm lí nhóm, thầy thuốc sử dụng các kĩ thuật khác nhau, tùy theo mục đích điều trị, sở trường của bác sĩ.

Mặc dù có nhiều loại khác nhau xong nhìn chung liệu pháp tâm lí nhóm thường trải qua các bước sau:

3.1. Lập nhóm

Đây là giai đoạn chuẩn bị cho liệu pháp tâm lí. Thông thường nhóm có từ 5-10 thành viên có cùng chẩn đoán hoặc cùng nhóm bệnh. Nếu nhằm mục đích cung cấp, dự phòng, hoặc ngoại trú, nhóm có thể từ 12-20 người hoặc lớn hơn nhiều.

Trước khi sử dụng các liệu pháp tâm lí, các thành viên trong nhóm được làm quen với nhau trước thông qua một số hoạt động cùng nhau, qua đó tạo dựng được các mối quan hệ trong nhóm và xuất hiện dần một/một số người "cầm đầu" (người nổi trội và có uy tín hơn cả trong nhóm).

3.2. Triển khai chương trình

Kế hoạch, chương trình điều trị được hình thành trong quá trình lập nhóm. Xuất phát từ những đặc điểm cụ thể của nhóm, các thành phần trong nhóm và mục đích điều trị, bác sĩ lập kế hoạch về những biện pháp cần sử dụng, thời gian, hình thức... Một số nội dung có thể được triển khai:

- Thảo luận nhóm theo các chủ đề: Những điểm chung trong bệnh tật của các thành viên trong nhóm, diễn biến của bệnh, vai trò của sự giúp đỡ lẫn nhau, các chế độ trong khoa và vai trò của bệnh nhân.

- Thảo luận về chủ đề trọng tâm: chủ đề liên quan trực tiếp đến các thành viên trong nhóm, ví dụ, về trầm cảm: nguyên nhân, biểu hiện, cách thức đối phó... Trong quá trình thảo luận, có thể sử dụng các phương tiện nghe nhìn hoặc mời những người đã từng điều trị và có kết quả tốt đến để cùng giao lưu.

- Những buổi tiếp theo có thể thảo luận về những trường hợp cụ thể của thành viên trong nhóm: vấn đề của các nhân đó, kết quả đã đạt được, những bước tiếp theo...

4. Liệu pháp tâm lý gia đình

Gia đình là một dạng nhóm đặc biệt bởi lẽ các quan hệ trong gia đình có liên quan rất mật thiết đến nguyên nhân, diễn biến và kết quả điều trị các rối loạn tâm thần của bệnh nhân.

Theo quan điểm hệ thống, trong mỗi gia đình đều có 2 loại thành tố chính: các cá nhân và mối quan hệ giữa các cá nhân – thành viên đó. Mỗi nhân cách mặc dù là một chủ thể của các hoạt động cá nhân – nhưng giữa các cá nhân đều có sự ảnh hưởng,

tác động qua lại. Mỗi con người trong gia đình phải đồng thời thể hiện một số vai trò khác nhau như vừa là cha nhưng lại vừa là con, ... Cùng với những đặc điểm tâm lí cá nhân riêng của mình, không phải tất cả các thành viên đều thực hiện được một cách hài hoà các vai trò đó.

Mặt khác bản thân các mối quan hệ trong gia đình cũng luôn nằm trong trạng thái vận động theo thời gian và chịu những tác động của các yếu tố khác từ bên ngoài. Tất cả những tác động đó, nếu không được giải quyết một cách hài hoà (mà nói chung khó có thể thường xuyên làm được điều đó), dễ tạo ra stress, thậm chí những trạng thái bệnh lý cho một hoặc một số thành viên trong gia đình.

Do vậy cũng dễ hiểu khi trong quá trình điều trị, người thầy thuốc tâm thần (và thầy thuốc nói chung) luôn luôn cần được sự hỗ trợ của các thành viên trong gia đình và trong nhiều trường hợp, không chỉ "người bệnh" cần được điều trị mà là cả một gia đình cần được sự giúp đỡ về mặt tâm lí.

Các bước thực hiện liệu pháp tâm lí gia đình:

Liệu pháp tâm lí gia đình thông thường được tiến hành theo một số bước như sau:

+ Bước 1: Chẩn đoán.

Chẩn đoán tâm lí gia đình cũng cần có ở 2 mức độ:

- Chẩn đoán hiện trạng nhằm xác định trạng thái hiện tại của các mối quan hệ gia đình, là những biểu hiện bệnh lí hiện tại ở người bệnh và trong các mối quan hệ gia đình có liên quan tới người bệnh.

- Chẩn đoán về bệnh sinh là những nguyên nhân dẫn đến bệnh. Các dữ liệu cần thiết có thể được thu thập qua những buổi phỏng vấn, trò chuyện với từng thành viên trong gia đình.

+ Bước 2: Trò chuyện trao đổi đồng thời với tất cả các thành viên trong gia đình.

Bước này hết sức quan trọng là ở chỗ nó sẽ giúp cho người thầy thuốc lựa chọn, chỉ định kỹ thuật cụ thể cho thành viên cụ thể hoặc hoạch định kế hoạch điều trị tổng thể.

+ Bước 3: Triển khai kỹ thuật điều trị.

Trên cơ sở kế hoạch đã được xác lập và thống nhất chung với gia đình, thầy thuốc tiến hành những kỹ thuật chuyên biệt, giao "bài tập về nhà" cho các thành viên, kiểm tra việc thực hiện kế hoạch hoặc có những điều chỉnh cần thiết.

Điều quan trọng nhất trong liệu pháp tâm lí gia đình là ở chỗ thầy thuốc chỉ là người hỗ trợ, giúp cho gia đình có đủ khả năng đối phó, giải quyết những vấn đề của họ chứ không phải là người làm thay. Cũng cần lưu ý là: thông thường các thành viên trong gia đình đều có kì vọng cao vào thầy thuốc, mong muốn lôi kéo bác sĩ về phía mình để khẳng định các quan điểm của họ là đúng. Người thầy thuốc không phải là người trung gian hoà giải mà là người sử dụng các kiến thức chuyên môn của mình, giúp cho từng thành viên xây dựng lại hệ thống thái độ của mỗi thành viên trong gia đình của mình.

5. Các liệu pháp tâm lí - xã hội

Các liệu pháp tâm lí - hội đóng vai trò rất đáng kể trong hệ thống điều trị tâm thần. Thông thường ngay sau giai đoạn cấp tính, bệnh nhân tâm thần cần được tăng cường tham gia vào các hoạt động liệu pháp tâm lí - xã hội. Chính các liệu pháp tâm lí - xã hội góp phần làm giảm liều thuốc cùng cỗ, phát huy hiệu quả của các liệu pháp sinh học, trước hết là liệu pháp hóa dược, kéo dài thời gian ổn định, hạn chế tái phát đối với nhiều bệnh loạn thần nặng, ví dụ: TTPL.

5.1. Liệu pháp môi trường

Các cơ sở điều trị nói chung, điều trị tâm thần nói riêng, cần phải được xây dựng nhằm tạo ra một môi trường tác động tích cực lên tâm lí người bệnh.

Xu hướng chung hiện nay trên thế giới là không xây dựng nhiều những bệnh viện tâm thần lớn mà thường là tổ chức các khoa tâm thần tại bệnh viện đa khoa. Điều này không chỉ nhằm khai thác những phương tiện kĩ thuật cao, sự hỗ trợ của các chuyên gia nội, ngoại khoa cho bệnh nhân tâm thần. Tác dụng điều trị đối với bệnh nhân tâm thần còn ở chỗ họ được đối xử bình đẳng như những bệnh nhân khác. Hơn thế nữa, nó còn góp phần xóa bỏ thái độ kì thị của xã hội đối với bệnh nhân tâm thần.

Trong trường hợp xây dựng bệnh viện chuyên khoa tâm thần thì không nên thiết kế các tòa nhà một cách thô kệch, không nên xây dựng xa khu dân cư, tránh để người bệnh (và không chỉ người bệnh) liên tưởng đến nhà tù, đến sự cách ly xã hội. Môi trường bên trong cơ sở điều trị cần phải thoáng và đẹp, song cũng lưu ý đến việc đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên.

Trong bệnh viện tâm thần cũng cần phải có các phòng dành cho những hoạt động liệu pháp tâm lí - xã hội: phòng đọc sách báo, xem ti vi, phòng liệu pháp âm nhạc, hội họa, các phòng liệu pháp lao động, các phòng luyện tập thể dục thể thao...

5.2. Các liệu pháp lao động

5.2.1. Cơ chế tác dụng

Bất kì một hoạt động nào của con người cũng đều có 2 thành tố chính: thành tố tâm lí bên trong và các thao tác bên ngoài. Lao động liệu pháp nhằm làm thay đổi, điều chỉnh cái tâm lí bên trong thông qua việc tổ chức thực hiện các thao tác bên ngoài.

5.2.2. Nguyên tắc tổ chức

+ Phải có sự chỉ định của bác sĩ về hình thức và thời gian lao động đối với từng người bệnh. Hiện nay ở nhiều nước trên thế giới, việc chỉ định liệu pháp lao động có sự kết hợp của cả bác sĩ và nhà tâm lí.

+ Phải có người hướng dẫn kĩ thuật đồng thời theo dõi diễn biến cũng như nhận xét về sự tiến bộ mà bệnh nhân đạt được. Những nhận xét này cần được thông báo đều đặn cho bác sĩ để bác sĩ nắm được tình hình, có những điều chỉnh về chỉ định cho hợp lý.

+ Lao động phải được tiến hành từng bước, từ dễ đến khó, phải động viên bệnh nhân thực hiện, không nên gò ép họ.

+ Người bệnh phải được hưởng thành quả của lao động. Điều này không chỉ mang ý nghĩa nhân đạo mà còn có tác dụng cung cấp tích cực đối với hoạt động lao động.

5.2.3. Các hình thức

Có rất nhiều dạng lao động có thể được sử dụng làm liệu pháp. Thường đó là những dạng lao động thủ công, không đòi hỏi có kỹ thuật cao: dệt chiếu, khâu nón, làm đồ chơi... Hiện nay nhiều cơ sở điều trị tâm thần không chỉ triển khai các lao động liệu pháp mà còn tổ chức thu hút sự hỗ trợ của xã hội thông qua đặt hàng gia công, tiêu thụ sản phẩm lao động của bệnh nhân tâm thần dưới nhiều hình thức khác nhau.

5.3. Các liệu pháp nghệ thuật

Như đã biết, các sản phẩm và bản thân hoạt động nghệ thuật có tác động rất lớn đến tâm lí con người, trước hết là lĩnh vực cảm xúc. Do vậy các hoạt động nghệ thuật, bao gồm cả hoạt động sáng tạo cũng như thường thức, tiếp thu đều có thể được thiết kế thành dạng trị liệu.

5.3.1. Liệu pháp âm nhạc

Liệu pháp âm nhạc được sử dụng từ lâu trong lâm sàng nói chung và lâm sàng tâm thần nói riêng. Có 2 dạng liệu pháp âm nhạc chính là âm nhạc tiếp thu và âm nhạc chủ động.

+ Liệu pháp âm nhạc tiếp thu: người bệnh được thường thức các tác phẩm âm nhạc. Hình thức có thể rất đa dạng: qua các phương tiện nghe nhìn như nghe qua băng ghi âm, xem băng, đĩa hoặc được nghe nhạc sống, xem nghệ sĩ biểu diễn.

+ Liệu pháp âm nhạc chủ động: bệnh nhân được dạy tập hát. Có thể đó là bài hát mới hoặc bài hát quen thuộc nhưng bệnh nhân chỉ nhớ một phần giai điệu mà không thuộc lời.

Một hình thức khác hiện nay đang được nhiều cơ sở điều trị tâm thần sử dụng: hát karaoke. Bệnh nhân vừa được thường thức lại cũng có thể tự mình thể hiện các tác phẩm âm nhạc.

Liệu pháp âm nhạc có thể được ứng dụng theo các mức độ khác nhau. Đó có thể là một liệu pháp chung cho các bệnh nhân, nhằm tác động tới lĩnh vực cảm xúc và trạng thái tâm lí nói chung. Ở nhiều nước trên thế giới, liệu pháp âm nhạc còn được sử dụng với góc độ là một liệu pháp chuyên biệt: có chỉ định chặt chẽ cho từng loại bệnh, có chương trình cụ thể cho từng buổi với thời lượng và nội dung tác phẩm âm nhạc đã được xác định (chủ yếu là nhạc thính phòng), và có theo dõi, ghi chép cụ thể như những liệu pháp khác.

5.3.2. Liệu pháp nghệ thuật tạo hình

Tại cơ sở điều trị tâm thần, người ta có thể xây dựng phòng dành cho bệnh nhân thực hiện các nghệ thuật tạo hình. Trong phòng điều trị này đã có sẵn các chất liệu cho bệnh nhân sáng tạo. Chất liệu thường dùng nhất là thạch cao. Đối với liệu pháp nghệ thuật tạo hình, việc chỉ định có giới hạn nhất định; hoặc là những bệnh nhân đã từng

hoạt động trong lĩnh vực này, hoặc là người có năng khiếu về tạo hình. Nhà trị liệu (bác sĩ tâm thần hoặc tâm lí lâm sàng) cũng phải là người am hiểu về nghệ thuật tạo hình.

5.3.3. *Liệu pháp hội họa*

Tương tự như nghệ thuật tạo hình, hội họa cũng có thể được sử dụng làm liệu pháp. Trong hệ thống các buồng liệu pháp tâm lí - xã hội có một buồng dùng cho liệu pháp hội họa. Tại đây cũng có sẵn các chất liệu cho bệnh nhân vẽ tranh: giấy, bút màu, sáp màu, sơn dầu... Ưu điểm của liệu pháp hội họa là có phạm vi chỉ định được rộng rãi hơn.

Ngoài hình thức hoạt động sáng tạo được đề cập ở trên, nghệ thuật tạo hình, hội họa còn được sử dụng làm liệu pháp từ hình thức tiếp thu. Người bệnh có thể được cho xem và phân tích, bình luận các tác phẩm hội họa cũng như các bức tượng, phù điêu... thông qua xem tranh, ảnh, phim hoặc thăm quan các viện bảo tàng nghệ thuật.

5.4. *Các liệu pháp phục hồi, tăng cường kĩ năng xã hội*

Các kĩ năng xã hội của con người rất phong phú. Dưới đây chúng tôi chỉ giới thiệu một số dạng liệu pháp trong số những liệu pháp phục hồi, tăng cường kĩ năng xã hội.

5.4.1. *Phục hồi kĩ năng giao tiếp:*

Dưới ảnh hưởng của nhiều yếu tố, các kĩ năng giao tiếp của bệnh nhân tâm thần ít nhiều có bị giảm sút. Hiện nay trong các cơ sở chăm sóc bệnh nhân tâm thần của nhiều nước trên thế giới người ta xây dựng chương trình phục hồi, tăng cường kĩ năng giao tiếp. Thông thường những chương trình này được xây dựng theo dạng các bài tập tình huống và bệnh nhân được chơi trò chơi phân vai:

- + Tình huống giao tiếp tại cộng đồng.
- + Tình huống giao tiếp trong gia đình.
- + Tình huống giao tiếp tại công sở...

Các bài tập tình huống này còn được thực hiện dưới góc độ là liệu pháp nhóm: sau mỗi tình huống, bệnh nhân thảo luận nhận xét, đánh giá, phân tích tình huống nói chung, kĩ năng giao tiếp của từng nhân vật nói chung. Các tình huống giao tiếp được thiết kế thường là những tình huống đã quen thuộc với bệnh nhân song cần được thay đổi, điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện cụ thể. Thông qua thảo luận và tự bệnh nhân thể hiện, nhà trị liệu điều chỉnh những lệch lạc và củng cố những kĩ năng giao tiếp cho bệnh nhân.

5.4.2. *Các kĩ năng cuộc sống*

Nhìn chung hoạt động phục hồi, tăng cường các kĩ năng cuộc sống cho bệnh nhân tâm thần được thực hiện theo các chương trình khung. Tùy theo từng nơi, theo các quan niệm khác nhau mà khung này có thể được thiết kế khác nhau. Hiện nay, nhiều chương trình phục hồi kĩ năng cuộc sống được thiết kế dựa theo lý thuyết của Hành vi nhận thức. Trong những chương trình như vậy có các bài nhằm tăng cường kiến thức, nhằm làm thay đổi, điều chỉnh thái độ và từ đó đưa những hành vi cần thiết vào thử nghiệm.

LIỆU PHÁP SÓC ĐIỆN Electro - Convulsive -Therapy (ECT)

MỤC TIÊU: Trình bày được liệu pháp shock điện.

NỘI DUNG

1. Khái niệm về sốc điện

Sốc điện là đưa một dòng xung điện ngoại lai qua não, dòng điện này cộng hưởng với dòng điện của não làm quá ngưỡng hoạt động của các tế bào thần kinh thùy trán hoặc thùy thái dương, tạo ra cơn co giật kiểu động kinh và một tình trạng hôn mê ngắn, xóa đi toàn bộ chức năng hoạt động tâm thần được hình thành trong quá trình sống cũng như các rối loạn tâm thần được hình thành trong quá trình bị bệnh, sau khi sốc điện các chức năng hoạt động tâm thần bình thường được phục hồi trở lại.

Năm 1938, hai bác sĩ người Ý là L. Bini và U. Cerletti đã sáng chế ra máy sốc điện, máy có khả năng chỉnh lưu dòng điện thông thường thành dòng điện có hiệu điện thế từ 80 – 120 volts, cường độ từ 50 – 150 miliampere để dòng điện qua não đủ gây cơn động kinh mà không làm tổn thương mô não và cơ thể.

Ngày nay, người ta sử dụng máy sốc điện với dòng điện có cường độ và hiệu điện thế nhất định nên rất an toàn cho người bệnh.

Hàng năm, ở Mỹ có 50.000 – 100.000 bệnh nhân được điều trị kết hợp bằng sốc điện.

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của bệnh viện 103 (1985) nhận thấy: 75% trường hợp điều trị kết hợp bằng sốc điện có kết quả tốt, không có trường hợp nào tử vong do sốc điện.

2. Cơ chế tác dụng: có nhiều giả thuyết khác nhau:

Trước đây, nhiều tác giả cho rằng đồng thời với tác dụng kích thích não gây cơn động kinh, dòng điện làm đảo lộn toàn bộ hoạt động của các trung khu bệnh lý quán tính của não, sau đó hoạt động thần kinh được khôi phục lại theo cơ chế bình thường của thời kỳ trước khi bị bệnh.

Ngày nay, theo giả thuyết sinh hóa thần kinh: các cơn co giật được tạo ra dẫn tới sự thay đổi dẫn truyền thần kinh của catecholamine và indoleamine, bao gồm giảm số thụ thể beta, tăng số lượng thụ thể serotonin(5-HT₂), tăng lượng noradrenaline trong não và tăng cường tính nhạy cảm của thụ thể dopamine, giảm sự tổng hợp và phóng thích GABA, làm tăng hoạt tính của opioid nội sinh.

Khi nghiên cứu sinh lý thần kinh trong động kinh vô căn người ta cũng nhận thấy: những vùng não tăng hoạt tính chuyên hoá trong cơn động kinh hầu như giảm hoạt tính ngay sau cơn động kinh. Sự thay đổi này được ghi nhận trên PET (Positron Emission Tomography), hình ảnh lưu lượng máu não và phù hợp với các bản đồ định vị bằng điện toán hoạt động điện của não bộ.

3. Chỉ định

- Trầm cảm có ý tưởng và hành vi tự sát.
- Tâm thần phân liệt thể cảng trương lực, thể paranoid, phân liệt cảm xúc.
- Trạng thái hoang tưởng dai dẳng.
- Trạng thái kích động dữ dội, hưng cảm kéo dài.
- Các trường hợp có chống chỉ định dùng thuốc hướng thần hoặc sử dụng thuốc hướng thần không có kết quả.
 - Các trường hợp từ chối ăn uống.
 - Hội chứng suy nhược thần kinh có mất ngủ kéo dài, điều trị lâu ngày không có kết quả.

4. Chống chỉ định

- Tăng áp lực nội sọ.
- Các bệnh nhiễm khuẩn đang trong giai đoạn cấp tính.
- Bệnh tim mạch như: nhồi máu cơ tim mới, rối loạn dẫn truyền, phình động mạch chủ và động mạch não, xơ cứng động mạch não, cao huyết áp, suy mạch vành.
- Bệnh hô hấp nặng có thể gây hôn mê: suy hô hấp cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Bệnh gan – thận, cường giáp trạng.
- Bệnh tăng nhãn áp.
- Dị tật cột sống, lao cột sống, chấn thương cột sống.
- Các bệnh về xương, khớp như: thưa xương, viêm xương.
- Phụ nữ đang thời kỳ hành kinh và thai ngén.
- Trẻ em dưới 16 tuổi và người già trên 60 tuổi.

5. Liều lượng

- Điều trị tấn công: một ngày một lần, một đợt từ 8 – 10 lần.
- Điều trị cung cố: một tuần hai lần trong 3 tuần.

6. Kỹ thuật sốc điện

6.1. Chuẩn bị dụng cụ

Kiểm tra máy sốc, điện cực, dây điện trước khi sốc.

Chuẩn bị gạc hoặc băng cuộn để ngáng miệng, nước muối sinh lý, gối kê, khăn lau đờm dài, bình oxy, máy hút đờm dài, thuốc cấp cứu.

6.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Khám xét kỹ toàn bộ cơ thể nhằm loại trừ các chống chỉ định trước khi làm sốc điện.

Giải thích cho bệnh nhân và người nhà yên tâm để họ hợp tác với thầy thuốc.

Dẫn bệnh nhân không được ăn uống trong vòng 6 giờ trước khi làm sốc điện.

Cho bệnh nhân đại tiểu tiện trước khi sốc điện.

Kiểm tra răng miệng, tháo răng giả, tháo đồ trang sức trên người (nếu có).

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi sốc điện.

6.3. Các bước tiến hành

Để bệnh nhân nằm ngửa trên giường trong tư thế thoải mái, kê gối thấp dưới lưng để phòng tai biến trật cột sống khi lên cơn co giật, đe đầu ngửa tối đa, cởi các áo ở cổ, thắt lưng quần, đặt một thanh cao su mềm hoặc một miếng gạc vào giữa hai hàm răng.

Nhúng 2 điện cực vào bát nước muối sinh lý, đặt điện cực ở hai bên thái dương bệnh nhân. Bác sĩ bấm nút điện trong khoảng thời gian từ 0.2 – 1 giây, người phụ giữ các khớp vai, khớp gối, khớp hàm bệnh nhân để phòng gây xương, trật khớp.

Khi bệnh nhân hết cơn co giật thì rút gối ở lưng ra, kê gối lên đầu, đặt đầu bệnh nhân nghiêng sang một bên, rút ngáng lưỡi, dùng khăn mặt lau sạch đờm dãi cho bệnh nhân.

Sau sốc điện để bệnh nhân ở phòng thoáng, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở và theo dõi từ 30 phút đến 1 giờ.

7. Các tai biến thường gặp và cách xử trí

- Tỷ lệ tử vong do sốc điện ước tính là 1/50.000 trường hợp, chủ yếu do các biến chứng về tim mạch.

- Ngừng thở do ức chế trung tâm hô hấp.

Xử trí: kích thích vòng hoành (ép cơ hoành), hô hấp nhân tạo, tiêm Lobeline 0,02 g × 1 ống (tiêm dưới da), thở oxy.

- Sai khớp, thường gặp là khớp thái dương hàm, khớp vai và khớp háng.

Xử trí: nắn chỉnh ngay khi hết cơn co giật.

- Gãy xương do co giật và giữ bệnh nhân không đúng tư thế.

Xử trí: cố định ngay xương gãy.

- Gãy răng, răng rụng rơi vào khí quản hoặc thức ăn trào ngược lên đường thở do chuẩn bị bệnh nhân chưa tốt.

Xử trí: mờ khí quản cấp cứu trong trường hợp ngừng hô hấp do phản xạ, dị vật rơi vào đường thở.

- Rối loạn trí nhớ: gặp ở 75% bệnh nhân, thường sau 6 tháng trí nhớ mới phục hồi hoàn toàn. Một số tác giả cho rằng sốc cách nhạt có thể làm giảm nhẹ rối loạn trí nhớ.

- Đau đầu, đau mỏi các khớp kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt (1984), *Tâm thần học*, NXB Y học: 74.
2. Trần Đình Xiêm (1986), *Sổ tay tâm thần học*, NXB Y học: 105 – 106.
3. Sidney Bloch and Bruce S. Singh (2001), *Cơ sở của lâm sàng tâm thần học*, NXB Y học: 527 – 528 (Tài liệu dịch).
4. Ngô Ngọc Tân, Nguyễn Văn Ngân (2003), *Tâm thần học đại cương và điều trị các bệnh tâm thần*, NXB Quân đội nhân dân: 296 – 303.
5. John S. McIntyre, M.D., Sara C. Charles, M.D. (2004), *Practice Guidelines For The Treatment Of Psychiatric Disorders*, Arlington, Virginia: 847 – 848.
6. Dan J. Stein, M.D., PH.D., David J. Kupfer, M.D. and Alan F. Schatzberg, M.D. (2006), *Textbook Of Mood Disorders*, Washington: 317 – 336.
7. Philip G. Janicak, John M. Davis (1997), *Principles And Practice Of Psychopharmacotherapy*, Lippincott Williams and Wilkins: 357 – 379.

CẤP CỨU TÂM THẦN

MỤC TIÊU

- Liệt kê được các nguyên nhân gây kích động.
- Trình bày được phương pháp xử trí, dự phòng kích động.
- Liệt kê được các nguyên nhân gây tự sát.
- Trình bày được phương pháp xử trí, dự phòng cấp cứu tự sát.

NỘI DUNG

Trong lâm sàng tâm thần học có nhiều trường hợp cần cấp cứu. Ở đây chỉ đề cập đến cấp cứu do rối loạn hành vi tác phong đặc hiệu cho bệnh nhân tâm thần, cần can thiệp y tế với các biện pháp nhanh nhất mà không đề cập đến những trường hợp loạn thần trên cơ sở các bệnh như: nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương hay các bệnh lý cơ thể.

Các trạng thái bệnh lý tâm thần chính trong cấp cứu tâm thần bao gồm: kích động, tự sát, không chịu ăn.

I. KÍCH ĐỘNG

1. Định nghĩa

Kích động là một trạng thái hưng phấn tinh thần lý vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, hành vi có tính chất kế tục, không có mục đích, không phù hợp với hoàn cảnh xung quanh, thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm.

2. Nguyên nhân kích động

2.1 Kích động phản ứng

Do nhận thức sai lầm: thường gặp ở bệnh nhân phù định bệnh, bệnh nhân cho rằng mình không có bệnh, bị cưỡng bức đến viện để giam giữ.

Do phản ứng với các sự việc không vừa ý trong phòng bệnh, thường gặp ở bệnh nhân động kinh, nhân cách bệnh.

Do say mê theo đuổi mục đích riêng (thường do hoang tưởng, ảo giác chi phối) nhưng bị những người xung quanh cản trở, thường gặp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Do doạ nạt, yêu sách nhằm thoả mãn mục đích riêng, thường gặp trong chậm phát triển tâm thần, rối loạn phân ly.

Do bị bệnh nhân khác xúi dục hoặc bệnh nhân khác kích động nên kích động theo.

Kích động sau stress mạnh, thường gặp trong rối loạn phân ly, rối loạn sau stress trầm trọng.

Do thay đổi môi trường đột ngột (chuyên viện, chuyên phòng...), thường gặp ở bệnh nhân chấn thương sọ não, tai biến mạch não.

2.2. Kích động trong các bệnh tâm thần

Trong bệnh tâm thần phân liệt: kích động có thể gặp ở tất cả các thể nhưng thường gặp ở các thể: thể thanh xuân, thể căng trương lực, thể paranoid. Kích động thường mang tính chất xung động, đột ngột, không lường trước được, nhiều khi rất nguy hiểm như đánh hoặc giết người.

Kích động có thể xuất hiện sau các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc hoặc do hoang tưởng, ảo giác chi phổi.

Trong rối loạn cảm xúc pha hưng cảm: thường ít khi kích động, kích động thường xuất hiện sau các nhân tố có hại như: quá trình hưng phấn kéo dài kèm theo kiệt sức, ở bệnh nhân xơ vữa mạch não hoặc nhiễm trùng, nhiễm độc.

Động kinh tâm thần: kích động xuất hiện đột ngột kèm theo rối loạn ý thức kiều hoàng hôn, trong trạng thái này bệnh nhân có thể kích động dữ dội, hung bạo, phá mọi cản trở, giết người, cơn kích động mất đi đột ngột, sau cơn bệnh nhân quên toàn bộ.

Kích động trong rối loạn tâm thần ở người cao tuổi: kích động thường đột ngột, vô nghĩa, không phê phán được, thường xuất hiện về ban đêm.

Ngoài ra còn gặp trong các bệnh sau:

Kích động do các bệnh nhiễm độc (rượu, ma tuý, hóa chất dùng trong công nghiệp và nông nghiệp...).

Kích động do các bệnh nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn huyết, sốt rét ác tính, thương hàn, viêm não, lao màng não, giang mai não...)

Kích động do các bệnh thực thể của não (u não, bệnh lý mạch máu não, chấn thương sọ não...)

3. Cách xử trí

Hỏi qua người nhà, người đi theo để sơ bộ tìm nguyên nhân kích động.

Dùng liệu pháp tâm lý thích hợp để ổn định trạng thái tâm thần cho bệnh nhân như giải thích, động viên, lắng nghe ý kiến của người bệnh, cho bệnh nhân đi thăm quan buồng bệnh, nếu bệnh nhân bị trói thì cởi trói cho bệnh nhân (nếu có thể được).

Nếu bệnh nhân đồng ý cho khám bệnh thì tiến hành khám ngay về các bệnh cơ thể, các thương tích, các xét nghiệm cận lâm sàng nhằm loại trừ các chống chỉ định khi điều trị.

Khi bệnh nhân quá kích động, cần tiến hành điều trị ngay bằng các thuốc:

Haloperidol 5 mg x 1- 2 ống

Seduxen 10 mg x 1- 2 ống(tiêm bắp).

Hoặc Aminazin 25mg x 4 - 6 ống (tiêm bắp).

Nếu giờ thứ 3 người bệnh vẫn còn kích động thì tiếp tục cho liều như trên. Thông thường sau giờ thứ 6 thì trạng thái tâm thần của người bệnh ổn định.

Khi bệnh nhân ngủ, trạng thái tâm thần ổn định, cần tiến hành khám về nội khoa, thần kinh và cho làm các xét nghiệm cần thiết nhằm tìm nguyên nhân gây kích động.

Khi bệnh nhân tỉnh, thầy thuốc cần có mặt để làm liệu pháp tâm lý nhằm ổn định trạng thái tâm thần cho người bệnh.

Khi bệnh nhân hết trạng thái kích động chuyển sang thuốc uống, theo dõi các tác dụng phụ của thuốc và tìm hiểu nguyên nhân để điều trị theo nguyên nhân.

Có thể phối hợp với liệu pháp sốc điện (ECT) từ 1-2 lần/24 giờ. Chỉ định trong những trường hợp: kích động trầm cảm (có ý tưởng và hành vi tự sát), kích động căng trương lực, kích động thanh xuân, kích động không dùng được thuốc an thần kinh hoặc kháng thuốc an thần kinh.

Lưu ý: người bệnh khi kích động thường mất nước, điện giải, vì vậy cần bồi phụ nước, điện giải, tăng cường dinh dưỡng, chống nhiễm trùng, chống loét.

4. Phòng bệnh

Tùy theo từng nguyên nhân mà có biện pháp dự phòng cho thích hợp.

Đối với bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc, động kinh cần phải uống thuốc dự phòng đều đặn.

Tư vấn cho gia đình, cộng đồng trong việc phòng, quản lý, chăm sóc, hỗ trợ người bệnh.

II. TỰ SÁT

1. Định nghĩa

Theo Stengel (1958), tự sát là: "bất kỳ sự huỷ hoại nào được gây ra với mục đích huỷ hoại chính mình, dù là rối loạn hay do mâu thuẫn trong tư tưởng, nếu bệnh nhân chết do hậu quả hành động là tự sát (suicide), tự sát không thành công gọi là toan tự sát (attempted suicide)".

2. Dịch tễ học

Tỷ lệ trung bình của tự sát trên toàn thế giới đã tăng lên từ 10 đến 16 người trên 100.000 dân kể từ năm 1950. Mỗi quốc gia khác nhau có tỷ lệ tự sát rất khác nhau, theo thống kê của WHO (1999) tỉ lệ tự sát của một số quốc gia như sau: liên bang Nga 41,5/100.000 dân, Pháp 20,7/ 100.000 dân, Úc 12,8/100.000 dân, Philippin 2,1 /100.000 dân.

Ngoài ra, tự sát có liên quan đến nền văn hoá, tôn giáo, dân tộc: ở Singapore tỉ lệ tự sát là 9,2/100.000 trong đó người gốc Hoa chiếm 88%.

3. Nguyên nhân tự sát và các yếu tố nguy cơ

3.1. Các yếu tố nguy cơ

- Tuổi: nguy cơ tự sát tăng theo lứa tuổi và tăng cao ở lứa tuổi sau 50.

- Giới: tỉ lệ tự sát ở nam cao hơn nữ, nữ có tỉ lệ toan tự sát cao hơn nam.

- Mùa: tự sát hay gặp vào mùa xuân, vào ngày nghỉ cuối tuần.
- Những người sống xa lánh xã hội, sống cô độc, nam giới lớn tuổi.
- Những người có các bệnh cơ thể nặng, ung thư, giai đoạn đầu xét nghiệm HIV dương tính.
- Người nghiện ma tuý, nghiện chất độc.
- Tiền sử cá nhân, gia đình có người có hành vi tự sát hoặc có người bị rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Gia đình gần đây có sự mất mát lớn: vợ hoặc chồng chết, tan vỡ hạnh phúc gia đình, mất công việc.
- Có thể tìm hiểu qua thư từ tuyệt mệnh, chúc thư.

3.2. Các bệnh tâm thần

Trầm cảm nặng, kèm theo hoang tưởng bị tội, bệnh nhân cho rằng mình có phẩm chất xấu, hèn kém không đáng sống, hay hoang tưởng bị tội mờ rộng: lo lắng cho gia đình mình cũng sẽ bị hình phạt ghê gớm nên giết cả gia đình rồi tự sát. Thường gặp trong rối loạn cảm xúc pha trầm cảm.

Bệnh tâm thần phân liệt:

Do hoang tưởng, ảo giác chi phối: thường do hoang tưởng bị hại, hoang tưởng chi phối kéo dài làm cho người bệnh đau khổ quá mức hoặc do ảo thanh với nội dung ra lệnh, đe doạ, mạt sát. Có khi hoang tưởng và ảo giác kết hợp thúc đẩy hành vi tự sát.

Xung động tự tấn công, tấn công người khác: xung động thường kỳ lạ và không biết trước, tự sát có khi là khởi đầu của bệnh.

Doạ tự sát dẫn đến tự sát thật: lúc đầu người bệnh doạ tự sát nhằm thỏa mãn yêu cầu riêng nhưng gia đình, người xung quanh không giải quyết được đúng, kịp thời dẫn đến tự sát thật.

Nghiện rượu, nghiện ma tuý

Loạn thần thực tồn, động kinh.

4. Xử trí

Phát hiện sớm hội chứng trầm cảm theo dõi chặt chẽ.

Khi bệnh nhân có ý tưởng bị tội, cho nhập viện, theo dõi sát ngày đêm.

Để bệnh nhân ở phòng riêng, kiểm tra kỹ phòng bệnh và người bệnh nhân, không để những phương tiện có thể dùng để tự sát như: dao, dây, vật nhọn... Tuy nhiên điều cơ bản vẫn là điều trị tích cực và theo dõi sát vì bệnh nhân có rất nhiều cách để tự sát như gục đầu vào chậu nước, dùng quần áo xé ra để làm dây thắt cổ, đập đầu vào tường...

Điều trị:

Tốt nhất và hiệu quả nhất là sốc điện ngày một lần, liệu trình từ 8 – 12 lần cho tới khi hết trầm cảm.

Có thể dùng các thuốc chống trầm cảm như: Melipramin, Tofranil liều trung bình 200 – 300 mg/24 giờ.

Chú ý: các thuốc chống trầm cảm có tác dụng chậm sau 10 – 15 ngày cho nên trong 2 tuần đầu nên theo dõi sát và phối hợp với sốc điện.

Để phòng bệnh nhân già vờ khôi xin ra viện để tránh sự giám sát của thầy thuốc và thực hiện ý định tự sát dễ dàng hơn. Vì vậy, khi trạng thái tâm thần của bệnh nhân thật tốt mới cho ra viện.

Đối với hoang tưởng, ảo giác dùng Nozinan 400 – 500 mg/24 giờ hoặc Haloperidol 20 – 25mg/24h.

5. Phòng bệnh

Phát hiện sớm những người có yếu tố nguy cơ bởi gia đình, người thân, các tổ chức xã hội, các bác sĩ gia đình.

Điều trị sớm bệnh nhân trầm cảm, chỉ cho xuất viện khi bệnh nhân không còn ý tưởng tự sát, không còn hội chứng trầm cảm, hết các triệu chứng loạn thần.

Sau khi bệnh nhân ra viện cần tiếp tục kê đơn điều trị ngoại trú và theo dõi định kỳ.

Tư vấn cho gia đình, người thân trong công tác theo dõi, quản lý và điều trị dự phòng tại gia đình.

III. KHÔNG CHỊU ĂN UỐNG

Không chịu ăn uống là một cấp cứu thường gặp trong lâm sàng tâm thần. Nguyên nhân rất phức tạp, bệnh cảnh có thể kéo dài rất lâu, gây hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân.

1. Nguyên nhân

Do rối loạn bản năng ăn uống: thường gặp trong giai đoạn đầu của bệnh tâm thần trẻ em hay trạng thái trầm cảm của người già.

Do ảo giác chi phối: thường là ảo khứu, ảo vị với nội dung khó chịu: mùi hôi, mùi tanh, vị đắng, vị cay... có trong thức ăn hay ảo thanh ra lệnh cho bệnh nhân không được ăn, ảo thị nhìn thấy hình ảnh quái dị, ví dụ khi bệnh nhân ăn nó dùng câu liêm móc ruột bệnh nhân.

Do hoang tưởng chi phối: thường là hoang tưởng bị hại (bệnh nhân cho rằng thức ăn có thuốc độc nên không dám ăn) hay hoang tưởng bị tội (bệnh nhân cho là mình có khuyết điểm lớn không đáng được ăn uống).

Do trạng thái bất động căng trương lực, bệnh nhân không nhai, không nuốt được.

2. Xử trí

Chủ yếu là điều trị bệnh tâm thần chính gây ra hiện tượng không chịu ăn.

Trầm cảm: sốc điện hoặc dùng thuốc chống trầm cảm.

Hoang tưởng, ảo giác: nozinan 400 – 500 mg/24 giờ hoặc haloperidol 20 – 25mg/ngày.

Trạng thái bất động căng trương lực: sốc điện mỗi ngày một lần cho đến khi chịu ăn hoặc dùng các thuốc an thần kinh giải ức chế (Frenolon, Sulpirit, Leponex...).

Nếu bệnh nhân không chịu ăn thì cho ăn qua sonde, thức ăn phải đảm bảo đủ năng lượng cho bệnh nhân.

Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân bằng truyền các loại huyết thanh ngọt, mặn, vitamin, điện giải...

Bệnh nhân không chịu ăn uống thường nằm một chỗ, vì vậy phải tăng cường vệ sinh thân thể, thay đổi tư thế để chống loét, chống nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt (1984), *Tâm thần học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Kaplan and Sadock (19960), *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* Second Edition 3. 3. WFT Tsoi, (1989), *Handbook Clinical Psychiatry*, PG Publishing.

PHỤ LỤC

THANG TRẦM CẢM BECK

1. Mô tả phương pháp

Phương pháp nhằm đánh giá cảm xúc nói chung và mức độ trầm cảm nói riêng thông qua tự đánh giá của người bệnh.

2. Cách tiến hành

- Hướng dẫn người bệnh: "Trong bảng có 13 mục, được ký hiệu A, B, C... đến M. Anh (chị) hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với câu đã chọn. Anh (chị) cũng có thể đánh dấu các câu khác trong mục, nếu như những câu đó cũng phù hợp với mình".

3. Xử lý kết quả

- Tính tổng điểm của các mục (mỗi mục chỉ chọn 1 câu có điểm cao nhất).
- Tiến hành xem xét mức độ trầm cảm:

0 - 3	Không có trầm cảm
4 - 7	Trầm cảm nhẹ
8 - 15	Trầm cảm trung bình
> 15	Trầm cảm nặng

4. Câu hỏi

A.

- 0- Tôi không cảm thấy buồn.
- 1- Tôi cảm thấy rầu rĩ hoặc buồn bã.
- 2- Tôi luôn cảm thấy buồn bã và không thể nào thoát ra được.
- 3- Tôi buồn và đau khổ đến mức không thể chịu đựng nổi.

B.

- 0- Tôi chẳng có chuyện gì mà phải chán nản hoặc bi quan về tương lai.
- 1- Tôi cảm thấy chán nản về tương lai.
- 2- Tôi không hy vọng gì về tương lai của mình.
- 3- Tôi cảm thấy tuyệt vọng và tình trạng này chắc sẽ không thể cải thiện được.

C.

- 0- Tôi không có một thất bại nào trong cuộc sống.
- 1- Tôi có cảm tưởng rằng mình đã thất bại trong cuộc sống nhiều hơn so với những người xung quanh.

- 2- Trong quá khứ của mình tôi chỉ thấy toàn là thất bại.
- 3- Tôi có cảm giác mình bị thất bại hoàn toàn trong cuộc sống riêng tư (trong quan hệ với cha mẹ, với chồng (hoặc vợ) và với các con).

D.

- 0- Tôi chẳng cảm thấy có gì đặc biệt mà phải phàn nàn.
- 1- Tôi không thấy thích thú, dễ chịu với hoàn cảnh xung quanh.
- 2- Dù làm việc gì tôi thấy chẳng có chút hài lòng nào.
- 3- Tôi bất bình và không hài lòng với tất cả.

E.

- 0- Tôi không cảm thấy có tội lỗi gì.
- 1- Tôi thường xuyên cảm thấy mình xấu xa, tồi tệ.
- 2- Tôi cảm thấy mình có lỗi (có tội).
- 3- Tôi tự nhận mình là người xấu xa và vô dụng.

F.

- 0- Tôi không thấy thất vọng về bản thân mình.
- 1- Tôi thấy thất vọng về chính mình.
- 2- Tôi thấy ghê tởm bản thân mình.
- 3- Tôi thấy căm ghét bản thân mình

G.

- 0- Tôi không nghĩ đến việc tự gây hại hoặc làm cho mình đau đớn.
- 1- Tôi nghĩ rằng cái chết sẽ giúp tôi tự do.
- 2- Tôi có kế hoạch chính xác để tự tử.
- 3- Nếu như tôi có thể làm được, tôi sẽ tự tử.

H.

- 0- Tôi vẫn quan tâm đến những người khác.
- 1- Hiện nay tôi thấy mình ít quan tâm đến người khác hơn trước đây.
- 2- Tôi không còn quan tâm đến người khác nữa và ít có cảm tình đối với họ.
- 3- Tôi hoàn toàn không quan tâm đến người khác và họ chẳng làm cho tôi bận tâm.

I.

- 0- Tôi vẫn dễ dàng tự mình quyết định công việc.
- 1- Tôi cố gắng tránh không phải quyết định một việc gì đó.
- 2- Tôi rất khó khăn khi quyết định trong công việc.
- 3- Tôi không còn có thể quyết định bắt cứ một việc gì, dù là nhỏ nhặt.

J.

- 0- Tôi không thấy mình xấu xí hơn so với trước đây.
- 1- Tôi cảm thấy sợ khi nghĩ rằng mình già nua, xấu xí.
- 2- Tôi cảm thấy thường xuyên có sự thay đổi bè ngoài cơ thể mình và điều đó làm cho tôi xấu xí, vô duyên.
- 3- Tôi có cảm giác là mình xấu xí và gớm ghiếc.

K.

- 0- Tôi làm việc vẫn dễ dàng như trước đây.
- 1- Tôi thấy mình cần phải cố gắng hơn, mỗi khi bắt đầu làm một việc gì đó.
- 2- Với bất cứ việc gì, tôi đều thấy mình phải cố gắng rất nhiều mới làm được.
- 3- Tôi hoàn toàn không thể được làm bất cứ một việc gì.

L.

- 0- Tôi không thấy mệt mỏi hơn so với trước đây.
- 1- Tôi thấy dễ bị mệt mỏi hơn so với trước đây.
- 2- Dù làm việc gì tôi cũng thấy mình mệt mỏi.
- 3- Tôi hoàn toàn không thể làm được bất cứ một việc gì.

M.

- 0- Lúc nào tôi cũng thấy ăn ngon miệng.
- 1- Tôi ăn không còn ngon miệng như trước đây nữa.
- 2- Tôi ăn thấy kém ngon miệng hơn so với trước đây rất nhiều.
- 3- Tôi hoàn toàn không thấy ngon miệng khi ăn.

THANG LO ÂU SPIELBERGER

1. Mô tả phương pháp

Theo Spielberger, cần phải phân biệt giữa trạng thái lo âu với nét nhân cách lo âu. Với những người có nét nhân cách lo âu tăng đậm, các kích thích môi trường ở mức độ vừa cũng đã có thể gây nên trạng thái lo âu. Ngược lại, đối với những người có điểm số thấp về nét nhân cách lo âu thì phản ứng lo âu cũng thấp hơn. Do vậy Spielberger đã thiết kế Thang đo lo âu thành 2 phần: đo trạng thái lo âu (hiện tại) và đo nét nhân cách lo âu. Mỗi phần gồm có 20 phát biểu. Phần 1: người bệnh lựa chọn 1 trong 4 mức độ hiện tại của trạng thái tâm lý phù hợp với bản thân. Phần 2 là những phát biểu về tần suất xuất hiện của các biểu hiện về nét nhân cách.

Một điểm khác biệt nữa trong Thang lo âu Spielberger là Thang còn được sử dụng để đo stress. Với phần thứ nhất (đo trạng thái lo âu), nếu điểm dưới 64 thì không có lo âu (bệnh lí) mà đó chỉ là trạng thái stress ở các mức độ khác nhau. Với phần 2, nếu điểm số trên 64 thì đó mới được coi là có dấu hiệu bệnh lí. Nếu kết quả dưới 64 thì được xem là sự thể hiện của tinh thần trách nhiệm.

2. Cách tiến hành

- Hướng dẫn người bệnh: "Bảng gồm các câu ghi về trạng thái tâm lí. Phần I gồm 20 câu đánh giá trạng thái hiện tại và phần II cũng gồm 20 câu nói về sự thường xuyên cảm thấy của anh (chị). Anh (chị) hãy đọc từng câu và lựa chọn các mức độ phù hợp với mình. Không cần phải suy nghĩ trả lời đúng hay sai mà trả lời theo ý đầu tiên xuất hiện trong đầu mình".

- Ghi lại những mức độ của từng trạng thái tâm lí người bệnh.
- Lưu ý:
 - + Nên trình bày phần I và phần II trên 2 mặt khác nhau của tờ giấy.

3. Xử lý kết quả

Tính điểm chỉ số trạng thái lo âu (LT)

$$LT = S1 - S2 + 35$$

S1- Tổng số điểm của các câu: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 và 18.

S2- Tổng số điểm của các câu: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 và 20.

Xác định mức độ trạng thái lo âu:

Điểm	Phần 1
< 30	Stress mức độ nhẹ
31 - 45	Stress mức độ vừa
46 - 64	Stress mức độ cao
> 64	Lo âu bệnh lí

Tính điểm chỉ số nét nhân cách lo âu (L.N)

$$LN = S3 - S4 + 35$$

S3- Tổng điểm các câu: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, và 40.

S4- Tổng điểm các câu: 21, 26, 27, 30, 33, 36 và 39.

Xác định mức độ nét nhân cách lo âu:

Điểm	Phản 2
< 30	Tinh thần trách nhiệm mức độ thấp
31 - 45	Tinh thần trách nhiệm mức độ vừa
46 - 64	Tinh thần trách nhiệm mức độ cao
> 64	Nét tính cách lo âu bệnh lí

Phản I: Gồm 20 câu (từ 1 đến 20) mô tả các trạng thái tâm lý với 4 mức độ:

1 - Trạng thái đó không có.

2 - Hình như có.

3 - Trạng thái đó có.

4 - Trạng thái đó có rất rõ.

STT	Trạng thái tâm lý (phản I)	Mức độ			
		1	2	3	4
1	Đang bình tĩnh.				
2	Cảm thấy an toàn.				
3	Đang căng thẳng.				
4	Đang cảm thấy thương tiếc, xót xa...				
5	Đang cảm thấy thoải mái..				
6	Cảm thấy buồn.				
7	Đang lo về những thất bại có thể đến.				
8	Cảm thấy mình đã được nghỉ ngơi thoải mái.				
9	Đang lo lắng.				
10	Cảm thấy dễ chịu trong lòng.				
11	Cảm thấy tự tin.				
12	Đang bị kích thích.				
13	Cảm thấy bồn chồn.				
14	Cảm thấy đứng ngồi không yên.				
15	Cảm thấy tự nhiên, không bị căng thẳng.				
16	Cảm thấy hài lòng.				
17	Cảm thấy băn khoăn.				
18	Cảm thấy đang bị kích thích, không làm chủ bản thân.				
19	Cảm thấy vui vẻ.				
20	Cảm thấy dễ chịu.				

Phần II: Gồm 20 câu (từ 21 đến 40) gợi ý sự thường xuyên cảm thấy với 4 mức độ:

- 1 - Hầu như không khi nào. 2 - Đôi lúc.
 3 - Thường xuyên. 4 - Hầu như lúc nào cũng vậy.

STT	Trạng thái thường xuyên cảm thấy (phần II)	Mức độ			
		1	2	3	4
21	Cảm thấy hài lòng.				
22	Thường dễ bị mệt mỏi.				
23	Dễ khóc.				
24	Muốn được hạnh phúc như những người khác.				
25	Gặp thất bại do quyết định chậm.				
26	Cảm thấy tinh táo.				
27	Bình thản và tập trung chú ý.				
28	Lo lắng về những khó khăn có thể đến.				
29	Quá lo nghĩ vì những chuyện lặt vặt.				
30	Hoàn toàn hạnh phúc.				
31	Quyết định mọi việc thiên về tình cảm.				
32	Thiếu tự tin.				
33	Cảm thấy an toàn.				
34	Cố tính đến tình huống khó khăn, phức tạp.				
35	Cảm thấy u sầu, buồn chán.				
36	Cảm thấy hài lòng.				
37	Lo lắng những chuyện tầm phào, nhỏ nhặt.				
38	Bị thất vọng dồn vặt rất nhiều.				
39	Cảm thấy cân bằng và bình tĩnh.				
40	Cảm thấy rất lo lắng khi nghĩ tới công việc.				

KIỂM TRA SƠ BỘ TRẠNG THÁI TÂM THẦN (Mini Mental State Examination - MMSE)

I. Định hướng (10 điểm)

1. Hôm nay là thứ mấy?
2. Hôm nay là ngày bao nhiêu?
3. Tháng này là tháng mấy?
4. Mùa này là mùa gì?
5. Năm nay là năm bao nhiêu?
6. Chúng ta hiện đang ở đâu?
7. Hiện đang ở tầng thứ mấy?
8. Chúng ta đang ở thành phố nào?
9. Chúng ta đang ở quận/huyện nào?
10. Nước chúng ta là nước gì?

II. Ghi nhớ (3 điểm)

- 11-13. Nhắc lại 3 từ: quả mít, chìa khoá, bút chì.

III. Tính nhẫn (5 điểm)

- 14-18. 100 -7 (Làm 5 thao tác).

IV. Trí nhớ (3 điểm)

- 19-21. Nhắc lại 3 từ của bài II.

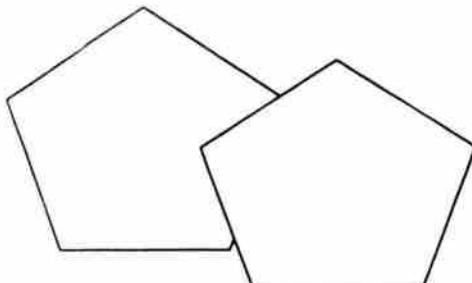
V. Ngôn ngữ (8 điểm)

22. Đây là cái gì ? (Chi vào cái đồng hồ).
23. Đây là cái gì ? (Chi vào bút chì).
24. Nhắc lại: " Không nói nêu, không nói nhung".
- 25-27. Cầm lấy tờ giấy - Gấp đôi vào chỗ giữa - Đặt lên bàn.
28. Đọc và làm theo trên giấy "Hãy nhăm mắt lại".
29. Hãy viết một câu ra tờ giấy.

VI. Vận động

30. Hãy vẽ 2 hình ngũ giác

Xử lý kết quả: < dưới 24 điểm là có rối loạn nhận thức.



NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

16 Hàng Chuối - Hai Bà Trưng - Hà Nội

Điện thoại: Biên tập-Ché bản: (04) 39714896;

Hành chính:(04) 39714899 ; Tổng Biên tập: (04) 39714897;

Fax: (04) 39714899

Chủ trách nhiệm xuất bản:

Giám đốc: PHÙNG QUỐC BẢO

Tổng biên tập: PHẠM THỊ TRÂM

Biên tập: PHẠM VIỆT HƯỜNG

Ché bản: THU HƯƠNG

Trình bày bìa: NGỌC ANH

Đối tác liên kết xuất bản:

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

LÀO TRÌNH TÂM THẦN HỌC

Mã số: 1L- 370DH2010

l 25 cuốn, khổ 19 x 27 cm tại Công ty CP Nhà in KHCN

Số xuất bản: 395 - 2010/CXB/14 - 70/ĐHQGHN, ngày 28/4/2010

(uyết định xuất bản số: 370LK-TN/QĐ - NXBĐHQGHN

l xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2010.